**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA CAROLINE DA COSTA

**AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO
SOBRE A DOENÇA EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

**São Paulo
2020**

ANA CAROLINE DA COSTA

**AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO
SOBRE A DOENÇA EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Costa, Ana Caroline

Autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a doença em pacientes com doença arterial coronariana / Ana Caroline Costa. São Paulo, 2020.

221 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Autocuidado. 2. Educação em saúde. 3. Coronariopatia. 4. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Ana Caroline da Costa

Título: Autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a doença em pacientes com doença arterial coronariana

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

**Banca
Examinadora**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Juliana Nery de Souza-Talarico

Instituição: EEUSP

Julgamento: Aprovada

Assinatura: p/ _____

Prof. Dr. Juliana de Lima Lopes

Instituição: EPE-UNIFESP

Julgamento: Aprovada

Assinatura: p/ _____

Prof. Dr. Rika Miyahara Kobayashi

Instituição: Instituto
Dante Pazzanese de
Cardiologia

Julgamento: Aprovada

Assinatura: p/ _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João e Stella, que acreditaram e impulsionaram meus sonhos ao longo desses anos.

Aos meus irmãos, Ana Paula e Augusto, que sempre estiveram por perto compartilhando momentos de alegrias e tristezas.

Aos meus sobrinhos amados, Ana Luiza e Gustavo, que me fizeram sorrir e acalmaram minhas angústias por diversos momentos.

Ao meu companheiro, Jonas, que acreditou, motivou e compreendeu minhas ausências e angústias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me conceder sempre luz e sabedoria para trilhar os caminhos da minha vida e permitir a concretização de mais um sonho.

À minha orientadora prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Gengo e Silva Butcher por acolher, motivar, ensinar e conduzir essa trajetória com muita sabedoria e dedicação. Será sempre meu exemplo de pessoa e profissional. Minha gratidão!

Aos amigos docentes e funcionários da faculdade Wenceslau Braz que sempre acreditaram nos meus sonhos, compreenderam minhas ausências e me acalmaram nas horas difíceis.

Ao amigo professor José Vitor, o qual foi o mentor para realização desse sonho. Minha gratidão!

Ao IDPC, em especial as enfermeiras Ana Paula, Cida e funcionários do ambulatório de coronariopatias por me acolherem durante a coleta de dados.

A todos os participantes que compartilharam não só os dados clínicos para esse estudo, mas também vivências pessoais que me fortaleceram enquanto pessoa. Que Deus abençoe a cada um de vocês.

A todos docentes e colegas da EEUSP que contribuíram na minha formação acadêmica. À coordenação e aos funcionários do PROESA pelos direcionamentos durante essa trajetória.

Costa AC. Autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a doença em pacientes com doença arterial coronariana [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: O autocuidado (AC) é fundamental para o manejo e tratamento da doença arterial coronariana (DAC). Na Teoria de Enfermagem do Déficit de AC (TEDAC) de Orem, o conhecimento é um dos componentes de poder que influencia a operacionalização do AC. O avanço do entendimento sobre a relação entre conhecimento e comportamento faz acreditar que o alfabetismo em saúde (AS) e não apenas o conhecimento tem influência direta na capacidade de AC. **Objetivo:** O objetivo geral foi analisar a associação entre capacidade de AC, AS e conhecimento sobre a doença em pacientes com DAC. **Método:** Estudo transversal, no qual foram incluídos pacientes com DAC, idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e tinham capacidade cognitiva preservada, cadastrados no ambulatório de hospital especializado em cardiologia. Foram excluídos aqueles com capacidade visual, auditiva e/ou de comunicação comprometidas. A coleta de dados foi realizada entre agosto e outubro de 2019. Foram coletados dados de caracterização sociodemográficas e clínica. ASAS-R, S-TOFHLA e CADE-Q SV foram utilizados para avaliação da capacidade de AC, AS e conhecimento sobre a DAC. Variáveis numéricas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão e variáveis categóricas por meio de frequências. Testes inferenciais foram utilizados para determinar associações entre as variáveis; o modelo de equações estruturais foi utilizado para verificar se o conhecimento sobre a DAC era mediador da relação entre AC e AS. O nível de significância adotado foi de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram incluídos 122 pacientes (60,7% sexo masculino, idade 62,07±8,8 anos). Os escores médios do ASAS-R, S-TOFHLA e CADE-Q SV foram, respectivamente, 52,7±7,5, 60,5±23,1 e 12,3±2,5 pontos; na análise bivariada esses escores se associaram com idade, anos de ensino formal, renda per capita, tempo de diagnóstico da DAC, cor da pele, situação trabalhista, sedentarismo e orientações em saúde. Houve correlação entre os escores do ASAS-R e S-TOFHLA ($r=0,341$; $p<0,001$) e do ASAS-R e CADE-Q SV ($r=0,179$; $p<0,048$). No modelo de equações estruturais, verificou-se que tanto a contribuição direta ($B=0,363$; $p=0,170$) quanto indireta ($B=0,112$; $p=0,117$) do CADE-Q SV no ASAS-R foram pequenas, mas o CADE-Q SV influenciou o S-TOFHLA ($B=1,610$; $p=0,05$) e este, por sua vez, o ASAS-R, de modo que o escore do ASAS-R aumentou 0,070 pontos para cada ponto adicional no escore do S-TOFHLA. **Conclusão:** A capacidade de AC apresentou associação com AS e tempo de educação formal. Não houve associação direta ou indireta do conhecimento com a capacidade de AC, mas o conhecimento teve associação com o AS. **Implicações e impacto para prática:** O AS parece ser um dos componentes de poder da TEDAC. Estratégias que visem melhorar o AC devem ser individualizadas de acordo com o AS e nível de educação formal.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado. Alfabetização em saúde. Doença da artéria coronariana. Coronariopatia. Enfermagem. Educação em saúde. Conhecimento.

Costa AC. Self-care, health literacy and knowledge about the disease in patients with coronary artery disease [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Self-care (SC) is essential for the management and treatment of coronary artery disease (CAD). In Orem's SC Deficit Nursing Theory, knowledge is one of the power components that influence SC operationalization. As the understanding about the relationship between knowledge and behavior advances, it is believed that health literacy (HL), not knowledge, has a direct influence on SC agency. **Objective:** The general objective was to analyze the association between SC capacity, HL and knowledge regarding the disease in patients with CAD. **Method:** Cross-sectional study that included patients with CAD attended in the outpatient clinic of a cardiology hospital, who were 18 years or older, were able to read, and had preserved cognitive function. Those with impaired visual, auditory and/or communication functions were excluded. Data collection was carried out between August and October 2019. Sociodemographic and clinical variables were collected. ASAS-R, S-TOFHLA and CADE-Q SV were used to assess the SC capacity, HL and CAD knowledge. Quantitative variables were described by means of central tendency and dispersion measurements and categorical variables by means of frequencies. Inferential tests were used to determine associations between variables; the structural equation model was used in order to verify whether CAD knowledge was a mediator of the relation between SC and HL. The level of significance adopted was 5%. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** 122 patients were included (60,7% male, aged $62,07 \pm 8,8$ years) in the study. The mean scores of ASAS-R, S-TOFHLA, and CADE-Q SV were respectively $52,7 \pm 7,5$, $60,5 \pm 23,1$ and $12,3 \pm 2,5$ points; in the bivariate analysis, these scores were associated with age, years of formal education, income per capita, time since CAD diagnosis, skin color, work situation, sedentarism and health education. There was a correlation between the scores of ASAS-R and S-TOFLHA ($r=0,341$; $p<0,001$) and ASAS-R and CADE-Q SV ($r=0,179$; $p<0,048$). In the structural equation model, it was found that both the direct ($B=0,363$; $p=0,170$) and indirect ($B=0,112$; $p=0,117$) contributions of CADE-Q SV to ASAS-R were small, but CADE-Q SV influenced S-TOFHLA ($B=1,610$; $p=0,05$); in turn, S-TOFHLA influenced ASAS-R, so that ASAS-R score increased 0,070 points for each additional point in the score S-TOFLHA. **Conclusion:** SC capacity was associated with HL and time spent for formal education. There was no direct or indirect association of knowledge with SC capacity, but knowledge was associated with HL. **Implications and impact for practice:** HL seems to be one of SCDNT power components. Strategies that aim to improve SC should be tailored according to the HL and level of formal education.

KEY-WORDS: Self Care. Health Literacy. Coronary Artery Disease. Coronary Disease. Nursing. Health Education. Knowledge.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes de poder da capacidade de autocuidado	32
Quadro 2 - Definições de alfabetismo em saúde mais frequentemente citadas na literatura	44
Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo relacionadas aos componentes de poder da Teoria do Déficit de Autocuidado	68
Quadro 4 - Variáveis independentes do estudo.....	69
Quadro 5 - Interpretação do escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), segundo número de anos de estudo	75

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Relação entre os conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado35
- Figura 2** - Modelo conceitual da relação entre capacidades individuais, alfabetização impressa e oral relacionada à saúde e resultados de saúde.....47
- Figura 3** - Integração entre os conceitos de autocuidado e alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a DAC.....63
- Figura 4** - Distribuição dos participantes do estudo (n = 122) segundo a classificação do nível do alfabetismo em saúde, São Paulo, 201991
- Figura 5** - Correlação dos escores obtidos pelos participantes (n = 122) do estudo nas avaliações da capacidade de autocuidado, do alfabetismo em saúde e do conhecimento sobre a DAC, São Paulo, 2019..... 125
- Figura 6** - Relação entre conhecimento sobre a DAC, alfabetismo em saúde fatores condicionantes básicos selecionados com a capacidade para o autocuidado 129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019.....	82
Tabela 2 - Fatores de risco cardiovascular nos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019.....	84
Tabela 3 - Classes de medicamentos utilizadas pelos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019.....	85
Tabela 4 - Orientações relacionadas à saúde recebidas pelos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019.....	86
Tabela 5 - Frequência de discordância, neutralidade e concordância dos participantes do estudo (n=122) em relação a cada item do ASAS-R, São Paulo, 2019.....	87
Tabela 6 - Frequência de acertos, erros e itens não respondidos na parte de compreensão de leitura do S-TOFHLA (n=122), São Paulo, 2019.....	91
Tabela 7 - Frequência de acertos e erros referente aos itens da parte de compreensão numérica do S-TOFHLA (n=122), São Paulo, 2019.....	94
Tabela 8 - Frequência de acertos, erros e os itens que os participantes do estudo (n=122) não souberam responder referente às afirmativas do CADE-Q SV, São Paulo, 2019	95
Tabela 9 - Associação das variáveis contínuas de caracterização sociodemográfica e clínica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC nos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019.....	100

Tabela 10 - Associação das variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019	103
Tabela 11 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à utilização dos serviços de saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019	108
Tabela 12 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas aos fatores de risco cardiovascular com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019	112
Tabela 13 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas ao recebimento de orientações em saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019.....	116
Tabela 14 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à classe medicamentosa com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019 ..	119
Tabela 15 - Associação da capacidade de autocuidado e do conhecimento sobre a DAC segundo as categorias de alfabetismo em saúde nos participantes do estudo (n = 122), São Paulo, 2019	126
Tabela 16 - Variáveis associadas à capacidade de autocuidado dos participantes do estudo (n = 122), São Paulo, 2019.....	127

Tabela 17 - Relação do CADE-Q SV com S-TOFLHA entre os participantes do estudo (n = 122), São Paulo, 2019.....	128
Tabela 18 - Relação indireta do CADE-Q SV no ASAS-R entre os participantes do estudo (n = 122), São Paulo, 2019.....	128

LISTA DE SIGLAS

AAS	ácido acetilsalicílico
AC	Autocuidado
AHA	American Heart Association
AS	Alfabetismo em saúde
ASA	Appraisal of Self-care Agency Scale
ASAS-R	Appraisal of Self-care Agency Scale
BSQ	Set of Brief Screening Questions
CADEQ	Questionário para Educação da Doença Arterial Coronariana
CADE-Q II	Revised version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire
CADE-Q-SV	Short version of the coronary artery disease education questionnaire
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DP	Desvio Padrão
DSCAI	Denyes Self-Care Agency Instrument
DSCPI-90	Denyes Self-Care Practice Instrument
EACAC	Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
ESCA	Exercise of Self-Care Agency
EUA	Estados Unidos da América
FCB	Fatores Condicionantes Básicos
HLS-EU-Q16	European Health Literacy Survey Questionnaire
HPM	Pender's Health Promotion Model
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICP	Intervenção Coronariana Percutânea
IDPC	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
IMC	Índice de Massa Corpórea
IQ	Intervalo Interquartil
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
LSCS	Lorensen's Self-care Capability Scale

MED	Mediana
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
METER	Medical Term Recognition Test
MICRO-Q	Maugerl CaRdiac preventi-Questionnaire
NVS	Newest Vital Sign
OCDE	Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento
PSCAQ	Perceived Self-Care Agency Questionnaire
REALM	Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine
RM	Revascularização do Miocárdio
SASE	Self-care Ability Scale for the Elderly
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SC-CHDI	Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory
SCHDE	Self-Care of Home-Dwelling Elderly
SCI	Self-as-Carer Inventory
S-TOFHLA	Short Test of Functional Health Literacy in Adults
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEDAC	Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	OBJETIVO GERAL	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	REVISAO DE LITERATURA.....	27
3.1	DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....	27
3.2	AUTOCUIDADO	29
3.2.1	Conceito de autocuidado.....	29
3.2.2	Teoria do autocuidado	30
3.2.2.1	Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem	31
3.2.3	Autocuidado e doença arterial coronariana.....	36
3.2.4	Instrumentos para avaliação do autocuidado na doença arterial coronariana.....	38
3.2.4.1	Instrumento específico para avaliação do autocuidado na DAC	38
3.2.4.2	Instrumentos genéricos para avaliação do autocuidado.....	39
3.2.4.2.1	Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA).....	39
3.2.4.2.2	Versão Revisada da Appraisal of Self-care Agency Scale (ASAS-R).....	40
3.2.4.2.3	Denyes Self-Care Praticice Instrument (DSCPI-90)	41
3.2.4.2.4	Exercise of Self-Care Agency (ESCA)	41
3.2.4.2.5	Loresen's Self-care Capability Scale (LSCS).....	41
3.2.4.2.6	Perceived Self-Care Agency Questionnaire (PSCAQ).....	42
3.2.4.2.7	Self-as-Carer Inventory (SCI).....	42
3.2.4.2.8	Self-Care of Home-Dwelling Elderly (SCHDE).....	42
3.3	ALFABETISMO EM SAÚDE	43
3.3.1	Alfabetização, letramento, alfabetismo funcional e alfabetismo em saúde.....	43
3.3.2	Modelo conceitual de alfabetismo em saúde.....	46
3.3.3	Alfabetismo em saúde e doença arterial coronariana	49
3.3.4	Instrumentos para avaliação do alfabetismo em saúde	50
3.3.4.1	Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicie (REALM).....	51

3.3.4.2	Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA).....	52
3.3.4.3	Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA).....	53
3.3.4.4	Newest Vital Sign (NVS).....	53
3.3.4.5	Medical Term Recognition test (METER).....	54
3.3.4.6	Set of Brief Screening Questions (BSQ)	54
3.4	CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA ARTERIAL	
	CORONARIANA.....	55
3.4.1	Instrumentos para avaliação da doença arterial coronariana	57
3.4.1.1	Questionário para Educação da Doença Arterial Coronariana (CADEQ)	57
3.4.1.2	Revised version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II).....	58
3.4.1.3	Short version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q SV)	58
3.4.1.4	Maugerl CaRdiac Preventi-Questionnaire (MICRO-Q).....	59
3.4.1.5	The 40 item-coronary heart disease knowledge test	60
3.4.1.6	Coronary heart disease knowledge tool for women	61
3.5	AUTOCAUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E	
	CONHECIMENTO SOBRE A DAC	61
4	MÉTODO	65
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	65
4.2	LOCAL DO ESTUDO	65
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO, AMOSTRA E PERÍODO DE	
	COLETA DE DADOS	66
4.3.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	66
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	67
4.4.1	Variável dependente	67
4.4.2	Variáveis Independentes	67
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	74
4.5.1	Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	74
4.5.2	Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica	75
4.5.3	Escala Revisada para a Avaliação da Agência de Autocuidado (ASAS-R)	75

4.5.4	Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA).....	76
4.5.5	Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE-Q SV).....	77
4.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	77
4.7	ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO	78
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	80
5	RESULTADOS.....	82
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	82
5.2	CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE A DAC	86
5.2.1	Capacidade de autocuidado	86
5.2.2	Alfabetismo em saúde	90
5.2.3	Conhecimento sobre a doença arterial coronariana	94
5.3	ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS COM A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO, COM O ALFABETISMO EM SAÚDE E COM O CONHECIMENTO SOBRE A DAC.....	99
5.4	CORRELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE A DAC	125
5.5	O ALFABETISMO EM SAÚDE COMO MEDIADOR DA RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO Erro!	
	Indicador não definido.	
6	DISCUSSÃO	131
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS ...	131
6.2	CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	138
6.3	ALFABETISMO EM SAÚDE E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	140

6.4	CONHECIMENTO SOBRE A DAC E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMO-GRÁFICAS E CLÍNICAS	146
6.5	CAPACIDADE DE AUTOUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE A DAC	149
6.6	IMPLICAÇÕES E PERSPECTIVAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, ENSINO E PESQUISA	152
6.7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	153
7	CONCLUSÃO	156
	REFERÊNCIAS.....	158
	APÊNDICE A - Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica.....	186
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para participantes do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC).....	188
	ANEXO 1 - ESCALA REVISADA PARA A AVALIAÇÃO DA AGÊNCIA DE AUTOUIDADO (ASAS-R)	193
	ANEXO 2 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	194
	ANEXO 3 - SHORT TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS (S-TOFLHA) – INSTRUÇÕES DE APLICAÇÃO	195
	ANEXO 4 - SHORT TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS (S-TOFHLA)	197
	ANEXO 5 - CORONARY ARTERY DISEASE EDUCATION QUESTIONNAIRE – SHORT VERSION (CADE-Q SV)	203
	ANEXO 6 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/USP, PARECER N. 3.224.569/2019.....	205
	ANEXO 7 - EMENDA PARECER CEP/USP N. 3.574.294/2019.....	209

ANEXO 8 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/IDCP

N. 3.490.032/2019..... 212

ANEXO 9 - EMENDA PARECER CEP/IDPC

N. 3.670.079/2019..... 217

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Coronariana (DAC) representa um sério problema de saúde pública, com crescente prevalência e alta morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo¹⁻⁴. O tratamento da DAC envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas que visam reduzir e controlar os sintomas da doença^{5,6} e exigem o desenvolvimento de habilidades de autocuidado para proporcionar mudanças no comportamento de saúde e minimizar o impacto negativo da doença⁷.

É reconhecido na literatura que a melhor capacidade de autocuidado propicia melhor controle e gerenciamento dos sinais e sintomas, prevenção dos agravos decorrentes da doença, além de contribuir para a tomada de decisão e busca de soluções^{7,8}. Ainda, a adequada capacidade de autocuidado pode contribuir para redução das taxas de mortalidade, readmissões hospitalares e custos diretos e indiretos relacionados à doença⁹.

Estudos evidenciam que em geral, a capacidade de autocuidado nos pacientes com DAC é classificada como moderada e boa, e é influenciada pelas características sociodemográficas e clínicas. Porém, ainda há pacientes que não aderem às recomendações para o autocuidado, como prática de atividade física regular, cessação do tabagismo e procura aos serviços médicos na presença de sintomas, como angina¹⁰⁻¹².

O autocuidado é definido por Dorothea Orem como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam por si próprios para manter a vida, a saúde e o bem-estar. É uma ação deliberada e aprendida por meio de relações interpessoais do indivíduo, e realizada de forma consciente e intencional a fim de atender um determinado objetivo¹³.

A Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado (TEDAC) de Dorothea Orem é amplamente utilizada e fundamenta instrumentos que permitem a avaliação do autocuidado¹⁴. De acordo com essa teoria a capacidade de autocuidado é constituída de três elementos hierárquicos, dentre eles, os componentes de poder. Estes são dez competências, fonte de empoderamento para o engajamento nas operações de autocuidado¹³.

Para Orem, o conhecimento é uma das competências necessárias para a operacionalização do autocuidado¹³. Nos últimos anos, no entanto, evidências têm

surgido no sentido de demonstrar que o conhecimento é uma competência importante, mas não é suficiente para a mudança de comportamento¹⁵⁻¹⁷.

Em um estudo transversal incluindo 401 pacientes com doença renal crônica não dialíticos observou-se associação entre conhecimento específico sobre a doença e comportamentos de autocuidado, que foi atenuado após ajuste para alfabetismo em saúde. Verificou-se interação entre o nível de alfabetismo em saúde na relação entre os escores de conhecimento sobre a doença e de autocuidado. Além disso, houve associação entre o conhecimento percebido sobre a doença e autocuidado apenas entre pacientes com adequado alfabetismo em saúde¹⁵.

Em recente editorial, Horwitz¹⁶ destaca que o autocuidado é constituído de um tripé, cujos componentes são conhecimento (saber o que deve ser feito), planejamento (como seguir as orientações) e habilidade (ser capaz e ter a disposição para colocar o plano em ação). A autora enfatiza que concentrar o cuidado em apenas um desses componentes, como o conhecimento, tem consistentemente levado a resultados insatisfatórios com relação ao manejo do autocuidado.

O estudo de Greysen et al.¹⁸ ilustra que o conhecimento pode ter papel limitado no que se refere ao manejo do autocuidado. Esses autores conduziram um estudo transversal, multicêntrico nos EUA, que incluiu mais de mil participantes que foram readmitidos após a alta hospitalar. Os autores mostraram que 91% dos participantes tinham conhecimento sobre seu plano de alta, porém mais da metade deles tiveram dificuldades em implementar as ações de autocuidado.

O conhecimento parece fazer parte de um conjunto de habilidades que envolve a busca, o processamento e a utilização da informação pelo paciente em benefício de sua saúde^{19,20}. A educação do paciente deve ir além de apresentar informações para melhorar o conhecimento; deve incluir conteúdos que promovam compreensão abrangente da doença e seus sintomas, assim como a importância dos comportamentos de autocuidado²¹.

Nesse sentido, o alfabetismo em saúde parece ser o elo para que o conhecimento seja usado com a finalidade de mudar o comportamento e melhorar o autocuidado²². O alfabetismo em saúde é a capacidade do indivíduo de buscar, julgar, processar e compreender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas¹⁹. De fato, enquanto a literatura é controversa em demonstrar que o conhecimento tem influência positiva na

capacidade de autocuidado^{15,23}, alguns autores sugerem que o alfabetismo em saúde está associado a melhores desfechos de autocuidado²⁴⁻²⁶.

Um estudo descritivo concluiu que pacientes com alfabetismo em saúde inadequado demonstraram chances significativamente aumentadas de não adesão ao estilo de vida saudável ($p= 0,013$) em comparação com aqueles com adequado alfabetismo em saúde²⁴. Outros estudos também evidenciaram que o alfabetismo em saúde adequado estava associado a menores taxas de obesidade, tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis e readmissão hospitalar^{20,25,27}.

Orem não menciona o alfabetismo em saúde dentre os componentes de poder na TEDAC¹³. Mas, o avanço do entendimento sobre as relações entre conhecimento, alfabetismo em saúde e comportamento em saúde parece apontar na direção de que a capacidade de autocuidado seja influenciada pelo alfabetismo em saúde e que o conhecimento influencie a capacidade de autocuidado por meio do alfabetismo em saúde. Nesse sentido, o alfabetismo em saúde seria um mediador da relação entre conhecimento e capacidade de autocuidado.

Até onde se sabe, não há estudos que tenham analisado se o alfabetismo em saúde é um mediador da relação entre o conhecimento e a capacidade de autocuidado. Assim, determinar a relação entre capacidade de autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento pode contribuir para o avanço da TEDAC e para o delineamento de ações educativas que visem melhorar o autocuidado de pacientes com DAC. Portanto, este estudo pretendeu responder as seguintes questões de pesquisa:

“Há associação entre capacidade de autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a doença nos pacientes com DAC?”

“O alfabetismo em saúde é mediador da relação entre o conhecimento sobre a DAC e a capacidade de autocuidado?”

As hipóteses deste estudo são:

Há associação entre a capacidade de autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a doença nos pacientes com DAC.

O conhecimento influencia a capacidade de autocuidado por meio do alfabetismo em saúde.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar a associação entre a capacidade de autocuidado, o alfabetismo em saúde e o conhecimento sobre a doença em pacientes com DAC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as características sociodemográficas e clínicas;
- ✓ Descrever a capacidade de autocuidado, o nível de alfabetismo em saúde e o conhecimento sobre a DAC;
- ✓ Verificar a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a capacidade de autocuidado, o alfabetismo em saúde e o conhecimento sobre a DAC;
- ✓ Verificar a correlação entre os escores da capacidade de autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a DAC;
- ✓ Verificar se o alfabetismo em saúde é mediador da relação entre conhecimento sobre a DAC e a capacidade de autocuidado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISAO DE LITERATURA

3.1 DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

As doenças cardiovasculares são causa importante de mortalidade e morbidade em todo o mundo, tendo sido responsáveis por 17,9 milhões de mortes em 2015, o que corresponde a cerca de um terço do total de óbitos no planeta²⁸. Estima-se que até 2030 o número de mortes por causas cardiovasculares deve aumentar para 23,6 milhões²⁹⁻³¹.

Dentre as doenças cardiovasculares, destaca-se a DAC, a qual compreende um conjunto de afecções agudas e crônicas das artérias coronárias que compromete o fluxo sanguíneo e o suprimento de oxigênio para o miocárdio, levando à isquemia do músculo cardíaco. É reconhecida como importante causa de morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento, como o Brasil²⁹.

Entre 2011 e 2014, cerca de 16,5 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 20 anos foram diagnosticados com DAC nos Estados Unidos. Em 2019 a incidência de eventos agudos coronarianos em estadunidenses foi de aproximadamente 780 mil casos novos e 335 mil casos recorrentes³². Estatísticas apontam que essa doença é responsável por um em cada três óbitos naquele país³³⁻³⁵ e que os custos diretos e indiretos com a doença superaram 200 bilhões de dólares entre 2014 e 2015³⁶.

No Brasil, entre 2004 e 2014, foram registrados mais de um milhão de óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM), angina e outras doenças isquêmicas do coração³⁷. Dados do Ministério da Saúde, mostram que entre o período de 2018 a 2019 ocorreram mais de 558 mil internações e 33 mil óbitos por doenças isquêmicas do coração com gastos que superaram R\$ 2,4 bilhões³⁸. Além dos custos hospitalares diretos, vale ressaltar os custos indiretos com prejuízos sociais e psicológicos, resultando em perda de produtividade, associada ao absenteísmo ou à mortalidade precoce^{9,39}.

A DAC é resultante, mais frequentemente, do estreitamento ou oclusão das artérias coronarianas, secundários à aterosclerose. A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial. O processo inflamatório culmina com

uma série de alterações fisiopatológicas da parede arterial que resultam em mudanças na permeabilidade endotelial e depósito de lipídios na camada subendotelial (em especial, partículas de lipoproteína de baixa densidade – LDL), com consequente comprometimento do fluxo sanguíneo coronariano^{40,41}. Cronicamente, a angina estável é a principal forma de apresentação da doença, enquanto a síndrome coronariana aguda (SCA) é a apresentação mais comum dos quadros agudos da doença⁴²⁻⁴⁴.

Reconhecidamente, vários fatores de risco concorrem para a instalação e progressão da DAC. Esses fatores de risco podem ser classificados como não modificáveis ou modificáveis. Os primeiros compreendem características do indivíduo que não podem ser modificadas por meio do tratamento, como exemplo, idade acima de 45 anos, sexo masculino e história familiar de DAC prematura⁴¹. Os fatores modificáveis são aqueles que podem ser alterados em função de mudanças nos hábitos ou tratamento, por exemplo, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e obesidade^{6,45,46}.

O desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, característico da DAC, é manifestado por vasta gama de sinais e sintomas. A manifestação clínica mais comum é a dor precordial, tipo opressiva, de forte intensidade e que irradia para os membros superiores, mandíbula, pescoço, dorso e região epigástrica. Outros sinais e sintomas são dispneia, taquicardia, astenia, fadiga, vertigem, sudorese, náusea e vômito^{43,44}.

O tratamento da DAC visa proporcionar alívio dos sintomas e maior tolerância aos exercícios diários, prevenir o IAM e reduzir incapacidades e a mortalidade⁵. Inclui o uso de medicamentos e a realização de procedimentos de cardiologia intervencionista ou cirúrgicos. Adicionalmente, a adoção de hábitos de vida saudável tem se mostrado essencial no controle da doença^{6,41} e nos desfechos cardiovasculares⁴⁷.

Tanto a incorporação de hábitos saudáveis quanto o manejo do tratamento farmacológico requerem que o paciente desenvolva habilidades e incorpore comportamentos de autocuidado à sua rotina diária^{7,8}.

3.2 AUTOCUIDADO

3.2.1 Conceito de autocuidado

O conceito de autocuidado surgiu na literatura em 1835, quando estudiosos da literatura em saúde o descreviam como uma noção de responsabilidade pessoal por doenças ligadas a sintomas contagiosos⁴⁸. A partir da segunda metade do século XX, com a mudança nos padrões predominantes de doença aguda para doença crônica, a visão filosófica de que as pessoas são responsáveis por sua própria saúde começou a receber destaque⁴⁹.

Na enfermagem, o conceito de autocuidado surgiu em 1958, quando enfermeira e teórica Dorothea Orem, como consultora do *Office of Education, Department of Health, Education and Welfare*, participou de um projeto para melhorias do treinamento prático de enfermagem, construindo sua primeira teoria, a “Teoria do autocuidado”¹³.

Orem definiu o autocuidado como a prática de atividades que as pessoas iniciam e executam por si mesmas na manutenção da vida, saúde e bem-estar. Para a autora, o autocuidado tem propósito, é deliberado, e contribui para a manutenção da integridade, funcionamento e desenvolvimento humanos. O autocuidado é desempenhado por pessoas maduras e em amadurecimento que têm o poder e a capacidade de usar métodos apropriados, confiáveis e válidos para controlar e regular fatores internos e externos que afetam seu funcionamento, desenvolvimento e bem-estar em ambientes estáveis ou desafiadores¹³.

Apesar de ser um termo amplamente utilizado na literatura em saúde e em enfermagem, não há uma definição consensual do termo. Uma revisão sistemática sintetizou os atributos, antecedentes e consequentes de autocuidado e de agência de autocuidado⁵⁰.

Em termos do atributo, autocuidado é descrito como atividade, capacidade e processo. Como atividade, o autocuidado se refere a atividades física, mental, social e espiritual. Essas atividades são aprendidas e conscientemente desempenhadas; estão sob o controle individual e são norteadas pela situação a um objetivo específico. O autocuidado também é uma capacidade de ação dirigida a necessidades universais, objetivos e problemas de saúde. Finalmente, o

autocuidado é um processo de desenvolvimento da saúde relacionado à doença e ao bem-estar⁵⁰.

Por sua vez, a agência de autocuidado é definida como a capacidade de reconhecimento das próprias necessidades e de avaliação dos recursos pessoais e ambientais. Os atributos identificados para este conceito foram as capacidades cognitiva, física e psicossocial de desempenhar as ações de autocuidado⁵⁰.

Fatores internos, como crenças, preceitos religiosos, aprendizagem, motivação, autoeficácia, percepção de desequilíbrio, compromisso e capacidade de fazer julgamentos, e fatores externos, como rede de apoio social e recursos disponíveis, foram identificados como antecedentes do conceito de autocuidado. Para agência de autocuidado, os antecedentes foram os níveis de desenvolvimento cognitivo, físico e psicossocial e a necessidade ou desejo de desempenhar ações de autocuidado⁵⁰.

Os consequentes do conceito de autocuidado são a manutenção da saúde, vida e bem-estar, autonomia e empoderamento, resolução de sintomas, prevenção e enfrentamento da doença, obtenção de apoio social, e o alcance da autoestima, autotranscendência e vida significativa. Já os consequentes do conceito agência de autocuidado se referem ao desempenho de ações que visam atingir um objetivo específico⁵⁰.

3.2.2 Teoria do autocuidado

Uma revisão integrativa realizada na base de dados CINAHL e no portal PubMed, a fim de sintetizar a literatura acerca dos modelos teóricos que subsidiam a avaliação do autocuidado em pessoas com DAC, identificou que em 10 dos 37 artigos recuperados os autores declararam os modelos teóricos utilizados na avaliação do autocuidado em pacientes com DAC. A teoria de enfermagem mais amplamente utilizada foi a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado (TEDAC), de Dorothea Orem¹⁴.

Corroborando com os resultados da revisão citada anteriormente, em outro estudo os autores identificaram que a TEDAC foi a teoria mais citada na literatura no que se refere aos cuidados de enfermagem a pacientes coronariopatas. Observaram também que intervenções pautadas no modelo conceitual de Orem trouxeram

benefícios na promoção do autocuidado e, conseqüentemente, melhores resultados em saúde⁵¹.

Além de ser amplamente utilizada na enfermagem, a TEDAC relaciona os conceitos fundamentais que afetam o autocuidado. Em especial, destaca características do agente que são necessárias para o autocuidado¹³. Ainda, vários instrumentos que visam analisar o comportamento de autocuidado se basearam na TEDAC⁵².

3.2.2.1 Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem

A TEDAC é uma grande teoria que congrega três teorias menores e inter-relacionadas, a saber: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. As três teorias menores se articulam para formar o todo que é a TEDAC¹³.

Há seis conceitos básicos e um conceito periférico que compõem a TEDAC. Autocuidado, capacidade para o autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado e déficit de autocuidado são os conceitos básicos relacionados ao paciente. A agência de enfermagem e o sistema de enfermagem são os conceitos básicos relacionados ao profissional e suas ações. Os fatores condicionantes básicos (FCB) são o conceito periférico que influencia os conceitos capacidade para o autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado e agência de enfermagem^{13,53}.

O conceito básico autocuidado é definido como a prática de atividades que as pessoas iniciam e desempenham por si mesmas, para si mesmas ou para outros (cuidado dependente) para manter a vida, a saúde e o bem-estar. De acordo com a teorista, o autocuidado é um comportamento aprendido que é direcionado a um objetivo específico. Em outras palavras, o autocuidado é uma ação deliberada precedida pela busca de conhecimento acerca do que deve ser feito (ação necessária) e tomada de decisão sobre que ação realizar¹³.

O segundo conceito básico, a capacidade para o autocuidado (ou agência de autocuidado), foi descrito como a disposição do paciente em se engajar, bem como sua habilidade para o autocuidado. A pessoa com disposição favorável e que realiza o autocuidado é um agente de autocuidado. A capacidade para o autocuidado pode ser aprendida/desenvolvida desde a infância, atinge seu ápice na vida adulta e

declina com o avançar da idade. Este conceito é constituído de uma estrutura hierárquica de três partes¹³.

Parte 1) Capacidades fundamentais e disposição. Incluem competências relacionadas à percepção, memória e orientação, que são necessárias para qualquer ação deliberada, não apenas ações de autocuidado.

Parte 2) Componentes de poder. São constituídos de 10 competências que são fonte de empoderamento para o engajamento nas operações de autocuidado; devem ser aprendidas/desenvolvidas, e são relacionadas ao conhecimento, motivação e habilidades (quadro 1).

Quadro 1 - Componentes de poder da capacidade de autocuidado

1. Capacidade de manter atenção e vigilância com relação a si mesmo enquanto agente de autocuidado, bem como a condições internas e externas e a fatores significativos para o autocuidado
2. Uso controlado da energia física disponível que é suficiente para a iniciação e continuação as operações de autocuidado
3. Capacidade de controlar a posição do corpo e suas partes na execução de movimentos necessários para a iniciação e finalização e atividades de autocuidado
4. Capacidade de raciocinar segundo um modelo de autocuidado
5. Motivação, isto é, orientações para metas de autocuidado que estão de acordo com as características e significado de vida, saúde e bem-estar
6. Capacidade de tomar decisões acerca de si mesmo e de operacionalizar tais decisões
7. Capacidade para adquirir conhecimento técnico sobre o autocuidado de uma fonte confiável, para retê-lo e operacionalizá-lo
8. Um repertório de habilidades cognitivas, perceptuais, de manipulação, de comunicação e interpessoais adaptadas para a realização das atividades de autocuidado
9. Capacidade de organizar ações de autocuidado em relação a metas regulatórias de autocuidado
10. Capacidade de realizar consistentemente ações de autocuidado, integrando-as com relevantes aspetos pessoais, familiares e da comunidade

Fonte: Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.¹³

Parte 3) Capacidade para o autocuidado específico, que é o nível hierárquico mais concreto. É constituído das capacidades de estimativa, transicional e de operações produtivas. A capacidade de estimativa se refere às operações necessárias para investigar e determinar o que precisa ser feito. Isto inclui a capacidade de aprender em situações relacionadas à saúde e bem-estar. A capacidade transicional se refere à habilidade de tomar decisões apropriadas. A capacidade de operações produtivas é aquela necessária para realizar a ação, monitorar seus efeitos e avaliar a efetividade da ação¹³.

A demanda terapêutica de autocuidado é o conceito que sumariza todas as ações que devem ser desenvolvidas para satisfazer os três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento, e desvios de saúde¹³.

Há oito requisitos universais, os quais são necessários a todos os seres humanos, em todas as idades e em todas as condições (por exemplo, alimentação, oxigenação, atividade e repouso). Os três requisitos de desenvolvimento se referem às ações necessárias para os processos de desenvolvimento gerais ao longo da vida, às demandas para ações por pessoas em papéis positivos ou saúde mental preservada, e às ações necessárias em situações de crise. Por fim, os seis requisitos de desvios de saúde guiam as ações quando as pessoas apresentam doenças, lesões ou estão sob cuidados de profissional da saúde¹³.

O quarto conceito é o déficit de autocuidado, que expressa a relação qualitativa e quantitativa dos conceitos de capacidade para o autocuidado e demanda terapêutica de autocuidado, em que o primeiro é menor que o segundo (capacidade < demanda). O déficit de autocuidado real, completo ou parcial, ou potencial deve existir para que seja necessário o cuidado de enfermagem¹³.

A agência de enfermagem é um dos conceitos básicos relacionados ao profissional e suas ações. É definido como o poder ou a habilidade de fazer enfermagem, que são necessários para conhecer e atender as demandas terapêuticas de autocuidado do paciente, bem como para proteger e regular o desenvolvimento da capacidade de autocuidado do paciente. Em outras palavras, relaciona-se as habilidades especializadas, que permitem ao enfermeiro proporcionar atenção que compensa ou ajuda a superar as deficiências de autocuidado¹³. A agência de enfermagem é análoga ao conceito de capacidade para o autocuidado (agência de autocuidado), porém, neste caso, as ações de

autocuidado são desempenhadas por um profissional, legalmente treinado, em prol do paciente.

O conceito de sistema de enfermagem constitui-se numa ação ou sequência de ações e interações entre enfermeiro e paciente realizada com um propósito. Tais ações são relacionadas a três tipos de subsistemas: interpessoal, sociocontratual e profissional-tecnológico. Por meio dos subsistemas interpessoal e sociocontratual, o enfermeiro determina a presença de déficits de autocuidado reais ou potenciais e desenvolve um dos três tipos de sistemas de enfermagem, a saber, totalmente compensatório, parcialmente compensatório e educativo de apoio¹³.

O conceito periférico, FCB, se refere a aspectos internos ou externos ao paciente que afetam os conceitos capacidade para o autocuidado e demandas terapêuticas para o autocuidado, e fatores do profissional que afetam o conceito de agência de enfermagem. Os fatores relacionados ao paciente são idade, sexo, estado de desenvolvimento, orientação sociocultural, estado de saúde, fatores do sistema familiar, fatores do sistema de saúde, padrões de vida, fatores ambientais e disponibilidade e adequação de recursos. Os aspectos internos ou externos a que se referem os FCB são categorias que não foram explicitamente definidas e continuam em desenvolvimento¹³.

Orem apresenta um modelo para demonstrar o relacionamento entre os conceitos da teoria (figura 1)

Figura 1 - Relação entre os conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado

Legenda: R- relação

Fonte: Hartweg DL. Dorothea Orem's self-care deficit nursing theory. In: Smith MC, Parker ME. Nursing theories and nursing practice. 4th ed. Philadelphia: Davis Company; 2015.⁵³

O autocuidado é o conceito central na TEDAC e para que o indivíduo seja agente do autocuidado deve haver equilíbrio entre a capacidade de autocuidado e as demandas terapêuticas de autocuidado. Quando ocorre um desequilíbrio, instala-se o déficit de autocuidado, a pessoa se torna incapaz de desenvolver ações para atender suas necessidades, sendo necessária a atuação da enfermagem. O enfermeiro deve reconhecer o déficit e traçar um plano de cuidados, para auxiliar o paciente para desenvolver as competências e as habilidades necessárias ao autocuidado, sempre que possível.

3.2.3 Autocuidado e doença arterial coronariana

O autocuidado adequado é fundamental para o controle, manutenção e gerenciamento da DAC. Está bem estabelecido que comportamentos de autocuidado são benéficos para o paciente^{8,54-56}. Apesar de a literatura ser vasta em estudos que avaliam o autocuidado em pacientes com DAC, a comparação dos resultados é dificultada em função da variedade de instrumentos utilizados. Ainda, pesquisadores têm demonstrado grande interesse em identificar fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado em pacientes com DAC. Esses fatores são de natureza diversa que compreendem aspectos fisiológicos, psicoemocionais, cognitivos, demográficos, sociais, culturais e espirituais/religiosos⁵⁷⁻⁶¹.

Araújo, Silva, Ramos¹⁰ analisaram o comportamento de autocuidado por meio da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC), em 62 pacientes submetidos eletivamente à cirurgia de revascularização do miocárdio. O escore global médio dos participantes foi $87,5 \pm 10,5$, sendo que a capacidade de autocuidado foi categorizada como muito boa e boa para 51,6% e 33,9% dos participantes, respectivamente. Idade e renda foram os FCB associados ao melhor comportamento de autocuidado¹⁰.

Um estudo transversal com 200 pacientes submetidos à angioplastia avaliou comportamentos de autocuidado por meio de uma escala de 21 itens. O escore global foi $2,25 \pm 0,39$ (variação possível de 0 a 4). Melhores comportamentos de autocuidado foram observados respectivamente nos domínios tabagismo, dieta, adesão ao tratamento, manejo do estresse e atividade física. Em relação à dieta, 13% dos participantes evitavam comidas salgadas e 89,5% evitavam gorduras saturadas ou laticínios com alto teor de gordura frequentemente ou sempre. A maioria dos participantes relatou seguir as recomendações relacionadas ao uso de medicamentos (90%) e consultar o médico de forma regular para avaliação do estado de saúde (80%). Apesar disso, 19% eram fumantes⁵⁸.

Ainda no referido estudo, os resultados evidenciaram que os comportamentos de autocuidado foram significativamente associados ao nível educacional ($p=0,003$) e ao status de emprego ($p=0,025$). Os participantes empregados e com ensino superior apresentaram melhor comportamento de autocuidado. A autoeficácia foi o constructo mais fortemente preditivo do comportamento de autocuidado ($\beta=0,237$, p

< 0,001), seguido de barreiras percebidas ($\beta = -0,195$, $p < 0,001$) e suporte social percebido ($\beta = 0,13$, $p < 0,001$)⁵⁸.

Pesquisadores coreanos observaram resultados semelhantes ao analisarem o comportamento de autocuidado por meio da *Cardiac Health Behavior Scale* em 130 pacientes com DAC. O comportamento de cessação do tabagismo obteve o escore mais alto dentre as subescalas avaliadas (responsabilidade com a saúde, dieta saudável, exercício, manejo do estresse e cessação do tabagismo). Os escores em todas as subescalas sugerem que os participantes tinham comportamento de autocuidado em nível moderado⁸.

Lauck, Johnson e Ratner⁶² analisaram o comportamento de autocuidado após dois a cinco dias da alta hospitalar em 98 pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco. O comportamento de autocuidado foi avaliado por meio da adesão às instruções recebidas por escrito no momento da alta hospitalar. Os resultados mostraram que quase a totalidade (97%) dos participantes referiram adesão à terapia antiplaquetária; 83,7% seguiram as recomendações sobre a retirada do curativo e 79,6%, as recomendações sobre banho. No entanto, 72% não seguiram as recomendações sobre o engajamento em atividade física. Chama a atenção que 80% dos participantes que experienciaram sintomas não usuais após o procedimento, como dor no peito, não procuraram atenção médica. Duração da hospitalização, estresse e falta de apoio social foram preditivos do autocuidado relacionado ao manejo da doença e procedimento realizado em uma artéria versus multiarterial e falta de apoio social foram preditivos do autocuidado relacionado ao manejo do estilo de vida.

Outro estudo descritivo avaliou os fatores associados à agência de autocuidado em 300 pacientes com intervenção coronariana percutânea (ICP) e observou que 72% dos participantes apresentavam um escore bom no *Appraisal of Self-care Agency Scale* (ASA) e estava associado ao estado civil ($p = 0,001$) e renda ($p = 0,020$), indivíduos casados e com maior renda apresentaram melhores escores no ASA. Os demais FCB, como, educação, ocupação, local de moradia, seguro, tabagismo, apoio à família, assistência à saúde e tempo de seguimento após a cirurgia não tiveram relação com a agência de autocuidado¹¹.

Shin et al.⁶³ avaliaram fatores diretos e indiretos que influenciam a adesão ao autocuidado em pacientes com SCA examinando a relação entre fatores multidimensionais. Após a análise de modelo de equações estruturais, observou-se

que o apoio social influenciou indiretamente a adesão ao autocuidado por meio do aumento da autoeficácia, redução da ansiedade e aumento do benefício percebido. Além disso, o apoio social e a função corporal influenciaram indiretamente a adesão ao autocuidado, através da redução da depressão que afetou a autoeficácia. A autoeficácia foi o fator mais influente e teve um papel importante como variável mediadora.

3.2.4 Instrumentos para avaliação do autocuidado na doença arterial coronariana

A capacidade de autocuidado é um traço latente, por isso, é necessária a utilização de instrumentos de medida para sua avaliação. A maioria dos instrumentos disponíveis para tal não são específicos para pessoas com DAC.

3.2.4.1 Instrumento específico para avaliação do autocuidado na DAC

O *Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory* (SC-CHDI) foi desenvolvido por Dickson et al.⁷ e publicado em 2017. Foi construído com base na teoria do autocuidado de doenças crônicas e seus itens foram projetados para refletir dois constructos da teoria, a manutenção de autocuidado e o gerenciamento de autocuidado, além da autoeficácia⁷.

O inventário original contém 23 itens, organizados em quatro escalas. Cada uma é pontuada separadamente, com escores que variam de 0-100, sendo que maiores escores indicam melhor autocuidado e melhor autoeficácia⁷.

A avaliação psicométrica do SC-CHDI foi realizada em uma amostra de 392 adultos com DAC recrutados de ambulatórios e programas de reabilitação cardíaca nos EUA. Na análise fatorial, observou-se ajuste satisfatório para o modelo de duas dimensões das escalas de manutenção e gerenciamento de autocuidado. Todas as dimensões de autocuidado se associaram com medidas de adesão ao tratamento, mas apenas a manutenção do autocuidado e autoeficácia se associaram com a tomada de decisão. A confiabilidade para as escalas manutenção, gerenciamento do autocuidado e autoeficácia foram, respectivamente, 0,87, 0,76 e 0,84⁷.

Ainda não há uma versão traduzida e adaptada para uso no Brasil.

3.2.4.2 Instrumentos genéricos para avaliação do autocuidado

Uma revisão sistemática identificou nove instrumentos desenvolvidos para a avaliação do autocuidado e os modelos teórico em que foram baseados: *Self-care Agency Scale* (ASA); *Denyes Self-Care Practice Instrument* (DSCPI-90); *Denyes Self-Care Agency Instrument* (DSCAI); *Exercise of Self-Care Agency* (ESCA); *Lorensen's Self-care Capability Scale* (LSCS); *Perceived Self-Care Agency Questionnaire* (PSCAQ); *Self-care Ability Scale for the Elderly* (SASE); *Self-as-Carer Inventory* (SCI) e *Self-Care of Home-Dwelling Elderly* (SCHDE)⁵².

A seguir será apresentada uma breve descrição de sete dos instrumentos identificados na referida revisão, e a versão revisada da *Appraisal of Self-care Agency Scale* (ASAS-R) que foram baseados na TEDAC e são utilizados na população adulta.

3.2.4.2.1 Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA)

A *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA) foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores americanos e holandeses, com base na TEDAC e seus itens foram construídos a partir dos 10 componentes de poder, com o objetivo de verificar se a capacidade de autocuidado está operacionalizada. A escala foi desenvolvida para uso em diferentes grupos de pessoas de diferentes idades e com diferentes condições de saúde⁶⁴.

A ASA possui dois formatos de aplicação, sendo formato A (ASA-A) denominado *Self-Appraisal* (auto avaliação), destinada ao paciente, e o formato B (ASA-B) *Appraisal of Another*, destinado ao familiar, à pessoa próxima ou a um cuidador. Tanto a ASA-A quanto a ASA-B consistem em 24 itens, seguidos de escala tipo Likert com cinco categorias de resposta. As categorias variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). A pontuação mais alta é de 120 pontos e indica melhor capacidade de autocuidado^{65,66}.

Evers et al.⁶⁴ estudaram a validade de construto da ASA. Em 1986, Evers desenvolveu um estudo sobre a capacidade de autocuidado em idosos holandeses, o qual detectou uma relação inversa à dependência social. Já Isenberg, em 1987, aplicou a escala em pacientes que aguardavam a cirurgia de revascularização do miocárdio e obteve relação positiva entre a ASA e o estado de saúde⁶⁵. Em 1993,

Evers et al.⁶⁵ realizaram a tradução e adaptação cultural da ASA com 140 idosos holandeses com diferentes graus de dependência, e detectaram que o escore de capacidade de autocuidado foi maior nos grupos de pacientes que dependem menos dos cuidados de enfermagem.

A ASA-A foi traduzida do inglês para o holandês, dinamarquês, norueguês, chinês, sueco e português. A versão brasileira desta escala foi denominada Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC), com adequada consistência interna com alfa de Cronbach de 0,84⁶⁷.

3.2.4.2.2 Versão Revisada da Appraisal of Self-care Agency Scale (ASAS-R)

Sousa et al.⁶⁸ analisaram itens e estrutura fatorial da ASA em uma amostra de 141 pacientes com diabetes mellitus de um centro de diabetes nos EUA. Embora os resultados indicassem adequada consistência interna e validade de construto, os autores identificaram a necessidade de revisar quatro itens da escala (10, 12, 14 e 24) que não apresentaram valores adequados de correlação item - item-total, comprometendo a homogeneidade da escala.

Assim a reavaliação da estrutura fatorial da escala foi conduzida em uma amostra de 629 pacientes da população geral. Nove itens com cargas fatoriais menores do que 0,30 foram excluídos, resultando em uma nova estrutura, com 15 itens e três fatores⁶⁹. Esta versão apresentou melhor índice de ajuste, cargas fatoriais mais fortes, alta variância explicada para todos os itens e alta confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,89), além de apresentar forte correlação linear com a versão original ($r = 0,98$; $p < 0,001$)⁶⁹.

Em 2014, Stacciarini e Pace⁷⁰ traduziram a ASAS-R para uso no Brasil. Anos mais tarde, as autoras publicaram um estudo com a análise fatorial confirmatória da escala em amostra de 150 brasileiros com diabetes mellitus. Todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima de 0,40. Os valores da análise de consistência interna apresentaram alfa total entre 0,75 para os fatores um e três e alfa total de 0,47 para o fator dois. A maioria das correlações entre os itens de cada um dos três fatores foi de moderada a forte magnitude ($r = 0,37$ a $r = 0,64$). No entanto, o valor de alfa e os coeficientes de correlação item e fator do fator 2 “Desenvolvendo poder” mantiveram-se com valores não satisfatórios⁷¹.

Detalhes sobre a composição da escala e interpretação do escore serão apresentados no item 4.5.3.

3.2.4.2.3 Denyes Self-Care Praticice Instrument (DSCPI-90)

A versão original do DSCPI foi desenvolvida em 1980 a fim de mensurar práticas de autocuidado em adolescentes; a literatura também descreve sua aplicação na população adulta. Modificações realizadas no instrumento em 1982, 1988 e 1990 resultaram em versões de 17 e 18 itens, com coeficientes de confiabilidade entre 0,84 a 0,92⁷².

O DSCPI-90 com 18 itens é o mais utilizado para avaliação do autocuidado. Avalia tanto os comportamentos gerais de saúde (tomada de decisões para manter a saúde) quanto comportamentos de cuidado (gerenciamento dos níveis de estresse). Os entrevistados registram respostas para os itens usando uma escala de proporção de zero, referindo-se a nenhum, até 100 pontos, referindo-se a todo o tempo. Escores mais altos refletem um nível mais alto de habilidades de autocuidado. O DSCPI-90 está disponível apenas em inglês⁷².

3.2.4.2.4 Exercise of Self-Care Agency (ESCA)

A ESCA foi desenvolvida pelos americanos Kearney e Fleischer em 1979. A escala composta por 35 itens, enfoca o estado de autoavaliação dos indivíduos para as ações de autocuidado. Cada afirmação é pontuada de zero a quatro (zero- não me define nada), (um- dificilmente me define), (dois- não tenho ideia), (três- um pouco me define), (quatro- me define muito) e baseia-se nas respostas dos pacientes em uma escala do tipo Likert de cinco pontos. As pontuações mínima e máxima são 35 e 140 pontos, respectivamente. Quanto maior a pontuação, maior a agência de autocuidado dos indivíduos. A versão em inglês apresentou adequada consistência interna e foi traduzida para alemão, sueco, japonês, turco e chinês^{73,74}.

3.2.4.2.5 Lorensen's Self-care Capability Scale (LSCS)

A LSCS, disponível apenas em norueguês, foi desenvolvida na Dinamarca em 1986, por Lorensen⁷⁵ para avaliar a capacidade de autocuidado da pessoa idosa

para gerenciar a vida cotidiana, seja em domicílio ou instituições de internação ou reabilitação. A escala original era composta de 64 itens. Após diversas revisões, recomendações de Dorothea Orem e opinião de especialistas, a escala passou a contemplar 56 itens, com adequada consistência interna, alfa de Cronbach de 0,97.

Os itens são respondidos por meio da escala tipo Likert de um a quatro pontos, categorizada da seguinte forma: quatro (capaz de gerenciar autocuidado sem ajuda), três (capaz de gerenciar autocuidado com uma pequena ajuda), dois (capaz de gerenciar autocuidado com muita ajuda) e um (totalmente dependente de ajuda). O escore varia de 56 a 224 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor o desempenho dos idosos nas capacidades de autocuidado⁷⁵.

3.2.4.2.6 Perceived Self-Care Agency Questionnaire (PSCAQ)

O PSCAQ foi desenvolvido pela Hanson⁷⁶ nos EUA para mensurar autocuidado em adultos não institucionalizados. O instrumento é composto por 53 itens em escala Likert de um (nunca gostei de mim) à cinco (sempre gostei de mim). O escore varia de 53 a 265 pontos.

3.2.4.2.7 Self-as-Carer Inventory (SCI)

O SCI foi desenvolvido por Geden e Taylor⁷⁷ nos EUA, e atualmente está disponível em inglês e finlandês. As autoras usaram o inventário SCI desenvolvido por Hanson⁷⁶ como ponto de partida. As propriedades psicométricas do SCI foram analisadas em um estudo piloto que avaliou o autocuidado de pacientes encaminhados para cirurgia de revascularização. O SCI apresentou boa consistência interna e validade de construto em relação à teoria de Orem^{78,79}.

A versão mais recente do instrumento consiste em 40 itens seguidos de escala do tipo Likert que varia de um a seis pontos. O escore varia de 40 a 240. Quanto menor a pontuação, melhor é a agência de autocuidado⁷⁷.

3.2.4.2.8 Self-Care of Home-Dwelling Elderly (SCHDE)

O SCHDE foi desenvolvido na Finlândia em 2007 por Räsänen, Backman e Kyngäs⁸⁰. Consiste de 82 itens e cinco subescalas independentes que medem os

seguintes fatores: tipos de autocuidado (42 itens), orientação para o autocuidado (14 itens), satisfação com a vida (cinco itens), autoestima (10 itens) e capacidade funcional (Escala Atividade Vida Diária / Atividade Intermediária Vida Diária, 11 itens). Cada item é avaliado por meio de escala Likert de um a cinco pontos, variando de discordo totalmente a concordo totalmente⁸⁰. O instrumento está disponível em finlandês, esloveno e inglês⁸¹.

3.3 ALFABETISMO EM SAÚDE

3.3.1 Alfabetização, letramento, alfabetismo funcional e alfabetismo em saúde

Os termos alfabetização e letramento surgem inicialmente no contexto educacional em momentos históricos diferentes, sendo o último mais recente. Apesar de variações ao longo da história, esses termos designam processos de ensino e aprendizagem de um sistema de representação da linguagem humana e a capacidade de utilizá-lo em práticas sociais^{82,83}. Em outras palavras, trata-se de ensinar e aprender a ler e a escrever e à capacidade do educando de interpretar e utilizar a informação em situações sociais diversas.

Entretanto, a distinção conceitual entre os termos alfabetização e letramento não é unânime entre os autores^{82,83}. Se para uma das vertentes, a alfabetização se restringe ao processo de decodificação de sistemas grafêmico-fonêmicos e o letramento é o uso da linguagem escrita em práticas sociais⁸³, para a outra o conceito de letramento não se sobrepõe ao de alfabetização. Nesta vertente, o letramento é continente e a alfabetização conteúdo, numa relação em que o primeiro dá direção ao processo de alfabetização, isto é, guia este processo segundo o contexto sociocultural em que o fenômeno ocorre⁸².

Por sua vez, o termo alfabetismo é usado para designar o antônimo afirmativo de analfabetismo⁸⁴, ou seja, expressa a condição daqueles que sabem ler e escrever. A capacidade de entender instruções escritas para realizar tarefas cotidianas é designada pelo termo alfabetismo funcional, que surgiu nos EUA, na década de 1930, no meio militar. O uso do termo foi disseminado em meados da década de 1970, quando a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) o incorporou à sua definição de alfabetização⁸⁵.

O enfoque do alfabetismo como competência funcional requer, além da leitura e da escrita, a capacidade de realizar cálculo, resolver problemas, utilizar a linguagem oral e desenvolver habilidades pessoais aplicadas a contextos como a saúde, por exemplo⁸⁴. Isto é, o conceito de alfabetismo funcional não se limita a habilidades básicas de leitura e escrita, mas se refere ao conjunto de competências funcionais necessárias para um desempenho satisfatório em diferentes contextos sociais, culturais, econômicos e políticos.

A fim de discutir a educação em saúde no contexto de políticas sociais, Simonds⁸⁶ utilizou pela primeira vez a expressão alfabetismo em saúde (do inglês, *health literacy*) para se referir a padrões mínimos de educação em saúde que deveriam ser atingidos por escolas nos EUA. No artigo, o autor delineou padrões mínimos de alfabetismo em saúde para todos os níveis escolares, apresentando uma oportunidade de vincular as competências educacionais e de saúde^{83,87}.

O conceito de alfabetismo em saúde começou a ser desenvolvido e, durante algum tempo, se referiu à habilidade de lidar com palavras e números no contexto de saúde. Mais adiante, expandiu-se a definição do conceito, que passou a designar o uso simultâneo de um conjunto mais complexo de habilidades, como agir segundo uma orientação em saúde escrita, comunicar necessidades a profissionais de saúde e compreender instruções relacionadas à saúde⁸⁸. O quadro 2 apresenta as definições de alfabetismo em saúde mais frequentemente citadas na literatura.

Quadro 2 - Definições de alfabetismo em saúde mais frequentemente citadas na literatura

(continua)

Organização Mundial da Saúde	1998	“As habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter acesso para entender e usar a informação de maneira que promovam e mantenham boa saúde” ⁸⁹ .
Associação Médica Americana	1999	“O conjunto de habilidades, incluindo a habilidade de leitura básica e tarefas numéricas necessárias para [o indivíduo] funcionar no ambiente de cuidados à saúde” ⁹⁰ .

Quadro 2 - Definições de alfabetismo em saúde mais frequentemente citadas na literatura

(conclusão)

Instituto de Medicina	2004	“Capacidade do indivíduo de obter, processar e compreender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões em saúde apropriadas” ⁹¹ .
-----------------------	------	--

Fonte: Adaptado de Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug. 15];12:80.⁸⁸ Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.

Todas as definições do quadro 2 parecem ser uníssonas ao mencionar que o alfabetismo em saúde se refere às habilidades de um indivíduo em obter, processar e compreender informações em saúde e de serviços necessárias para tomar decisões apropriadas em saúde.

No entanto, para outros autores, o alfabetismo em saúde significa mais do que simplesmente "ler panfletos", "marcar consultas", "entender rótulos de alimentos" ou "cumprir ações prescritas" por profissionais. Ao seu significado deve ser imputada a noção de relação necessária entre aquele que recebe e aquele que transmite a informação em saúde; nesse sentido, o conceito de alfabetismo em saúde extrapola o enfoque individual, abrangendo a interação entre as demandas dos sistemas de saúde e as habilidades dos indivíduos^{88,92}. Nesse contexto, o alfabetismo em saúde é um estado dinâmico, que depende de características do indivíduo e do sistema de saúde; sofre influência do problema de saúde que está em tratamento, do provedor de cuidados e do sistema de saúde⁹³.

A falta de consenso na literatura sobre a definição de alfabetismo em saúde acarreta muitos problemas, dentre os quais discordâncias no nome atribuído ao constructo e na sua operacionalização. Muitos termos e expressões têm sido utilizados para designar alfabetismo em saúde, como exemplo, letramento em saúde, alfabetização em saúde e literácia em saúde, o que pode causar confusão entre os leitores e pesquisadores e, certamente, não contribui para avançar nos estudos sobre esse fenômeno, pois não há clareza se esses termos são sinônimos e se estão se referindo ao mesmo fenômeno. Vale destacar que na biblioteca virtual em saúde, o descritor cadastrado é alfabetização em saúde. Quanto à

operacionalização, o problema recai sobre o que se pretende medir, uma vez que a medida deve ser consistente com a definição do constructo¹⁹.

Neste estudo, optou-se pela adoção do termo alfabetismo em saúde. A despeito de não ser o termo cadastrado como descritor no vocabulário de ciências da saúde⁹⁴, tem sido utilizado em diversas publicações brasileiras. Além disso, esse termo, na opinião da pesquisadora, parece ser mais familiar aos “falantes” da língua portuguesa para designar o que se pretende investigar neste projeto, isto é, a capacidade do indivíduo de ler, processar e compreender textos e informações numéricas que são necessários para a tomada de decisão adequada em saúde, diante de orientações fornecidas pelos profissionais¹⁹.

3.3.2 Modelo conceitual de alfabetismo em saúde

O alfabetismo em saúde é um conceito multidimensional, influenciado por diversos fatores, como conhecimento em saúde, capacidade de leitura e complexidade da informação, e que influencia a obtenção de resultados em saúde, mediada pela atitude/disposição em relação aos fenômenos de saúde, autoeficácia e mudança de comportamento^{19,88}. Há, na literatura, alguns modelos propostos para explicar o conceito de alfabetismo em saúde^{19,95-97}. Nesta seção, será apresentado o modelo de Baker et al.¹⁹, pois é consistente com a definição de alfabetismo em saúde adotada neste estudo.

Em seu modelo (figura 2), Baker et al.¹⁹ consideram que o alfabetismo em saúde é determinado pelas características do indivíduo e do sistema de saúde, o qual compartilha a responsabilidade de fornecer informações de saúde de forma eficaz. O modelo é composto por dois domínios: a capacidade individual e o alfabetismo em saúde. Ambos irão determinar o grau de complexidade e dificuldade para compreender as informações em saúde fornecidas pelos profissionais.

Figura 2 - Modelo conceitual da relação entre capacidades individuais, alfabetização impressa e oral relacionada à saúde e resultados de saúde

Fonte: Adaptado de Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33-42.¹⁹

O domínio capacidade individual é definido como o conjunto de recursos que o indivíduo possui para lidar de forma eficaz com informações de saúde, pessoal de saúde e sistema de saúde. Baker et al.¹⁹ subdividem a capacidade individual em dois subdomínios: fluência de leitura e conhecimento prévio.

A fluência de leitura se refere à capacidade de processar mentalmente materiais escritos e formar novos conhecimentos. Três conjuntos de habilidades

compõem a fluência de leitura: a capacidade de ler e compreender textos (*prose*), a capacidade de localizar e usar informações em documentos (*document literacy*), e a capacidade de aplicar operações aritméticas e usar informações numéricas em materiais impressos (*quantitative literacy*)¹⁹.

Já o conhecimento prévio é aquele adquirido pelo indivíduo antes de ler materiais relacionados à saúde ou falar com um profissional de saúde; é composto pelo vocabulário e pelo conhecimento conceitual da saúde e do cuidado em saúde. O vocabulário se refere ao conhecimento do significado da palavra e é diferente da fluência da leitura, embora os dois sejam altamente correlacionados, porque as pessoas adquirem vocabulário por meio da leitura. A fluência em leitura permite que um indivíduo expanda seu vocabulário e ganhe conhecimento conceitual e vice-versa. O conhecimento conceitual da saúde e do cuidado em saúde se refere à compreensão de aspectos gerais sobre o funcionamento do corpo e como as doenças o afetam¹⁹.

O domínio alfabetismo em saúde é descrito como o conhecimento adquirido por meio das características individuais (cultura, valores, normas da sociedade, acessibilidade aos serviços de saúde, fatores econômicos, emocionais e ambientais) e determinado também pelos fatores ambientais. Esse domínio é subdividido em comunicação oral e informações impressas¹⁹.

O alfabetismo em saúde - comunicação oral se refere à capacidade de comunicação com profissionais de saúde; o alfabetismo em saúde - informações impressas trata da capacidade de compreender informações escritas. Ambos dependem da fluência de leitura e do vocabulário relacionado à saúde, da familiaridade com os conceitos de saúde apresentados em materiais de saúde ou discutidos pelos profissionais e da complexidade e dificuldade das mensagens impressas e faladas que o indivíduo encontra no serviço de saúde¹⁹.

Como o alfabetismo em saúde nesse modelo é determinado pelas características individuais e pelo contexto no qual está inserido seria mais simples conceituar do que mensurar. Teoricamente seria possível mensurar a fluência de leitura dos indivíduos, o vocabulário e o conhecimento em saúde e, simultaneamente, avaliar a dificuldade dos materiais de saúde escritos e a complexidade do discurso dos profissionais dos serviços de atenção à saúde que esses indivíduos frequentam e a compatibilidade ou incompatibilidade entre esses fatores determinaria o alfabetismo em saúde de cada indivíduo¹⁹.

Ambos subdomínios irão determinar o grau de complexidade e dificuldade para compreender as informações orais e em saúde fornecidas pelos profissionais. Além disso, Baker também descreve que o alfabetismo em saúde é influenciado pela cultura, valores, normas da sociedade, acessibilidade aos serviços de saúde, fatores econômicos, emocionais e ambientais. Tais aspectos levam à aquisição de novos conhecimentos, atitude favorável para o cuidado, maior autoeficácia e comportamentos adequados para melhores resultados de saúde¹⁹.

3.3.3 Alfabetismo em saúde e doença arterial coronariana

A prevalência de inadequado alfabetismo em saúde nos pacientes com DAC varia de 14,3% a 49,6%. O baixo alfabetismo em saúde neste grupo de pacientes está associado com idade (> 65 anos), sexo masculino, raça não-branca, múltiplas comorbidades cardiovasculares, baixo nível educacional, baixo nível socioeconômico e situação de trabalho (desemprego)⁹⁸.

Há evidências na literatura sobre a influência do inadequado alfabetismo em saúde com piores desfechos, como maiores taxas de hospitalização, de readmissão hospitalar e de mortalidade, maior utilização de serviços de emergência, pior qualidade de vida e aumento dos custos em saúde^{27,98-100}.

Estudo australiano que avaliou 587 pacientes com doença isquêmica do coração, dentre os quais 51,4% tinham ensino médio completo, mostrou a associação entre alfabetismo em saúde e qualidade de vida. Os autores categorizaram os pacientes de acordo com o nível de alfabetismo em saúde e verificaram que os escores do componente físico da qualidade de vida eram melhores naqueles com maior nível de alfabetismo em saúde. Essa associação permaneceu significativa mesmo após ajuste para variáveis confundidoras¹⁰¹.

Uma coorte com pacientes do sistema de saúde dos EUA evidenciou que o alfabetismo em saúde é um preditor independente de readmissão hospitalar em 30 dias para pacientes que sofreram IAM. Nesta coorte, o risco de readmissão em 30 dias foi 12% menor e a incidência de readmissão foi 16% menor para aqueles com melhor nível de alfabetismo em saúde²⁷.

A despeito da associação com desfechos negativos em indicadores de saúde, conforme mencionado nos parágrafos anteriores, poucos hospitais avaliam o nível de alfabetismo em saúde de seus pacientes. De forma interessante, Rymer et al.²⁵

mostraram que os hospitais que fazem a avaliação rotineira do alfabetismo em saúde em pacientes após um episódio de internação por IAM têm melhores resultados em relação à adesão dos pacientes ao tratamento e menor risco de readmissão em um ano. No entanto, o mecanismo que sustenta essa relação não foi esclarecido.

Estudo que analisou o impacto do alfabetismo em saúde em intervenção educacional mostrou que o inadequado alfabetismo não foi uma barreira para melhorar os comportamentos em saúde de pacientes com DAC. Os autores verificaram que independente do nível de alfabetismo em saúde, pacientes com DAC tiveram melhora do conhecimento sobre a doença, engajaram-se em atividade física e reduziram o peso¹⁰².

Outro estudo, por sua vez, demonstrou a relação positiva entre alfabetismo e comportamentos em saúde, apresenta que quanto mais adequado o alfabetismo em saúde, menor a chance de pacientes com doenças cardiovasculares serem fisicamente inativos, obesos, fumantes e consumirem alimentos não saudáveis²⁰.

Um estudo de Van Schaik et al.¹⁰³ explorou a associação entre o alfabetismo em saúde e o risco de doença cardiovascular e avaliou os efeitos diferenciais do nível de alfabetismo em saúde de um programa de prevenção secundária coordenado por enfermeiros em 201 pacientes portadores de DAC na Holanda. Os autores concluíram que o alfabetismo inadequado em saúde é altamente prevalente em pacientes com DAC e está associado a maiores riscos de doenças cardiovasculares. Porém os resultados do programa de prevenção secundária pareceu reduzir o risco de doença cardiovascular, independentemente dos níveis de alfabetismo em saúde.

É possível que a associação entre alfabetismo em saúde e desfechos em pacientes com DAC seja, de alguma forma, influenciada por mudanças comportamentais^{102,104,105}. Porém, a literatura não é consensual quanto a isso.

3.3.4 Instrumentos para avaliação do alfabetismo em saúde

Há diferentes instrumentos disponíveis para a avaliação do alfabetismo em saúde. Uma revisão sistemática identificou cinco instrumentos mais frequentemente utilizados para avaliar o alfabetismo em saúde dos pacientes com DAC: *Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine* (REALM), *Test of Functional Health Literacy*

in Adults (TOFHLA), *Newest Vital Sign* (NVS), *Medical Term Recognition Test* (METER) e *Set of Brief Screening Questions* (BSQ)⁹⁸.

A seguir será apresentada breve descrição dos instrumentos mais utilizados na literatura para avaliação do alfabetismo em saúde em pacientes com DAC.

3.3.4.1 Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine (REALM)

O REALM desenvolvido por Davis et al.¹⁰⁶, nos EUA, é um instrumento de reconhecimento e pronúncia de termos médicos, sendo o mais amplamente utilizado para medir o alfabetismo em saúde em pacientes com DAC⁹⁸. Pressupõe-se que a leitura é uma habilidade básica de alfabetismo e que há alta correlação entre pronúncia e compreensão^{106,107}.

O REALM original consistia em 125 termos comuns à área de saúde, que deveriam ser pronunciadas e compreendidas, organizadas em ordem crescente de dificuldade. Em 1993 o instrumento foi revisado, reduzindo-se o total de palavras para 66 em ordem crescente de dificuldade¹⁰⁷. Cada palavra lida e pronunciada corretamente aumenta um ponto no score do participante. Escore igual ou menor que 59 pontos é caracterizado como baixo alfabetismo em saúde, igual ou maior que 60 indica alfabetismo em saúde adequado¹⁰⁷. A versão revisada do REALM se correlaciona bem com outros testes de alfabetismo e possui alta confiabilidade teste-reteste ($r = 0,99$, $P < 0,001$)¹⁰⁷.

Embora seja considerado um instrumento de aplicação fácil e rápida, com duração de no máximo três minutos, tem a desvantagem de se limitar a avaliação da pronúncia de palavras relacionadas à área médica, não sendo possível a avaliação da capacidade de compreensão e numeramento. Além disso, está disponível apenas nas línguas inglesa, holandesa^{19,108}. No Brasil existem duas versões, o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry* (REALD-30) específico para avaliação do alfabetismo em saúde no contexto da odontologia¹⁰⁹ e *The 20-item Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine and Dentistry* (REALMD-20) que envolve terminologias médicas e odontológicas¹¹⁰. Ambos apresentaram adequada consistência interna, alfa de Cronbach 0,88 e 0,78, respectivamente.

3.3.4.2 Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

O TOFHLA foi desenvolvido por Parker, Williams e Nurss¹¹¹ com base em materiais educacionais, típicos do ambiente médico-hospitalar. O teste avalia habilidades de leitura, compreensão de textos e numeramento necessárias para o funcionamento do indivíduo em situações comumente encontradas no sistema de saúde. É composto por dois subtestes, sendo 50 itens que avaliam a compreensão de leitura e 17 itens referentes à habilidade de numeramento.

A seção de compreensão de leitura utiliza o procedimento de *Cloze* modificada, que consiste de um espaço em branco onde o leitor preenche a lacuna com a palavra mais conveniente para completar o sentido do texto. Esta seção é organizada em três passagens: instruções para preparação de um exame de radiografia do trato gastrointestinal superior (Passagem A); direitos e responsabilidades em relação ao sistema de saúde (Passagem B); e consentimento informado (Passagem C). A seção numérica do teste usa informações contidas em formulários e rótulos de frascos de remédios. No numeramento objetiva-se avaliar a habilidade do paciente em monitorar a glicose, manter horários de consultas e horários de tomada de medicamentos¹¹¹.

O escore total do TOFHLA é de 100 pontos, sendo 50 pontos para compreensão leitura e 50 pontos para habilidade de numeramento. O alfabetismo em saúde é categorizado em inadequado (0-59 pontos), marginal/limítrofe (60-74 pontos) e adequado (75-100 pontos)¹¹¹.

Em comparação aos demais testes, o seu tempo de aplicação é maior, tendo duração média 22 minutos (12 minutos para leitura e 10 minutos para numeramento). A aplicação é cronometrada, e o paciente não deve ser avisado antecipadamente sobre esse controle. A administração do subteste de compreensão de leitura exige que o pesquisador seja bastante criterioso e rigoroso quanto aos passos do protocolo estabelecido pelos autores do TOFHLA^{111,112}.

O TOFHLA não está disponível em português. A versão em inglês apresenta adequada estimativa de validade, com coeficiente de correlação $r = 0,84$ com o REALM, e alta confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,98)¹¹².

3.3.4.3 Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

O S-TOFHLA foi desenvolvido por com o objetivo de fornecer uma avaliação mais prática e com um tempo de administração menor do que o TOFHLA. O tempo de aplicação foi reduzido de 22 minutos para 12 minutos (7 minutos para as passagens de compreensão de leitura e 5 minutos para os itens de numeramento)¹⁹.

O S-TOFHLA tem sido amplamente utilizado no contexto das doenças crônicas, sobretudo nos portadores de doenças cardíacas¹¹³.

A versão curta do teste apresentou estimativas de validade e confiabilidade semelhantes à versão original. Neste instrumento a confiabilidade, dada pelo coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,68 para os quatro itens de numeramento e de 0,97 para os 36 itens das duas passagens do teste de compreensão de leitura¹⁹.

O S-TOFHLA foi utilizado no Brasil com 312 participantes saudáveis entre 19 a 81 anos, usuários dos serviços de um hospital universitário e outros hospitais que prestam serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo¹¹⁴. Os detalhes sobre a composição, aplicação e interpretação dos escores serão apresentados na seção 4.5.4.

3.3.4.4 Newest Vital Sign (NVS)

Trata-se de um instrumento desenvolvido nos EUA em 2005 por Weiss et al.¹¹⁵. O NVS avalia habilidades de leitura e numeramento, incluindo cálculo de percentagens por meio de interpretações de rótulos de alimentos. O instrumento contém seis questões. Quatro itens no NVS contêm habilidades quantitativas (numerácia), juntamente com habilidades de leitura, enquanto duas questões avaliam habilidades de leitura de documentos apenas. A cada acerto atribui-se um ponto até um total de seis pontos, sendo categorizados da seguinte forma: alta probabilidade de alfabetismo limitado (0-1 pontos), possibilidade de alfabetismo limitado (2 a 3 pontos) e alfabetismo adequado (4-6 pontos)¹¹⁵.

Tem como vantagem o tempo curto de aplicação, que é em média de três minutos, podendo variar de dois a seis minutos. Está disponível em inglês, espanhol e português. Recentemente foi adaptado para uso no Canadá em inglês e francês, com versões computadorizadas¹¹⁶. A versão brasileira do NVS foi testada na

população geral e em pessoas com alto nível educacional, apresentando adequados níveis de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,75 e 0,74, respectivamente)¹¹⁷.

3.3.4.5 Medical Term Recognition test (METER)

METER é um instrumento baseado no REALM, desenvolvido por Rawson et al.¹¹⁸, nos EUA. É um instrumento autoaplicável e de rápido preenchimento (é completado em média em dois minutos); constituído de uma lista de 40 palavras médicas e 30 palavras fictícias, que possuem fonemas semelhantes e que soam intuitivamente como termos médicos reais¹¹⁹.

O instrumento se limita apenas à avaliação do vocabulário. Os participantes são solicitados a marcar apenas as palavras que com certeza são reais. A pontuação é calculada como a soma de todas as palavras corretas marcadas. De acordo com o escore obtido, o alfabetismo em saúde é categorizado em baixo (0 a 20), marginal (21 a 34) e funcional (35 a 40). Na versão traduzida para o Brasil, o alfabetismo em saúde é categorizado como adequado se o indivíduo obtiver ≥ 35 pontos na lista de palavras médicas e ≥ 18 na lista de palavras fictícias¹¹⁹.

METER apresentou forte correlação com o REALM ($r = 0,74$, $p < 0,001$)^{118,119}. Foi validado em 2014 para o português por Paiva et al¹¹⁹. O instrumento validado para o português apresentou alta consistência interna (alfa de Cronbach $\geq 0,80$) em ambos os domínios, semelhante ao instrumento original (alfa de Cronbach de 0,93)¹¹⁹.

3.3.4.6 Set of Brief Screening Questions (BSQ)

É um conjunto de três questões que podem ser aplicadas isoladamente para a triagem de pacientes com inadequado alfabetismo em saúde. Essas questões pertencem a um conjunto maior de 16 itens que foram elaborados com base em estudo com pacientes com inadequado alfabetismo em saúde. Esses itens contemplam cinco domínios: trajetória pelo sistema de saúde, preenchimento de formulários médicos, seguimento de instruções sobre medicação, interação com provedores de saúde e leitura de filipetas de agendamento de consulta¹²⁰.

As três questões se referem à fluência na leitura (How often do you have someone help read hospital materials?), fluência escrita (How confident are you

filling out medical forms by yourself?) e dificuldades de aprendizagem (How often you have problems learning about your medical condition because of difficulty understanding written information?). Essas questões foram as que apresentaram melhor desempenho, isoladamente, para identificar pacientes com inadequado alfabetismo em saúde ao utilizar o S-TOFHLA como padrão-ouro. A combinação de duas ou das três questões não melhorou seu desempenho para identificar pacientes com inadequado alfabetismo em saúde¹²⁰.

O BSQ é um teste de rastreamento e não parece apropriado para a avaliação do alfabetismo em saúde.

3.4 CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Conhecimento é um subdomínio do domínio capacidade individual do modelo de Baker de alfabetismo em saúde¹⁹. Nesse contexto, o conhecimento se refere a saber quando e onde buscar informação, a habilidades de comunicação verbal, assertividade, aplicação de habilidades e a capacidade de processar e reter informações. Ainda, envolve a familiarização com termos utilizados rotineiramente por profissionais de saúde, assim como de seus respectivos significados, pois são necessários, por exemplo, para a compreensão da própria condição de saúde, do uso de medicamentos e de estratégias não farmacológicas para o manejo da doença, e de testes diagnósticos¹²¹.

Um estudo caso-controle com 130 pacientes com DAC e 195 controles analisou se conhecimento, atitudes e comportamento relacionado à ingestão de vitamina D contribuíam para a deficiência desse nutriente entre adultos com e sem a doença. Os autores verificaram que a prevalência de deficiência de vitamina D foi mais alta entre os casos do que entre os controles e que o inverso ocorreu para o escore de conhecimento sobre o nutriente. No modelo de regressão logística, observou-se que a deficiência de vitamina D estava associada com baixo nível de conhecimento¹²².

Acredita-se que pacientes com maior nível de conhecimento em saúde tendem a enfrentar dificuldades com atitudes positivas, o que pode contribuir para a superação de emoções negativas. Nesse sentido, maior nível de conhecimento contribui para melhores resultados em saúde, como adoção de estilo de vida saudável e melhor adesão ao tratamento¹²³. De fato, o conhecimento sobre a DAC

parece ser um requisito fundamental para a adoção de estilo de vida saudável e mudança de comportamento, uma vez que é relacionado à percepção de risco sobre a doença¹²⁴.

Por outro lado, argumenta-se que conhecimento é necessário, mas não é suficiente para mudar comportamento^{125,126}. Um estudo observacional realizado com 349 pacientes admitidos em um serviço de emergência na Tanzânia com sinais de IAM analisou a relação entre conhecimento, atitudes e práticas de prevenção relacionadas à DAC. O estudo mostrou que os participantes tinham nível moderado de conhecimento sobre a DAC, mas não se adotavam práticas de prevenção cardiovascular¹⁷.

A relação contraditória observada na literatura entre conhecimento e mudança de comportamento perpassa pela habilidade de reconhecer diferentes “pedaços” da informação, conectá-los e atribuir-lhes sentido. Em uma revisão integrativa da literatura, dois dos 21 estudos incluídos sugeriram que apesar de mulheres reconhecerem os fatores de risco de DAC, elas não dispunham de informações sobre como manejá-los¹²⁴.

A capacidade de absorver informações para gerar mudanças no comportamento diário também pode ser influenciada por fatores psicossociais e características individuais que devem ser levadas em consideração pelo profissional durante a educação em saúde¹²⁷.

Um estudo transversal avaliou o conhecimento em pacientes com DAC por meio do CADE-Q e revelou um escore total médio de $33,13 \pm 8,6$ pontos, o que correspondeu a 58,1% do escore total (57 pontos) apresentado pelo instrumento, classificado como aceitável. Os pacientes apresentaram maior escore em relação à atividade física e menor escore sobre fisiopatologia e sinais e sintomas da doença¹²⁸.

Ghisi, Thomas e Benetti¹²⁹ compararam o conhecimento sobre DAC entre pacientes brasileiros e canadenses matriculados em programas de reabilitação cardíaca. A pontuação média total de conhecimento para toda a amostra foi de $41,4 \pm 9,3$, classificada como muito boa. Os entrevistados canadenses apresentaram escores médios totais de conhecimento significativamente maiores que os brasileiros (escore médio de $43,4 \pm 9,4$ vs $39,3 \pm 9,1$ pontos), o que pode ser explicado pelas disparidades socioeconômicas entre os países. Observaram também que maior nível educacional e renda familiar foram significativamente associados a maiores

escores no CADE-Q. A idade menor que 65 anos, sexo masculino, ocupação e tempo de participação no programa de reabilitação também foram associados ao conhecimento sobre a DAC.

3.4.1 Instrumentos para avaliação da doença arterial coronariana

Na literatura há alguns instrumentos disponíveis para avaliação do conhecimento sobre a DAC, dentre eles: Questionário para Educação da Doença Arterial Coronariana (CADEQ), *Revised version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire* (CADE-Q II), *Short version of the coronary artery disease education questionnaire* (CADE-Q-SV), *Maugerl CaRdiac preventi-Questionnaire* (MICRO-Q), *The 40 item-coronary hearth disease knowledge test* e *Coronary heart disease knowledge tool for women*.

3.4.1.1 Questionário para Educação da Doença Arterial Coronariana (CADEQ)

O CADEQ foi desenvolvido por Ghisi et al.¹³⁰ e testado em uma amostra de 155 pacientes brasileiros com DAC participantes de programas de reabilitação cardíaca por no mínimo um mês, com objetivo de avaliar e descrever o nível de conhecimento para desenvolver estratégias de educação aos pacientes com DAC.

O instrumento é autoaplicável, composto por 19 questões de múltipla escolha (com quatro alternativas cada), divididas em quatro áreas de conhecimento: relacionada à DAC; diagnóstico e medicamentos; fatores de risco e estilo de vida; e exercício físico, dispostas aleatoriamente. O escore varia de 0 a 57 pontos, classificados em: conhecimento insuficiente (abaixo de 17 pontos); pouco conhecimento (17 a 28 pontos); aceitável (29 a 39 pontos); bom (40 a 50 pontos); ótimo (51 a 57 pontos). O tempo médio de preenchimento oscilou entre 14 a 17 minutos¹³⁰.

O CADEQ apresentou adequada consistência interna, alfa de Cronbach de 0,68 e a fidedignidade do teste-reteste foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclass, cujo valor foi de 0,783. Foi traduzido e adaptado para o inglês por Ghisi et al em 2013, sendo denominado *Coronary Artery Disease Education Questionnaire*¹²⁹.

3.4.1.2 Revised version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II)

O CADE-Q II foi elaborado por Ghisi, Grace Thomas, Evans e Oh¹³¹ testado em uma amostra de 307 pacientes com DAC ou com múltiplos fatores de risco cardiovascular no Canadá que não haviam iniciado no programa de reabilitação cardíaca ou durante a primeira semana de participação. A Versão revisada do CADE-Q II foi desenvolvida não apenas para atualizar o conteúdo de educação, mas também para abordar todos os componentes do atendimento aos pacientes frente às diretrizes dos programas de reabilitação cardíaca.

O instrumento contém 31 questões de múltipla escolha, divididas em cinco áreas de conhecimento: condição médica (sete itens), fatores de risco (cinco itens), exercício (sete itens), nutrição (sete itens) e risco psicossocial (cinco itens), dispostas aleatoriamente. O escore varia de 0 a 93 pontos e o tempo médio para preenchimento é de 20 minutos. O CADE-Q II obteve adequada consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,91¹³¹.

Em 2016 o CADE-Q II foi traduzido e validado para o Brasil por Santos et al.¹³². Durante o processo de tradução verificou-se que quatro itens apresentaram coeficiente de correlação intraclassa menor que 0,70, sendo excluídos da versão brasileira, restando 27 itens, com escore entre 0 a 81 pontos. O instrumento obteve adequada consistência com alfa de Cronbach de 0,78.

3.4.1.3 Short version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q SV)

O CADE-Q SV foi elaborado por Ghisi, Sandison e Oh¹³³ diante da necessidade de obter uma avaliação mais rápida do conhecimento dos pacientes na prática clínica. Foi testado em uma amostra de 132 pacientes com DAC participantes do programa de reabilitação cardíaca ou com múltiplos fatores de risco cardiovascular, em Toronto no Canadá.

A versão curta é composta por 20 itens e está organizada em cinco áreas de conhecimento: condição clínica, fatores de risco, exercício, dieta e risco psicossocial com quatro itens cada, dispostos aleatoriamente. As opções de respostas são: “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. Cada acerto equivale a um ponto e o escore total

varia entre 0 a 20 pontos. O tempo médio para preencher o instrumento é de 10 minutos. É um instrumento confiável (alfa de Cronbach foi de 0,76 a 0,94 para as quatro áreas do conhecimento)¹³³.

Em 2018 o CADE-Q SV foi traduzido e validado para o Brasil por Ghisi, Chaves, Loures, Bonfim e Britto¹³⁴ e durante o processo de tradução observou-se que um item precisava ser adaptado para o contexto brasileiro (item 11). Na versão original em inglês, este item tinha nomes de estatinas populares na América do Norte e, como a ferramenta era usada em diferentes países, foi adaptada para que se leia "Os medicamentos 'estatina' (como atorvastatina e sinvastatina) limitam a quantidade de colesterol que seu corpo absorve dos alimentos"¹³⁴.

A clareza dos itens foi pontuada numa escala do tipo Likert entre 1 (não claro) a 10 (muito claro) e variou de 7,8 a 9,6 e a clareza geral do instrumento foi de $8,6 \pm 3,2$, o que mostra clareza adequada da versão em português. Na análise fatorial confirmatória, todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima de 0,30 e os seis fatores apresentaram alfa de Cronbach acima de 0,70. A versão brasileira do instrumento também mostrou adequadas evidências de reprodutibilidade, sendo que o coeficiente de correlação intraclasse foi maior que 0,70 para todos os itens¹³⁴.

Os detalhes sobre a composição, aplicação e interpretação dos escores do instrumento serão apresentados na seção 4.5.5.

3.4.1.4 Maugerl CaRdiac preventi-Questionnaire (MICRO-Q)

Trata-se de um instrumento autoaplicável para avaliar o nível de conhecimento sobre a prevenção secundária de pacientes com DAC desenvolvida por Sommaruga et al.¹³⁵ e testado em uma amostra de 250 pacientes com DAC em reabilitação cardíaca de diferentes regiões da Itália.

O MICRO-Q é um questionário autoaplicável composto por 26 afirmativas, divididas em quatro domínios: fatores de risco (nove itens); dieta (oito itens); pré-admissão hospitalar (quatro itens); e doença cardíaca (cinco itens). As opções de resposta são: "verdadeiro", "falso" e "não sei", sendo 18 afirmativas verdadeiras e oito falsas. O escore varia de 0 a 26 pontos. O instrumento fornece três escores separados, sendo: correto, que se refere ao número de itens respondidos corretamente; conceito errado, isto é, o número de itens que foram respondidos

erroneamente; e incerteza, que corresponde ao número de itens assinalados com “não sei”¹³⁵.

Em 2010 o MICRO-Q foi traduzido e validado para o Brasil por Ghisi et al.¹³⁶. Durante o processo de tradução verificou-se que a questão 15 não condizia com os hábitos alimentares brasileiros (“Faz bem comer um pouco de queijo ao final de cada refeição”), sendo excluída do questionário com o consentimento da autora original. Portanto, a versão em brasileira do MICRO-Q é composta de 25 questões, cada uma com três opções de resposta: “correto”, “falso” e “não sei”. Dezoito questões são verdadeiras e sete falsas estão organizadas em quatro domínios de conhecimento: fatores de risco e estilo de vida; dieta; pré-admissão hospitalar; e exercício físico. O escore varia de 0 a 25 pontos.

A versão traduzida foi testada em amostra de 212 pacientes com DAC, participantes de programas de reabilitação cardíaca por no mínimo um mês. Na análise fatorial, o instrumento apresentou adequadas estimativas de validade de constructo. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,68 na versão original italiana e de 0,64 na versão brasileira¹³⁶.

3.4.1.5 The 40 item-coronary heart disease knowledge test

Trata-se de um instrumento desenvolvido em 1991 por Smith, Hicks e Heyward¹³⁷ testado em uma amostra de 93 pacientes do sexo masculino com diagnóstico de DAC com objetivo de avaliar os aspectos gerais da doença.

O instrumento é composto por 40 itens, sendo que cada uma tem quatro alternativas de múltipla escolha. O instrumento está subdividido em 10 domínios/temas: orientação (duas questões), DAC- sintomas e medicação (quatro questões), fatores de risco (quatro questões), atividade física (cinco questões), dieta (três questões), ressuscitação cardiopulmonar (três questões), comportamento tipo A e B (quatro questões), gerenciamento de estresse (oito questões) fatores psicológicos (quatro questões) e problemas familiares (três questões). A consistência interna do instrumento foi de 0,84¹³⁷.

3.4.1.6 Coronary heart disease knowledge tool for women

É um instrumento em 2010 elaborado por Thanavaro J, Thanavaro S e Delicath¹³⁸ para avaliação do conhecimento da DAC especificamente nas mulheres fundamentado no modelo conceitual de Pender's Health Promotion Model (HPM). O instrumento dispões de 25 itens e cada item tem quatro opções múltiplas com uma melhor resposta. O escore total varia de 0 a 25, sendo que quanto maior o escore, maior o conhecimento sobre os fatores de risco de DAC.

O instrumento foi testado numa amostra de 94 mulheres, divididas em grupo 1 (pacientes sem diagnóstico prévio de DAC atendidas na atenção primária), grupo 2 (enfermeiras cardiologistas) e grupo 3 (pacientes sem diagnóstico prévio de DAC atendidas em serviço especializado em cardiologia). O instrumento foi capaz de discriminar as mulheres do grupo 1 em relação às dos grupos 2 e 3. Ainda, o instrumento apresentou adequadas estimativas de consistência interna (alfa de Cronbach = 0,74)¹³⁸.

3.5 AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE A DAC

O autocuidado é componente essencial na gestão diária da DAC, envolvendo a prática de comportamentos que mantêm a estabilidade da doença, como a adesão ao tratamento, adoção de estilo de vida saudável, monitoramento e gerenciamento de sintomas⁷. Indivíduos com adequado comportamento de autocuidado são mais empenhados aos cuidados com a saúde, e quando doentes, buscam a recuperação da saúde o mais rápido possível. O autocuidado é um dos aspectos importantes do estilo de vida saudável, melhora a qualidade de vida e reduz custos aos serviços de saúde. O adequado autocuidado pode prevenir complicações da doença ou retardar seu início¹³⁹.

Conforme mencionado anteriormente, a capacidade ou agência de autocuidado é constituída por uma estrutura hierárquica de três elementos, dentre os quais as competências relacionadas ao conhecimento, motivação e habilidades (componentes de poder)¹³. Em especial no que diz respeito às competências

relacionadas ao conhecimento, a capacidade de buscar informação, processá-la e utilizá-la é essencial para a execução de ações deliberadas de autocuidado¹²¹.

Apesar dessa relação teórica, o avanço do conhecimento sobre o alfabetismo em saúde, permite avançar no entendimento dos componentes de poder. Embora Orem não tenha mencionado o alfabetismo em saúde na TEDAC, é possível supor que não apenas o conhecimento influencia diretamente o comportamento de autocuidado. O conhecimento, por sua vez, influencia a busca e o processamento da informação, para que a tomada de decisão sobre comportamentos em saúde seja tomada. Em outras palavras, o alfabetismo em saúde é parte dos componentes de poder; é influenciado pelo conhecimento e, por sua vez, influencia a capacidade de autocuidado.

A figura 3 demonstra a relação entre autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento, conforme compreendida neste estudo.

Figura 3 - Integração entre os conceitos de autocuidado e alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a DAC

Fonte: da autora

Legenda: CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire. AC – Autocuidado. S-TOFHLA – Short Test of Functional Health Literacy in Adults
ASAS-R – Escala Revisada para a Avaliação da Agência de Autocuidado

-->fatores que influenciam a capacidade ou agência de autocuidado ou seus elementos; componentes de poder
(setas cheias) relação entre elementos da capacidade ou agência de autocuidado
[] instrumentos para avaliação dos elementos da capacidade ou agência de autocuidado

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional.

A pesquisa de corte transversal se caracteriza pelo estudo de um único ponto no tempo. Os dados são coletados em um determinado e único momento temporal. Todos os fenômenos estudados são contemplados durante o período de coleta de dados, sem que haja acompanhamento¹⁴⁰.

O propósito dos estudos descritivos consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação^{141,142}. Por sua vez, a pesquisa correlacional é utilizada quando o pesquisador almeja verificar a existência de relações entre as variáveis além de identificar se uma mudança ocorrida em uma variável afeta a outra¹⁴³.

Estudos quantitativos têm o propósito de quantificar resultados, realizando comparações entre as variáveis, objetivando uma representatividade numérica e permitindo, assim, avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças. Eles tratam de probabilidades e associações com significância estatística, importantes para se conhecer uma realidade¹⁴⁴.

A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas para verificar e explicar sua influência e correlações estatísticas. Espera-se do pesquisador a coleta sistemática de informações que podem ser quantificadas em condições de controle, além da análise dessas informações por meio de procedimentos estatísticos¹⁴³.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), localizado na cidade de São Paulo, Brasil¹⁴⁵.

O Instituto de Cardiologia foi criado pela Lei nº 2552 de 13 de janeiro de 1954¹⁴⁶. O Instituto de Cardiologia passou a denominar-se Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em homenagem ao seu fundador e primeiro diretor, Doutor Dante Pazzanese¹⁴⁵.

O IDPC tem por finalidade a prestação de assistência médico-hospitalar, em regime ambulatorial, de emergência e de internação na área cardiovascular, visando a promoção de saúde, a proteção contra doenças cardiovasculares e ao diagnóstico, tratamento e reabilitação. Promove também a investigação e pesquisa na área cardiovascular, incluindo o desenvolvimento de novas tecnologias, equipamentos, procedimentos, práticas e drogas. É vinculado à Universidade de São Paulo na qualidade de Entidade Associada, permitindo desenvolver atividades de pós-graduação agora senso estrito¹⁴⁵.

Atualmente o IDPC é reconhecido nacionalmente e internacionalmente como uma renomada instituição especializada na área cardiovascular (clínica, cirúrgica e vascular periférica). No ano de 2018, 178.927 pacientes foram atendidos nos ambulatórios do IDPC. Em específico, no ambulatório de coronariopatias foram atendidos 13.973 pacientes¹⁴⁵.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO, AMOSTRA E PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A população de interesse para este estudo foram os pacientes com DAC, atendidos no ambulatório de coronariopatias do IDPC.

A amostra foi calculada em 84 participantes, considerando população infinita, força de correlação moderada ($r = 0,30$) entre alfabetismo em saúde e capacidade de autocuidado, poder do teste de 0,80 e nível de significância de 5%. Foram coletados dados de 122 participantes, no período de agosto a outubro de 2019.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e tinham capacidade cognitiva preservada, avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)¹⁴⁷.

Foram excluídos os pacientes com capacidade visual, auditiva e/ou de comunicação verbal comprometidas, que impossibilitasse a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. As capacidades visual e auditiva foram avaliadas

por autorrelato; a capacidade de comunicação verbal foi avaliada por meio de observação da pesquisadora.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Dentre os elementos hierárquicos que constituem a capacidade de autocuidado, três das variáveis selecionadas referem-se aos componentes de poder: a habilidade para o autocuidado, o alfabetismo em saúde e o conhecimento sobre a DAC. As demais variáveis independentes se referem aos FCB.

4.4.1 Variável dependente

A variável dependente do estudo é a capacidade de autocuidado, que foi avaliada por meio da ASAS-R⁷⁰ (ANEXO 1).

4.4.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes do estudo relacionadas aos componentes de poder estão apresentadas no quadro 3, com suas respectivas definições conceituais, operacionais e categorias de resposta.

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo relacionadas aos componentes de poder da Teoria do Déficit de Autocuidado

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Definição Conceitual	Definição operacional	Categoria de resposta
Alfabetismo em Saúde	Conjunto de capacidades individuais que permite a pessoa adquirir e usar uma nova informação pela leitura, escrita, compreensão e interpretação para gerir a saúde e tomar decisões de saúde adequadas ^{19,93}	Avaliado pelo S-TOFHLA ^{19,114}	Escore de compreensão de leitura: 0 a 72 pontos. Escore de numeramento: 0 a 28 pontos. Escore total Categorias: - Inadequado (0 a 53 pontos) - Marginal (54 a 66 pontos) - Adequado (67 a 100 pontos) ^{19,114}
Conhecimento sobre DAC	Refere-se ao conhecimento do paciente acerca da DAC, incluindo identificação dos sintomas, fatores de risco, tratamento e hábitos de vida ¹³⁴	Avaliado pelo Questionário de Educação para Doença Arterial Coronariana versão curta (CADE-Q SV) ¹³⁴	Escore: 0 a 20 pontos ¹³⁴

Legenda: S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. DAC - Doença arterial coronariana. CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire

As variáveis independentes do estudo relacionadas aos FCB estão apresentadas no quadro 4, com suas respectivas definições conceituais, operacionais e categorias de resposta.

Quadro 4 - Variáveis independentes do estudo

(continua)

FCB	Variáveis sociodemográficas e clínicas	Definição conceitual	Definição operacional	Categoria de resposta
Sexo	Sexo	Reunião das características distintivas que diferenciam o sexo feminino do masculino.	Obtido por meio de registro em prontuário.	Feminino ou masculino
Idade	Idade	Tempo, em anos, decorrido do nascimento até a data da coleta de dados no momento inclusão.	Obtido por meio da data de nascimento relatada pelo paciente ou registrada em prontuário.	Anos completos
Orientação sociocultural	Cor da pele	Fenótipo reconhecido pelo indivíduo que caracteriza um grupo de indivíduos como semelhantes ¹⁴⁸ .	Obtido por meio do relato do paciente.	Branca, preta, amarela ou parda
	Número de anos que frequentou ensino formal	Período de tempo destinado à educação formal.	Número de anos dedicados à educação formal referido pelo paciente.	Anos completos
	Estado civil	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal.	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário.	Solteiro, casado/amasiado/separado/divorciado e viúvo
Disponibilidade e adequação de recursos	Situação trabalhista	Atividade laboral com ou sem recebimento de proventos ¹⁴⁸	Relato do paciente acerca de exercício de atividade laboral com ou sem recebimento de proventos	Trabalha e recebe proventos Trabalha e não recebe proventos Não trabalha e recebe algum tipo de provento Desempregado Estudante Trabalho assalariado (sim ou não)

Quadro 4 - Variáveis independentes do estudo

(continuação)

FCB	Variáveis sociodemográficas e clínicas	Definição Conceitual	Definição operacional	Categoria de resposta
Disponibilidade e adequação de recursos	Rendimento mensal per capita	Parcela do rendimento mensal familiar de cada pessoa que depende da renda ¹⁴⁸	Obtido por meio do quociente entre rendimento familiar mensal e número de pessoas que dependem da renda mensal. Será calculada pela pesquisadora	Em reais
Estado de saúde	Tempo decorrido desde o diagnóstico de DAC	Refere-se ao tempo desde a descoberta da doença até o momento da inclusão no estudo	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário	Em meses
	Internações anteriores	Número de vezes em que o paciente necessitou permanecer em instituição hospitalar para diagnosticar ou tratar alguma condição de saúde, excetuando-se as visitas ao serviço de emergência que não tenham resultado em estadia hospitalar	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário	Número de vezes que foi internado
	Motivo das internações anteriores	Causa(s) primária que resultou na necessidade de internação	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário	Cardiológica e Não cardiológica
	Visita(s) ao serviço de emergência	Refere-se à procura por serviços médicos de emergência para tratar de situações que ameaçam a vida	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário	Sim ou não Frequência
	Motivo da(s) visita(s) ao serviço de emergência	Causa(s) primária que resultou na necessidade da(s) visita(s) ao serviço de emergência	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário	Dor no peito, dispneia, outras causas cardiológicas, outras causas não cardiológicas

Quadro 4 - Variáveis independentes do estudo

(continuação)

FCB	Variáveis sociodemográficas e clínicas	Definição Conceitual	Definição operacional	Categoria de resposta
Estado de saúde	Cirurgias cardíacas anteriores	Refere-se à realização de procedimentos no coração por um cirurgião com finalidade paliativa ou curativa	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário	Revascularização do miocárdio, outras cirurgias do coração, não realizou cirurgia cardíaca anteriormente
	Cateterismo	Refere-se à realização de procedimento hemodinâmico com finalidade diagnóstica ou terapêutica	Obtido por meio do relato do paciente ou registro em prontuário	Sim ou não
	Medicamentos em uso	Refere-se ao uso contínuo de medicamentos prescritos por profissional da saúde para tratamento de uma condição clínica específica, com diferentes combinações ou dosagens	Obtido por meio de registro em prontuário	Nome do medicamento Número de medicamentos Número de comprimidos
	Tabagismo	Ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco de maneira sistemática e crônica, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina ¹⁴⁹	Obtido por meio do relato do paciente	Fumante: aqueles que fumaram pelo menos 100 cigarros durante a sua vida e relataram fumar todos os dias ou alguns dias no mês anterior à entrevista. Ex-fumante: aqueles que relataram ter fumado pelo menos 100 cigarros durante a sua vida, mas interromperam o uso há, no mínimo, no mês anterior à entrevista. Não fumante: aqueles que não preencherem os critérios anteriores ¹⁵⁰

Quadro 4 - Variáveis independentes do estudo

(continuação)

FCB	Variáveis sociodemográficas e clínicas	Definição Conceitual	Definição operacional	Categoria de resposta
Estado de saúde	Consumo de bebida alcoólica	Consumo de bebida alcoólica, conforme padrões recomendados por especialistas em saúde cardiovascular, isto é, consumo diário acima de 650 mL de cerveja (equivalente a 1 garrafa ou duas latas), ou mais de 300 mL de vinho (equivalente a duas taças), ou mais de 50 mL de bebidas destiladas (equivalente a duas doses) para homens ou metade dessas doses para mulheres ⁶	Obtido por meio do relato do paciente.	Consumo acima dos padrões recomendados Consumo dentro dos padrões recomendados Não consumidor
	Sedentarismo	É a condição em que a pessoa realiza atividade física em frequência e/ou intensidade inferiores aos recomendados por especialistas em saúde cardiovascular, isto é, 30 minutos/dia de atividade moderada de forma contínua ou acumulada, pelo menos cinco dias na semana ⁶	Obtido por meio do relato dos pacientes.	Sim ou não
	Antecedentes familiares de DAC	Parente de primeiro grau com história de DAC, sendo homens com idade inferior a 55 anos e mulheres com idade inferior a 65 anos ¹⁵¹	Registro no prontuário ou relato do paciente.	Sim ou não

Quadro 4 - Variáveis independentes do estudo

(continuação)

FCB	Variáveis sociodemográficas e clínicas	Definição Conceitual	Definição operacional	Categoria de resposta
Estado de saúde	IMC	É uma medida internacional utilizada para determinar a condição nutricional de um indivíduo ^{6,151} .	Calculado por meio da equação: peso/altura ² . O peso será obtido por meio do registro em prontuário, quando disponível, ou verificado em uma balança digital; registrado em quilogramas (Kg). A altura será obtida por meio do registro em prontuário, quando disponível, ou verificada por meio de régua graduada em metros (m)	Em Kg/m ²
	Hipertensão arterial	Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos PAS ≥ 130 mmHg e/ou PAD ≥ 80 mmHg ¹⁵²	Diagnóstico de HA registrado no prontuário e/ou referido pelo paciente, ou uso de medicamentos para controle do nível de pressão arterial	Sim ou não
	Dislipidemia	Condição clínica em que o nível plasmático dos lipídios séricos pode ser elevado ou baixo. Pode ser classificada em hipercolesterolemia isolada (LDL-colesterol ≥ 160 mg/dL), hipertrigliceridemia isolada (triglicerídeos ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum), hiperlipidemia mista (LDL-colesterol ≥ 160 mg/dL e triglicerídeos ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum) ou HDL-colesterol baixo (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) ⁶	Diagnóstico de dislipidemia registrado no prontuário e/ou referido pelo paciente, ou uso de medicamentos para ajuste do nível sérico de lipídeos	Sim ou não

Quadro 4 - Variáveis independentes do estudo

(conclusão)

FCB	Variáveis sociodemográficas e clínicas	Definição Conceitual	Definição operacional	Categoria de resposta
Estado de saúde	Diabetes	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crônica e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos ⁴³	Diagnóstico de diabetes registrado no prontuário e/ou referido pelo paciente, ou uso de medicamentos para controle do diabetes	Sim ou não
Fatores do sistema de saúde	Orientações sobre saúde	Informações sobre saúde transmitidas por profissionais aos pacientes para que alterem seus comportamentos de saúde ou melhorem seu estado de saúde ¹⁵³	Relato do paciente.	Orientações sobre exames, medicamentos, DAC, cirurgia, alimentação, outros

Legenda: FCB – Fatores condicionantes básicos. DAC - Doença arterial coronariana. IMC – Índice de Massa corporal

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta dos dados, que serão descritos a seguir. O MEEM foi aplicado para verificação dos critérios de inclusão.

4.5.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM (ANEXO 2) foi elaborado em 1975 por Folstein M, Folstein S e McHugh¹⁵⁴, nos EUA. Foi traduzido e validado no Brasil em 1994 por Bertolucci et al.¹⁵⁵ e modificado em 2003 por Brucki et al.¹⁴⁷. Atualmente, é um dos testes de rastreio mais utilizados em pesquisa, para identificação de comprometimento cognitivo porque sua utilização é relativamente simples e rápida¹⁵⁶. Outros estudos que avaliaram o alfabetismo em saúde utilizaram o MEEM para critério de inclusão^{154, 155}.

O MEEM avalia orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação de palavras, cálculo, nomeação, repetição, execução de um comando, leitura, escrita e habilidade visomotora. A pontuação dos itens, quando respondidos de forma correta, varia de 1 a 5 pontos e o escore total, de 0 a 30^{147,154,155}.

Os pontos de corte para identificação de comprometimento cognitivo dependem do número de anos de estudo (quadro 5).

Quadro 5 - Interpretação do escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), segundo número de anos de estudo

Número de anos de estudo	Comprometimento cognitivo
Analfabeto	<20 pontos
1 a 4 anos	<25 pontos
5 a 8 anos	<26,5 pontos
9 a 11 anos	<28 pontos
>12 anos	<29 pontos

Fonte: Brucki SMD, Negrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2003 [citado 2019 nov. 17];61(3/B)¹⁴⁷. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014.

O MEEM foi aplicado neste estudo porque o prejuízo de funções cognitivas poderia implicar em mau desempenho nas demais avaliações.

4.5.2 Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados em instrumento elaborado para este estudo e foi organizado em três partes (APÊNDICE A). A Parte A contém os dados de identificação; a parte B, as características sociodemográficas; e a parte C, as características clínicas.

4.5.3 Escala Revisada para a Avaliação da Agência de Autocuidado (ASAS-R)

Para avaliação do autocuidado foi utilizada a ASAS-R (ANEXO 1), pois essa versão apresentou melhor ajuste, assim como maior confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,89) e melhores resultados na análise da validade de constructo

quando comparada à ASA. Além disso, manteve forte correlação com a versão original ($r = 0,98$; $p < 0,001$)⁷⁰.

A escala ASAS-R contém 15 itens seguidos de escala Likert de cinco pontos, sendo: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não discordo, nem concordo; 4 = concordo; e 5 = concordo totalmente. Dos 15 itens, quatro se referem a aspectos negativos (4, 11, 14 e 15), tendo a necessidade de o escore ser invertido na análise dos dados. O escore total varia entre 15 a 75 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor capacidade de autocuidado. O tempo de preenchimento da escala é de aproximadamente cinco minutos⁷⁰.

4.5.4 Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

Para avaliação do Alfabetismo em saúde foi utilizado o S-TOFHLA (ANEXOS 3 e 4), pois avalia tanto a compreensão de leitura quanto o numeramento, além de ter um tempo de aplicação reduzido em comparação aos demais instrumentos disponíveis⁹³.

O S-TOFHLA contém 36 itens de compreensão de leitura que estão organizados em duas passagens textuais A e B. A passagem A apresenta informações relacionadas a um exame gastrointestinal, e a passagem B é um termo de direitos e responsabilidades do paciente internado em um hospital recebendo cuidados de saúde. Cada passagem tem uma lacuna (cada lacuna corresponde a um item) a cada cinco ou seis palavras. O participante deve preencher a lacuna selecionando, a partir de uma lista de quatro palavras, aquela que melhor completa a sentença⁹³. O teste deve ser interrompido após sete minutos. Para cada palavra selecionada corretamente são atribuídos dois pontos, de modo que o escore total é de 72 pontos^{93,114}.

A avaliação do numeramento consiste na apresentação de quatro cartões para o participante. O primeiro cartão é o rótulo de um medicamento, acerca do qual o participante é perguntado sobre o horário de tomada da próxima dose se a dose anterior fora administrada às sete horas da manhã. No segundo cartão, o participante é solicitado a interpretar um valor de glicemia, segundo os valores de referência fornecidos. No cartão três o participante deve responder sobre a data de sua próxima consulta, considerando a data impressa no cartão. Por fim, no rótulo quatro, o participante deve calcular o horário de tomada de um medicamento⁹³.

Para cada resposta certa são atribuídos sete pontos, de modo que a parte de numeramento tem escore total de 28 pontos⁹³.

O escore total do teste varia de 0 a 100 e é dado pela soma das pontuações atribuídas aos itens de compreensão de leitura (0 a 72 pontos, cada item vale 2 pontos) e de numeramento (0 a 28 pontos, cada item vale 7 pontos). De acordo com o desempenho obtido no teste, o participante é classificado em relação ao nível de alfabetismo em saúde, sendo: inadequado alfabetismo em saúde (0 a 53 pontos), marginal/limítrofe alfabetismo em saúde (54 a 66 pontos) e adequado alfabetismo em saúde (67 a 100 pontos)^{93,114}.

4.5.5 Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE-Q SV)

O CADE-Q SV (ANEXO 5) é uma versão curta originada do Questionário de Educação para Doença Arterial Coronariana (CADE-Q II) com o intuito de avaliar o conhecimento dos pacientes portadores de DAC sobre sua condição. O CADE-Q SV pode ser respondido em um tempo menor, cerca de 10 minutos, quando comparado ao CADE-Q II, que é aproximadamente 20 minutos⁹⁸.

O instrumento é dividido em quatro áreas do conhecimento, com quatro itens cada, sendo: condição clínica, fatores de risco, exercício, dieta e risco psicossocial. As opções de resposta são: “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. A cada resposta correta atribui-se um ponto, portanto, a pontuação máxima possível é 20 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor é o conhecimento sobre a DAC⁹⁸.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os potenciais participantes do estudo foram identificados a partir da lista de agendamento de consultas no ambulatório do IDCP. Cada potencial participante foi abordado individualmente pela pesquisadora principal, durante o período de espera para a consulta médica, que fez o convite para participação no estudo após explicar os objetivos e procedimentos de coleta de dados.

Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). A coleta de dados ocorreu antes da consulta médica.

Antes da coleta de dados propriamente dita, foi aplicado o MEEM (ANEXO 2). Os participantes que não obtiveram a pontuação mínima no MEEM, conforme descrito no quadro 5 não foram incluídos no estudo e o médico responsável foi informado.

Para os participantes que permaneceram no estudo, os dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE A) foram coletados pela pesquisadora a partir de dados do prontuário ou autorrelato dos participantes. A capacidade para o autocuidado, o nível de alfabetismo em saúde, e o conhecimento sobre a DAC foram avaliados pelo ASAS-R (ANEXO 1), S-TOFHLA (ANEXO 3, 4) e CADE-Q SV (ANEXO 5), respectivamente; os instrumentos foram preenchidos pelos participantes, sem a interferência da pesquisadora, que apenas cronometrou o tempo de preenchimento do S-TOFHLA. Para respeitar a privacidade dos participantes a coleta de dados foi realizada em um consultório ou na sala de espera do ambulatório.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO

Os dados foram transcritos e armazenados em planilha do Excel® 15.0 e analisados por meio do software R versão 3.5.380.

As variáveis de caracterização sociodemográficas e clínica e os níveis de alfabetismo em saúde, a capacidade de autocuidado e o conhecimento sobre a DAC foram descritos por medidas de tendência central e dispersão. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa; para as variáveis quantitativas foram calculadas a média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo.

Um participante deixou de responder o item 6 do ASAS-R. Outro participante deixou de responder os itens 19 e 20 do CADE-Q SV. Para tratar os dados faltantes nos instrumentos, foram realizados ajustes nos escores dos participantes que deixaram de responder, calculando o escore total como a média dos itens respondidos e multiplicado pelo total de itens do instrumento de modo a retornar o escore à escala original.

Para verificar a correlação entre escores de alfabetismo em saúde, capacidade de autocuidado e conhecimento sobre a DAC foi utilizada a correlação de Pearson. A força de correlação foi interpretada como segue: baixa para valores

de r entre 0,00 e 0,25 (-0,25); moderada para valores de r entre 0,25 (-0,25) e 0,50 (-0,50); boa para valores de r entre 0,50 (-0,50) e 0,75 (-0,75); e excelente para valores de r entre 0,75 (-0,75) e 1,00 (-1,0)¹⁵⁷.

Para analisar a associação da capacidade de autocuidado e do conhecimento sobre a DAC segundo as categorias de alfabetismo em saúde foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

A associação dos escores do alfabetismo em saúde, da capacidade de autocuidado e do conhecimento sobre a DAC foi analisada por meio da correlação de Pearson para as variáveis sociodemográficas e clínicas quantitativas, apresentando-se os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para a análise de associação com variáveis categóricas foram utilizados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Brunner-Munzel, ANOVA e teste t de Student. Para determinar as diferenças entre três ou mais categorias de uma mesma variável foi utilizada análise de comparação de grupos pareados pelos testes de Steel-Dwass-Critchlow-Fligner e Tukey HSD.

Para verificar se o alfabetismo em saúde é mediador da relação entre o conhecimento sobre a DAC e o autocuidado foi utilizado o modelo de equações estruturais. A seleção das variáveis independentes para entrar no modelo foi fundamentada na TEDAC (FCB): idade, sexo, cor da pele, escolaridade, situação trabalhista, renda per capita, tempo de DAC e número de medicamentos, sendo estimados por máxima verossimilhança.

A consistência interna dos instrumentos para avaliação da capacidade de autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a DAC foi calculada na amostra desse estudo por meio do alfa de Cronbach, sendo considerado valores aceitáveis acima de 0,70 com classificação de consistência interna muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e muito alta ($\alpha > 0,90$)^{158,159}.

O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% e os intervalos de confiança de 95%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em concordância com as determinações da Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 3.324.569 de 14 de maio de 2019 (ANEXO 6) e Emenda número 3.574.294, de 13 de setembro de 2019 (ANEXO 7) e pelo Comitê de Ética na Pesquisa do IDPC sob o parecer número 3.490.032 de 07 de agosto de 2019 (ANEXO 8) e Emenda número 3.670.079 de 30 de outubro de 2019 (ANEXO 9).

Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Todos os participantes do estudo foram informados dos objetivos da pesquisa. Foi-lhes assegurada a confidencialidade e sigilo dos dados, bem como esclarecidos os riscos e benefícios de sua participação. Ademais, garantiu-se aos participantes a liberdade de revogação de seu consentimento a qualquer tempo.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos do estudo representados por meio de tabelas, gráficos e figuras. Inicialmente serão apresentadas as análises descritivas, sobre as características sociodemográficas e clínicas, em seguida, os resultados sobre a capacidade de autocuidado, o nível de alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a DAC, após os testes de associações entre as características sociodemográficas e clínicas, autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a doença e por fim o alfabetismo em saúde como mediador da relação entre conhecimento sobre a DAC e capacidade de autocuidado.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram incluídos no estudo 122 participantes, com idade média de $62,1 \pm 8,8$ anos, mediana de 62,0, variando entre 34 a 83 anos. A média de anos completos de ensino formal foi de $7,8 \pm 4,2$ anos, mediana de 8,0 variando entre 1 a 16 anos. A renda per capita média foi de R\$ 1.141,24 $\pm$ 1.068,86, mediana de R\$ 998,00, variando entre nenhuma renda a R\$ 9.500,00¹. As variáveis categóricas de caracterização sociodemográficas são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	74 (60,7%)
Feminino	48 (39,3%)

¹ Considerando o valor do salário mínimo vigente à época, R\$ 998,00, a renda média per capita correspondeu a $1,1 \pm 1,1$ salários mínimos, mediana de 1, variando entre 0 a 5 salários mínimos.

Tabela 1 - Variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)	
Variáveis	n (%)
Cor da pele	
Branca	71 (58,2%)
Preta	32 (26,2%)
Parda	13 (10,7%)
Amarela	6 (4,9%)
Estado civil	
Casado	90 (73,8%)
Divorciado	15 (12,3%)
Viúvo	9 (7,4%)
Solteiro	8 (6,6%)
Situação trabalhista	
Não trabalha e recebe proventos	78 (63,9%)
Trabalha e recebe proventos	32 (26,2%)
Desempregado	12 (9,8%)

Com relação às características sociodemográficas, vale chamar a atenção para a ampla variação na idade dos participantes. Ainda que em média o número de anos de estudo tenha sido equivalente ao ensino fundamental incompleto, alguns participantes tinham até nível superior completo. Quanto à situação trabalhista, nenhum participante declarou a prática de atividade laboral sem o recebimento de proventos ou ser estudante.

Em termos das características clínicas, o tempo decorrido desde o diagnóstico da DAC foi, em média, $103,7 \pm 92,7$ meses (mediana 84, variando de 2 a 456 meses). Verificou-se que 92,6% (n = 113) dos participantes relataram ter tido, pelo menos uma internação hospitalar, com média de $2,4 \pm 2,0$ internações por participante. Dentre os participantes que tiveram alguma internação, 92,0% (n = 104) foram internados por motivos cardiológicos e 15,9% (n=18) tiveram internações por causas não cardiológicas. Ainda, 78,7% (n = 96) do total de participantes informaram ter realizado, pelo menos, uma visita ao serviço de emergência, sendo que os motivos dessas visitas foram: dor no peito (n = 58; 60,4%), dispneia (n = 8; 8,3%),

outras causas cardiológicas (n = 17; 17,7 %) e causas não cardiológicas (n = 13; 13,5%).

A tabela 2 mostra os fatores de risco cardiovascular dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Fatores de risco cardiovascular nos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

Variáveis	n (%)
Sedentarismo*	96 (79,3%)
Antecedentes familiares DAC	95 (77,9%)
Comorbidades	
Hipertensão arterial	119 (97,5%)
Dislipidemia	114 (93,4%)
Diabetes	59 (48,4%)
Tabagismo	
Ex-fumante	68 (55,7%)
Não fumante	45 (36,9%)
Fumante	9 (7,4%)
Consumo de bebida alcóolica	
Não consumidor	82 (67,2%)
Consumo dentro dos padrões recomendados	39 (31,9%)
Consumo acima dos padrões recomendados	1 (0,82%)

Legenda: DAC – Doença Arterial Coronariana. * dado obtido de 121 participantes

Observa-se na tabela 2 a presença de vários fatores de risco cardiovascular nos participantes do estudo. Em relação ao sedentarismo, dado de um dos participantes não foi obtido; esse participante foi excluído das análises em que o sedentarismo foi uma variável. O índice de massa corpórea (IMC) médio dos participantes foi $28,4 \pm 4,9$ Kg/m². Com relação ao tratamento medicamentoso, os participantes do estudo faziam uso, em média, de $6,3 \pm 1,9$ medicamentos, com ingestão diária média de $8,8 \pm 4,3$ comprimidos. A tabela 3 descreve as classes de medicamentos utilizadas pelos participantes do estudo.

Tabela 3 - Classes de medicamentos utilizadas pelos participantes do estudo
(n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Variáveis	(n %)
Betabloqueadores	115 (94,3%)
Antiagregante plaquetário	112 (91,8%)
Antilipêmicos	106 (86,9%)
Inibidores da ECA	84 (68,6%)
Antihipoglicemiantes	55 (45,1%)

Tabela 3 - Classes de medicamentos utilizadas pelos participantes do estudo
(n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)

Variáveis	(n %)
Inibidores bomba de prótons e antiulceroso	48 (39,7%)
Diuréticos	43 (35,3%)
Vasodilatadores coronariano e periférico	36 (29,5%)
Outros*	29 (23,8%)

Legenda: ECA- Enzima Conversora de Angiotensina; * Outros- antiarrítmicos, inibidores enzimáticos, benzodiazepínicos, corticoides e broncodilatadores

Com relação à terapia medicamentosa, percebe-se que os medicamentos de prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares foram frequentemente utilizados, como os betabloqueadores, antiagregantes plaquetários, antilipêmicos, inibidores da ECA. Todavia nota-se baixa frequência de uso de vasodilatadores coronarianos e periféricos.

Dentre os participantes, 48,4% (n = 59) relataram que nunca tinham realizado nenhum tipo de cirurgia cardíaca; 48,4% (n = 59) informaram terem sido submetidos à revascularização do miocárdio há, em média, $103,0 \pm 80,2$ meses; e 3,3% (n = 4) referiram terem feito outros tipos de cirurgias cardíacas; 86,0% (n = 105) informaram ter feito cateterismo cardíaco.

No total, 72,9% (n = 89) dos participantes reconheceram ter recebido algum tipo de orientação relacionada à saúde em algum momento no curso do tratamento da doença (tabela 4).

Tabela 4 - Orientações relacionadas à saúde recebidas pelos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

Orientações relacionadas à saúde	n (%)
DAC	78 (64,5%)
Medicamentos	77 (63,1%)
Alimentação	68 (55,7%)
Exames	52 (42,6%)
Cirurgias	52 (42,6%)

Legenda: DAC – Doença arterial coronariana

5.2 CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE A DAC

5.2.1 Capacidade de autocuidado

O escore médio do ASAS-R foi $52,7 \pm 7,5$ pontos (mediana 53, variando entre 26 a 71 pontos). A tabela 5 mostra a frequência de discordância, neutralidade e concordância dos participantes em relação a cada item do instrumento.

A consistência interna do instrumento nessa amostra foi de 0,78.

Tabela 5 - Frequência de discordância, neutralidade e concordância dos participantes do estudo (n=122) em relação a cada item do ASAS-R, São Paulo, 2019

(continua)

Itens do ASAS-R	Discordo Totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não Discordo, Nem Concordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo Totalmente n(%)
1. À medida que as circunstâncias da minha vida mudam, eu faço os ajustes necessários para permanecer saudável.	5 (4,1%)	11 (9,0%)	7 (5,7%)	72 (59,0%)	27 (22,1%)
2. Se a minha capacidade de mobilidade diminuir, eu faço os ajustes necessários.	5 (4,1%)	11 (9,0%)	14 (11,5%)	79 (64,8%)	13 (10,7%)
3. Quando preciso, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para permanecer saudável.	4 (3,3%)	10 (8,2%)	12 (9,8%)	69 (56,6%)	27 (22,1%)
4. Eu frequentemente sinto falta de energia para me cuidar como eu sei que deveria*.	4 (3,3%)	26 (21,3%)	11 (9,0%)	60 (49,2%)	21 (17,2%)
5. Eu procuro melhores maneiras para me cuidar.	2 (1,6%)	7 (5,7%)	14 (11,5%)	73 (59,8%)	26 (21,3%)
6. Quando é preciso, eu consigo tempo para me cuidar**	3 (2,5%)	8 (6,6%)	16 (13,2%)	71 (58,7%)	23 (19,0%)

Tabela 5 - Frequência de discordância, neutralidade e concordância dos participantes do estudo (n=122) em relação a cada item do ASAS-R, São Paulo, 2019

(continuação)

Itens do ASAS-R	Discordo Totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não Discordo, Nem Concordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo Totalmente n(%)
7. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os efeitos colaterais para melhor cuidar de mim.	11 (9,0%)	28(23,0%)	8 (6,6%)	43 (35,2%)	32 (26,2%)
8. No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos para melhorar a minha saúde.	8 (6,6%)	15 (12,3%)	6 (4,9%)	72 (59,0%)	21 (17,2%)
9. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família.	3 (2,5%)	7 (5,7%)	15 (12,3%)	77 (63,1%)	20 (16,4%)
10. Eu regularmente avalio a efetividade das coisas que eu faço para permanecer saudável.	4 (3,3%)	30 (24,6%)	24 (19,7%)	50 (41,0%)	14 (11,5%)
11. Nas minhas atividades diárias, eu raramente dedico tempo para cuidar de mim*.	2 (1,6%)	45 (36,9%)	20 (16,4%)	47 (38,5%)	8 (6,6%)
12. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.	4 (3,3%)	7 (5,7%)	7 (5,7%)	80 (65,6%)	24 (19,7%)

Tabela 5 - Frequência de discordância, neutralidade e concordância dos participantes do estudo (n=122) em relação a cada item do ASAS-R, São Paulo, 2019

Itens do ASAS-R	(conclusão)				
	Discordo Totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não Discordo, Nem Concordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo Totalmente n(%)
13. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.	1 (0,8%)	5 (4,1%)	8 (6,6%)	90 (73,8%)	18 (14,8%)
14. Eu raramente tenho tempo para mim*.	4 (3,3%)	69 (56,6%)	16 (13,1%)	27 (22,1%)	6 (4,9%)
15. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria*.	3 (2,5%)	30 (24,6%)	14 (11,5%)	64 (52,5%)	11 (9,0%)

Legenda: ASAS-R - Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. * Escore invertido na análise dos dados. ** Dados de 121 participantes.

Nota-se que a maioria dos participantes concordaram com as afirmações que tratam de fazer ajustes necessários para se autocuidar, de estabelecer prioridades, de tomar decisões e avaliar os resultados de suas ações e de buscar informações sobre a saúde e o tratamento. Mais da metade dos participantes também concordaram com afirmações que dizem respeito a sentir que não têm energia suficiente para se cuidarem, a não conseguirem cuidar de si próprios como gostariam e a pedir ajuda nessas situações. Ainda, a maioria dos participantes concordou com afirmações relacionadas à falta de tempo para cuidarem de si, embora também tenha concordado que consegue tempo para se dedicar ao próprio cuidado quando necessário.

5.2.2 Alfabetismo em saúde

A compreensão de leitura obteve escore médio de $33,6 \pm 21,7$ pontos (mediana de 30 pontos variando entre 0 e 72 pontos). O escore médio de numeramento foi de $26,7 \pm 2,3$ pontos (mediana de 28 variando entre 14 e 28 pontos). A média do escore total do S-TOFHLA foi $60,5 \pm 23,1$ pontos, com mediana de 57 e escores mínimo e máximo de 18 e 100 pontos, respectivamente.

A consistência interna do instrumento nessa amostra foi de 0,96 para parte de compreensão de leitura e 0,12 para parte de numeramento.

A figura 4 mostra a distribuição dos participantes segundo a classificação do nível do alfabetismo em saúde.

Figura 4 - Distribuição dos participantes do estudo (n = 122) segundo a classificação do nível de alfabetismo em saúde, São Paulo, 2019

A tabela 6 apresenta a descrição das respostas dos participantes referentes aos 36 itens da parte de compreensão de leitura do S-TOFHLA, em termos da frequência de acertos, erros e ausência de resposta devido ao término do tempo preconizado para aplicação do instrumento.

Tabela 6 - Frequência de acertos, erros e itens não respondidos na parte de compreensão de leitura do S-TOFHLA (n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Itens	Itens de Compreensão de leitura S-TOFHLA	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não respondidos n(%)
1	Seu médico encaminhou você para tirar um Raio X do _____.	94 (77,1%)	27 (22,1%)	1 (0,8%)
2	Quando vier para o _____ ...	94 (77,1%)	25 (20,5%)	3 (2,5%)
3	...você deve estar com o estômago _____.	103(84,4%)	16 (13,1%)	3 (2,5%)
4	O exame de Raio X vai _____...	68 (55,7%)	51 (41,8%)	3 (2,5%)

Tabela 6 - Frequência de acertos, erros e itens não respondidos na parte de compreensão de leitura do S-TOFHLA (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Itens	Itens de Compreensão de leitura S-TOFHLA	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não respondidos n(%)
5	...de 1 a 3 ____.	83 (68,0%)	36 (29,5%)	3 (2,5%)
6	No jantar, coma somente um pedaço ____ fruta.	101 (82,8%)	17 (13,9%)	4 (3,3%)
7	Torradas e geleia, com ____ou chá.	108 (88,5%)	9 (7,4%)	5 (4,1%)
8	Após _____,	59 (48,4%)	43 (35,3%)	20 (16,4%)
9	...você não deve _____	78 (63,9%)	24 (19,7%)	20 (16,4%)
10	... nem beber _____ .	70 (57,4%)	32 (26,2%)	20 (16,4%)
11	Até _____o Raio X.	82 (67,2%)	29 (15,6%)	21 (17,2%)
12	NO DIA DO RAIOS X: Não tome _____.	95 (77,9%)	5 (4,1%)	22 (18,0%)
13	Não _____,	74 (60,7%)	20 (16,4%)	28 (22,9%)
14	... nem mesmo _____.	82 (67,2%)	12 (9,8%)	28 (22,9%)
15	Se você tiver alguma _____,	78 (63,9%)	15 (12,3%)	29 (23,7%)
16	... Ligue para _____ de Raio X no nº 222-2821.	74 (60,7%)	19 (15,6%)	29 (23,7%)
17	Eu concordo em dar informações corretas para _____receber atendimento adequado neste hospital.	63 (51,6%)	6 (4,9%)	53 (43,4%)
18	Eu _____ ...	53 (43,4%)	13 (10,7%)	56 (45,9%)
19	... que as informações que eu _____ ao médico.	47 (38,5%)	19 (15,6%)	56 (45,9%)
20	Serão muito _____	57 (46,7%)	6 (4,9%)	59 (48,4%)
21	... para permitir o correto ____.	52 (42,6%)	11 (9,0%)	59 (48,4%)
22	Eu _____	43 (35,3%)	15 (12,3%)	64 (52,5%)

Tabela 6 - Frequência de acertos, erros e itens não respondidos na parte de compreensão de leitura do S-TOFHLA (n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)				
Itens	Itens de Compreensão de leitura S-TOFHLA	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não respondidos n(%)
23	...que devo relatar para o médico qualquer _____.	43 (35,3%)	15 (13,1%)	64 (52,5%)
24	Nas minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento.	41 (33,6%)	11 (9,0%)	70 (57,4%)
25	Em que me tornar _____ da alteração.	33 (27,1%)	2 (1,6%)	87 (71,3%)
26	Eu entendo _____...	25 (20,5%)	8 (6,6%)	89 (72,9%)
27	... se EU NÃO me _____ ao tratamento.	28 (22,9%)	5 (4,1%)	89 (72,9%)
28	Tenho _____...	28 (22,9%)	2 (1,6%)	92 (75,4%)
29	... de _____...	27 (22,1%)	3 (2,5%)	92 (75,4%)
30	... uma nova consulta _____ para o hospital.	27 (22,1%)	3 (2,5%)	92 (75,4%)
31	Se você _____...	24 (19,7%)	1 (0,8%)	97 (79,5%)
32	...de ajuda para entender estas_____.	23 (18,8%)	2 (1,6%)	97 (79,5%)
33	Você deverá _____...	24 (19,7%)	0 (0,0%)	98 (80,3%)
34	...uma enfermeira ou funcionária do _____ social.	23 (18,6%)	1 (0,8%)	98 (80,3%)
35	Para _____...	23 (18,6%)	0 (0,0%)	99 (81,1%)
36	...todas as suas _____.	23 (18,6%)	0 (0,0%)	99 (81,1%)

Legenda: S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. ... continuação do item.

Observa-se que a partir do item 22 mais da metade dos participantes excederam no tempo preconizado para preenchimento do instrumento. No entanto, considerando os participantes que preencheram os itens, é possível notar que sempre houve mais acertos do que erros.

A tabela 7 dispõe sobre a frequência de acertos e erros na parte de compreensão numérica do S-TOFHLA. Vale ressaltar que todos os participantes conseguiram responder dentro do tempo preconizado nas orientações do instrumento e que para todos os itens observou-se maior frequência de acertos do que de erros.

Tabela 7 - Frequência de acertos e erros referente aos itens da parte de compreensão numérica do S-TOFHLA (n=122), São Paulo, 2019

Compreensão numérica						Acertos n(%)	Erros n(%)
S-TOFHLA							
Rótulo 1-	Inserido	no	frasco	de		111 (90,9%)	11 (9,0%)
medicamento (AMPICILINA 250 mg/ uma cápsula a cada 6 horas)							
Rótulo 2-	Exame de Glicemia					121 (99,2%)	1 (0,8%)
Rótulo 3 -	Cartão de consulta					122 (100,0%)	0 (0,0%)
Rótulo 4 -	Inserido	no	frasco	de		112 (91,8%)	10 (8,2%)
medicamento (DOXICICLINA 100 mg / uma hora antes ou 2 a 3 horas depois da refeição)							

5.2.3 Conhecimento sobre a doença arterial coronariana

O escore médio do CADE-Q SV foi $12,3 \pm 2,5$ pontos (mediana 13, variando entre 7 a 18 pontos). A tabela 8 mostra a frequência de acertos, erros e os itens que os participantes não souberam responder.

A consistência interna do instrumento nessa amostra foi de 0,47.

Tabela 8 - Frequência de acertos, erros e os itens que os participantes do estudo (n=122) não souberam responder referente às afirmativas do CADE-Q SV, São Paulo, 2019

(continua)

Área do conhecimento	Itens CADE-Q SV	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não soube responder n(%)
Clínico	1- A doença cardíaca só acontece em pessoas idosas que fumam ou têm colesterol alto	83 (68,0%)	32 (26,2%)	7 (5,7%)
	3- Angina é dor no peito ou desconforto no seu braço, costas ou pescoço	80 (65,6%)	6 (4,9%)	36 (29,5%)
	6- Medicamentos como ácido acetilsalicílico (AAS) ajudam a prevenir a formação de coágulos sanguíneos	108 (88,5%)	9 (7,4%)	5 (4,1%)
	11- Os medicamentos “estatinas” (como atorvastatina e sinvastatina) limitam a quantidade de colesterol que seu corpo absorve dos alimentos.	3 (2,5%)	105 (86,1%)	14 (11,5%)
Fatores de risco	2- Mudanças no estilo de vida, como uma alimentação saudável, podem diminuir suas chances de desenvolver doenças cardíacas	113 (92,6%)	6 (4,9%)	3 (2,5%)

Tabela 8 - Frequência de acertos, erros e os itens que os participantes do estudo (n=122) não souberam responder referente às afirmativas do CADE-Q SV, São Paulo, 2019

(continuação)

Área do conhecimento	Itens CADE-Q SV	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não soube responder n(%)
Fatores de risco	12- Para ajudar a controlar a pressão arterial, coma menos sal e faça exercícios regularmente.	117 (95,9%)	3 (2,5%)	2 (1,6%)
	16- Para controlar o colesterol, torne-se vegetariano e evite comer ovos.	58 (47,5%)	39 (32,0%)	25 (20,5%)
	18- Você não pode evitar o diabetes com exercícios e alimentação saudável.	64 (52,5%)	45 (36,9%)	13 (10,7%)
Exercício	4- O treinamento de resistência (levantar pesos ou usar bandas elásticas) pode fortalecer os músculos e ajuda a reduzir o açúcar no sangue	54 (44,3%)	24 (19,7%)	44 (36,1%)
	8- Um aquecimento antes do exercício aumenta a frequência cardíaca e diminui sua chance de ter angina	72 (59,0%)	10 (8,2%)	40 (32,8%)
	13- Se sentir desconforto no peito durante a caminhada, acelere para ver se ele desaparece.	99 (81,1%)	9 (7,4%)	14 (11,5%)

Tabela 8 - Frequência de acertos, erros e os itens que os participantes do estudo (n=122) não souberam responder referente às afirmativas do CADE-Q SV, São Paulo, 2019

(continuação)

Área do conhecimento	Itens CADE-Q SV	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não soube responder n(%)
Exercício	17- Você está exercitando no nível certo quando sua frequência cardíaca está na zona alvo e você ainda pode conversar confortavelmente.	33 (27,0%)	23 (18,9%)	66 (54,1%)
Dieta	5- Comer mais carne e produtos lácteos é uma boa maneira de adicionar mais fibra à sua dieta	58 (47,5%)	34 (27,9%)	30 (24,6%)
	9-Alimentos preparados ou processados, como sopa enlatada e bacon, geralmente têm muito sal (sódio).	111 (91,0%)	8 (6,6%)	3 (2,5%)
	14- Gordura trans é um tipo de gordura não saudável que é frequentemente encontrado em alimentos cozidos ou fritos.	70 (57,4%)	15 (12,3%)	37 (30,3%)
	20- Para ajudar a reduzir a pressão arterial, coma alimentos saudáveis com mais frequência, como legumes, frutas e grãos integrais.*	115 (95,0%)	5 (4,1%)	1 (0,8%)

Tabela 8 - Frequência de acertos, erros e os itens que os participantes do estudo (n=122) não souberam responder referente às afirmativas do CADE-Q SV, São Paulo, 2019

(conclusão)				
Área do conhecimento	Itens CADE-Q SV	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não soube responder n(%)
Risco psicossocial	7- A única maneira eficaz de gerenciar o estresse é evitar pessoas que causem sentimentos desagradáveis	39 (32,0%)	70 (57,4%)	13 (10,7%)
	10- Depressão é comum após um ataque cardíaco e aumenta a chance de ter outro ataque cardíaco.	44 (36,1%)	41 (33,6%)	37 (30,3%)
	15- A apneia do sono (pausa na respiração durante o sono) pode aumentar sua chance de ter outro ataque cardíaco.	64 (52,5%)	7 (5,7%)	51 (41,8%)
	19- O estresse aumenta sua chance de ter um ataque cardíaco, tanto quanto a pressão alta e diabetes.*	114 (94,2%)	4 (3,3%)	3 (2,5%)

Legenda: CADE-Q SV – Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. * Dados de 121 participantes

Observa-se que mais de 80% dos participantes acertaram um item do domínio clínico (6), dois itens do domínio fatores de risco (2 e 12), um item do domínio exercício (13), dois itens do domínio dieta (9 e 20) e um item do domínio risco psicossocial (19). Por sua vez, mais da metade errou ou não soube responder um item do domínio clínico (11), um item do domínio fatores de risco (16), dois itens do domínio exercício (4 e 17), um item do domínio dieta (5) e dois itens do domínio risco psicossocial (7 e 10).

5.3 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS COM A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO, COM O ALFABETISMO EM SAÚDE E COM O CONHECIMENTO SOBRE A DAC

A tabela 9 apresenta a análise de associação entre as variáveis contínuas de caracterização sociodemográfica e clínica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC.

Tabela 9 - Associação das variáveis contínuas de caracterização sociodemográfica e clínica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC nos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019
(continua)

Variáveis	ASAS-R			S-TOFHLA			CADE-Q SV		
	<i>r</i>	p-valor*	IC 95%	<i>r</i>	p-valor*	IC 95%	<i>r</i>	p-valor*	IC 95%
Idade, em anos completos	-0,191	0,035	-0,357 - -0,014	-0,423	<0,001	-0,423 - -0,559	0,096	0,292	-0,083 - 0,269
Ensino formal, em anos completos	0,361	<0,001	0,196 - 0,507	0,635	<0,001	0,635 - 0,516	0,244	0,007	0,069 - 0,404
Renda per capita, em reais	0,098	0,281	-0,081 - 0,271	0,265	0,003	0,265 - 0,091	0,203	0,025	0,026 - 0,367
Tempo decorrido desde o diagnóstico da DAC, em meses	-0,158	0,082	-0,327 - 0,020	-0,259	0,004	-0,259 - -0,418	0,028	0,759	-0,150 - 0,205
Número de internações anteriores	0,038	0,678	-0,141 - 0,214	-0,082	0,371	-0,082 - -0,256	0,175	0,054	-0,003 - 0,342
Frequência de visita ao serviço de emergência	-0,063	0,489	-0,238 - 0,116	-0,133	0,146	-0,133 - -0,303	0,022	0,808	-0,156 - 0,199
Número de medicamentos em uso	-0,016	0,859	-0,193 - 0,162	-0,150	0,100	-0,150 - -0,319	0,131	0,151	-0,048 - 0,302
Número de comprimidos diários	0,016	0,864	-0,163 - 0,193	-0,023	0,803	-0,023 - -0,200	0,106	0,245	-0,073 - 0,279

Tabela 9 - Associação das variáveis contínuas de caracterização sociodemográfica e clínica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC nos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019
(conclusão)

Variáveis	ASAS-R			S-TOFHLA			CADE-Q SV		
	<i>r</i>	p- valor*	IC 95%	<i>r</i>	p- valor*	IC 95%	<i>r</i>	p- valor*	IC 95%
IMC, kg/m ²	-0,062	0,497	-0,237 - 0,117	-0,024	0,796	-0,024 - -0,201	0,003	0,971	-0,175 - 0,181

Legenda: DAC – Doença arterial coronariana. IMC – Índice de Massa corpórea. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo. *r*- Coeficiente de correlação de Pearson. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. * Correlação de Pearson

Observa-se na tabela 9 que variáveis sociodemográficas e o tempo decorrido desde o diagnóstico da DAC apresentaram correlações significativas, de fraca a boa intensidade com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC.

Em termos das variáveis sociodemográficas, verifica-se que quanto maior a idade, pior a capacidade de autocuidado e menor o nível de alfabetismo em saúde; quanto maior o tempo dedicado ao ensino formal, melhor a capacidade de autocuidado, maior o nível de alfabetismo em saúde e maior o conhecimento sobre a DAC; e quanto maior a renda per capita, maior o nível de alfabetismo em saúde e maior o conhecimento sobre a doença. Ainda no que tange às variáveis clínicas, nota-se que quanto maior o tempo de diagnóstico, menor o nível de alfabetismo em saúde.

A tabela 10 apresenta a associação das variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC.

Tabela 10 - Associação das variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Sexo												
Masculino	52,2 (8,5)	52,5 (48,0- 56,0)	0,698*	50,2- 54,0	63,5 (22,4)	60,0 (44,5- 77,5)	0,066*	58,6- 68,7	12,5 (2,6)	13,0 (10,3- 14,0)	0,407 [†]	11,8-13,1
Feminino	53,4 (5,6)	53,5 (49,8- 56,0)		51,9- 55,0	55,4 (23,1)	54,0 (38,0- 67,0)		49,2- 62,1	12,1 (2,3)	12,0 (10,0- 14,0)		11,4-12,7
Cor da pele												
Amarela	53,8 (4,7)	52,5 (51,0- 55,0)	0,351**	51,1- 58,3	69,7 (22,7)	69,0 (58,0- 86,0)	0,005**	36,0- 98,0	11,7 (2,7)	10,5 (10,0- 14,0)	0,871 [‡]	8,9-14,5
Branca	53,2 (8,1)	54,0 (50,0- 57,5)		51,2- 54,9	65,4 (22,2)	60,0 (46,0- 81,5)		59,0- 71,0	12,4 (2,6)	13,0 (10,5- 14,0)		11,8-13,0

Tabela 10 - Associação das variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Cor da pele												
Parda	51,0 (8,3)	52,0 (47,0-56,0)		46,7-55,4	58,5 (26,2)	48,0 (36,0-66,0)		39,5-74,0	12,3 (2,6)	12,0 (11,0-13,0)		10,8-13,9
Preta	51,9 (6,0)	52,0 (49,0-52)		50,0-54,2	48,2 (19,0)	47,5 (36,0-62,0)		40,5-55,0	12,1 (2,3)	12,0 (10,8-13,3)		11,3-13,0
Estado civil												
Casado	52,7 (7,9)	54,0 (49,0-54,0)	0,531**	51,0-54,3	60,2 (22,9)	58,0 (42,5-75,5)	0,057**	54,5-65,0	12,5 (2,5)	13,0 (11,0-14,8)	0,219 [†]	12,0-13,0
Divorciado	54,2 (5,6)	52,0 (50,0-57,0)		51,9-57,4	65,4 (21,0)	62,0 (51,5-76,0)		52,5-77,0	11,1 (2,5)	11,0 (9,0-13,5)		9,7-12,5

Tabela 10 - Associação das variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Estado civil												
Solteiro	52,9 (6,1)	54,0 (48,8- 58,3)		48,5- 56,5	71,8 (28,5)	79,5 (45,5- 98,0)		44,0- 98,0	11,8 (2,5)	11,5 (10,5- 12,3)		9,6-13,9
Viúvo	49,3 (7,1)	51,0 (45,0- 52,0)		44,1- 53,1	60,2 (22,9)	58,0 (42,5- 75,5)		54,5- 65,0	12,4 (1,9)	13,0 (11,0- 13,0)		11,0-13,9
Situação trabalhista												
Desempregado	53,6 (7,3)	51,5 (48,8- 59,0)	0,818**	50,0- 58,1	54,4 (20,5)	57,0 (41,5- 71,8)	< 0,001 [‡]	41,4- 67,5	11,7 (2,7)	12,0 (9,5-13,5)	0,507**	10,1-13,1
Não trabalha e recebe proventos	52,2 (6,9)	52,0 (49,0- 56,0)		50,6- 53,6	54,5 (20,6)	50,0 (41,0- 64,0)		49,8- 59,1	12,2 (2,4)	12,5 (10,3- 14,0)		11,7-12,7

Tabela 10 - Associação das variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Situação trabalhista												
Trabalha e recebe proventos	53,4 (8,9)	54,0 (50,0-56,5)		50,2-56,3	76,8 (21,6)	77,0 (41,0-98,0)		69,0-84,6	12,8 (2,6)	13,0 (10,8-14,0)		11,9-13,7

Legenda: (DP)– Desvio Padrão. Med – Mediana. IQ – intervalo interquartil. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version.* Wilcoxon-Mann-Whitney. ** Kruskal-Wallis. †ANOVA. ‡ Teste t de Student

Depreende-se da tabela 10 que houve diferença estatisticamente significativa na média do escore do S-TOFHLA para as diferentes categorias de cor da pele referida pelos participantes e situação trabalhista.

Na análise de comparação de grupos pareados observou-se que aqueles que se declararam como sendo de cor amarela tiveram escores significativamente maiores do que aqueles que se declararam de cor preta ($69,7 \pm 22,7$ vs $48,7 \pm 19,3$, $p = 0,026$). Ainda, quem se declarou branco também apresentou escores significativamente mais altos dos que se declararam da cor preta ($65,5 \pm 22,4$ vs $48,7 \pm 19,3$, $p < 0,001$).

Para situação trabalhista, verificou-se que os participantes que trabalhavam e recebiam proventos tiveram escores significativamente maiores quando comparados aos que não trabalhavam e recebiam proventos ($76,8 \pm 21,6$ vs $54,5 \pm 20,6$, $p < 0,001$) e aos desempregados ($76,8 \pm 21,6$ vs $54,4 \pm 20,6$, $p = 0,006$).

Não houve associação estatisticamente significativa de nenhuma das variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica com a capacidade de autocuidado e com o conhecimento sobre a DAC.

As tabelas 11, 12, 13 e 14 mostram a associação das variáveis categóricas de caracterização clínica dos participantes com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC.

Tabela 11 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à utilização dos serviços de saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Internações cardiológicas anteriores												
Sim	53,0 (7,5)	53,0 (49,8-56,3)	0,315*	51,5-54,4	59,1 (22,8)	55,0 (42,0-74,0)	0,179*	53,0-63,0	12,3 (2,6)	13,0 (10,0-14,0)	0,957*	11,8-12,8
Não	50,8 (7,1)	52,0 (47,4-55,8)		47,0-53,5	67,2 (23,3)	67,0 (52,5-88,0)		54,0-79,0	12,3 (2,2)	13 (11,0-14,0)		11,3-13,3
Visita ao serviço de emergência												
Sim	52,0 (7,3)	52,0 (49,0-56,0)	0,056*	50,4-53,3	58,5 (22,4)	54,0 (42,0-74,0)	0,094*	52,5-62,5	12,2 (2,4)	13,0 (10,0-14,0)	0,392*	11,7-12,7
Não	55,2 (7,9)	54,5 (52,0-56,0)		52,2-58,2	67,1 (24,2)	68,0 (46,0-91,0)		56,0-77,0	12,8 (2,7)	13,0 (11,3-14,8)		11,8-13,8

Tabela 11 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à utilização dos serviços de saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Motivo das visitas ao serviço de emergência												
Dor no peito	51,3 (8,4)	52,0 (47,3-56,0)		49,0-53,3	60,8 (22,6)	59,0 (42,5-77,5)		53,0-67,0	12,1 (2,4)	13,0 (10,3-14)		11,5-12,8
Dispneia	54,4 (2,9)	55,5 (51,0-55,5)		52,3-56,2	63,3 (24,7)	56,0 (45,0-78,5)		42,0-86,0	11,5 (2,6)	11,0 (9,8-13,5)		9,3-13,7
Outras causas cardiológicas	52,4 (6,4)	52,0 (48,0-55,0)	0,263**	49,7-55,7	48,5 (20,7)	50,0 (38,0-58,0)	0,167**	37,5-59,0	12,4 (2,4)	13,0 (10,0-14,0)	0,730 [‡]	11,2-13,7
Outras causas não cardiológicas	52,8 (4,3)	53,0 (50,0-56,0)		50,3-54,8	58,5 (20,4)	56,0 (50,0-70,0)		46,0-71,0	12,3 (2,6)	13,0 (11,0-14,0)		10,7-13,9

Tabela 11 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à utilização dos serviços de saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Cirurgias cardíacas anteriores												
Não	52,7 (6,8)	52,0 (48,0-57,5)		51,0-54,5	57,7 (24,0)	54,0 (38,0-72,0)		50-64	12,1 (2,2)	12,0 (10,5-14,0)		11,5-12,7
RM	52,5 (8,3)	53,0 (50,0-56,0)	0,798**	50,2-54,4	62,0 (22,3)	60,0 (44,0-77,0)	0,178**	55-68	12,6 (2,7)	13,0 (10,5-15,0)	0,200 [†]	11,9-13,3
Outras cirurgias cardíacas	54,3 (3,1)	55,0 (53,0-56,3)		50,8-56,3	74,0 (9,9)	74,0 (69,5-78,5)		62-86	10,5 (2,1)	10,5 (9,5-11,5)		7,2-13,8
Cateterismo cardíaco												
Sim	52,9 (7,4)	53,0 (49,0-56,0)	0,413*	51,4-54,2	60,4 (23,0)	58,0 (43,0-76,0)	0,894*	55,0-65,0	12,4 (2,6)	13,0 (10,0-13,0)	0,360*	11,9-12,9

Tabela 11 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à utilização dos serviços de saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Cateterismo cardíaco												
Não	51,4 (8,0)	52,0 (48,0-55,0)		47,5-54,8	60,2 (23,3)	54,0 (44,0-70,0)		46,0-74,0	11,9 (1,7)	11,0 (11,0-13,0)		11,1-12,7

Legenda: Med – Mediana. IQ- Intervalo Quartil. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. DAC – Doença arterial coronariana. RM – Revascularização do Miocárdio. *Wilcoxon-Mann-Whitney. ** Kruskal-Wallis. †Brunner-Munzel. ‡ANOVA

Tabela 12 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas aos fatores de risco cardiovascular com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p- Valor	IC 95%
Tabagismo												
Não fumante	52,3 (6,6)	52 (49,0- 57,0)		50,4 – 54,2	57,2 (18,5)	54,0 (44,0- 64,0)		50,5- 61,5	12,1 (2,5)	12,0 (10,0- 15,0)		11,4- 12,9
Ex-fumante	53,4 (7,7)	54,0 (50,0- 56,0)	0,098**	51,5-55,1	61,6 (25,3)	61,0 (41,8- 79,5)	0,529**	55,0- 68,0	12,4 (2,5)	13,0 (11,0- 14,0)	0,912**	11,8- 13,0
Fumante	48,6 (9,7)	48,0 (44,0- 51,0)		43,0-54,9	66,4 (24,4)	74,0 (46,0- 76,0)		45,0- 87,0	12,3 (2,4)	13,0 (12,0- 14)		10,5- 13,6
Consumo de bebida alcóolica												
Não consumidor	53,1 (6,2)	53,0 (50,0- 56,0)	0,638**	51,8-54,4	59,9 (21,4)	56,0 (44,3- 74,0)	0,642**	54,0- 64,0	12,0 (2,6)	12,0 (10,0- 14,0)	0,238**	11,5- 12,6

Tabela 12 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas aos fatores de risco cardiovascular com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)												
Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p- Valor	IC 95%
Consumo de bebida alcóolica												
Consumo dentro dos padrões recomendados	51,5 (9,8)	52,0 (47,1-56,5)		48,3-54,4	61,5 (26,2)	58,0 (41,5-81,0)		51,5-71,0	12,8 (2,1)	13,0 (11,5-14,0)		12,1-13,5
Consumo acima dos padrões recomendados	56,0 (α)	56,0 (56,0-56,0)		56,0-56,0	42,0 (α)	42,0 (42,0-42,0)		42,0-42,0	13,0 (α)	13,0 (13,0-13,0)		13,0-13,0
Sedentarismo*												
Sim	52,0 (7,9)	52,0 (49,0-56,0)	0,013[†]	50,4-53,5	59,8 (23,4)	56,0 (41,8-76,0)	0,613*	54,0-64,0	12,2 (2,5)	13,0 (10,0-14,0)	0,228*	11,7-12,7
Não	55,3 (4,7)	55,0 (52,0-57,0)		53,7-57,3	62,5 (22,1)	60,0 (45,0-74,0)		52,4-72,0	12,8 (2,6)	13,0 (11,0-15,0)		11,8-13,7

Tabela 12 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas aos fatores de risco cardiovascular com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p- Valor	IC 95%
Hipertensão arterial												
Sim	52,5 (7,6)	52,0 (49,0- 56,0)	0,159*	51,2-53,9	59,9 (22,9)	56,0 (42,5- 76,0)	0,165*	54,0-64,0	12,3 (2,5	13,0 (10,0- 14,0)	0,322*	11,9- 12,8
Não	56,7 (2,5)	57,0 (55,5- 58,0)			78,0 (17,8)	72,0 (68,0- 85,0)			11,0 (2,0	11,0 (10,0- 12,0)		9,2-12,9
Diabetes												
Sim	52,4 (5,6)	52,0 (50,0- 56,0)	0,697 [†]	51,0-53,8	56,2 (21,6)	54,0 (42,0- 71,5)	0,078*	49,5- 61,0	12,5 (2,3)	13,0 (11,0- 14,5)	0,289 [#]	12,0- 13,1
Não	52,8 (9,0)	54,0 (49,0- 57,0)			64,2 (23,7)	62,0 (44,5- 85,0)			12,1 (2,7)	12,0 (10,0- 14,0)		11,4- 12,7

Tabela 12 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas aos fatores de risco cardiovascular com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)												
Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p- Valor	IC 95%
Dislipidemia												
Sim	52,5 (7,7)	52,5 (49,0- 56,0)	0,320*	51,1-53,9	60,1 (23,3)	57,0 (42,3- 76,0)	0,630*	54,5- 64,0	12,4 (2,5)	13,0 (10,3- 14,0)	0,095*	11,9- 12,8
Não	54,6 (3,0)	54,0 (52,0- 57,3)			63,3 (18,9)	60,0 (53,0- 73,0)			46,0- 81,0	10,9 (2,7)		11,0 (8,8-11,5)
Antecedentes familiares de DAC												
Sim	52,8 (7,4)	53,0 (49,0- 56,0)	0,904*	51-54,7	60,1 (22,8)	58,0 (43,5- 75,0)	0,894*	54,0- 64,5	12,5 (2,5)	13,0 (11,0- 14,0)	0,100*	12,0- 13,0
Não	52,2 (7,9)	53,0 (48,0- 56,5)			61,3 (23,9)	54 (43,5- 76)			50,0- 72,0	11,6 (2,5)		11,0 (9,5-13,0)

Legenda: Med – Mediana. IQ- Intervalo Interquartil. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. DAC – Doença arterial coronariana. *Wilcoxon-Mann-Whitney. ** Kruskal-Wallis. †Brunner-Munzel. # Teste t de Student. (¤) – DP igual á zero. *Dado de 121 participantes

Tabela 13 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas ao recebimento de orientações em saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média	Med	p-Valor	IC 95%	Média	Med	p-Valor	IC 95%	Média	Med	p-Valor	IC 95%
	(DP)	(IQ)			(DP)	(IQ)			(DP)	(IQ)		
Orientações sobre saúde												
Sim	53,0 (7,7)	54,0 (49,0-57,0)	0,208*	51,4-54,6	62,7 (23,2)	60,0 (44,0-76,0)	0,058*	57,0-68,0	12,4 (2,6)	13,0 (10,0-14,0)	0,338*	11,9-12,9
Não	51,6 (6,7)	52,0 (45,0-55,0)		49,2-53,8	54,0 (21,3)	51,0 (38,0-64,0)		45,5-60,0	12,0 (2,1)	12,0 (11,0-13,0)		11,3-12,7
Orientações sobre exames												
Sim	53,8 (7,5)	55,0 (49,8-57,0)	0,091*	51,7-55,7	67,9 (22,3)	68,0 (45,8-86,5)	0,001*	61,0-75,0	12,8 (2,5)	13,0 (11,8-15,0)	0,034*	12,1-13,5
Não	51,8 (7,5)	52,0 (48,3-56,0)		50,0-53,5	54,6 (21,9)	52,0 (38,0-64,0)		48,0-59,0	11,8 (2,4)	12,0 (10,0-14,0)		11,3-12,5

Tabela 13 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas ao recebimento de orientações em saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Orientações sobre Cirurgias												
Sim	53,3 (7,9)	54,5 (50,8- 56,0)	0,207*	51,0- 55,3	62,1 (22,1)	61,0 (44,0-76,0)	0,398*	55,0- 69,0	12,5 (2,7)	13,0 (10,0- 15,0)	0,328*	12-13
Não	52,1 (7,2)	52,0 (48,3- 56,0)		50,4- 53,8	59,0 (23,7)	54,0 (41,5-74,0)		51,5- 64,0	12,1 (2,3)	12,0 (10,3- 14,0)		11,5- 12,6
Orientações sobre Alimentação												
Sim	53,0 (8,0)	54,0 (49,0- 56,0)	0,484*	51,1- 54,8	63,5 (23,1)	62,0 (44,8-76,0)	0,063*	57,5- 70,0	12,1 (2,6)	13,0 (10,0- 14,0)	0,343 [#]	11,5- 12,7
Não	52,1 (7,0)	52,0 (49,3- 56,0)		50,2- 53,9	56,3 (22,2)	53,0 (38,5-65,5)		48,5- 62,0	12,5 (2,3)	13,0 (11,0- 14,8)		11,9- 13,2

Tabela 13 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas ao recebimento de orientações em saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)												
Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Orientações sobre Medicamentos												
Sim	53,4 (7,2)	55,0 (50,0-57,0)	0,037*	51,8-55,0	61,8 (23,1)	60,0 (44,0-76,0)	0,339*	56,0-68,0	12,4 (2,6)	13,0 (10,0-14,0)	0,632*	11,5-12,9
Não	51,2 (8,0)	51,0 (47,1-55,0)		48,9-53,5	57,8 (22,7)	54,0 (43,0-70,0)		49,0-64,0	12,2 (2,4)	12,0 (10,0-14,0)		11,8-12,9
Orientações sobre DAC												
Sim	53,6 (7,5)	54,0 (50,3-54,0)	0,031*	51,9-55,2	62,9 (23,3)	61,0 (44,0-76,0)	0,070*	57,0-69,0	12,4 (2,6)	13,0 (10,0-14,0)	0,530*	11,8-12,9
Não	50,7 (7,3)	51,0 (47,6-55,0)		48,5-52,8	55,0 (21,3)	52,0 (40,5-64,0)		47,0-61,0	12,1 (2,2)	12,0 (10,5-14,0)		11,4-12,7

Legenda: Med – Mediana. IQ- Intervalo Interquartil. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. DAC – Doença arterial coronariana. *Wilcoxon-Mann-Whitney. ** Kruskal-Wallis. # Teste t de Student

Tabela 14 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à classe medicamentosa com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continua)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Betabloqueadores												
Sim	52,5 (7,6)	53,0 (49,0- 56,0)	0,508*	51,1- 53,8	60,9 (23,0)	58,0 (43,5- 76,0)	0,292*	55,5- 65,0	12,3 (2,5)	13,0 (10,0- 14,0)	0,816*	11,8-12,7
Não	55,1 (5,8)	54,0 (51,5- 56,0)		52,3- 61,2	50,1 (20,6)	46,0 (36,0- 68,0)		27,0- 72,0	12,4 (2,6)	13,0 (11,0- 14,5)		10,3-13,9
Diurético												
Sim	53,4 (6,2)	52,0 (50,0- 56,5)	0,795*	51,7- 55,4	57,5 (23,3)	56,0 (40,0- 70,5)	0,372*	49,0- 64,0	12,2 (2,5)	13,0 (11,0- 14,0)	0,703*	11,5-12,9
Não	52,2 (8,1)	53,0 (48,5- 56,0)		50,4- 53,9	61,6 (22,7)	60,0 (44,0- 76,0)		56,0- 68,0	12,3 (2,5)	13,0 (10,0- 14,0)		11,8-12,9

Tabela 14 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à classe medicamentosa com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Inibidores da ECA												
Sim	53,3 (7,3)	53,0 (50,0- 56,0)		51,7- 54,8	60,7 (23,2)	56,0 (44,0- 76,5)		54,0- 66,0	12,2 (2,6)	13,0 (10,0- 14,0)		11,7-12,8
Não	51,3 (7,7)	52,0 (47,3- 56,0)	0,221*	48,7- 53,6	59,5 (22,7)	60,0 (42,3- 75,5)	0,883*	51,0- 68,0	12,5 (2,2)	12,0 (11,0- 14,8)	0,540*	11,8-13,1
Antiagregante plaquetário												
Sim	52,6 (7,6)	53,0 (49,0- 56,0)		51,1- 54,0	60,4 (23,7)	58,0 (42,0- 100,0)		55,0- 65,0	12,4 (2,4)	13,0 (11,0- 14,0)		12,0-12,9
Não	53,2 (6,0)	52,0 (49,3- 55,8)	0,815*	50,5- 58,1	59,1 (13,3)	56,0 (52,5- 71,5)	0,921**	47,5- 72,0	11,0 (3,2)	10,0 (8,0- 14)		9,2-13,0

Tabela 14 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à classe medicamentosa com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Inibidores da bomba de prótons e antiulceroso												
Sim	53,2 (7,1)	54,0 (49,8-56,3)	0,614*	51,2-55,2	61,2 (25,5)	59,0 (42,5-79,0)	0,695*	52,5-69,5	12,4 (2,6)	13,0 (10,0-14,0)	0,841*	11,6-13,1
Não	52,4 (7,7)	52,0 (49,0-56,0)		50,6-54,1	59,7 (21,3)	56,0 (44,0-74,0)		53,5-64,5	12,2 (2,5)	13,0 (10,0-14,0)		11,7-12,8
Vasodiladores coronarianos e periféricos												
Sim	52,2 (7,5)	53,5 (48,0-56,3)	0,815*	49,6-54,5	57,5 (20,6)	56,0 (44,0-68,0)	0,553*	49,5-64,0	12,7 (2,5)	13,0 (11,0-15,0)	0,251 [†]	11,9-13,5
Não	52,8 (7,5)	52,5 (50,0-56,0)		51,2-54,3	61,5 (23,9)	57 (42,0-77,5)		55,0-67,0	12,1 (2,5)	12,0 (10,0-14,0)		11,6-12,7

Tabela 14 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à classe medicamentosa com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(continuação)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Antilipêmicos												
Sim	52,7 (7,8)	52,5 (49,0- 56,0)	0,936*	51,1- 54,1	61,5 (23,3)	59,0 (43,3- 76,0)	0,213*	56,0- 66,0	12,4 (2,5)	13,0 (13,0- 18,0)	0,492*	11,9-12,8
Não	52,6 (5,2)	54,0 (49,5- 56,0)		49,9- 54,9	52,7 (19,1)	52,0 (44,0- 64,0)		40,5- 64,0	11,9 (2,5)	12,0 (10,8- 13,0)		10,8-13,1
Atihipoglicemiantes												
Sim	52,4 (5,6)	52,0 (50,0- 56,0)	0,561**	50,8- 53,8	55,7 (21,5)	54,0 (41,0- 71,5)	0,076*	49,0- 61,0	12,7 (2,3)	13,0 (11,0- 15,0)	0,151 [†]	12,0-13,3
Não	52,9 (8,8)	54,0 (49,0- 57,0)		50,7- 54,9	64,1 (23,6)	62,0 (44,5- 85,0)		57,0- 70,0	12,0 (2,6)	12,0 (10,0- 14,0)		11,4-12,7

Tabela 14 - Associação das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à classe medicamentosa com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC dos participantes do estudo (n=122), São Paulo, 2019

(conclusão)

Variáveis	ASAS-R				S-TOFHLA				CADE-Q SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	p-Valor	IC 95%
Outros [#]												
Sim	53,8 (5,9)	55,0 (50,0- 68,0)	0,451*	51,8- 56,1	63,1 (18,9)	60,0 (46,0- 74,0)	0,408*	54,0- 70,5	12,9 (2,3)	13,0 (11,0- 15,0)	0,171*	12,0-13,7
Não	52,3 (7,9)	52,0 (49,0- 56,0)		50,6- 53,8	59,5 (24,1)	56,0 (38,0- 76,0)		53,0- 64,0	12,1 (2,5)	13,0 (10,0- 14,0)		11,6-12,6

Legenda: (DP)– Desvio Padrão. Med – Mediana. IQ – intervalo interquartil. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo. ECA – Enzima conversora de angiotensina. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV- Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. [#] antiarrítmicos, inibidores enzimáticos, benzodiazepínicos, corticoides e broncodilatadores. * Wilcoxon-Mann-Whitney. ** Brunner-Munzel. [†] Teste t de Student

Na tabela 11 verifica-se que não houve associação estatisticamente significativa de nenhuma das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas à utilização dos serviços de saúde com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC.

Nota-se que na tabela 12 que houve diferença estatisticamente significativa na média do escore do ASAS-R quando se comparou participantes sedentários e não sedentários. Participantes que referiram ser não sedentários apresentaram maiores escores no ASAS-R quando comparados aos sedentários ($55,3 \pm 4,7$ vs $52,0 \pm 7,9$, $p=0,013$).

Observa-se que na tabela 13 que participantes que reconheceram ter recebido alguma orientação sobre exames apresentaram escores significativamente maiores no S-TOFHLA em relação aos que não receberam ($67,9 \pm 22,3$ vs $54,6 \pm 21,9$, respectivamente, $p= 0,001$), como também escores significativamente maiores no CADE-Q SV quando comparados aos participantes que não reconheceram ter recebido ($12,8 \pm 2,5$ vs $11,8 \pm 2,4$, respectivamente, $p=0,034$). Ainda, os escores do ASAS-R foram significativamente maiores para os participantes que reconheceram ter recebido alguma orientação sobre medicamentos do que aqueles que não receberam ($53,4 \pm 7,2$ vs $51,2 \pm 8,0$, respectivamente, $p=0,037$), bem como para os participantes que reconheceram ter recebido orientações sobre a DAC ($53,6 \pm 7,5$ vs $50,7 \pm 7,3$, respectivamente, $p=0,031$).

Na tabela 14 observa-se que não houve associação estatisticamente significativa de nenhuma das variáveis categóricas de caracterização clínica relacionadas às classes medicamentosas com a capacidade de autocuidado, com o alfabetismo em saúde e com o conhecimento sobre a DAC.

5.4 CORRELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE A DAC

As correlações entre os escores do ASAS-R, os escores do S-TOFHLA e do CADE-Q SV estão representadas na figura 5.

Figura 5 - Correlação dos escores obtidos pelos participantes (n = 122) do estudo nas avaliações da capacidade de autocuidado, do alfabetismo em saúde e do conhecimento sobre a DAC, São Paulo, 2019

Legenda: Em A, correlação entre os escores do ASAS-R e do CADEQ-SV; em B, correlação entre os escores do S-TOFHLA e do CADEQ-SV em C, correlação entre os escores S-TOFHLA e do ASAS-R.; r- coeficiente de correlação de Pearson. IC- Intervalo de Confiança

Na figura 2, notam-se correlações estatisticamente significativas entre os escores do ASAS-R e CADE-Q SV (gráfico A) e entre os escores do ASAS-R e S-TOFHLA (gráfico C). Ambas as correlações foram positivas, de fraca e moderada intensidade respectivamente, indicando que quanto maior o escore de autocuidado,

maior o escore de conhecimento sobre a DAC e maior o escore de alfabetismo em saúde. Não houve correlação entre os escores do CADE-Q SV e S-TOFLHA (gráfico B).

A tabela 15 apresenta a associação da capacidade de autocuidado e do conhecimento sobre a DAC segundo as categorias de alfabetismo em saúde.

Tabela 15 - Associação da capacidade de autocuidado e do conhecimento sobre a DAC segundo as categorias de alfabetismo em saúde nos participantes do estudo (n = 122), São Paulo, 2019

S-TOFHLA	ASAS-R				CADEQ-SV			
	Média (DP)	Med (IQ)	Valor de p*	IC 95%	Média (DP)	Med (IQ)	Valor de p*	IC 95%
Adequado	55,0 (8,1)	55,0 (52-58)	0,001	52,5–57,5	12,7 (2,7)	13,0 (10,0-14,5)	0,251	11,8–13,5
Limítrofe	54,0 (5,1)	54,0 (49,8 - 57,3)		52,0–56,0	12,5 (2,5)	13,0 (10,8-14,0)		11,6–13,3
Inadequado	49,9 (7,3)	51,0 (45,0- 55,0)		47,8–51,9	11,9 (2,5)	12,0 (10,0-13,0)		11,7–12,5

Legenda: S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV – Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. Med – Mediana. IQ – intervalo interquartil. IC 95% – Intervalo de Confiança. DP – Desvio Padrão. * Kruskal-Wallis

Nota-se diferença estatisticamente significativa nas médias dos escores da capacidade de autocuidado com relação às categorias do alfabetismo em saúde. Menores escores na capacidade de autocuidado foram observados em participantes com inadequado alfabetismo em saúde. Na análise de comparação de grupos pareados verificou-se que participantes com alfabetismo em saúde inadequado apresentaram escores significativamente menores quando comparados àqueles com alfabetismo em saúde adequado ($49,9 \pm 7,3$ vs, $55,0 \pm 8,1$, $p < 0,001$) e limítrofe ($49,9 \pm 7,3$ vs $54,0 \pm 5,1$, $p = 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa nos escores do CADE-Q SV segundo as categorias do alfabetismo em saúde.

5.5 ALFABETISMO EM SAÚDE COMO MEDIADOR DA RELAÇÃO ENTRE CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Os modelos de regressão que mostram a associação entre alfabetismo em saúde (S-TOFHLA), conhecimento (CADEQ-SV) e fatores condicionantes básicos selecionados com a capacidade para o autocuidado (ASAS-R) são mostrados nas tabelas 15 a 17.

Tabela 16 - Variáveis associadas à capacidade de autocuidado dos participantes do estudo (n = 122), São Paulo, 2019

Variáveis	Coefficiente de regressão	Erro padrão	IC 95% min.	IC 95% máx.	Valor p
Intercepto	46,364	6,353	33,911	58,013	< 0,001
Idade, em anos completos	-0,043	0,088	-0,215	0,129	0,625
Sexo Masculino	-2,409	1,309	-4,974	0,156	0,066
Cor da pele branca	0,210	1,307	-2,351	2,771	0,872
Ensino formal, em anos completos	0,425	0,180	0,071	0,778	0,018
Trabalho assalariado	-2,631	1,604	-5,775	0,512	0,101
Renda per capita, em reais	0,000	0,001	-0,001	0,001	0,976
Tempo decorrido desde o diagnóstico da DAC, em meses	-0,007	0,007	-0,021	0,007	0,317
Número de medicamentos em uso	-0,043	0,336	-0,703	0,616	0,897
S-TOFHLA	0,070	0,027	0,017	0,122	0,009
CADE-Q SV (direta)	0,363	0,265	-0,156	0,882	0,170

Legenda: DAC – Doença Arterial Coronariana. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV – Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo

De acordo com a tabela 16, observa-se que alfabetismo em saúde e tempo dedicado ao ensino formal têm associação estatisticamente significativa com o

ASAS-R. Observando-se o valor do coeficiente de regressão, estima-se que o escore do ASAS-R aumente 0,070 pontos para cada ponto adicional no escore do S-TOFLHA. Estima-se também que o escore do ASAS-R aumente em 0,425 pontos para cada ano a mais dedicado ao ensino formal.

Ainda, a tabela 16 mostra que a contribuição direta do CADE-Q SV para o ASAS-R é pequena (coeficiente de regressão foi 0,363; $p = 0,170$). Porém, o CADE-Q SV influencia o S-TOFHLA (coeficiente de regressão = 1,610; $p = 0,050$), como evidenciado na tabela 17.

Tabela 17 - Relação do CADE-Q SV com S-TOFHLA entre os participantes do estudo ($n = 122$), São Paulo, 2019

	Coeficiente de regressão	Erro padrão	IC 95% min.	IC 95% máx.	Valor p
CADE-Q SV	1,610	0,821	0,001	3,218	0,050

Legenda: S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV – Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo

Na tabela 18, observa-se que a relação puramente indireta do CADE-Q SV no ASAS-R é pequena (coeficiente de correlação = 0,112; $p = 0,117$). Embora o efeito total, isto é, a união dos efeitos direto e indireto, não tenha tido significância estatística, parece explicar melhor a relação do CADE-Q SV com o ASAS-R (coeficiente de correlação = 0,475; $p = 0,076$).

Tabela 18 - Relação indireta do CADE-Q SV no ASAS-R entre os participantes do estudo ($n = 122$), São Paulo, 2019

	Coeficiente de regressão	Erro padrão	IC 95% min.	IC 95% máx.	Valor p
Relação indireta	0,112	0,071	-0,028	0,252	0,117
Efeito total	0,475	0,267	-0,049	0,999	0,076

Legenda: CADE-Q SV – Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. IC 95% – Intervalo de Confiança. Min. – Mínimo. Max.- Máximo.

Em síntese, a capacidade de autocuidado é influenciada pelo alfabetismo em saúde e pelo tempo de educação formal. As relações direta, indireta e total do

conhecimento com a capacidade de autocuidado não apresentaram significância estatística. Por sua vez, o conhecimento influenciou o alfabetismo em saúde de modo importante, e a associação dessas duas variáveis foi significativa ($p=0,050$). A figura 6 mostra o modelo esquemático da relação entre as variáveis e seus respectivos coeficientes padronizados.

Figura 6 - Relação entre conhecimento sobre a DAC, alfabetismo em saúde e fatores condicionantes básicos selecionados com a capacidade para o autocuidado

Legenda: Os valores sobre as retas são os coeficientes de regressão. S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults. CADE-Q SV – Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version. ASAS-R – Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado. DAC – doença arterial coronariana

6 DISCUSSÃO

A discussão está organizada em três sessões que convergem com os objetivos deste estudo. Na primeira sessão, serão discutidas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo. Nas sessões seguintes serão discutidas a capacidade de autocuidado, alfabetismo em saúde e conhecimento sobre a DAC e suas associações entre si e com as características sociodemográficas e clínicas.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

As características sociodemográficas dos participantes do estudo são semelhantes às descritas para o perfil epidemiológico de pacientes com DAC no Brasil e em outros países, embora diferenças em uma ou outra variável sejam observadas^{32,33,160}.

É reconhecido na literatura que a DAC é mais prevalente entre homens, com idade acima dos 60 anos^{161,162}. Sabe-se que a DAC prematura, antes da quarta década de vida, tem prevalência entre 5 a 10% e pode ser atribuída ao estilo de vida adotado pelos jovens atualmente, como aumento do tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados¹⁶³.

Em um estudo brasileiro que incluiu 62 pacientes com DAC submetidos à cateterismo cardíaco no interior do Rio Grande do Sul, diferentemente do presente estudo, Freitas et al.¹⁶⁴ verificaram maior prevalência de mulheres (57,4%). No entanto, as demais características sociodemográficas foram semelhantes às da nossa amostra, isto é, houve predominância de participantes de raça branca (88,5%), casados (70,5%), com ensino fundamental incompleto (80,3%) e aposentados (42,6%), com idade média de 59 anos.

Chehuen Neto et al.¹⁶⁵ avaliaram o alfabetismo em saúde em 345 pessoas com doenças cardiovasculares crônicas atendidas em um serviço de saúde em Juiz de Fora, Minas Gerais. Os autores observaram que a idade mediana da amostra foi 56 anos, com predominância do sexo feminino (67,5%). Todavia, semelhante ao observado em nossa amostra, 38,3% tinham remuneração de até um salário mínimo e 44,3% tinham o ensino fundamental incompleto.

Lu et al.²⁴ realizaram um estudo descritivo e transversal para analisar a relação entre alfabetismo em saúde e adesão a comportamentos de prevenção secundária da DAC na China. Corroborando com nossos achados, dos 598 participantes, 64,5% tinham mais de 61 anos de idade (média de $65,8 \pm 9,4$ anos), 66,7% eram do sexo masculino, 92,5% eram casados e 4/5 eram aposentados ou estavam em licença médica. Cerca da metade deles tinha mais de 10 anos de escolaridade, o que representa maior nível de escolaridade do que o observado neste estudo.

A escolaridade dos participantes do estudo de Mattson et al.¹⁶⁶, que analisou se o alfabetismo em saúde seria preditivo de aumento no conhecimento sobre problemas cardiovasculares durante a reabilitação cardíaca, também foi maior do que na nossa amostra. No referido estudo, apenas 2,5% dos participantes ($n = 191$) tinham menos de oito anos de escolaridade. Porém, semelhante ao observado no presente estudo, a idade média foi de $66,4 \pm 2,8$ anos, variando de 36 a 89 anos, 71,7% eram do sexo masculino, 67,5% eram casados.

Van Schaik et al.¹⁰³ analisaram a associação entre alfabetismo em saúde e risco de doença cardiovascular em 201 pessoas com diagnóstico de DAC. Os autores reportaram que a idade média dos seus participantes foi de 56 anos, que 80% eram do sexo masculino e que a maioria era holandesa (84%), tinha ensino médio (64%).

Com relação às características clínicas, era esperado que os participantes deste estudo estivessem convivendo com a doença já há algum tempo, considerando que sua média de idade foi 62 anos e que a incidência de DAC começa a aumentar a partir da quarta ou quinta décadas de vida³⁶. Corroborando com nossos achados, Chehuen Neto et al.¹⁶⁵ observaram que 52% de sua amostra tinham o diagnóstico de DAC há cerca de 10 anos. Em outro estudo transversal, os autores verificaram que 44,3% dos participantes tinham o diagnóstico entre um e cinco anos¹⁶⁴.

Quase todos os participantes desta amostra tiveram, pelo menos, uma internação hospitalar por causa cardiológica e quase 79% tiveram, pelo menos, uma visita ao serviço de emergência. Sabe-se que a utilização de serviços de saúde por pacientes com DAC é comum. Esses pacientes são geralmente internados para controle de sintomas, estabilização da doença, bem como para a realização de procedimentos diagnósticos e cirurgias^{37,167-169}.

Segundo a *American Heart Association* (AHA), em 2016, houve mais de 11 milhões de consultas médicas por DAC e 469.000 consultas de emergência com custo direto e indireto estimado de 218,7 bilhões de dólares em 2014 para 2015^{33,36}. Já no Brasil entre o período de 2018 a 2019 ocorreram mais de 558 mil internações e 33 mil óbitos por doenças isquêmicas do coração com gastos que superaram R\$ 2,4 bilhões³⁸.

Ainda, em relação à utilização dos serviços de saúde, em um estudo multicêntrico com 804 pacientes com SCA, observou-se que um a cada oito pacientes eram readmitidos em até 30 dias e que o inadequado alfabetismo em saúde aumentou 75% a chance de readmissão precoce¹⁷⁰.

No que tange aos fatores de risco cardiovascular, a frequência de participantes que relataram ter antecedentes familiares de DAC e ser sedentários foi maior do que a observada em outros estudos^{58,171-173}.

Estimativas da AHA³⁶ sugerem que entre adultos com 20 anos de idade ou mais, 12,4% relatam ter pais ou irmãos que sofreram IAM ou tiveram angina antes dos 50 anos de idade. Vale destacar que história familiar de angina prematura, IAM, angioplastia, ou cirurgia de revascularização do miocárdio aumenta o risco de mortalidade por doença cardiovascular. Apesar disso, a diretriz de doença coronariana estável da Sociedade Brasileira de Cardiologia cita que o histórico familiar é um fator de risco, porém não é fortemente preditivo de DAC quando comparado aos demais³⁷.

Inquérito da Sociedade Europeia de Cardiologia¹⁶⁰ mostrou que 60% dos pacientes com DAC relataram pouca ou nenhuma atividade física. Estimativas da AHA³⁶ apontam que 24,3% dos norte-americanos adultos relataram a prática de atividade física conforme o que se preconiza para a prevenção de eventos cardiovasculares. Vale ressaltar que o alto índice de sedentarismo nos pacientes com DAC pode estar relacionado à progressão e instabilidade da doença, impossibilitando uma vida mais ativa fisicamente.

Gus et al analisaram a prevalência de fatores de risco cardiovascular de 1.059 moradores de diferentes cidades do Rio Grande do Sul e reportaram que, em 2014, 49,5% referiram história familiar e 44,2% mencionaram ter estilo de vida sedentário. Carvalho et al.¹⁷² analisaram a correlação da atividade física com variáveis clínicas em 108 pacientes internados em hospitais de Santa Catarina após o primeiro episódio de IAM e observaram que 40,7% dos participantes informaram ter história

familiar de DAC e que o nível de atividade física apresenta correlação positiva com anos de escolaridade. No estudo de van Schaik et al, 64% dos participantes tinham história familiar de doença cardiovascular, enquanto no estudo de Lu et al.²⁴, 54,8% dos participantes não aderiam à prática de exercício físico.

A falta de atividade física tem sido relacionada com a presença de outros fatores de risco cardiovascular, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia^{33,37}. Mundialmente o número de indivíduos com IMC ≥ 25 kg/m² aumentou entre 1980 e 2013, de 28,8 para 36,9% nos homens e de 29,8 para 38,0% nas mulheres¹⁷⁴. No presente estudo o IMC médio dos participantes foi $28,4 \pm 4,9$ Kg/m².

Estima-se que em 2025 cerca de 2,3 bilhões de adultos estarão com sobrepeso e mais de 700 milhões, obesos¹⁷⁵. Nos EUA, entre 2015 a 2016 a prevalência de obesidade em adultos era de 39,6% e 7,7% apresentavam obesidade classe III³³. No Brasil, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2018, 55,8% da população masculina adulta tinha sobrepeso e 18,7% obesidade¹⁷⁶.

Hipertensão arterial e dislipidemia foram altamente frequentes em nossa amostra, enquanto a frequência de participantes com diabetes foi inferior a 50%.

A hipertensão arterial é reconhecida como o fator de risco mais importante para DAC e afeta um terço da população adulta³⁴. Entre 2013 a 2016, nos EUA a prevalência de hipertensão foi 59,2% na faixa etária de 45 a 64 anos; e 78,2% entre aqueles com mais de 65 anos³³. Dados do *National Vital Statistics System* em 2017 registraram 90.098 mortes atribuídas à hipertensão. No Brasil, a hipertensão atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular¹⁷⁷.

As desordens lipêmicas também representam um importante fator de risco cardiovascular, e o controle da lipoproteína de baixa densidade colesterol (LDL-c) têm se associado a importantes benefícios na redução de eventos e mortalidade cardiovasculares^{41,174}.

O diabetes, por sua vez, aumenta de duas a quatro vezes a chance de desenvolvimento de DAC¹⁷⁸. Uma revisão sistemática envolvendo 2.237 pacientes revelou que os diabéticos demonstraram maior porcentual de volume de placa de aterosclerose comparados aos não diabéticos ($40,2 \pm 0,9\%$ vs. $37,5 \pm 0,8\%$; $p < 0,0001$), com forte correlação entre essa variável e os níveis de hemoglobina glicada

($r = 0,22$; $p = 0,0003$). Além disso, concluiu-se que o diabetes contribui para aterosclerose coronária mais extensa e remodelamento arterial compensatório inadequado¹⁷⁹.

Barbosa et al.¹⁷⁴ ao analisarem o impacto dos fatores de risco para DAC em cirurgias de revascularização do miocárdio, verificaram que 95,8% dos pacientes ($n = 232$) tinham hipertensão arterial e 76,6% tinham dislipidemia. Lu et al.²⁴ verificaram que 78,1% de sua amostra tinha história de outras doenças crônicas, além da DAC. No estudo de van Schaik et al, as frequências de hipertensão, dislipidemia e diabetes foram, respectivamente, 42%, 75% e 16%.

A frequência relatada de tabagismo e de consumo de bebida alcoólica foi consideravelmente baixa entre os participantes deste estudo. Esses dados foram obtidos por meio de auto relato de modo que a influência da desejabilidade social não pode ser descartada^{180,181}. Em outros estudos, a frequência de fumantes foi maior do que a observada nesta amostra^{173,182}.

No entanto, deve-se considerar que a baixa frequência de tabagistas pode estar em consonância com o declínio do número de fumantes em vários países. Nos EUA, a AHA cita que houve um declínio significativo no uso do tabaco entre o período de 2014 a 2015 de 65,9% para 63,1%, sendo seu uso maior no sexo masculino (78,1%) e indivíduos brancos (75,9%)³³. O Brasil é considerado um dos países no mundo que mais reduziu a prevalência de fumantes nos últimos trinta anos³⁴. Dados do VITIGEL apontaram uma redução na taxa de fumantes em adultos entre o período de 2008 a 2018, sendo de 18,0% para 12,1% na população masculina e de 12,0% para 6,9% na população feminina¹⁷⁶.

Ainda, é possível que após o diagnóstico da doença, os participantes tenham deixado de fumar. No estudo de Lu et al.²⁴ 80,9% da amostra parou de fumar após o diagnóstico de DAC. Hajar¹⁸³, em sua perspectiva histórica sobre os fatores de risco cardiovascular, também observou que após a ocorrência de um IAM, cerca de 20% dos pacientes interromperam o hábito de fumar.

Diferente do tabagismo, estudos mostram que a tendência ao consumo de álcool apresenta tendência a aumentar^{184,185}. A prevalência de abuso de álcool aumentou de 9,6% em 2006 para 11,0% em 2018¹⁷⁶. Apesar de a ingestão de álcool leve a moderada (1 a 2 doses/dia) não aumentar o risco de IAM, o consumo acima de 100 g de álcool por semana está associado a menor expectativa de vida a partir dos 40 anos.

No que tange ao tratamento medicamentoso da DAC, os principais objetivos são a prevenção do IAM, redução da mortalidade, dos sintomas e a ocorrência de novos eventos isquêmicos, propiciando melhor qualidade de vida³⁷. Os medicamentos utilizados pelos participantes deste estudo eram condizentes com as recomendações brasileiras mais atuais.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o arsenal farmacológico para reduzir o risco de IAM e mortalidade nos pacientes com DAC inclui o uso de antiagregantes plaquetários, como o AAS e os derivados tienopiridínicos; anticoagulantes; antilipêmicos, como estatinas, fibratos e ezetimibe; e bloqueadores do sistema renina-angiotensina, como inibidores da ECA e bloqueadores do receptor de angiotensina³⁷.

Ainda, para a redução de sintomas e da isquemia miocárdica, os medicamentos incluem os bloqueadores beta-adrenérgicos; os antagonistas dos canais de cálcio; os nitratos de ação rápida; e alopurinol. Os nitratos de ação prolongada têm indicação restrita a casos em que a angina não responde ao tratamento com outros antianginosos, na presença de disfunção do ventrículo esquerdo e durante procedimentos de revascularização miocárdica³⁷.

No presente estudo os participantes faziam uso, em média, de 6,3 medicamentos, com ingestão diária média de 8,8 comprimidos, caracterizando a polifarmácia, conceituada como uso rotineiro de quatro ou mais medicamentos¹⁸⁶. Em um estudo observacional com 558 pacientes, verificou-se associação significativa entre polifarmácia e algumas variáveis, sendo, idade, estrato econômico, forma de aquisição de medicamentos por meio da combinação de recursos próprios e SUS, doenças crônicas (diabetes e hipertensão), comorbidades (acidente vascular cerebral, arritmia, hipercolesterolemia, doença arterial coronariana) e admissões hospitalares¹⁸⁶.

Quando o manejo dos sintomas não regride com o uso de medicamentos, o tratamento da DAC pode incluir a realização de procedimentos de revascularização do miocárdio, seja por meio da ICP ou da cirurgia de revascularização do miocárdio³⁷. Quase metade dos participantes deste estudo relataram que foram submetidos à cirurgia. Dentre os participantes que relataram terem realizado cateterismo cardíaco, não foi possível identificar quantos realizaram angioplastia.

No Japão, no período de 2015 a 2016 foram realizadas cerca de 30 mil cirurgias de revascularização do miocárdio isoladas¹⁸⁷. Nos EUA, no período de

2010 a 2014, foram realizadas quase 262 mil angioplastias para o tratamento da DAC crônica e 94 mil cirurgias de revascularização do miocárdio¹⁸⁸.

Viacava et al.¹⁸⁹ analisaram a evolução das taxas de internação por angioplastia e cirurgia de revascularização do miocárdio no Brasil no período de 2002 a 2010. Os autores verificaram que as taxas brasileiras são menores do que a de países que pertencem à Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE), além de apresentarem diferenças regionais expressivas. Considerando o país como um todo, a taxa padronizada de internação por angioplastia aumentou no período passando de 27,5 para 30/1000 habitantes com 20 anos e mais, enquanto a taxa padronizada de internação de revascularização apresentou decréscimo de 20 para 15/1000 habitantes.

Com relação às orientações sobre saúde, 72,9% dos participantes reconheceram ter recebido algum tipo de orientação no curso do tratamento da doença. As orientações foram relacionadas à DAC (64,5%), medicamentos (63,1%), alimentação (55,7%), exames (42,6%) e cirurgias (42,6%).

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Gama et al.¹⁹⁰, no qual 86% dos participantes informaram ter recebido alguma recomendação terapêutica para o controle da DAC. Um estudo transversal com 345 pacientes com doenças cardiovasculares evidenciou que 62% relataram sentir necessidade de obter mais informações sobre a sua doença e 33,3% disseram sentir dificuldades na compreensão das orientações médicas fornecidas¹⁶⁵.

Em um estudo descritivo com 135 pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, os autores elencaram algumas informações sobre saúde que os pacientes julgaram ser importantes para o autocuidado¹⁹¹. Essas informações são similares às recebidas pelos participantes do nosso estudo, quais sejam complicações da doença, medicamentos, atividade física e alimentação.

Uma revisão sistemática elencou conteúdos de orientações em saúde fornecidas aos pacientes com doença cardiovascular, sendo, alimentação (62,0%), medicamentos (31,0%), procedimentos cirúrgicos (11,9%), manejo da DAC (9,5%), dentre outros, como exercícios, fatores de risco, educação psicossocial, sintomas cardíacos, mudanças de comportamento e tabagismo, os quais não foram relatados pelos participantes deste estudo¹²⁵.

6.2 CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

O autocuidado é componente essencial na gestão diária da DAC e envolve práticas de comportamentos para manter a estabilidade da doença, como adesão ao tratamento, adoção de estilo de vida saudável, monitoramento e gerenciamento de sintomas⁷. Embora a DAC exija adequada capacidade de autocuidado, ainda há escassez de instrumentos específicos para sua avaliação, sendo mensurado por meio de instrumentos genéricos^{7,52,69}.

Até onde se sabe, este é o primeiro estudo a utilizar o ASAS-R para avaliação do autocuidado nos pacientes com DAC, no qual observou-se adequada consistência interna do instrumento (alfa de Cronbach = 0,78). Esse resultado foi semelhante ao encontrado no estudo de validação do instrumento para o Brasil⁷⁰. Já no estudo de Sousa et al.⁶⁹, a consistência interna foi de 0,89, superior aos dois estudos, porém deve-se considerar que a amostra foi de 629 indivíduos e que apenas 12,4% tinham baixa escolaridade.

No presente estudo o escore médio do ASAS-R foi $52,7 \pm 7,5$ pontos. Resultado semelhante foi observado por Stacciarini et al.⁷⁰ no estudo de validação do instrumento para o Brasil, numa amostra de 150 pacientes com diabetes ($58,6 \pm 16,4$ anos, 55,3% do sexo feminino), no qual o escore médio foi de $56,8 \pm 0,48$ pontos. Já em outro estudo com doentes renais crônicos em tratamento dialítico ($53,2 \pm 14,7$ anos, 66,0% do sexo masculino) o escore do ASAS-R foi $60,64 \pm 8,24$, mais alto¹⁹².

No contexto das doenças cardiovasculares, estudos mostraram que pacientes submetidos à revascularização do miocárdio e hipertensos apresentavam boa capacidade de autocuidado, quando avaliados por meio da EACAC (tradução brasileira da ASA-A). Diferentemente, em pacientes com insuficiência cardíaca, avaliados por meio do *Self-Care of Heart Failure Index* v 6.2, autores verificaram que o autocuidado não era adequado nos três domínios do instrumento (manutenção, manejo e confiança para o autocuidado)^{10,193}.

Com base no referencial teórico de Orem¹³, os FCB influenciam a capacidade (ou agência) de autocuidado. Na análise bivariada, o escore do ASAS-R apresentou associação estatisticamente significativa com os seguintes FCB: idade, anos de

ensino formal, sedentarismo, orientações em saúde sobre DAC e orientações em saúde sobre medicamentos⁵³.

A idade apresentou correlação negativa com o escore do ASAS-R, o que pode ser explicado pelo declínio fisiológico do envelhecimento, já que a capacidade de autocuidado requer habilidades funcionais e cognitivas para tomada de decisão apropriada e manutenção do bem-estar¹⁹⁴. A incidência de declínio cognitivo aumenta com o aumento da idade devido a alterações patológicas nos sistemas cardiovascular e cerebrovascular comumente observadas naqueles que não mantiveram hábitos de vida cardioprotetores ao longo da vida. Nos indivíduos cardiopatas o declínio cognitivo geralmente inclui deterioração da memória e aprendizado, atenção, função executiva, velocidade psicomotora e recordação viso espacial e esse comprometimento pode ter um efeito profundamente negativo na capacidade do indivíduo de se envolver em um autocuidado eficaz^{195,196}.

Os anos de ensino formal apresentou correlação positiva com o escore do ASAS-R. Sabe-se que a escolaridade influencia positivamente não apenas na capacidade do indivíduo em buscar e obter a informação, mas também, na habilidade de compreender, raciocinar e processar essa informação para utilizar a favor do bem-estar. Além disso, melhora o empoderamento para identificar, comunicar suas necessidades e encontrar recursos adequados para o manejo e controle da doença¹⁹⁷.

É reconhecido na literatura que indivíduos com maior nível educacional possuem maior compreensão sobre os benefícios do autocuidado, e mais facilidade para buscar as informações sobre saúde. Quanto maior a escolaridade, maior a facilidade para compreender sua doença, sinais e sintomas e maior facilidade na tomada de decisões para a promoção da saúde¹⁹⁷.

Além disso, o autocuidado requer alterações no comportamento de saúde, como adoção de estilo de vida saudável que favoreçam a estabilização da doença, alterações nos hábitos alimentares, gerenciamento de estresse, adesão ao tratamento, bem como práticas de atividade física, o que pode explicar a associação do escore do ASAS-R com o sedentarismo e orientações em saúde sobre DAC e tratamento medicamentoso^{7,8}.

Os demais FCB analisados neste estudo não foram associados à capacidade de autocuidado. Outros autores encontraram diferentes resultados acerca da relação entre FCB e capacidade para o autocuidado^{11,70,198,199}.

Araújo, Silva e Ramos¹⁹⁸ que avaliaram a capacidade de autocuidado e qualidade de vida no pré operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio por meio da EACAC. Constataram que a idade ($p=0,046$), união consensual ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,002$) e renda mensal familiar ($p<0,001$) tiveram associação estatisticamente significativa com a capacidade para o autocuidado, porém apenas faixa etária de 61 a 70 anos e a renda mensal familiar menor que R\$ 678,00 foram preditivos desse comportamento.

Um estudo descritivo e correlacional com 300 pacientes submetidos à ICP (idade média 62,10 anos, 52,7% sexo masculino) no Irã apontou boa capacidade de autocuidado avaliado pelo ASAS entre os participantes e os FCB como, estado civil ($p=0,001$), escolaridade ($p=0,070$) e renda ($p=0,020$) tiveram associação com a capacidade de autocuidado¹¹.

Stacciarini e Pace⁷⁰ observaram que participantes com mais de nove anos de estudo obtiveram maiores escores no ASAS-R quando comparado ao grupo com menor escolaridade ($p= 0,002$) e indivíduos com mais de 75 anos de idade apresentaram menor escore de capacidade de autocuidado em relação ao grupo de menor idade ($p= 0,026$).

Em uma amostra com 627 indivíduos de 17 estados brasileiros (69,8% mulheres, idade média de $38,3 \pm 13,2$ anos), verificou-se que a capacidade de autocuidado, avaliada por meio da ASAS-R, apresentou correlação positiva entre ter capacidade de autocuidado e idade ($r= 0,16$, $p < 0,001$), renda ($r= 0,12$, $p < 0,001$) e escolaridade ($r= 0,10$, $p < 0,001$)¹⁹⁹.

6.3 ALFABETISMO EM SAÚDE E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Em pacientes com DAC, o S-TOFLHA tem sido amplamente utilizado para avaliação do alfabetismo em saúde^{31,200}. Há vários estudos que demonstram que o alfabetismo em saúde baixo ou inadequado é comum em pacientes com doenças cardiovasculares no geral^{101,165,201-204} e, em particular, nos pacientes com DAC^{98,102,205,206}.

No presente estudo, o escore médio do S-TOFHLA foi de $60,5 \pm 23,1$ pontos, sendo que a maioria dos participantes (41,8%) apresentou alfabetismo em saúde

inadequado. Na literatura, observa-se uma ampla variação na frequência de alfabetismo em saúde baixo ou inadequado, o que pode ser atribuídos às diferenças nos instrumentos de medidas utilizados³¹.

Chehuen Neto et al.¹⁶⁵ verificaram que o escore médio do alfabetismo em saúde, medido pelo S-TOFHLA, para pessoas com doenças cardiovasculares em Juiz de Fora foi semelhante ao observado no presente estudo (65,2), com média de 44,3 na parte de compreensão de leitura e 20,9 na parte de numeramento. Todavia, observaram menor frequência de participantes (30,1%) com alfabetismo inadequado. Já no estudo de Mattson et al.¹⁶⁶, que incluiu pacientes em reabilitação cardiovascular, o escore médio do S-TOFHLA foi de $32,9 \pm 4,9$, inferior ao observado no presente estudo e no estudo de Chehuen Neto et al.¹⁶⁵

Em relação a pacientes com DAC, uma revisão sistemática que analisou o alfabetismo em saúde nesse grupo e incluiu mais de quatro mil pacientes de 79 centros, identificou que a prevalência de baixo alfabetismo em saúde é, em média, de 30,5%. Em particular, nos estudos incluídos na revisão que utilizaram o TOFLHA, a prevalência de baixo alfabetismo em saúde foi de 20%⁹⁸. Por sua vez, Lu et al.²⁴ verificaram frequência de 74,5% (n= 444) de participantes com DAC que apresentaram alfabetismo em saúde limitado avaliado por meio do *European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q16).

No presente estudo, a consistência interna o S-TOFLHA foi de 0,96 para compreensão de leitura e 0,12 para compreensão numérica, inconsistente com os achados no estudo de Baker et al.¹⁹, no qual o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,97 e 0,68 respectivamente. Essas diferenças podem ser relacionadas às características das amostras em cada um dos estudos. No estudo de Baker et al.¹⁹ a amostra era maior (n=211), mais jovem, com maior escolaridade e sem uma doença específica.

Ainda, a pouca variabilidade de respostas observada para a parte de numeramento em nosso estudo também deve ser considerada. Como exemplo, o rótulo 3 (“agendamento de consulta”) foi excluído da análise, porque todos os participantes acertaram. Com isso, restaram apenas três itens para análise da confiabilidade, o que pode ter contribuído também para o baixo valor do coeficiente^{158,159}.

As limitações do coeficiente alfa de Cronbach são conhecidas, embora esse seja o padrão mais amplamente utilizado para avaliação da consistência interna de

instrumentos de medida. Todavia, a experiência durante a coleta de dados, durante a qual os participantes se mostraram assertivos ao responderem os itens de numeramento, num tempo inferior ao esperado, faz acreditar que, de fato, tinham essa habilidade. Por isso, os resultados de numeramento foram utilizados no presente estudo.

Com relação ao tempo preconizado para o preenchimento do S-TOFHLA, alguns autores mencionam que o tempo de 12 minutos pode ser insuficiente para determinados perfis de pacientes e, conseqüentemente, pode subestimar os verdadeiros níveis de alfabetização em saúde dos indivíduos³¹. De fato, observou-se neste estudo que a partir do item 22 mais da metade dos participantes excederam o tempo de preenchimento na parte de compreensão de leitura. Ainda que seja difícil localizar outros autores que tenham feito análise do tempo de preenchimento dos itens do S-TOFLHA, duas hipóteses podem explicar esse achado.

A primeira delas está relacionada ao conteúdo, seja em termos da falta de familiaridade com o tópico abordado ou em termos da relação entre opções de resposta para os itens (lacunas). Quanto ao conteúdo, a passagem A, que tem 16 itens, refere-se às instruções que um paciente receberia para realizar uma radiografia do estômago. Esse tipo de exame não é comum na rotina de saúde de pacientes com DAC e pode ter causado estranheza para os participantes³⁷.

Um outro aspecto ainda relacionado ao conteúdo pode se referir às opções de resposta. Para cada item há quatro opções de resposta, uma correta e as demais não têm nenhuma ligação com o conteúdo do item. Por exemplo, o sexto item a ser preenchido é “No jantar, coma somente um pedaço ____ de fruta” sendo que as opções são pequeno, caldo, ataque e náusea. As opções absolutamente desvinculadas do contexto (caldo, ataque e náusea) podem ter consumido demasiado tempo dos participantes que tentavam entender se era possível haver um “pedaço ataque de fruta”, ou mesmo ter sido fonte de distração.

A segunda hipótese é que os participantes não se preocuparam com o gerenciamento do seu tempo por não saberem que haveria um período predeterminado para o preenchimento do instrumento. Notou-se que frente às dúvidas durante o preenchimento muitos participantes ficavam entretidos em um único item ao invés de seguir adiante.

Já em relação aos itens de compreensão numérica, todos os participantes conseguiram responder dentro do tempo preconizado. Diferentemente do que se

observa para compreensão de leitura, os itens de numeramento se referem a atividades do cotidiano dos pacientes com doenças crônicas em geral, o que pode ter contribuído para um melhor desempenho.

Baker⁹³ considera que o alfabetismo em saúde é determinado pelo sistema de saúde e pelas características individuais, que inclui o conhecimento prévio, além de que os indivíduos compreendem melhor a comunicação escrita e/ou falada se estiverem familiarizados com as palavras e conceitos apresentados. Assim, como as mensagens contidas nos rótulos dos itens de numeramento eram atividades possivelmente desenvolvidas diariamente pelos pacientes, é possível que essa experiência prévia, possa ter contribuído para a interpretação e melhores escores.

O escore do S-TOFHLA apresentou associação significativa com as seguintes variáveis sociodemográficas e clínicas na análise bivariada: idade, anos de ensino formal, renda per capita, tempo de diagnóstico da DAC, cor da pele, situação trabalhista e orientações em saúde sobre exames recebidas previamente.

Na revisão sistemática realizada por Ghisi et al.⁹⁸ e citada anteriormente, identificou-se que pessoas com mais idade, do sexo masculino, não brancas, com múltiplas comorbidades, baixo nível educacional, posição socioeconômica desfavorecida e desempregadas tinham mais chance de apresentar baixo nível de alfabetismo em saúde. Outros estudos também mostraram associação do alfabetismo em saúde com características sociodemográficas e clínicas^{19,24,114,207,208}.

Lu et al.²⁴ verificaram que pacientes com DAC com alfabetismo em saúde adequado e baixo apresentaram diferenças estatisticamente significativas no escore do HLS-EU-Q16 com relação à idade, renda mensal e ocupação na análise univariada, porém apenas a renda mensal permaneceu como preditor de baixo alfabetismo em saúde. Em outros grupos de pacientes também se observou que o avanço da idade, sexo masculino, escolaridade, desemprego, estão associados ao inadequado ou baixo alfabetismo em saúde^{19,114,207,208}.

O pior desempenho de idosos em testes que avaliam o alfabetismo em saúde pode ser atribuído ao declínio fisiológico na cognição, audição, visão e menor acesso a informações educacionais no passado²⁰⁹⁻²¹¹. Na tentativa de minimizar a influência dos processos degenerativos associados à idade, foram excluídos deste estudo participantes com prejuízo cognitivo avaliado pelo MEEM, com comprometimento na capacidade visual, auditiva e de comunicação. Além disso, a fonte do instrumento impresso foi aumentada para facilitar a leitura.

No que tange à escolaridade, reconhecidamente, há relação do nível educacional com a habilidade de leitura e numeramento e com o conhecimento prévio. Indivíduos com mais anos de ensino formal possuem melhor habilidade de leitura, mais autonomia em buscar informações sobre saúde nas diversas fontes, maior capacidade para compreender e julgar o que é mais adequado para o seu bem-estar, além de ter atitudes e comportamentos mais positivos^{93,212,213}. Além disso, é possível que indivíduos com mais escolaridade sintam mais segurança e tenham mais clareza para comunicar suas necessidades aos profissionais de saúde²¹⁴.

A relação entre cor da pele e alfabetismo em saúde é difícil de ser explicada por fatores biológicos, uma vez que as desigualdades na saúde entre os grupos raciais e étnicos são motivadas pela interação de múltiplos fatores. Em termos históricos, o menor nível de alfabetismo em saúde observado em pessoas de pele negra pode estar sustentado por práticas que os privaram do acesso à leitura e escrita, promoveram a segregação residencial, dificultando o acesso à informação e a busca por serviços de saúde²¹⁵⁻²¹⁷.

Adebayo et al²¹⁸, citam outros fatores que podem contribuir para o inadequado alfabetismo em saúde nessa população, dentre eles, as diferenças culturais, que podem levar a erros de interpretação, medo da discriminação ao procurar os serviços de saúde, e a desconfiança no sistema de saúde e nos profissionais de saúde referente à genuinidade dos cuidados prestados.

No tocante à renda, indivíduos com baixa renda são mais vulneráveis às disparidades na área da saúde, como falta de cobertura e acesso adicional ao sistema de saúde além de maior dificuldade para buscar informações, comunicar-se com os profissionais e compreender as orientações de saúde, assim, têm menor probabilidade em tomar decisões adequadas em saúde^{99,217,219}.

Stormacq, Broucke e Wosinski²²⁰ mencionam que indivíduos de baixa renda possuem inadequado alfabetismo em saúde e citam alguns fatores que podem intermediar essa relação, como a exposição às más condições ambientais, condições precárias de moradia, sem saneamento básico, condições de trabalho sujeitas a riscos físicos e biológicos, os quais favorecem a instalação e progressão de doenças. Além disso, pessoas com menor renda procuram com menos frequência os programas de prevenção, têm acesso limitado às informações sobre

saúde e têm mais dificuldades em comunicar as necessidades de saúde, fatores que podem contribuir para o inadequado alfabetismo em saúde.

No que se refere à situação trabalhista, Rikard et al.²²¹ consideram que o status trabalhista é o grau de inclusão econômica que concede ou restringe o acesso dos indivíduos aos recursos necessários. Portanto, indivíduos desempregados, aposentados ou afastados por motivos de doença, que têm baixa renda, podem ser desprovidos de recursos adicionais à saúde, como convênios e planos de saúde, têm baixa adesão às práticas preventivas e menor contato com as informações relacionadas à saúde.

Outro fator a se considerar é que na maioria das vezes por não estarem ativos no mundo do trabalho devido à condição de saúde, podem sentir-se incapacitados, fragilizados e delegam algumas atividades a familiares, como agendamento de consultas e exames, o controle da terapia medicamentosa, e acabam se distanciando do sistema de saúde, limitando a comunicação com os profissionais e, até mesmo, a tomada de decisão relacionada à sua saúde²²².

É possível que o tempo decorrido desde o diagnóstico da DAC influencie o alfabetismo em saúde de duas maneiras. A primeira leva em conta que tanto maior o tempo de diagnóstico, maiores as chances de exposição a informações sobre saúde. Assim, o paciente teria tido maior possibilidade de contato com informações previamente, estaria mais acostumado ao vocabulário vinculado à experiência da doença e, portanto, se esperaria maior nível de alfabetismo em saúde. Todavia, não foi isso o observado nos resultados deste estudo.

A segunda maneira por meio da qual o tempo de diagnóstico pode se relacionar com o alfabetismo em saúde na DAC e em outras cardiopatias é pelo fato de que nessas doenças, diferentes mecanismos levam ao declínio cognitivo, que afeta negativamente a capacidade de aprender e aplicar novas informações em saúde¹⁶². No entanto, participantes com prejuízo cognitivo, avaliado pelo MEEM, foram excluídos do estudo. Nesse sentido, a relação entre tempo de diagnóstico e alfabetismo em saúde precisa ser explorada em futuros estudos.

Marzec et al.²²³ encontraram alta prevalência de declínio cognitivo e de baixo alfabetismo em saúde em pacientes que deram entrada no serviço de emergência com episódio de SCA. Saczynski et al.²²⁴ verificaram que a função cognitiva sofre alterações já na transição do hospital para o domicílio em paciente que

experimentaram um episódio agudo de DAC e está associada ao alfabetismo em saúde.

Sterling et al não encontraram associação entre numeramento e alfabetismo em saúde com cognição em pacientes com insuficiência cardíaca readmitidos após 30 dias da alta hospitalar²²⁵.

Não foram localizados estudos que analisaram o acesso prévio a orientações em saúde e o alfabetismo em saúde. Deve-se destacar inicialmente que menos de $\frac{3}{4}$ da amostra reconheceram ter recebido algum tipo de orientação em saúde. Isso pode ser decorrente do viés de memória, pois o dado sobre orientações recebidas previamente foi dependente do autorrelato e da lembrança do participante em ter recebido tais orientações. Ainda, é possível que apesar de terem recebido orientações em saúde, os participantes não as tenham reconhecido como tal e por isso, afirmaram não tê-las recebido.

Acredita-se, com base no modelo de Baker⁹³, que o acesso a orientações específicas em saúde pode ter impacto positivo no nível de alfabetismo em saúde. No entanto, observou-se apenas associação do escore do S-TOFLHA com o relato de recebimento de orientações sobre exames. Os resultados acerca desta relação devem ser interpretados com cautela em função do viés de memória. Todavia, a relação entre os diferentes tipos de orientação recebidas como parte dos cuidados em saúde com o nível de alfabetismo em saúde deve ser melhor investigada.

6.4 CONHECIMENTO SOBRE A DAC E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

No presente estudo, o escore médio do CADE-Q SV foi $12,3 \pm 2,5$ pontos. Ghisi et al.¹³⁴ no processo de validação para população brasileira observou escore médio um pouco maior ($13,1 \pm 2,6$). Já no estudo de desenvolvimento e teste do CADE-Q SV realizado com pacientes do *Toronto Rehabilitation Institute CR program*, em Toronto no Canadá, o escore médio observado foi de $16,5 \pm 2,1$ ¹³³. É provável que a diferença observada nos escores tenham relação com fatores sociais, como o nível de educação formal, que era maior no estudo canadense em comparação com nossa amostra.

Outros estudos identificaram que tanto os pacientes chineses quanto brasileiros não apresentaram adequado conhecimento sobre a DAC avaliado pelo CADE-Q II. O escore médio foi de $45,7 \pm 18,9$ pontos em participantes chineses (idade média de 60,8 anos, 68% do sexo masculino) e $53,0 \pm 14,0$ pontos em participantes brasileiros (idade média de 63,3 anos, 65,1% do sexo masculino)^{132,226}.

Em relação ao percentual de acertos e erros por item, vale destacar que o item 11 foi o que teve menor percentual de acertos em nossa amostra. No processo de validação para o português, este foi o único item adaptado à realidade brasileira, no qual os nomes de estatinas corriqueiramente utilizadas na América do Norte foram substituídos por nomes de medicamentos comuns no Brasil¹³⁴. Análises psicométricas são necessárias para corroborar a ideia de que este seja um item difícil para os pacientes.

De forma interessante, observa-se que todos os itens com mais de 80% de acertos tiveram média de clareza acima de 9 (0 – 10) no estudo de validação para o português, exceto o item 6, que teve média 8,5. Por outro lado, os itens com maior número de erros ou que os participantes não souberam responder tiveram média de clareza entre 8 e 8,8¹³⁴. Ainda que os autores tenham considerado os itens válidos, é possível que esses itens necessitem ser revistos para que sejam claros para os diferentes estratos da população-alvo.

O coeficiente do alfa de Cronbach no presente estudo para o CADE-Q SV foi de 0,47, considerado baixo em comparação com o estudo de validação do instrumento para o Brasil que apresentou consistência interna maior que 0,70¹³⁴. De fato, o valor estabelecido para determinar se o valor aceitável de alfa é arbitrário, embora seja uma medida para demonstrar a qualidade de um instrumento de medida. Em relação a valores considerados baixos, argumenta-se que em certas circunstâncias, a despeito do baixo valor de alfa, o instrumento ainda pode se mostrar útil, uma vez que o ponto chave é que o escore obtido faça sentido e seja passível de ser interpretado²²⁷. Isso foi demonstrado no estudo de validação do instrumento para o Brasil¹³⁴.

O escore do CADE-Q SV apresentou associação significativa com as seguintes variáveis sociodemográficas e clínicas na análise bivariada: anos de ensino formal, renda per capita e orientações em saúde relacionadas a exames. Esses achados são consistentes com os estudos de Ghisi, Sandison e Oh¹³³, Ghisi

et al.¹³⁴, Lima et al. e Santos et al.¹³². Apenas as orientações em saúde não foram contempladas nesses estudos.

No estudo de desenvolvimento e validação do CADE-Q SV com 132 pacientes do *Toronto Rehabilitation Institute CR program*, os autores verificaram diferenças estatisticamente significativas com relação à escolaridade, e tempo de participação no programa de reabilitação cardíaca. Pacientes com menor nível educacional apresentaram conhecimento significativamente menor do que aqueles com ensino superior ($p < 0,01$). Em relação ao tempo de participação no programa de reabilitação cardíaca, os pacientes com até três meses de participação apresentaram conhecimento significativamente menor em comparação aos pacientes com quatro a seis meses de programa ($p < 0,05$)¹³³.

Ghisi et al.¹³⁴ no processo de tradução e validação do instrumento para população brasileira evidenciaram associação significativa com a escolaridade, renda familiar, idade e condição clínica. Pacientes com menor nível educacional apresentaram menores escores no CADE-Q SV do que aqueles com ensino superior ($p < 0,001$), os participantes sem renda familiar ou com renda menor que um salário mínimo tinham menor conhecimento do que os que recebiam quatro ou mais salários mínimos por mês ($p < 0,05$). Os autores observaram também que participantes com menos de 65 anos tinham conhecimento significativamente maior do que aqueles com 65 anos ou mais ($13,6 \pm 2,4$ vs $12,2 \pm 2,8$, $p = 0,001$). Pacientes que já haviam tido IAM ou arritmia apresentaram melhor desempenho no instrumento.

Já Santos et al.¹³² no processo de validação do CADE-Q II para a população brasileira também observaram que maior escolaridade ($p < 0,001$), renda familiar ($p < 0,001$) e participação em programas de reabilitação cardíaca privados ($p < 0,001$) foram significativamente associados a maior escore no instrumento, sugerindo melhor conhecimento sobre a doença. E outro estudo verificou-se diferença significativa em relação ao escore do CADEQ com o nível educacional. Pacientes com até nove anos de ensino apresentaram menor escore no instrumento, quando comparados àqueles com 12 anos de estudo (27,5 pontos vs 37,0 pontos; $p = 0,004$), classificados como conhecimento insuficiente e pouco conhecimento respectivamente.

É reconhecido que disparidades econômicas geram diferenças sociais e de saúde, como condições de moradia e trabalho precários, menor escolaridade e até

mesmo menor acesso aos serviços de saúde^{224,228}. Santos e Jacinto²²⁹ comungam dessa informação, e acrescenta que as formas pelas quais a renda afeta a saúde podem ser entendidas pela aquisição de bens e serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia e educação. Assim, indivíduos com baixa renda são propensos a terem menor conhecimento e compreensão sobre as informações em saúde.

Sobre as orientações em saúde relacionadas a exames, não foram observados dados similares nos estudos encontrados, porém Ghisi et al.²³⁰ mencionam que os programas de reabilitação cardíaca contribuem para a educação do paciente com DAC e em estudo observacional observaram maior escore no CADE-Q entre os pacientes que concluíram o programa de reabilitação cardíaca ($p=0,02$).

6.5 CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO, ALFABETISMO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE A DAC

No presente estudo, observou-se correlação significativa, positiva e direta entre os escores da capacidade de autocuidado e do alfabetismo em saúde e que os participantes com alfabetismo em saúde inadequado tinham piores escores no ASAS-R. Esses resultados sugerem a relação direta entre autocuidado e alfabetismo em saúde.

Outros estudos também encontraram diferenças na capacidade de autocuidado de acordo com o nível de alfabetismo em saúde. Como exemplo, Lu et al.²⁴ em estudo já descrito anteriormente, observaram que pacientes com alfabetismo em saúde inadequado demonstraram chances significativamente aumentadas de não adesão ao estilo de vida saudável ($p= 0,013$) em comparação com aqueles com adequado alfabetismo em saúde^{24,231}.

Nossos resultados também mostraram que há uma correlação positiva e significativa entre o escore do ASAS-R e do CADE-Q SV. A literatura, no entanto, não é consensual acerca dessa relação^{15,23,124}.

Uma revisão integrativa analisou a relação entre familiaridade (*awareness*), conhecimento e comportamentos de estilo de vida saudável relacionados à DAC entre mulheres¹²⁴. Alguns estudos incluídos na revisão verificaram que a

familiaridade e o conhecimento dos fatores de risco da DAC eram preditores da tomada de decisão e adesão a comportamentos saudáveis, como cessação do tabagismo, melhora dos hábitos alimentares, prática de atividade física e realização de exames anuais preventivos^{124,232,233}. Já outros estudos mostraram que embora haja familiaridade e conhecimento sobre os fatores de risco para DAC, as participantes não relataram nenhuma ação para promover comportamentos saudáveis no estilo de vida^{234,235}.

Outro estudo observacional investigou o conhecimento, atitudes e práticas do paciente em relação à DAC em uma amostra de 369 pacientes (idade média 60,0 anos, sexo masculino 42,4%) e observou que apesar dos participantes apresentarem conhecimento moderado sobre a doença, não se envolviam consistentemente em práticas preventivas. Menos de um terço da amostra relataram exercícios regulares ou consultas regulares a um médico. Os autores sugerem que o conhecimento adequado e atitudes positivas podem não ser suficientes para produzir as práticas preventivas em relação à DAC¹⁷.

Não foi possível demonstrar a correlação entre S-TOFLHA e CADE-Q SV no presente estudo. Embora o conhecimento seja essencial para o desenvolvimento das habilidades de alfabetismo em saúde, muito provavelmente não é o único fator considerado¹⁹. Resultados semelhantes foram observados por Schrauben et al.¹⁵ Esses autores analisaram a influência do conhecimento sobre doença renal e do alfabetismo em saúde no autocuidado. Seus dados mostraram que a média do escore de autocuidado não foi estatisticamente diferente ao se comparar aqueles com inadequado e adequado alfabetismo em saúde.

Alguns estudos descrevem que o AS é um conceito multidimensional e deve-se considerar também características demográficas, recursos disponíveis, capacidade cognitiva, fatores culturais, sociais, normas, crenças, contexto familiar, ambiente, comunidade e mídia, os quais influenciam o grau em que um indivíduo desenvolve e aperfeiçoa o AS. Acrescentam ainda que fatores sociais provavelmente exercem forte influência não apenas no desenvolvimento das habilidades do AS, mas também na maneira são utilizadas as informações processadas nos sistemas de saúde e nas interações com os prestadores de serviços de saúde^{88,236}.

De acordo com o modelo de equações estruturais, o conhecimento sobre a DAC parece não influenciar a capacidade de autocuidado, mas influencia o

alfabetismo em saúde. Por sua vez, o alfabetismo em saúde influencia a capacidade de autocuidado. Em outras palavras, poder-se-ia dizer que o conhecimento sobre a DAC é importante, mas não é suficiente para modificar diretamente a capacidade de autocuidado.

Rodrigues et al.²³⁷ afirmam que o conhecimento é um conjunto de informações que o indivíduo precisa dominar para administrar sua condição de saúde. No entanto, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de comportamento que envolve ainda outras variáveis, tais como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar e facilidade de acesso aos serviços de saúde, motivação, satisfação com os resultados comportamentais, autodeterminação, cultura, valores, contexto social e econômico^{60,61}.

Riegel et al.²³⁸ complementam que além desses aspectos supracitados, os hábitos, tomada de decisão, persistência em manter o comportamento ao longo do tempo, influência de pessoas próximas e fatores relacionados à doença, podem tornar o autocuidado extremamente difícil.

Embora o conhecimento seja uma competência necessária para o autocuidado, não parece ser o único fator envolvido no processo educativo para mudança de comportamento¹³. O conhecimento associado à tomada de decisão compartilhada entre o paciente e profissional, respeitando os valores e crenças, somado à percepção de barreiras para o autocuidado, a motivação e as metas propostas em conjunto, podem levar também à adoção comportamentos adequados em saúde^{237,239}.

Sendo assim, Lee, Moser e Dracup²⁴⁰ recomendam que profissionais da saúde devem desenvolver estratégias educacionais para auxiliar a compreensão abrangente dos pacientes sobre a doença, seus sinais e sintomas bem como a importância do autocuidado, assim é provável que aceitem e aderem a mudança de comportamento e dotem efetivamente ações de autocuidado na vida diária.

Por fim, observou-se no presente estudo que o conhecimento influenciou de forma importante o alfabetismo em saúde. O conhecimento é um subdomínio do modelo conceitual de alfabetismo em saúde proposto por Baker et al¹⁹, no qual as características individuais determinam o alfabetismo por meio da fluência de leitura, e do conhecimento prévio. Assim, o aumento do conhecimento pode contribuir para

a busca e o processamento da informação e dessa forma, predispõe que indivíduo tenha melhor desempenho no autocuidado.

Von Wagner et al.²⁴¹ corroboram de que o conhecimento prévio pode influenciar o alfabetismo em saúde. Em seu modelo de alfabetismo em saúde e ações em saúde, descrevem que o conhecimento é um fator individual que influencia os determinantes epidemiológicos e estruturais, bem como os determinantes sociocognitivos e psicológicos, mais especificamente na fase motivacional, que levam às ações em saúde.

Ainda, o conhecimento precisa ser utilizado juntamente com a informação decodificada para que a pessoa atribua significado e realize inferências, pense criticamente e solucione problemas²⁴¹. Adicionalmente, Paasche-Orlow e Wolf²⁴² mencionam que o conhecimento afeta a interação paciente e provedor de saúde, o que, por sua vez, influencia os resultados de saúde, ou seja, o conhecimento pode limitar ou facilitar a capacidade do indivíduo em procurar os serviços de saúde e comunicar suas necessidades aos profissionais.

6.6 IMPLICAÇÕES E PERSPECTIVAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, ENSINO E PESQUISA

Os resultados deste estudo têm importantes implicações para a prática clínica, ensino de enfermagem e pesquisa.

No que se refere à prática, esse estudo contribui para o entendimento da influência dos componentes de poder na capacidade de autocuidado. Considerando que a capacidade de autocuidado é influenciada pelo alfabetismo em saúde e anos de ensino formal, acredita-se que os programas de educação em saúde e orientações fornecidas aos pacientes não devem ser centradas no fornecimento de informações sobre a doença e seu manejo. Esse tipo de intervenção deve conter elementos que auxiliem o paciente a organizar as informações de maneira significativa e utilizá-las na tomada de decisão em saúde. Ainda, é preciso considerar que o nível educacional dos pacientes também influencia essa relação.

Com relação ao ensino de enfermagem, é importante discutir com estudantes os fatores que influenciam a capacidade de autocuidado. Os estudantes, muitas vezes ávidos por melhorar as habilidades de autocuidado de seus pacientes,

colocam grande ênfase em estratégias educativas. Todavia, essas estratégias precisam ser balizadas de acordo com o nível de alfabetismo em saúde e nível educacional. Sendo assim, a incorporação no ensino desses conceitos e suas avaliações poderão sensibilizar estudantes e profissionais com relação à necessidade de customização de intervenções educativas para o autocuidado desses pacientes.

No tocante à pesquisa, o presente estudo contribuiu para iniciar discussões na comunidade científica acerca de que o alfabetismo em saúde e não o conhecimento é um componente de poder na TEDAC. Ainda, a relação entre o alfabetismo em saúde e outros componentes de poder e sua influência na capacidade de autocuidado deve ser objeto de estudos futuros. Por fim, estudos que testem intervenções devem incorporar o alfabetismo em saúde como estratégia para melhorar a capacidade de autocuidado em pacientes com DAC são necessários.

6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esse estudo apresenta limitações que precisam ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. O delineamento transversal não permite estabelecer a direcionalidade das associações encontradas. A amostragem por conveniência e proveniente de um único centro pode ter comprometido a heterogeneidade da amostra e, por conseguinte, limita a generalização dos resultados. Ainda, alguns dados foram obtidos por autorrelato, o que pode estar sujeito a viés de memória e desejabilidade social.

Também não foi objeto deste estudo a investigação da participação dos pacientes em programas que poderiam ter contribuído para melhorar o conhecimento, o alfabetismo em saúde ou o autocuidado desses pacientes, o que pode ter influenciado nos resultados observados.

Por fim, a confiabilidade da parte de numeramento do S-TOFLHA e do CADE-Q SV foi baixa nesta amostra e deve ser considerada ao se interpretar os resultados deste estudo. Apesar da baixa confiabilidade, optou-se por prosseguir nas análises planejadas no projeto. Essa decisão considerou que os resultados obtidos por meio dos instrumentos representam o que é observado na prática clínica e que, durante o preenchimento dos instrumentos, os participantes não relataram dificuldades. Além disso, autores concordam que nem sempre valores insatisfatórios de alfa denotam

que há problemas no instrumento^{227,243}. Particularmente, a confiabilidade desses instrumentos em seus estudos de validação foi satisfatória^{19,134}.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que há associação entre capacidade de autocuidado, o alfabetismo em saúde e o conhecimento sobre a doença em pacientes com DAC.

Os participantes deste estudo tinham características sociodemográficas e clínicas semelhantes ao que é observado na literatura, capacidade de autocuidado satisfatória, alfabetismo em saúde inadequado e baixo conhecimento específico sobre a doença.

No que tange às variáveis sociodemográficas e clínicas (FCB), conclui-se que houve pior desempenho:

- a) no ASAS-R entre participantes com idade mais avançada, menor escolaridade, sedentários, que não haviam recebido orientações sobre uso de medicamentos e sobre a doença, e que apresentaram pior desempenho no CADEQ-SV e no S-TOFHLA;
- b) no S-TOFHLA entre participantes com idade mais avançada, menor escolaridade, renda per capita mais baixa, com o diagnóstico da doença há mais tempo, que haviam se declarado de cor preta, aposentados ou desempregados e que não haviam recebido orientações sobre exames; e
- c) no CADE-Q SV entre participantes com menor escolaridade, renda per capita mais baixa e que não haviam recebido orientações sobre exames.

Não se pode confirmar que o alfabetismo em saúde é um mediador da relação entre conhecimento e capacidade de autocuidado em pessoas com DAC.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 Araújo HVS, Figueirêdo TR, Costa CRB, Silveira MMB, Belo RMO, Bezerra SMMS. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2017 out. 31];70(2):273-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0257.pdf. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0201.
- 2 Petracco AM, Bodanese LC, Porciúncula GF, Teixeira GS, Pellegrini DO, Danzmann LC, et al. Avaliação da relação do índice tornozelo-braquial com a gravidade da doença arterial coronária. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2018 [citado 2018 Nov. 11];31(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n1/pt_2359-4802-ijcs-31-01-0047.pdf. DOI: 10.5935/2359-4802.20170094.
- 3 Santos EB, Bianco HT. Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 25];16(1). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-884997>.
- 4 Pereira A, Mendonça MI, Borges S, Freitas S, Henriques E, Rodrigues M, et al. Análise de risco genético da Doença Arterial Coronariana em um estudo populacional em Portugal, usando um score de risco genético com 31 variantes. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 2020 jan. 10];111(1). Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/porta1/abc/portugues/2018/v11101/pdf/11101010.pdf>.
- 5 Magalhães CD. Estudo comparativo entre os custos dos tratamentos clínico, cirúrgico e percutâneo em portadores de doença multiarterial coronária estável: 10 anos de seguimento [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017 [citado 2018 fev. 11]. Disponível em: http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/CIBELLE_DIAS_MAGALH%C3%83ES.pdf.
- 6 Simão AF, Précoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 [citado 2018 abr. 20];101(6 Supl 2). Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf.
- 7 Dickson VV, Lee CS, Yehle KS, Mola A, Faulkner KM, Riegel B. Psychometric Testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI). *Res Nurs Health* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 12];40(1):15-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27686630>. DOI: 10.1002/nur.21755.
- 8 Ahn S, Song R, Choi SW. Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: a structural equation modeling approach. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2016 [cited 2017 June 25];10(2):158-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27349674>. DOI: 10.1016/j.anr.2016.03.004.
- 9 Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, George A, Bacal F. Os custos das doenças cardíacas no Brasil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 25];111(1):15-22.

21];111(1):29-36. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11101/pdf/11101006.pdf>.
 DOI: 10.5935/abc.20180104.

10 Araújo RA, Silva TM, Ramos VP. Autocuidado no pré-operatório e revascularização miocárdia: um estudo descritivo. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2015 [citado 2017 abr. 12];14(4). Disponível em:
http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5088/html_926.

11 Seyedehstanaz S, Kakhki AD, Saeedi JA. Factors associated with self-care agency in patients after percutaneous coronary intervention. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb.12];25(21-22). Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13396>.

12 Lauck S, Johnson JL, Ratner PA. Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2019 Mar. 23];8(3). Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.12.002>.

13 Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

14 Carvalho LAF, Costa AC, Pereira BGM, Gonçalves BG, Silva RCG. Modelos teóricos utilizados na avaliação do autocuidado em pacientes com doença coronariana. In: *Resumos do XXXIX Congresso da Sociedade de Cardiologia de Estado de São Paulo*; 2018 maio/jun. 31-02; São Paulo [Internet]. São Paulo: SOCESP; 2018. [citado 2018 nov. 16]. Disponível em:
<http://www.soces2018.com.br/trabalho/resumo/752>.

15 Schrauben SJ, Cavanaugh KL, Fagerlin A, Ikizler TA, Ricardo AC, Eneanya N, et al. The relationship of disease-specific knowledge and health literacy with the uptake of self-care behaviors in CKD. *Kidney Int Rep* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan. 27];5(1). Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468024919315098>.

16 Horwitz L. Self-care after hospital discharge: knowledge is not enough. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 [cited 2018 June 20];26(1). Available from:
<https://qualitysafety.bmj.com/content/26/1/7.long>.

17 Hertz JT, Sakita FM, Manavalan P, Mmbaga BT, Thielman NM, Staton CA. Knowledge, attitudes, and preventative practices regarding ischemic heart disease among emergency department patients in northern Tanzania. *Public Health* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov. 19];175:8. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350619302136?via%3Dihub#bib36>.

18 Greysen SR, Harrison JD, Kripalani S, Vasilevskis E, Robinson E, Metlay J, et al. Understanding patient-centred readmission factors: a multi-site, mixed-methods study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sept. 28];26(1). Available from:
<https://qualitysafety.bmj.com/content/26/1/33>.

- 19 Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33-42.
- 20 Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr. 23];24(17):1880-88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28854822>. DOI: 10.1177/2047487317729538.
- 21 Jaarsma T, Strömberg A. We told you so: 'knowledge is not enough to improve heart failure self-care behaviour'. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan. 12];21(11):1443-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31452305>. DOI: 10.1002/ejhf.1580.
- 22 Lael-Monfared E, Tehrani H, Moghaddam ZE, Ferns GA, Tatari M, Jafari A. Health literacy, knowledge and self-care behaviors to take care of diabetic foot in low-income individuals: application of extended parallel process model. *Diabetes Metab Syndr* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar. 26];13(2):1535-41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871402119300840>. DOI: 10.1016/j.dsx.2019.03.008.
- 23 Tawalbeh LI. The effect of cardiac education on knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 19];37(2):78-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29381502>. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000285.
- 24 Lu M, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y, Xia H. Relationship between patient's health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb. 10];15(16):2833-43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14865>. DOI: 10.1111/jocn.14865.
- 25 Rymer JA, Kaltenbach LA, Anstrom KJ, Fonarow GC, Erskine N, Peterson ED, et al. Hospital evaluation of health literacy and associated outcomes in patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J* [Internet]. 2018 [cited 2018 July 9];198:97-107. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29653654>. DOI: 10.1016/j.ahj.2017.08.024.
- 26 Rothman RL, DeWalt DA, Malone R, Bryant B, Shintani A, Crigler B, et al. Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *JAMA* [Internet]. 2004 [cited 2018 Aug. 19];292(14). Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/199582>.
- 27 Bailey SC, Fang G, Annis IE, O'Connor R, Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar. 23];11;5(6):e006975. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26068508>. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006975.

28 Geneva. World Health Organization [Internet]. Geneva; 2020 [updated 2017; cited 2019 Oct. 31]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

29 Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS, Souto HC. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. J Res Fundam Care [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 15];8(2):4501-9. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787>. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4501-4509.

30 Barretta JC, Auda JM, Antonielli D, Barancelli MDC. Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. J Res Fundam Care Online [Internet]. 2017 [citado 2017 nov. 4];9(1):259-64. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4042/pdf>. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.259-264.

31 Elbashir M, Awaisu A, El Hajj MS, Rainkie DC. Measurement of health literacy in patients with cardiovascular diseases: a systematic review. Res Social Adm Pharm [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb. 23];15(12):1395-1405. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741118305989?via%3Dihub#bib2>. DOI: 10.1016/j.sapharm.2019.01.008.

32 Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Piscopo A, et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan. 26];113(3):449-663. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v113n3/0066-782X-abc-113-03-0449.pdf>. DOI: 10.5935/abc.20190203.

33 Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report from the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2019 [cited 2019 July 23];139(10):e56-528. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000659>. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000659.

34 Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2019 [citado 2019 abr. 28]; 113(4):787-891. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11304/pdf/11304022.pdf>. DOI: 10.5935/abc.20190204.

35 Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2012 [atualizado 2012; citado 2017 nov. 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>.

36 Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics - 2020 update. Circulation [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar. 15];141:e139-596. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000757>. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000757.

- 37 Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de doença coronária estável. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2014 [citado 2019 nov. 19];103(2 Supl. 2). Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz%20de%20Doen%C3%A7a%20Coron%C3%A1ria%20Est%C3%A1vel.pdf>.
- 38 Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS [Internet]. Brasília; 2018. [atualizado 2019; citado 2019 ago. 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
39. Teich V, Araujo DV. Estimativa de custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2011 [citado 2018 jun. 13];24(2). Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_02/a_2011_v24_n02_02estimativa.pdf.
- 40 Bergheanu SC, Bodde MC, Jukema JW. Pathophysiology and treatment of atherosclerosis. Neth Heart J [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct. 13];25(4):231-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5355390/>. DOI: 10.1007/s12471-017-0959-2.
- 41 Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2017 [citado 2019 mar. 23];109(2 Supl.1). Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf.
- 42 Furlan FLS, Lemes MA, Pires CTF, Azevedo G, Bernardi GF, Simões YS, et al. Qualidade de vida em tratamento de lúpus eritematoso sistêmico com antimaláricos. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2018 [citado 2019 set. 13];16(1). Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2018-01.pdf>.
- 43 Oliveira JEP, Foss-Freitas MC, Montenegro Júnior RM, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo: Clannad; 2017 [citado 2018 mar. 23]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.
- 44 Avaliação das Próteses Endoluminais (“stents”) convencionais e farmacológicas no tratamento da doença arterial coronariana. BRATS [Internet]. 2013 [citado 2018 abr. 21];VII(22). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+%28BRATS%29+n%C2%BA+22/4d7cda6b-3272-4f56-bb37-e1d8a78959a7>.
- 45 Cappelletti A, Astore D, Godino C, Bellini B, Magni V, Mazzavillani M, et al. Relationship between Syntax Score and prognostic localization of coronary artery lesions with conventional risk factors, plasma profile markers, and carotid atherosclerosis (CAPP Study 2). Int J Cardiol [Internet]. 2018 [cited 2018 Sept. 16];257:306-11. Available from:

[https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(17\)36351-9/abstract](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(17)36351-9/abstract). DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.12.012.

46 Brant LCC, Nascimento BR, Passos VMA, Duncan BB, Bensenor IJM, Malta DC. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 2018 jul. 9];20:(Supl 3):S116-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00116.pdf>. DOI: 10.1590/1980-5497201700050010.

47 Mons U, Müezziner A, Gellert C, Schöttker B, Abnet CC, Bobak M, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr. 25];350:h1551. Available from: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1551>.

48 Mailhot T, Cossette S, Alderson M. An evolutionary analysis of the concept of self-care. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 19];(112). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671990>.

49 Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec. 11];43(3):265-64. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x.

50 Matarese M, Lommi M, De Marinis MG, Riegel B. A systematic review and integration of concept analyses of self-care and related concepts. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2018 [cited 2018 May 11];50(3):296-305. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29645402>. DOI: 10.1111/jnu.12385.

51 Timmins F. Conceptual models used by nurses working in coronary care units - a discussion paper. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar. 30];5(4):253-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16580262>. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2006.02.004.

52 Matarese M, Lommi M, De Marinis MG. Systematic review of measurement properties of self-reported instruments for evaluating self-care in adults. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun. 13];73(6):1272-87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27862188>. DOI: 10.1111/jan.13204.

53 Hartweg DL. Dorothea Orem's self-care deficit nursing theory. In: Smith MC, Parker ME. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia: Davis Company; 2015.

54 Zhang P, Xing FM, Li CZ, Wang FL, Zhang XL. Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2019 jul. 9];27(5-6):969-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28880419>. DOI: 10.1111/jocn.14064.

- 55 Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, Maes S. Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov. 12];20(4):620-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23022703>. DOI: 10.1177/2047487312462824.
- 56 Rushton M, Howarth M, Grant MJ, Astin F. Person-centred discharge education following coronary artery bypass graft: a critical review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct. 26];(23/24):5206-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28881069>. DOI: 10.1111/jocn.14071.
- 57 Dumit NY, Magilvy JK, Afifi R. The cultural meaning of cardiac illness and self-care among Lebanese patients with coronary artery disease. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug. 30];27(4):385-91. Available from: <https://doi.org/10.1177/1043659615573080>. DOI: 10.1177/1043659615573080.
- 58 Khodaminasab A, Reisi M, Vahedparast H, Tahmasebi R, Javadzade H. Utilizing a health-promotion model to predict self-care adherence in patients undergoing coronary angioplasty in Bushehr, Iran. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2019 [cited 2019 Sept. 28];13:409-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6454992/>. DOI: 10.2147/PPA.S181755.
- 59 Choi OJ, Cho BH. The effect of supportive nursing care on the knowledge level and compliance of sick role behavior of patients with coronary artery disease after coronary angiography. *J Korean Acad Adult Nurs*. 2007;19(5):729-37.
- 60 Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, Sniehotta Falko. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug. 12];10(3):277-96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4975085/>. DOI: 10.1080/17437199.2016.1151372.
- 61 Davis R, Campbell R, Hildon Z, Hobbs L, Michie S. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2015 [cited Nov. 7];9(3):323-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566873/>. DOI: 10.1080/17437199.2014.941722.
- 62 Lauck S, Johnson JL, Ratner PA. Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec. 2];8(3):190-99. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1016/j.ejcnurse.2008.12.002>. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2008.12.002.
- 63 Shin ES, Hwang SY, Jeong MH, Lee ES. Relationships of factors affecting self-care compliance in acute coronary syndrome patients following percutaneous coronary intervention. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2013 [cited Dec 9];7(4):205-11. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131713000625?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.anr.2013.10.003.

64 Evers GCM, Isenberg M, Philipsen H, Brouns G, Halfens R, Smeets H. The appraisal of self-care agency's ASA-Scale: research program to test reliability and validity. In: Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research"; 1986; Canada. Canada: University of Alberta; 1986. p. 130.

65 Evers GCM, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency. *Int J Nurs Study*. 1993;30(4):331-42.

66 Van Achterberg T, Lorensen M, Isenberg MA, Evers GC, Levin E, Philipsen H. The Norwegian, Danish and Dutch version of the Appraisal of Self-care Agency Scale; comparing reliability aspects. *Scand J Caring Sci*. 1991;5(2):101-8.

67 Silva JV, Domingues EAR. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arq Cienc Saude [Internet]*. 2017 [citado 2018 nov. 20] 24(4):30-36. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046751/a6.pdf>. DOI: 10.17696/2318-3691.24.4.2017.686.

68 Sousa VD, Zauszniewski JA, Zeller RA, Neese JB. Factor analysis of the Appraisal of Self-care Agency Scale in American adults with diabetes mellitus. *Diabetes Educ [Internet]*. 2008 [cited 2018 Oct. 2];34(1):98-108. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18267996>. DOI: 10.1177/0145721707311955.

69 Sousa VD, Zauszniewski JA, Bergquist-Beringer S, Musil CM, Neese JB, Jaber AF. Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R). *J Eval Clin Pract [Internet]*. 2010 [cited 2019 Dec. 14];16(6):1031-40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x>. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x.

70 Stacciarini TSG, Pace AE. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. *Acta Paul Enferm. [Internet]*. 2014 [citado 2018 set. 23];27(3):221-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0221.pdf>. DOI: 10.1590/1982-0194201400038.

71 Stacciarini TSG, Pace AE. Análise fatorial confirmatória da escala Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised. *Rev. Latino-Am Enferm [Internet]*. 2017 [citado 2018 mar. 10];25:e2856. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02856.pdf. DOI: 10.1590/1518-8345.1378.2856.

72 Andrews DR, Richard D, Aroian K. Factor Structure of the Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90). *West J Nurs Res [Internet]*. 2009 [cited 2018 Oct. 23];31(6):799-811. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19617581>. DOI: 10.1177/0193945909337726.

- 73 Karagozoglua S, Arikana A, Eraydinb S. The fatigue and self-care agency levels of the elderly people staying in rest homes and the relation between these two conditions. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar. 20];54(3):e322-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016749431200043X?via%3Di> hub. DOI: 10.1016/j.archger.2012.02.009.
- 74 Drevenhorn E, Bengtson A, Nyberg P, Kjellgren KI. Assessment of hypertensive patients' self-care agency after counseling training of nurses. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sept. 12];27(11):624-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25731140>. DOI: 10.1002/2327-6924.12222.
- 75 Lorensen M. Psychometric properties of self-care management and life-quality amongst elderly. *Clin Eff Nurs* [Internet]. 1998 [cited 2018 June 23];2(2):78-84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1361900498800356>. DOI: 10.1016/S1361-9004(98)80035-6.
- 76 Hanson B. A study to develop a tool to measure a person's perception of self-care [thesis]. Missouri: University of Missouri; 1981.
- 77 Geden E, Taylor S. Construct and empirical validity of the Self-As-Carer Inventory. *Nurs Res*. 1991;40(1):47-50.
- 78 Weaver MT. Perceived self-care agency: a LISREL factor analysis of Bickel and Hanson's questionnaire. *Nurs Res*. 1987;36(6):381-7.
- 79 Lukkarinen H, Hentinen M. Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *Int J Nurs Stud*. 1997;34(4):295-304.
- 80 Räsänen P, Backman K, Kyngäs H. Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2007 [cited 2018 July 27];21(3):397-405. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17727553>. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00468.x.
- 81 Sequeira, EMF. Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar [Internet]. Porto: Instituto da Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; 2011 [citado 2019 maio 31]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9515/1/Tese%20Eduarda%20Sequeira.pdf>.
- 82 Cerutti-Rizzatti ME. Letramento: uma discussão sobre implicações de fronteiras conceituais. *Educ Soc* [Internet]. 2012 [citado 2018 jul. 10];33(118). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v33n118/v33n118a18.pdf>.
- 83 Soares M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2004 [citado 2017 set. 25];(25). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n25/n25a01.pdf>.

- 84 Ribeiro VM. Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. Educ Soc [Internet]. 1997 [citado 2017 out. 14];XVIII(60). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v18n60/v18n60a8.pdf>.
- 85 Lima A, Ribeiro VM, Catelli Jr R, coordenadores. Indicador de Alfabetismo Funcional – INAF: estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho [Internet]. São Paulo: Instituto Paulo Montenegro e Ação Educativa; 2016 [citado 2018 jun. 13]. Disponível em: http://acaoeducativa.org.br/wp-content/uploads/2016/09/INAFEstudosEspeciais_2016_Letramento_e_Mundo_do_Trabalho.pdf.
- 86 Simonds SK. Health education as social policy. Health Educ Behav. 1974;1-25.
- 87 Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. Health Aff (Millwood) [Internet]. 2003 [cited 2018 Aug. 12];22(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12889762>.
- 88 Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug. 15];12:80. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
- 89 Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int [Internet]. 1998 [cited 2018 Nov. 14];13(4):349-64. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/13/4/349/563193>. DOI: 10.1093/heapro/13.4.349.
- 90 Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA [Internet]. 1999 [cited 2018 Aug. 28];281(6). Available from: https://www.researchgate.net/publication/279777823_Health_Literacy_Report_of_the_Council_on_Scientific_Affairs.
- 91 Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: The National Academies; 2004.
- 92 United Nations Economic and Social Council. Ministerial Declaration – 2009 High-Level Segment: implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health [Internet]. Nova York: ECOSOC; 2009 [cited 2018 Jan. 27]. Available from: http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf.
- 93 Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med [Internet]. 2006 [citado 2019 Dec. 13];21(8):878-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831571/>. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- 94 DeCS [Internet]. São Paulo: Bireme; 2017 [atualizado 2017; citado 2017 jun. 22]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

- 95 Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* [Internet]. 2000 [cited 2018 July 10];15(3):259-67. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259.
- 96 Lee SY, Arozullah AM, Choc YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004 [cited 2018 May 25];58(7):1309-21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953603003290>. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00329-0.
- 97 Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2018 Jan. 12];50(6):633-40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x.
- 98 Ghisi GLM, Chaves GSDS, Britto RR, Oh P. Health literacy and coronary artery disease: a systematic review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug. 23];101(2):177-184. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28899710>. DOI: 10.1016/j.pec.2017.09.002.
- 99 Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov. 11];155(2):97-107. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21768583>. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- 100 Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* [Internet]. 2009 [cited 2018 July 12];54(5):313-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19644651>. DOI: 10.1007/s00038-009-0058-2.
- 101 González-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P, et al. Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cited 2018 June 18];11(3):e0151079. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26943925>. DOI: 10.1371/journal.pone.0151079.
- 102 Eckman MH, Wise R, Leonard AC, Dixon E, Burrows C, Khan F, et al. Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 25];87(2):143-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21925823>. DOI: 10.1016/j.pec.2011.07.020.
- 103 Van Schaik TM, Jørstad HT, Twickler TB, Peters RJG, Tijssen JPG, Essink-Bot ML, et al. Cardiovascular disease risk and secondary prevention of cardiovascular disease among patients with low health literacy. *Neth Heart J* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar. 14];25(7/8):447-54. Available from:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12471-017-0963-6>. DOI: 10.1007/s12471-017-0963-6.

104 Williams A, Lindsell C, Rue L, Blomkalns A. Emergency Department education improves patient knowledge of coronary artery disease risk factors but not the accuracy of their own risk perception. *Prev Med* [Internet]. 2007 [cited Oct. 17];44(6):520-5. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Emergency-Department-education-improves-patient-of-Williams-Lindsell/111c531b143913e31e0c97e91bd11be729aae5fe>. DOI: 10.1016/j.ypmed.2007.01.011.

105 Lichtman JH, Amatruda J, Yaari S, Cheng S, Smith GL, Mattera JA, et al. Clinical trial of an educational intervention to achieve recommended cholesterol levels in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* [Internet]. 2004 [cited 2017 July 12];147(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14999204>.

106 Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med*. 1991;23(6):433-5.

107 Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391-5.

108 Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler tb, Essink-Bot ML. Aplicabilidade das medidas de alfabetização em saúde disponíveis internacionalmente na Holanda. *J Health Commun*. 2011;16:134-49.

109 Junkes MC, Fraiz FC, Sardenberg F, Lee JY, Paiva SM, Ferreira FM. Validity and reliability of the brazilian version of the rapid estimate of adult literacy in dentistry – BREALD-30. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec. 13];10(7):e0131600. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131600>. DOI: 10.1371/journal.pone.0131600.

110 Cruvinel AFP, Méndez DAC, Oliveira JG, Gutierrez E, Lotto M, Machado MAAM, et al. The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry. *PeerJ* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec. 12];5:e3744. Available from: <https://peerj.com/articles/3744/>. DOI: 10.7717/peerj.3744.

111 Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1995 [cited 2018 Oct. 14];10(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8576769>.

112 Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA* [Internet]. 1995 [cited 2017 Dec. 10];274(21). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7474271>.

113 Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health literacy and heart failure: a systematic review. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr. 25];31(2):121-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25569150>. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000229.

114 Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar. 10];43(4):631-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000031.

115 Weiss B, Mays M, Martz W, Castro KM, De Walt DA, Pignome MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Med Fam*. 2005;3(6):514-22.

116 Mansfield ED, Wahba R, Gillis DE, Weiss BD, L'Abbé M. Canadian adaptation of the Newest Vital Sign®, a health literacy assessment tool. *Public Health Nutr* [Internet]. 2018 [cited Aug. 30];21(11):2038-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29692290>. DOI: 10.1017/S1368980018000253.

117 Rodrigues R, De Andrade SM, González AD, Birolim MM, Mesas AE. Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults. *Public Health Nutr* [Internet] 2017 [cited Aug. 30];20(11):1907-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28514977>. DOI: 10.1017/S1368980017000787.

118 Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel MB, Potter V, Waechter D, et al. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2010 [cited 2018 jun. 17];25(1):67-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811598/>. DOI: 10.1007/s11606-009-1158-7.

119 Paiva D, Silva S, Severo M, Ferreira P, Santos O, Lune N, et al. Crosscultural adaptation and validation of the health literacy assessment tool METER in the Portuguese adult population. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 [cited 2019 sept. 14];97(2):269-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25107513>. DOI: 10.1016/j.pec.2014.07.024.

120 Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* [Internet]. 2004 [cited 2017 Sept. 12];36(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15343421>.

121 Dunn P, Conard S. Improving health literacy in patients with chronic conditions: a call to action. *Int J Cardiol* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec. 11];273:249-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30193793>. DOI: 10.1016/j.ijcard.2018.08.090.

- 122 Aljefree NM, Lee P, Ahmed F. Knowledge and attitudes about vitamin D, and behaviors related to vitamin D in adults with and without coronary heart disease in Saudi Arabia. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2010 Mar. 20];17:266. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4183-1>.
- 123 Tian Y, Deng P, Li B, Wang J, Li J, Huang Y, Zheng Y. Treatment models of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease and related factors affecting patient compliance. *Rev Cardiovasc Med* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan. 22];20(1):27-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31184093>. DOI: 10.31083/j.rcm.2019.01.53.
- 124 Ramachandran HJ, Wu VX, Kowitlawakul Y, Wang W. Awareness, knowledge and healthy lifestyle behaviors related to coronary heart disease among women: an integrative review. *Heart Lung* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sept. 29];45(3):173-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961078>. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2016.02.004.
- 125 Ghisi GL, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb. 18];95(2):160-74. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399114000470?via%3Dihub#bib0070>. DOI: 10.1016/j.pec.2014.01.012.
- 126 Lu M, Xia H, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y, et al. Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and disease knowledge among patients with coronary artery disease in China. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr. 10];19(3):230-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31595771>. DOI: 10.1177/1474515119880059.
- 127 Weibel L, Massarotto P, Hediger H, Mahrer-Imhof R. Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec. 22];15(4):213-22. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515114556713>. DOI: 10.1177/1474515114556713.
- 128 Lima SC, Oliveira NF, Montemezzo D, Chaves GSS, Sérgio TC, Britto RR. Conhecimento sobre doença arterial coronariana e barreiras para adesão à reabilitação cardíaca. *ASSOBRAFIR Cien* [Internet]. 2016 [citado 2019 jun. 3];7(2). Disponível em: <http://srv-009.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/23747/19677>.
- 129 Ghisi GL, Oh P, Thomas S, Benetti M. Assessment of patient knowledge of cardiac rehabilitation: Brazil vs Canada. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb. 11];101(3):255-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23887735>. DOI: 10.5935/abc.20130145.

- 130 Ghisi GL, Durieux A, Manfroi WC, Herdy AH, Carvalho T, Andrade A, et al. Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct. 15];94(6). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010000600016&script=sci_arttext&lng=en.
- 131 Ghisi GL, Grace SL, Thomas S, Evans MF, Oh P. Development and psychometric validation of the second version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II). *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 16];98(3):378-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25481574>. DOI: 10.1016/j.pec.2014.11.019.
- 132 Santos RZ, Ghisi GLM, Bonin CDB, Chaves G, Haase CM, Britto RR, et al. Validation of the Brazilian version of CADE-Q II to assess knowledge of coronary artery disease patients. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct. 15];112(1):78-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6317624/>. DOI: 10.5935/abc.20180244.
- 133 Ghisi GLM, Sandison N, Oh P. Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: the CADE-Q SV. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb. 18];99(3):443-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399115301154?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.pec.2015.11.002
- 134 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* [Internet]. 2018 [citado 2020 Apr. 21];111(6):841-9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v111n6/pt_0066-782X-abc-20180169.pdf. DOI: 10.5935/abc.20180169.
- 135 Sommaruga M, Vidotto G, Bertolotti G, Pedretti RF, Tamarin R. A self administered tool for the evaluation of the efficacy of health educational interventions in cardiac patients. *Monaldi Arch Chest Dis* [Internet]. 2003 [cited 2019 Aug 12];60(1): Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12827828>.
- 136 Ghisi LM, Leite CM, Schenkel IC, Assumpção MS, Barros MM, Andrade MM, et al. Validação para o português do Magerl Cardiac Prevention-Questionnaire (MICRO-Q). *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 [citado 2020 maio 12];94(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/18.pdf>.
- 137 Smith MM, Hicks VL, Heyward VH. Coronary heart disease knowledge test: developing a valid and reliable tool. *Nurse Pract* [Internet]. 1991 [cited 2019 Sept. 19];16(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2062470>.
- 138 Thanavaro JL, Thanavaro S, Delicath T. Coronary heart disease knowledge tool for women. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct. 22];22(2):62-9.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20132364>. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2009.00476.x.

139 Mahdizadeh M, Solhi M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electron Physician* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct. 5];25;10(3):6462-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29765570>. DOI: 10.19082/6462.

140 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

141 Gil LA. Como elaborar projeto de pesquisa. São Paulo: Artmed; 2010.

142 Brevidelli MM. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos. São Paulo: látria; 2006.

143 Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa, pesquisa bibliográfica, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2017.

144 Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.

145 Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia [Internet]. São Paulo; 2019 [atualizado 2019; citado 2019 mar. 13]. Disponível em: <http://www.idpc.org.br/historia/>.

146 São Paulo (Estado). Assembleia Legislativa. Lei n. 2.552, de 13 de janeiro de 1954. Dispõe sobre criação, na Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, do Instituto de Cardiologia, e dá outras providências [Internet]. São Paulo; 1954 [citado 2019 mar. 19]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/32675>.

147 Brucki SMD, Negrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2003 [citado 2019 nov. 17];61(3/B). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014.

148 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro; [s.d.] [citado 2018 mar. 10]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>.

149 Geneva. World Health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco: executive summary [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2018 Feb. 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70680/WHO_NMH_TFI_11.3_eng.pdf?sequence=1.

150 Barbosa AS, Barbosa LS, Rodrigues L, Oliveira KL, Argimon IIL. Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo: uma revisão sistemática. *Aletheia* [Internet]. 2014 [citado 2018 set. 9];(45). Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200015.

151 Labarthe DR, Dunbar SB. Global cardiovascular health promotion and disease prevention: 2011 and beyond. *Circulation* [Internet]. 2012 [cited 2018 July 6];125(21):2667-76. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circulationaha.111.087726>. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.087726.

152 American Heart Association, American Stroke Association. Detailed summary from the 2017 guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2017 [cited 2018 July 17]. Available from: http://professional.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_497446.pdf.

153 Koongstvedt P. The managed health care handbook. Gaithersburg: Aspen Publishers; 2001.

154 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12:189-98.

155 Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994 [citado 2019 abr. 29];52(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1994000100001&script=sci_abstract&tlng=pt.

156 Melo DM, Barbosa AJG, Neri AL. Miniexame do Estado Mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna. *Aval Psicol* [Internet]. 2017 [citado 2017 nov. 12];16(2):161-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n2/v16n2a07.pdf>. DOI: 10.15689/AP.2017.1602.06.

157 Siegel S, Castellellan Jr NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

158 Fleiss JL, Levin B, Paik MO. Statistical methods for rates and proportions. 3rd ed. New Jersey: Jon Wiley & Sons; 2003.

159 Freitas ALP, Rodrigues SG. Avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente de Alpha de Cronbach. In: Conferência do XII Simpósio de Engenharia de Produção; 2005 nov. 7-9; Bauru [Internet]. Bauru: UNESP; 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236036099_A_avaliacao_da_confiabilidade_de_questionarios_uma_analise_utilizando_o_coeficiente_alfa_de_Cronbach.

160 Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: the task force for the diagnosis and management of chronic coronary

syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb. 10];41(3):407-77. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137>. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz425.

161 Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *J Psychosom Res* [Internet]. 2013 [cited 2019 may 13];75(3):211-222. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399913001931?via%3DiHub#bb0155>. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.05.003.

162 Burkauskas J, Lang P, Bunevičius A, Neverauskas J, Bučiūtė-Jankauskienė, Mickuvienė N. Cognitive function in patients with coronary artery disease: a literature review. *J Int Med Res* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar. 5];46(10):4019-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30157691>. DOI: 10.1177/0300060517751452.

163 Aggarwal A, Srivastava S, Velmurugan M. Newer perspectives of coronary artery disease in young. *World J Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2019 ago. 3];8(12):728-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5183972/>. DOI: 10.4330/wjc.v8.i12.728.

164 Freitas EO, Nogueira RS, Stekel LMC, Bublitz S, Kirchhof R, Guido LA. Perfil de pacientes com doença arterial coronariana submetidos ao cateterismo cardíaco. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013 [citado 2019 set. 10];3(Esp.):679-88. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11124/pdf>. DOI: 10.5902/2179769211124.

165 Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 [citado 2020 mar. 2];24(3):1121-32. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301121&lng=en. DOI: 10.1590/1413-81232018243.02212017.

166 Mattson CC, Rawson K, Hughes JW, Waechter D, Rosneck J. Health literacy predicts cardiac knowledge gains in cardiac rehabilitation participants. *Health Educ J* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar. 24];74(1):96-102. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0017896914522029>. DOI: 10.1177/0017896914522029.

167 Chamberlain AM, Dunlay SM, Gerber Y, Manemann SM, Jiang R, Weston SA, et al. Burden and timing of hospitalizations in heart failure: a community study. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar. 24];92(2):184-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5341602/>. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.11.009

168 Bahia LR, Rosa RS, Santos RD, Araujo DV. Estimated costs of hospitalization due to coronary artery disease attributable to familial hypercholesterolemia in the Brazilian public health system. *Arc Endocrinol Metab* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct.

13];62(3). Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-39972018000300303.

169 Rosa ACM, Lamari NM. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. *Arq Cienc Saude* [Internet]. 2017 [citado 2020 abr. 13];24(3):79-83. Disponível em:
<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/640>. DOI: 10.17696/2318-3691.24.3.2017.640.

170 McManus DD, Saczynski JS, Lessard D, Waring ME, Allison J, Parish DC, et al. Reliability of predicting early hospital readmission after discharge for an acute coronary syndrome using claims-based data. *A J Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan. 19];177(4):501-7. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002914915023188>. DOI: 10.1016/j.amjcard.2015.11.034.

171 Gus I, Kato S, Bastos J, Medina C, Zazlavsky C, Portal VL, et al. Variations in the prevalence of risk factors for coronary artery disease in Rio Grande do Sul-Brazil: a comparative analysis between 2002 and 2014. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug. 11];105(6). Available from:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015002500573.

172 Carvalho ATG, Duarte TF, Maiocchi AS, Silva RL, Fattah T, Moreira DM. Correlation between physical activity and clinical variables in patients with acute myocardial infarction. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sept. 6];31(1)22-5. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n1/2359-4802-ijcs-31-01-0022.pdf>. DOI: 10.5935/2359-4802.20170091.

173 Petracco AM, Bodanese LC, Porciúna GF, Teixeira GS, Pellegrini DO, Danzmann LC, et al. Assessment of the relationship of ankle-brachial index with coronary artery disease severity. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 23];31(1):47-55. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n1/2359-4802-ijcs-31-01-0047.pdf>. DOI: 10.5935/2359-4802.20170094.

174 Barbosa JL, Thiers CA, Cunha CFS, Moutella J, Tura BR, Orsi GP, et al. Impacto dos fatores de risco para doença arterial coronariana nos gastos hospitalares dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no SUS. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov. 13];31(2)90-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n2/pt_2359-4802-ijcs-31-02-0090.pdf. DOI: 10.5935/2359-4802.20170098.

175 Abeso [Internet]. São Paulo; 2020 [atualizado 2020; citado 2020 fev. 15] Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>.

176 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado

2020 fev. 21]. Disponível em:

<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>.

177 Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [citado 2019 ago. 13];107(3 Supl.3). Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

178 Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet [Internet]. 2010 [cited 2019 Sept. 12];375(9733):2215-22. Available from:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60484-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60484-9/fulltext).

DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60484-9.

179 Nicholls SJ, Tuzcu EM, Kalidindi S, Wolski K, Moon KW, Sipahi I, et al. Effect of diabetes on progression of coronary atherosclerosis and arterial remodeling: a pooled analysis of 5 intravascular ultrasound trials. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2008 [cited 2019 Nov. 26];52(4):255-62. Available from:

<http://www.onlinejacc.org/content/52/4/255/F1>. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.03.051.

180 Grimm PE. Social desirability bias: part 2. marketing research. [S.l.]: John Wiley & Sons, Ltd; 2010.

181 Persoskie A, Nelson WL. Just blowing smoke? Social desirability and reporting of intentions to quit smoking. Nicotine Tob Res [Internet]. 2013 [cited 2019 Sept. 22];15(12):2088-93. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3842107/>. DOI: 10.1093/ntr/ntt101.

182 Esmaili H, Yusof RM, Saad HÁ, Ghaemian A, Zad ND. Association of dietary patterns with sociodemographic and health-related factors among Coronary Artery Disease (CAD) Patients. Ecol Food Nutr [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar. 17];54(1):4-19. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03670244.2014.930031>. DOI:

10.1080/03670244.2014.930031.

183 Hajar R. Risk factors for coronary artery disease: historical perspectives. Heart Views [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr. 2];18(3):109-114. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5686931/>. DOI:

10.4103/2FHEARTVIEWS.HEARTVIEWS_106_17.

184 Bensenor IM, Goulart AC, Santos IS, Lotufo PA. Prevalence of cardiovascular risk factors worldwide and in Brazil. Rev Soc Cardiol São Paulo [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct. 27];29(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/2019290118-24>.

185 Health risks and benefits of alcohol consumption. Alcohol Res Health [Internet]. 2000 [cited 2019 July 10];24(1). Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6713002/>.

- 186 Araújo LU, Santos DF, Bodevan EC, Cruz HL, Souza J, Silva-Barcelos NM. Patient safety in primary health care and polypharmacy: cross-sectional survey among patients with chronic diseases. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan. 5];27:e3217. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6896818/>.
- 187 Saito A, Hirahara N, Motomura N, Miyata H, Takamoto S. Current status of cardiovascular surgery in Japan, 2015 and 2016: a report based on the Japan Cardiovascular Surgery Database. 2-Isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb. 13];67(9):736-741. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31256329>. DOI: 10.1007/s11748-019-01162-y.
- 188 Wadhera RK, Shen C, Secemsky EA, Strom JB, Yeh RW. State variation in the use of non-acute coronary angiograms and coronary revascularization procedures. *JACC Cardiovasc Interv* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb. 12];11(9):912-13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936879818308367?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.jcin.2018.03.039.
- 189 Viacava F, Porto S, Laguardia J, Moreira RS, Ugá MAD. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002 -2010. *Cienc. Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb. 17];17(11). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100013.
- 190 Gama GGG, Mussi FC, Pires CGS, Guimarães AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado 2019 ago. 6];17(12):3371-83. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n12/3371-3383/pt>. DOI: 10.1590/S1413-81232012001200022.
- 191 Omari F, Al-Zaru I, Al-Yousef RH. Perceived learning needs of Syrian patients postcoronary artery bypass graft surgery. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr. 3];23(11/12):1708-17. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12319>. DOI: 10.1111/jocn.12319.
- 192 Bettono LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. *Rev Eletronica Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2019 dez. 10];19. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/27442>.
- 193 Silva APA, Oller GASAO, Pompeo DA, Eid LP, Kusumota L. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. *Arq Cienc Saude* [Internet]. 2016 [citado 2019 jul. 24];23(2). Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/263>.
- 194 Cameron J, Gallagher R, Pressler SJ. Detecting and managing cognitive impairment to improve engagement in heart failure self-care. *Curr Heart Fail Rep* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar. 11];14(10):13-22. Available from:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11897-017-0317-0>. DOI: 10.1007/s11897-017-0317-0.

195 Riegel B, Moser D, Buck HG, Dickson VV, Dunbar S, Lee CS. Self - care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke. *J AM Heart Assoc* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb. 10];6(9):e006997. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634314/#jah32439-bib-0223>.

196 Hardy R, Lawlor DA, Kuh D. Uma abordagem de vida ao envelhecimento cardiovascular. *Future Cardiol*. 2015;11:101-13.

197 Sá SPC, Santos DM, Robers LMV, Erade MS, Joa CAQC, Cruz NP. Uma proposta para mensuração do autocuidado em idosos. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2013 dez. 15];16(4). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273405888_Uma_proposta_para_a_mensuracao_do_autocuidado_em_idosos.

198 Araújo RA, Silva TM, Ramos VP. Capacidade de autocuidado e qualidade de vida no pré-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado 2019 set. 19];50(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200008>.

199 Damásio B, Koller S. The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 [cited 2018 may 10];29(10). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000023.

200 Chan RWY, Kisa A. A scoping review of health literacy measurement tools in the context of cardiovascular health. *Health Educ Behav* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb. 3];46(4):677-88. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1090198119831754?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. DOI: 10.1177/1090198119831754.

201 Como JM. Health literacy and health status in people with chronic heart failure. *Clin Nurse Spec* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan. 25];32(1):29-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29200038>. DOI: 10.1097/NUR.0000000000000346.

202 Mock MS, Sethares KA. Concurrent validity and acceptability of health literacy measures of adults hospitalized with heart failure. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2019 [cited 2019 Sept. 14];46:50-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089718971830630X?via%3Dihub#bb0205>. DOI: 10.1016/j.apnr.2019.02.007.

203 Montbleau KE, King D, Henault L, Magnani JW. Health literacy, health-related quality of life, and atrial fibrillation. *Cogent Med* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec. 16];4:1412121. Available from: <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1412121>.

- 204 Mayberry LS, Schildcrout JS, Wallston KA, Gggins K, Mixon AS, Rothman RL. Health literacy and 1-year mortality: mechanisms of association in adults hospitalized for cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan. 11];93(12):1728-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6299453/>. DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.07.024.
- 205 Cordasco KM, Asch SM, Bell DS, Guterman JJ, Gross-Schulman S, Ramer L, et al. A low-literacy medication education tool for safety-net hospital patients. *AM J Prev Med* [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov. 21];37(6 Supl 1):S209-16. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379709005467>.
- 206 McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug. 2];96(2):165-70. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.007>. DOI: 10.1016/j.pec.2014.05.007.
- 207 Moser DK, Robinson S, Biddle MJ, Pelter MM, Nesbitt TS, Southard J, et al. Health literacy predicts morbidity and mortality in rural patients with heart failure. *J Card Fail* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar. 15];21(8): 612-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4522326/>. DOI: 10.1016/j.cardfail.2015.04.004.
- 208 Apolinário D, Braga RCOP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short assessment of health literacy for portuguese-speaking adults. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan. 22];46(4). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400015
- 209 Torquato R, Massi G, Santana AP. Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. *Psicol. Reflex Crit* [Internet]. 2011 [citado 2019 nov. 16];24(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000100011.
- 210 Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: a systematic review. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez. 3];2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119904/#bibr14-2333721416630492>.
- 211 Vogt D, Schaeffer D, Messer M, Berens EM, Hurrelmann. Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promot Int* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 2];33(5):739-747. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/33/5/739/3078054>. DOI: 10.1093/heapro/dax012.
- 212 Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct. 3];18(1):394. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3197-4>. DOI: 10.1186/s12913-018-3197-4.

- 213 Heide IVD, Wang J, Drommers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters R. The relationship between health, education, and health literacy: results from the dutch adult literacy and life skills survey. *J Health Commun* [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec. 6];18(Supl. 1):172-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814618/>. DOI: 10.1080/10810730.2013.825668.
- 214 Rheault H, Coyer F, Jones L, Bonner A. Health literacy in Indigenous people with chronic disease living in remote Australia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan. 7];19:523. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659262/>.
- 215 Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health literacy in primary care practice. *Am Fam Physician* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug. 19];92(2). Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0715/p118.html>.
- 216 Cohen DJ, White S, Cohen SB. Mind the gap: the black-white literacy gap in the national assessment of adult literacy and its implications. *J Lit Res* [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov. 34];44(2):123-48. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1086296X12439998>. DOI: 10.1177/1086296X12439998.
- 217 Davis SN, Wischhusen J, Sutton SK, Christy SM, Chavarria EA, Sutter M, et al. Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older Black Americans. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr. 12];103(2):36591. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012696/#R3>. DOI: 10.1016/j.pec.2019.08.026.
- 218 Adebayo CT, Walker K, Hawkins M, Olukotun O, Shaw L, Sahlstein PE, et al. Race and blackness: a thematic review of communication challenges confronting the black community within the U.S. health care system. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb. 12];251043659619889111. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1043659619889111>.
- 219 DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2004 [cited 2019 Dec. 9];19(12):1228-39. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492599/>. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x.
- 220 Stomacq S, Broucke SVD, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int* [Internet]. 2019 [cited Nov. 2];34(5):e1-17. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/34/5/e1/5068634>. DOI: 10.1093/heapro/day062.
- 221 Ricard RV, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec. 29];16:975.

Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3621-9>.

222 Figueira DAM, Haddad MCL, Gvozdz R, Pissinatti PSC. A tomada de decisão da aposentadoria influenciada pelas relações familiares e laborais, *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov. 3];20(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n2/pt_1809-9823-rbgg-20-02-00206.pdf.

223 Marzec LN, Carey EP, Lambert-Kerzner AC, Del Giacco EJ, Melnyk SD, Bryson CL, et al. Cognitive dysfunction and poor health literacy are common in veterans presenting with acute coronary syndrome: insights from the MEDICATION study. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sept. 12];9:745-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467742/>. DOI: 10.2147/PPA.S75110.

224 Saczynski JS, McManus DD, Waring ME, Lessard D, Anatchkova MD, Gurwitz JH. Change in cognitive function in the month after hospitalization for acute coronary syndromes: findings from TRACE-CORE (transition, risks, and actions in Coronary Events-Center for Outcomes Research and Education). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb. 10];10(12):e001669. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.001669>.

225 Sterling MR, Safford MM, Goggins K, Nwosu SK, Schildcrout JS, Wallston KA, et al. Numeracy, health literacy, cognition, and 30-day readmissions among patients with heart failure. *J Hosp Med* [Internet]. 2018 [2020 Mar. 6];13(3):145-151. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29455228>. DOI: 10.12788/jhm.2932.

226 Chen Z, Geng J, Wang M, Hu L, Ghisi GLM, Yu H. The Chinese version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire-II (CADEQ-II): translation and validation. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1587-96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6118335/>.

227 Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Educ* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 16];48. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11165-016-9602-2>.

228 Tavares RE, Jesus MCP, Cordeiro SM, Machado DR, Braga VA. Knowledge produced on the health of low-income older women: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sept. 12];70(4):875-884. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28793121>. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0024.

229 Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estud Econ* [Internet]. 2012 [cited 2019 ago. 23];42(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001.

- 230 Ghisi GLM, Britto R, Motamedi N, Grace SI. Disease-related knowledge in cardiac rehabilitation enrollees: correlates and changes. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sept 12];98(4). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399114005230?via%3Dihub>.
- 231 Cabellos-García AC, Martízer-Sabater A, Castro-Sánchez E, Kangasniemi M, Juárez-Vela R, Gea-Caballero. Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: a narrative systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec. 17];18:1157. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6172776/>.
- 232 Crouch A, Wilson R. Uma exploração do conhecimento das mulheres rurais sobre doenças cardíacas e a associação com comportamentos no estilo de vida. *Int J Nurs Pract*. 2011;17(3):238-45.
- 233 Haidinger T, Zweimüller M, Stütz L, Demir D, Kaider A, Strametz-Juranek J. Efeito do gênero na conscientização dos fatores de risco cardiovasculares, ações preventivas tomadas e barreiras à saúde cardiovascular em um grupo de indivíduos austríacos. *Gend Med*. 2012;9(2):94-102.
- 234 Gholizadeh L, Salamonson Y, Worrall-Carter L, DiGiacomo M, Davidson PM. Consciência e atribuições causais de fatores de risco para doenças cardíacas em mulheres imigrantes que vivem na Austrália. *J Womens Health*. 2009;18(9):1385-93.
- 235 Pace R, Dawkins N, Wang BW, Pessoa S, Shikany JM. Rural afro-americanos conhecimento dietético, percepções e comportamento em relação à doença cardiovascular. *Et Dis*. 2008;18(1):6-12.
- 236 Squiers L, Peinado S, Boudewyns V, McComack L. The health literacy skills framework. *JHealth Commun* [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb. 12];(17 Suppl 3). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2012.713442>.
- 237 Rodrigues FFL, Santos MM, Teixeira CRS, Gonela JT, Zaneti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2019 jul. 23];25(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n2/a20v25n2.pdf>.
- 238 Riegel B, Dunbar SB, Fitzsimons D, Freedland KE, Lee CS, Middleton S, et al. Self-care research: where are we now? Where are we going? *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb. 17];103:402. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919302093?via%3Dihub>.
- 239 Heisler M, Langa K, Eby E, Fendrick AM, Kabeto M, Piette J. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *J Helat Commun* [Internet]. 2004 [cited 2020 Mar. 13];42(7). Available from: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2004/07000/The_Health_Effects_of_Restricting_Prescription.2.aspx.
- 240 Lee KL, Moser D, Dracup K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs*

[Internet]. 2018 [cited 2019 Apr. 28];17(6). Available from:
https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515117745056?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed.

241 Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav* [Internet]. 2009 [cited 2019 Mar. 18];36(5). Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1090198108322819>.

242 Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31(Suppl. 1):S19-26.

243 Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan. 14];26(3). Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>.

APÊNDICE A - Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Nº instrumento:	Data da coleta dados:	Avaliador:
PARTE A: Identificação		
Iniciais do participante:	Procedência: () área rural () área urbana	Registro hospitalar:
PARTE B: Características sociodemográficas		
Idade (em anos):	DN:	Sexo: () Feminino () Masculino
Cor da pele: () branca () preta () amarela () parda		
Estado Civil: () solteiro () casado/amasiado () divorciado/separado () viúvo		
Número de anos que frequentou ensino formal:		
Situação Trabalhista: () Trabalha e recebe proventos () Trabalha e não recebe proventos () Não trabalha e recebe algum tipo de provento () desempregado () estudante Trabalho assalariado: () Sim () Não		
Rendimento mensal familiar (em reais):		Rendimento mensal per capita (em reais):
Quantas pessoas dependem da renda familiar:		
PARTE C: Características clínicas		
Tempo decorrido desde o diagnóstico de DAC (em meses):		Número de internações anteriores:
Motivo das internações anteriores: () Cardiológica () Não cardiológica		
Visita(s) ao serviço de emergência: () não () sim frequência: _____ vezes.		
Motivo da(s) visita(s) ao serviço de emergência: () Dor no peito () Dispneia () outras causas cardiológicas () outras causas não cardiológicas		
Cirurgias cardíacas anteriores: () Revascularização do miocárdio () outras cirurgias do coração () não realizou cirurgia cardíaca anteriormente		
Cateterismo () Sim () Não		
Medicamentos em uso: () não () sim, qual: _____		
Número de medicamentos: _____		
Número de comprimidos: _____		
Fuma (), já fumou () ou nunca fumou () ? Para quem fuma ou já fumou: Acha que		

durante a vida já fumou 100 cigarros no total (ou seja, 5 maços) () não () sim Faz quanto tempo que parou de fumar? _____ Classificação: () fumante () ex-fumante () não fumante	
Você toma bebidas alcoólicas? () sim () não Para aqueles que responderem sim: Você toma bebidas alcoólicas todos os dias? () sim () não Para aqueles que responderem sim: Qual tipo de bebida você toma? () cerveja, quanto _____ () vinho, quanto _____ () destilados, quanto _____ Classificação: () Consumo acima dos padrões recomendados () Consumo dentro dos padrões recomendados () Não consumidor	
Sedentarismo: () não () sim	Dislipidemias: () não () sim, tempo:
Hipertensão: () não () sim, tempo:	Diabetes: () não () sim, tempo:
Peso: kg altura: m ²	IMC: m ² /kg
Antecedentes familiares (DAC): () não () sim, qual:	
Recebeu alguma orientação do profissional da saúde sobre: () exames () medicamentos () doença coronariana () cirurgia () outros _____ () não recebeu orientação	

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)
para participantes do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
(IDPC)**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: Autocuidado e alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana

Número do Participante da Pesquisa: _____

Iniciais do Participante da Pesquisa: _____

1) INTRODUÇÃO

Antes de concordar em participar deste estudo é importante que você leia e entenda as explicações a seguir. O Comitê de Ética em Pesquisa deste hospital revisou os objetivos e a condução proposta para o estudo, tendo sido aprovado e recebeu parecer favorável a sua realização.

2) CONVITE

Meu nome é Ana Caroline da Costa, sou aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem da USP e gostaria de convidar o (a) Sr (a) _____ para participar da pesquisa intitulada "**Autocuidado e alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana**", desenvolvida por mim e orientada pela Profa Dra Rita de Cassia Gengo e Silva.

3) FINALIDADE

Pessoas com doenças no coração precisam desenvolver habilidades para cuidar da sua própria saúde como parte do seu tratamento. É possível que a facilidade que as pessoas têm para aprender e utilizar informações relacionadas à saúde influencie a capacidade que elas têm de cuidar da própria saúde. Por isso, o objetivo desta pesquisa é verificar se o grau de facilidade para aprender e utilizar informações sobre a saúde influencia a capacidade de cuidar da própria saúde.

Para participar desta pesquisa, é preciso ter o diagnóstico de doença nas veias (artérias) do coração, ter mais de 18 anos, ser matriculado no ambulatório de coronariopatias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, saber ler e ter bom funcionamento da memória e capacidade de concentração. Pessoas que não conseguem enxergar bem ou que não conseguem se comunicar não poderão participar desta pesquisa, porque terão dificuldades para responder os questionários que serão utilizados nesta pesquisa.

4) DURAÇÃO ESPERADA PARA A PARTICIPAÇÃO

O estudo terá início em julho de 2019 e duração de quatro meses. Sua participação, no entanto, será apenas no dia de hoje. Estimo que o tempo que gastaremos para completar toda a pesquisa é de 40 minutos. Você participará conforme descrito no item Procedimentos a seguir.

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____

RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

5) PROCEDIMENTOS

Será necessário que você leia e assine este termo de consentimento antes que seja feito qualquer questionamento relacionado à pesquisa. Se concordar em participar deste estudo, você responderá a cinco questionários. Você poderá decidir se prefere responder aos questionários antes ou depois da consulta médica, como for melhor para você. Para garantir sua privacidade, nós vamos para um consultório.

O primeiro questionário será utilizado para conhecer o funcionamento da sua memória e sua capacidade de concentração. Eu vou fazer algumas perguntas que você deverá responder e eu vou anotar as suas respostas. Você continuará na pesquisa se esse questionário mostrar que você tem um bom funcionamento da memória e capacidade de concentração. Caso não possa continuar, explicarei para você o motivo.

O segundo questionário contém perguntas para que possamos conhecer as características gerais das pessoas que participarem desta pesquisa. Farei algumas perguntas para você, como idade, estado civil, escolaridade, situação trabalhista, renda familiar mensal, informações relacionadas ao seu diagnóstico e tratamento; se houver alguma informação que você não saiba responder, vou olhar seu prontuário para consegui-la.

O terceiro questionário mostrará o quanto você tem facilidade para aprender e usar informações que os profissionais de saúde passam para você. Esse questionário contém algumas frases que você deverá completar de acordo com opções que serão fornecidas em cada pergunta no próprio questionário. Depois disso, vou entregar quatro cartões que contém informações que podem ser dadas a você no hospital. Você deverá ler as informações e sobre cada cartão farei algumas perguntas a você.

O quarto questionário contém 15 afirmações sobre o cuidado que você deve ter com sua própria saúde. O quinto questionário tem 20 afirmações sobre seu conhecimento sobre a sua doença do coração. Você mesmo vai ler as afirmações e assinalar a resposta que considerar correta para cada afirmação.

Esta pesquisa não trará benefícios diretos para você, mas sua participação poderá contribuir para um melhor conhecimento sobre a influência do alfabetismo em saúde no autocuidado e colaborar para aprimorar e estimular pesquisas sobre o assunto, que podem trazer melhorias na saúde de pessoas com a mesma doença que você tem. Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa se referem à possibilidade de você ficar cansado ao responder às perguntas ou se sentir desconfortável por não saber responder alguma coisa. Se isso acontecer vamos interromper as perguntas e retomamos se você quiser, após a melhora do cansaço ou desconforto.

6) SUAS RESPONSABILIDADES

Se você se sentir cansado ou desconfortável, pode me avisar e nós poderemos continuar mais tarde, depois de você descansar ou se sentir mais confortável, ou poderemos interromper sua participação, se você achar que isso é o melhor a fazer.

7) CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA/CONTATO COM O CEP

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às pesquisadoras responsáveis para esclarecimento de dúvidas. No Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) a pesquisadora responsável é a Enfermeira Ana Paula da Conceição que pode ser encontrada no endereço Avenida Dr. Dante Pazzanese, 500 – Prédio III 4ª Andar – CEP 04012-180 – São Paulo – SP – Telefones 11 5085-6359. A

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____

RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

pesquisadora principal é a Enfermeira Ana Caroline da Costa que pode ser encontrada no endereço Rua Nossa Senhora Aparecida, São Vicente, Itajubá, MG CEP 37502 074 ou pelo telefone (35) 9 9906-5544.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br ou com o CEP do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – Av. Dr. Dante Pazzanese, 500 – Prédio I – CEP 04012-909 – Telefone 11 5085-6040.

O CEP é um grupo formado por profissionais capacitados que fazem a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Se você procurar por atendimento emergencial em outro hospital ou se for necessária internação, avise o médico que você faz parte de um estudo de pesquisa realizado pela Escola de Enfermagem da USP e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

8) PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA/DESCONTINUAÇÃO

- 1) Você tem garantida a liberdade de recusar sua participação na pesquisa por qualquer razão sem penalidade ou perda dos benefícios aos quais tem direito e sem qualquer efeito sobre seu tratamento futuro.
- 2) Você tem garantida a liberdade de retirar seu consentimento (desistir de participar da pesquisa) em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou sem que haja qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.
- 3) Todas as informações coletadas são sigilosas e confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. Portanto, garantimos a você o sigilo do seu nome durante a realização do estudo e na divulgação de seus resultados, que será realizada apenas nos meios científicos. Os dados obtidos neste estudo serão utilizados somente para esta pesquisa.
- 4) A qualquer tempo você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, seus procedimentos, riscos e benefícios, inclusive para tirar dúvidas pelos telefones/endereços acima citados.
- 5) A participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo custos ou compensações financeiras pela participação.
- 6) Você receberá indenização se houver qualquer dano relacionado aos procedimentos realizados nesta pesquisa.

9) DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Discuti com a Enfermeira Ana Caroline da Costa sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficam claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____

RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Ao assinar este termo de consentimento de forma voluntária não estarei abrindo mão de meus direitos legais.

Este termo foi apresentado em duas vias. Recebi uma via rubricada e assinada em todas as páginas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Li e entendi as informações apresentadas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Pude fazer perguntas e todas minhas dúvidas foram esclarecidas.

Nome Paciente: _____ (letra de forma)

Assinatura do Paciente DATA: __/__/__

Nome da Testemunha: _____ (letra de forma)

Assinatura da Testemunha DATA __/__/__

Nome do Pesquisador: _____
 (Nome da Pessoa Autorizada da Equipe do Estudo que está Obtendo o Consentimento Livre e Esclarecido)

Assinatura do Pesquisador DATA __/__/__

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____

RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

ANEXO 1 - ESCALA REVISADA PARA A AVALIAÇÃO DA AGÊNCIA DE AUTOCUIDADO (ASAS-R)

Instruções: Marque a melhor resposta para cada uma das afirmações, segundo a numeração abaixo:

- 1 = DISCORDO TOTALMENTE**
2 = DISCORDO
3 = NÃO DISCORDO, NEM CONCORDO
4 = CONCORDO
5 = CONCORDO TOTALMENTE

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo, Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. À medida que as circunstâncias da minha vida mudam, eu faço os ajustes necessários para permanecer saudável.	1	2	3	4	5
2. Se a minha capacidade de mobilidade diminuir, eu faço os ajustes necessários.	1	2	3	4	5
3. Quando preciso, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para permanecer saudável.	1	2	3	4	5
4. Eu frequentemente sinto falta de energia para me cuidar como eu sei que deveria.	1	2	3	4	5
5. Eu procuro melhores maneiras para me cuidar.	1	2	3	4	5
6. Quando é preciso, eu consigo tempo para me cuidar.	1	2	3	4	5
7. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os efeitos colaterais para melhor cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8. No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
9. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família.	1	2	3	4	5
10. Eu regularmente avalio a efetividade das coisas que eu faço para permanecer saudável.	1	2	3	4	5
11. Nas minhas atividades diárias, eu raramente dedico tempo para cuidar de mim.	1	2	3	4	5
12. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.	1	2	3	4	5
13. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
14. Eu raramente tenho tempo para mim.	1	2	3	4	5
15. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria.	1	2	3	4	5

ANEXO 3 - SHORT TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS (S-TOFLHA) – INSTRUÇÕES DE APLICAÇÃO

Teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde (versão breve)

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (short version)

Instruções:

Compreensão de leitura:

“Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar aqui no hospital. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde falta a palavra, há um espaço em branco e há 4 palavras para escolher. Quero que você escolha qual destas 4 palavras é a palavra que falta na frase, a que faz mais sentido na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra correspondente a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar.”

(INTERROMPER APÓS 7 MINUTOS)

Item Numérico:

Dar ao paciente um cartão para cada questão.

Ler cada questão e registrar a resposta.

Antes de apresentar o cartão 1: “Estas são instruções que podem ser dadas a você no hospital. Leia bem cada instrução. Farei perguntas sobre elas”.

Antes de apresentar cada cartão, dizer: “Olhe aqui, por favor”.

(INTERROMPER APÓS 5 MINUTOS)

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 hs da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?

Cartão 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?

Escore

Passagens A e B: 2 pontos para cada lacuna correta (36 lacunas = 72 pontos)

Itens Numéricos: 7 pontos para cada resposta correta (4 questões = 28 pontos)

Escore Total: 100 pontos.

Classificação

0 – 53: Inadequado

54 – 66: Limítrofe

67 – 100: Adequado

GABARITO

1 - A	31 - B
2 - C	32 - A
3 - B	33 - D
4 - A	34 - C
5 - C	35 - B
6 - A	36 - B
7 - B	
8 - B	
9 - D	
10 - B	
11 - C	
12 - C	
13 - B	
14 - C	
15 - D	
16 - A	
17 - C	
18 - A	
19 - D	
20 - B	
21 - D	
22 - C	
23 - A	
24 - D	
25 - B	
26 - C	
27 - D	
28 - D	
29 - A	
30 - C	

ANEXO 4 - SHORT TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS (S-TOFHLA)

Parte 1 – compreensão de leitura

PASSAGEM A

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio X do : _____.

- a) Estômago
- b) Diabetes
- c) Pontos
- d) Germes

Quando vier para o _____ você deve estar com o estômago _____.

a) Livro	a) Asma
b) Fiel	b) Vazio
c) RaioX	c) Incesto
d) Dormir	d) Anemia

O exame de Raio X vai _____ de 1 a 3 _____.

a) Durar	a) Camas
b) Ver	b) Cabeça
c) Falar	c) Horas
d) Olhar	d) Dietas

A VESPERA DO DIA DO RAIOS X:

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta.

- a) Pequeno
- b) Caldo
- c) Ataque
- d) Náusea

Torradas e geleia, com _____ ou chá.

- a) Lentas
- b) Café
- c) Cantar
- d) Pensamento

Após _____, você não deve _____ nem beber _____.

a) O minuto	a) Conhecer	a) Tudo
b) A meia noite	b) Vir	b) Nada
c) Durante	c) Pedir	c) Cada
d) Antes	d) Comer	d) Algum

Até _____ o Raio X.

- a) Ter
- b) Ser
- c) Fazer
- d) Estar

NO DIA DO RAIOS X:

Não tome _____.

- a) Consulta
- b) Caminho
- c) Café da manhã
- d) Clínica

Não _____, nem mesmo _____.

a) Dirija	a) Coração
b) Beba	b) Respiração
c) Vista	c) Água
d) Dose	d) Câncer

Se você tiver alguma _____, Ligue para _____ de Raio X no nº 222-2821

a) Resposta	a) O departamento
b) Tarefa	b) Disque
c) Região	c) A farmácia
d) Pergunta	d) O Dental

PASSAGEM B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber atendimento adequado neste hospital.

- a) Cabelo
- b) Salgar
- c) Poder
- d) Doer

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico.

a) Compreendo	a) Aprovar
b) Sondo	b) Arriscar
c) Envio	c) Cumprir
d) Ganho	d) transmitir

Serão muito _____ para permitir o correto _____.

a) Proteínas	a) Agudo
b) Importantes	b) Hospital
c) Superficiais	c) Mioma
d) Numéricas	d) Diagnostico

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____

a) Investigo	a) Alteração
b) Entretenho	b) Hormônio
c) Entendo	c) Antiácido
d) Estabeleço	d) Custo

Nas minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento.

- a) Três
- b) Um
- c) Cinco
- d) Dez

Em que me tornar _____ da alteração.

- a) Honrado
- b) Ciente
- c) Longe
- d) Devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento.

a) Assim	a) Alimentar
b) Isto	b) Ocupar
c) Que	c) Dispensar
d) Do que	d) Adaptar

Tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.

a) Brilho	a) Solicitar	a) Contando
b) Esquerdo	b) Reciclar	b) Lendo
c) Errado	c) Falhar	c) Telefonando
d) Direito	d) Reparar	d) Observando

Se você _____ de ajuda para entender estar _____

a) Lavar	a) Instruções
b) Precisar	b) Taxas
c) Cobrir	c) Hipoglicemias
d) Medir	d) Datas

Você deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____ social.

a) Relaxar	a) Tumor
b) Quebrar	b) Abdome
c) Aspirar	c) Serviço
d) Procurar	d) Adulto

Para _____ todas as suas _____.

a) Encobrir	a) Pélvis
b) Esclarecer	b) Duvidas
c) Desconhecer	c) Tomografias
d) Esperar	d) Consoantes

Parte 2 – Compreensão Numérica

Rótulo 1 – Inserido no frasco de medicamento:

Data Fabric.: 10/07/04	Data Valid: 10/07/06
Pac.: JOÃO CARLOS SILVA	
Dr.: André Marques	
Uso oral:	
AMPICILINA 250 mg 40 cáps.	
Posologia: Tomar uma cápsula a cada 6 horas	

Rótulo 2 – Exame de Glicemia:

Glicemia Normal: 70 a 99 mg/dl
Sua Glicemia de hoje é de 120 mg/dl

Rótulo 3 – Cartão de consulta:

CARTÃO DE CONSULTA
CLÍNICA: Endocrinologia / Diabetes LOCAL: 3.º andar
Dia: Quinta-feira Data: 2 de abril HORÁRIO: 10:20 hs.
Marcado por:
NO DIA DA CONSULTA TRAGA SUA CARTEIRINHA

Rótulo 4 – Inserido no frasco de medicamento:

Data Fabric.: 08/07/04

Valid.: 2 meses

Pac. JOÃO CARLOS SILVA

Dr. André Marques

Uso oral:

DOXICICLINA 100 mg 20 cáps.

Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio, uma hora antes ou 2 a 3 horas depois da refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.

ANEXO 5 - CORONARY ARTERY DISEASE EDUCATION
QUESTIONNAIRE – SHORT VERSION
(CADE-Q SV)

Instruções: Nas páginas a seguir, você será solicitado a responder até 20 questões verdadeiras/falsas relacionadas ao seu conhecimento sobre vários aspectos da doença cardíaca. Por favor, responda cada questão marcando Verdadeiro ou Falso. Sinta-se livre para marcar “Eu não sei” se você não tem certeza de uma resposta.

	Afirmção	Verdadeiro	Falso	Eu não sei
1	A doença cardíaca só acontece em pessoas idosas que fumam ou têm colesterol alto.	☐	☐	☐
2	Mudanças no estilo de vida, como uma alimentação saudável, podem diminuir suas chances de desenvolver doenças cardíacas.	☐	☐	☐
3	Angina é dor no peito ou desconforto no seu braço, costas ou pescoço.	☐	☐	☐
4	O treinamento de resistência (levantar pesos ou usar bandas elásticas) pode fortalecer os músculos e ajuda a reduzir o açúcar no sangue.	☐	☐	☐
5	Comer mais carne e produtos lácteos é uma boa maneira de adicionar mais fibra à sua dieta.	☐	☐	☐
6	Medicamentos como ácido acetilsalicílico (AAS) ajudam a prevenir a formação de coágulos sanguíneos.	☐	☐	☐
7	A única maneira eficaz de gerenciar o estresse é evitar pessoas que causem sentimentos desagradáveis.	☐	☐	☐
8	Um aquecimento antes do exercício aumenta a frequência cardíaca e diminui sua chance de ter angina.	☐	☐	☐
9	Alimentos preparados ou processados, como sopa enlatada e bacon, geralmente têm muito sal (sódio).	☐	☐	☐

10	Depressão é comum após um ataque cardíaco e aumenta a chance de ter outro ataque cardíaco.	☐	☐	☐
11	Os medicamentos “estatinas” (como arteovastatina e sinvastatina) limitam a quantidade de colesterol que seu corpo absorve dos alimentos.	☐	☐	☐
12	Para ajudar a controlar a pressão arterial, coma menos sal e faça exercícios regularmente.	☐	☐	☐
13	Se sentir desconforto no peito durante a caminhada, acelere para ver se ele desaparece.	☐	☐	☐
14	Gordura trans é um tipo de gordura não saudável que é frequentemente encontrado em alimentos cozidos ou fritos.	☐	☐	☐
15	A apneia do sono (pausa na respiração durante o sono) pode aumentar sua chance de ter outro ataque cardíaco.	☐	☐	☐
16	Para controlar o colesterol, torne-se vegetariano e evite comer ovos.	☐	☐	☐
17	Você está exercitando no nível certo quando sua frequência cardíaca está na zona alvo e você ainda pode conversar confortavelmente.	☐	☐	☐
18	Você não pode evitar o diabetes com exercícios e alimentação saudável.	☐	☐	☐
19	O estresse aumenta sua chance de ter um ataque cardíaco, tanto quanto a pressão alta e diabetes.	☐	☐	☐
20	Para ajudar a reduzir a pressão arterial, coma alimentos saudáveis com mais frequência, como legumes, frutas e grãos integrais.	☐	☐	☐

Obrigada por sua participação

ANEXO 6 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/USP, PARECER N. 3.224.569/2019

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autocuidado e alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana.

Pesquisador: Ana Caroline da Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12805619.5.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.324.569

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional de abordagem quantitativa, cuja proposta encontra-se bem estruturada do ponto de vista tanto teórico como metodologicamente. Ressaltem-se a clareza, a consistência e a coerência do projeto de pesquisa no que tange ao seu objeto, o problema de pesquisa, a hipótese, os objetivos e o quadro teórico propostos. Nesse último (no quadro teórico), discute-se a relação entre o autocuidado da pessoa com doença arterial coronariana (DAC) e o alfabetismo em saúde. Na hipótese do estudo prevê-se que há associação entre essa capacidade de autocuidado e alfabetismo em saúde em pacientes com essa patologia. Definem-se os conceitos de autocuidado e alfabetismo em saúde, de forma clara e bem fundamentada na vasta e atualizada literatura acerca dessa temática.

Objetivo da Pesquisa:

Julgo que os objetivos são coerentes e exequíveis no bojo da proposta. Assim, o objetivo maior consiste na análise da associação entre a capacidade de autocuidado e o alfabetismo em saúde nos pacientes com a DAC. Os específicos desdobram-se em: descrever as características sociodemográficas e clínicas e identificar o nível de alfabetismo em saúde e da capacidade de autocuidado; comparar a capacidade de autocuidado dos pacientes com DAC segundo o nível de alfabetismo em saúde; Verificar os fatos preditivos da capacidade de autocuidado.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.324.569

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras apontam que "os riscos relacionados com a participação nesse estudo referem-se à possibilidade de cansaço ao responder às questões ou desconforto por não saber responder alguma pergunta". Aponta que caso o participante sinta-se cansado ou desconfortável, sua participação poderá ser interrompida e retomada, se assim o desejar, em momento oportuno. Quanto aos benefícios: as pesquisadoras sinalizam que "o estudo contribuirá para um melhor conhecimento sobre a influência do alfabetismo em saúde no autocuidado e irá colaborar para aprimorar e estimular pesquisas sobre o assunto, que podem trazer melhorias na saúde de pessoas com a DAC"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está adequada do ponto de vista ético e na sua proposição junto à Plataforma Brasil. O percurso metodológico está minuciosamente detalhado, inclusive os critérios de inclusão e exclusão no estudo, os instrumentos de coleta dos dados e a análise pretendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está construído de forma clara, coerente com a proposta, contemplando os diversos itens esperados nesse instrumento, contemplando os aspectos éticos exigidos na pesquisa envolvendo seres humanos. Há dois TCLEs, com vistas à realização da pesquisa em dois cenários distintos (hospitais), o Hospital das Clínicas Samuel Libânio e o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo). Em ambos os Termos, as pesquisadoras subdividem tópicos: Introdução; Convite; Finalidade; Duração esperada para a participação; Procedimentos; Suas responsabilidades; Contato em caso de emergência/contato com o CEP; Participação voluntária/descontinuidade; Declaração de consentimento/Termo de consentimento livre e esclarecido; Assinaturas (paciente, testemunha e pesquisador). Julgo que dessa maneira, as pesquisadoras contemplam todos os itens preconizadas na confecção do TCLE; julgo, ademais, que o TCLE está sendo apresentado de forma clara e didática ao participante.

Recomendações:

Apresenta-se cartas de autorização para coleta de dados do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (Pouso Alegre, MG) e do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa analisado tem relevância social e trará contribuições importantes sobre a abordagem da enfermagem na interação com o paciente com essa patologia.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.324.569

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1345428.pdf	29/04/2019 22:41:14		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/04/2019 21:36:31	Ana Caroline da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_ANA_CAROLINE_2019.docx	29/04/2019 21:36:16	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	orientacao_autorizacao_estudo_IDPC.docx	29/04/2019 21:19:54	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	ciencia_divisao_enf.pdf	29/04/2019 21:19:11	Ana Caroline da Costa	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/04/2019 19:58:03	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C.docx	29/04/2019 19:53:41	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B.docx	29/04/2019 19:53:26	Ana Caroline da Costa	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_Ana.pdf	29/04/2019 14:56:08	Ana Caroline da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.324.569

SAO PAULO, 14 de Maio de 2019

Assinado por:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 7 - EMENDA PARECER CEP/USP N. 3.574.294/2019

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Autocuidado e alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana.

Pesquisador: Ana Caroline da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12805619.5.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.574.294

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional de abordagem quantitativa cujo objeto de interesse investigativo versa sobre o autocuidado e alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana (DAC). Há vasta, atualizada e adensada literatura acerca da temática estudada.

Objetivo da Pesquisa:

As autoras apresentam como objetivo primário: Analisar a associação entre a capacidade de autocuidado e o alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana e secundários: Descrever as características sociodemográficas e clínicas; Identificar o nível de alfabetismo em saúde e da capacidade de autocuidado; Comparar a capacidade de autocuidado dos pacientes com essa patologia segundo o nível de alfabetismo em saúde; Verificar os fatores preditivos da capacidade de autocuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionam-se à participação na pesquisa, especialmente no que se refere à possibilidade de ocorrência de cansaço ao responder às perguntas ou desconforto por não saber responder alguma questão. Havendo tal ocorrência, as autores farão a interrupção da atividade de coleta, retomando-a, oportunamente, se assim o desejar o colaborador.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO / EEUSP

Continuação do Parecer: 3.574.294

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As autores descrevem o percurso metodológico do estudo de forma detalhada, inclusive metodologia de análise dos dados. São destacados os critérios de inclusão dos pacientes com DAC cadastrados no ambulatório de cirurgia cardíaca do Hospital das Clínicas Samuel Libânio e no ambulatório do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: idade igual ou superior a 18 anos, que saibam ler e tenham capacidade cognitiva preservada, avaliada pelo MEEM (Mini Exame de Estado Mental).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está estruturado em tópicos (Introdução, convite, finalidade, procedimentos, responsabilidades, contato em caso de emergência/contato com o CEP, participação voluntária/descontinuação, declaração de consentimento - TCLE propriamente dito, inclusive, prevê-se no documento as assinaturas do paciente, de duas testemunhas e do pesquisador. Prevê, ademais, que uma via do documento ficará com o colaborador. Apesar da amplitude do Termo (3 páginas), o mesmo é explicativo e rico de informações relevantes para o provável colaborador e para o próprio investigador.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa está estruturado de forma coerente, com fundamentação teórico-metodológica, os objetivos são exequíveis. Há dois Termos (Hospital das Clínicas Samuel Libânio e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia) e anuência das instituições envolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1410814_E1.pdf	13/08/2019 15:06:47		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/04/2019 21:36:31	Ana Caroline da Costa	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO / EEUSP

Continuação do Parecer: 3.574.294

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_ANA_CAROLINE_2019.docx	29/04/2019 21:36:16	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	orientacao_autorizacao_estudo_IDPC.docx	29/04/2019 21:19:54	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	ciencia_divisao_enf.pdf	29/04/2019 21:19:11	Ana Caroline da Costa	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/04/2019 19:58:03	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C.docx	29/04/2019 19:53:41	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B.docx	29/04/2019 19:53:26	Ana Caroline da Costa	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_Ana.pdf	29/04/2019 14:56:08	Ana Caroline da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Setembro de 2019

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 8 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/IDCP N. 3.490.032/2019

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autocuidado e alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana.

Pesquisador: Ana Caroline da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12805619.5.3001.5462

Instituição Proponente: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.490.032

Apresentação do Projeto:

Nº DO PROTOCOLO DO CEP: 4952

Nº DE PARTICIPANTES DA PESQUISA: 100

Início e término do estudo: 01/10/2019 a 31/01/2020

A doença arterial coronariana (DAC) é reconhecida como importante causa de morbidade e mortalidade no mundo. A capacidade de autocuidado da pessoa com DAC é importante para o manejo da doença e do tratamento. De acordo com a Teoria Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem, a capacidade de autocuidado é influenciada por fatores condicionantes básicos. Não está claro se o alfabetismo em saúde como um fator condicionante básico, pode afetar a capacidade de autocuidado em pessoas com DAC. Objetivos: O objetivo geral deste estudo é analisar a associação entre a capacidade de autocuidado e o alfabetismo em saúde nos pacientes com DAC. Os objetivos específicos são: 1) descrever as características sociodemográficas e clínicas desses pacientes; 2) identificar o nível de alfabetismo em saúde e da capacidade de autocuidado; 3) comparar a capacidade de autocuidado dos pacientes com DAC segundo o nível de alfabetismo em saúde; e 4) verificar os fatores

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar			
Bairro: Ibirapuera		CEP: 04.012-909	
UF: SP	Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)5085-6040	Fax: (11)5085-6040	E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.490.032

preditivos da capacidade de autocuidado. Método: Trata-se de estudo multicêntrico, transversal, descritivo e correlacional, de abordagem quantitativa. O cálculo do tamanho amostral levou em consideração a população infinita, força de correlação moderada entre capacidade de autocuidado e alfabetismo em saúde, poder do teste de 0,80 e nível de significância de 5%, de modo que será de 100 participantes. Serão incluídos pacientes com DAC cadastrados no ambulatório de cirurgia cardíaca do Hospital das Clínicas Samuel Libânio e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, com idade igual ou superior a 18 anos, que saibam ler e tenham capacidade cognitiva preservada. Serão excluídos aqueles com capacidade visual e/ou de comunicação comprometidas, que impossibilite a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Para a coleta de dados serão utilizados cinco instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica, Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA), Escala Revisada para a Avaliação da Agência de Autocuidado (ASA-R) e Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE-Q SV). Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva, sendo que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências relativa e absoluta, e para as variáveis contínuas, medidas de tendência central e dispersão. As análises inferenciais e dos modelos de regressão serão realizadas de acordo com o tipo ou natureza das variáveis e com a indicação do estatístico. A coleta de dados será iniciada apenas após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas. O presente estudo seguirá os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a associação entre a capacidade de autocuidado e o alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa se referem à possibilidade de cansaço ao

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.490.032

responder às perguntas ou desconforto por não saber responder alguma questão. Caso o participante sinta-se cansado ou desconfortável, sua participação poderá ser interrompida e retomada, se assim desejado pelo participante, após a melhora do cansaço e ou desconforto.

Benefícios:

O estudo contribuirá para um melhor conhecimento sobre a influência do alfabetismo em saúde no autocuidado e irá colaborar para aprimorar e estimular pesquisas sobre o assunto, que podem trazer melhorias na saúde de pessoas com doença arterial coronariana

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não há impedimentos éticos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações foram entregues adequadamente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP solicita que seja encaminhado emenda ao CEP da instituição proponente para correção do nome do pesquisador responsável na plataforma Brasil. O prazo para o cumprimento dessa alteração será de 30 dias, caso contrário o CEP irá cancelar o projeto dentro do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, resolução 510/96 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, após análise das pendências em reunião ordinária de 07/08/2019 manifesta-se pela aprovação do estudo com recomendação que deve ser cumprida e informada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1356355.pdf	16/07/2019 17:58:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_ANA_IDPC.docx	05/07/2019 15:19:10	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_CADASTRO_PB.pdf	05/07/2019	Ana Caroline da	Aceito

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
 Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Continuação do Parecer: 3.490.032

Outros	JUSTIFICATIVA_CADASTRO_PB.pdf	15:11:22	Costa	Aceito
Outros	DECLARACAO_COAUTORIA.pdf	05/07/2019 15:10:26	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	DECLARACAO_CITACAO.pdf	05/07/2019 15:07:56	Ana Caroline da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_ana_paula.pdf	05/07/2019 15:07:20	Ana Caroline da Costa	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_PARECER_CEP.pdf	05/07/2019 15:06:05	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDPC.docx	05/07/2019 15:02:52	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	declaracao_orientador_ME.pdf	22/05/2019 13:29:40	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	declaracao_466.pdf	22/05/2019 13:29:14	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	forma_recrutamento.pdf	21/05/2019 19:25:42	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	responsabilidade_pesquisador.pdf	21/05/2019 19:24:11	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	declaracao_riscos_beneficios.pdf	21/05/2019 19:23:18	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	relacao_documentos.pdf	21/05/2019 19:22:49	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	curriculo_lattes.pdf	21/05/2019 19:22:15	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	ficha_cadastro.pdf	21/05/2019 19:21:42	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	centros_participantes.pdf	21/05/2019 19:21:21	Ana Caroline da Costa	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/05/2019 19:20:52	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	autorizacao_IDPC.pdf	20/05/2019 17:50:07	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	autorizacao_amb_enf.pdf	20/05/2019 17:47:18	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	autorizacao_amb_coronariopatias.pdf	20/05/2019 17:41:54	Ana Caroline da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_ANA_CAROLINE_2019.docx	29/04/2019 21:36:16	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	orientacao_autorizacao_estudo_IDPC.docx	29/04/2019 21:19:54	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	ciencia_divisao_enf.pdf	29/04/2019 21:19:11	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de	Apendice_C.docx	29/04/2019	Ana Caroline da	Aceito

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar

Bairro: Ibirapuera

CEP: 04.012-909

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5085-6040

Fax: (11)5085-6040

E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.490.032

Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C.docx	19:53:41	Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B.docx	29/04/2019 19:53:26	Ana Caroline da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Agosto de 2019

Assinado por:
Pedro Silvio Farsky
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

ANEXO 9 - EMENDA PARECER CEP/IDPC N. 3.670.079/2019

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autocuidado e alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana.

Pesquisador: Ana Caroline da Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12805619.5.3001.5462

Instituição Proponente: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.670.079

Apresentação do Projeto:

Nº DO PROTOCOLO DO CEP: 4952

Nº DE PARTICIPANTES DA PESQUISA: 100

Início e término do estudo: 01/10/2019 a 31/01/2020

A doença arterial coronariana (DAC) é reconhecida como importante causa de morbidade e mortalidade no mundo. A capacidade de

autocuidado da pessoa com DAC é importante para o manejo da doença e do tratamento. De acordo com a Teoria Enfermagem do Déficit de

Autocuidado de Orem, a capacidade de autocuidado é influenciada por fatores condicionantes básicos. Não está claro se o alfabetismo em saúde

como um fator condicionante básico, pode afetar a capacidade de autocuidado em pessoas com DAC.

Objetivos: O objetivo geral deste estudo é

analisar a associação entre a capacidade de autocuidado e o alfabetismo em saúde nos pacientes com DAC. Os objetivos específicos são: 1)

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar

Bairro: Ibirapuera

CEP: 04.012-909

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5085-6040

Fax: (11)5085-6040

E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.670.079

descrever as características sociodemográficas e clínicas desses pacientes; 2) identificar o nível de alfabetismo em saúde e da capacidade de autocuidado; 3) comparar a capacidade de autocuidado dos pacientes com DAC segundo o nível de alfabetismo em saúde; e 4) verificar os fatores preditivos da capacidade de autocuidado. Método: Trata-se de estudo multicêntrico, transversal, descritivo e correlacional, de abordagem quantitativa. O cálculo do tamanho amostral levou em consideração a população infinita, força de correlação moderada entre capacidade de autocuidado e alfabetismo em saúde, poder do teste de 0,80 e nível de significância de 5%, de modo que será de 100 participantes. Serão incluídos pacientes com DAC cadastrados no ambulatório de cirurgia cardíaca do Hospital das Clínicas Samuel Libânio e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, com idade igual ou superior a 18 anos, que saibam ler e tenham capacidade cognitiva preservada. Serão excluídos aqueles com capacidade visual e/ou de comunicação comprometidas, que impossibilite a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Para a coleta de dados serão utilizados cinco instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica, Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA), Escala Revisada para a Avaliação da Agência de Autocuidado (ASA-R) e Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE-Q SV). Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva, sendo que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências relativa e absoluta, e para as variáveis contínuas, medidas de tendência central e dispersão. As análises inferenciais e dos modelos de regressão serão realizadas de acordo com o tipo ou natureza das variáveis e

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

INSTITUTO DANTE
PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Continuação do Parecer: 3.670.079

com a indicação do estatístico. A coleta de dados será iniciada apenas após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas. O presente estudo seguirá os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a associação entre a capacidade de autocuidado e o alfabetismo em saúde nos pacientes com doença arterial coronariana

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa se referem à possibilidade de cansaço ao responder às perguntas ou desconforto por não saber responder alguma questão. Caso o participante sinta-se cansado ou desconfortável, sua participação poderá ser interrompida e retomada, se assim desejado pelo participante, após a melhora do cansaço e ou desconforto.

Benefícios:

O estudo contribuirá para um melhor conhecimento sobre a influência do alfabetismo em saúde no autocuidado e irá colaborar para aprimorar e estimular pesquisas sobre o assunto, que podem trazer melhorias na saúde de pessoas com doença arterial coronariana

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não há impedimentos éticos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações foram entregues adequadamente

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.670.079

Recomendações:

O CEP solicita que seja encaminhado emenda ao CEP da instituição proponente para correção do nome do pesquisador responsável na plataforma Brasil. O prazo para o cumprimento dessa alteração será de 30 dias, caso contrário o CEP irá cancelar o projeto dentro do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. (pendência atendida)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, resolução 510/96 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, em reunião ordinária de 22/10/2019 manifesta-se pela aprovação da emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, resolução 510/96 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, em reunião ordinária de 22/10/2019 manifesta-se pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_ANA_CAROLINE_2019.docx	29/04/2019 21:36:16	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	orientacao_autorizacao_estudo_IDPC.docx	29/04/2019 21:19:54	Ana Caroline da Costa	Aceito
Outros	ciencia_divisao_enf.pdf	29/04/2019 21:19:11	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C.docx	29/04/2019 19:53:41	Ana Caroline da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B.docx	29/04/2019 19:53:26	Ana Caroline da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
 Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.670.079

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Outubro de 2019

Assinado por:
Pedro Silvio Farsky
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br