

# Sintomas de pacientes antes da primeira hospitalização por Síndrome Coronariana Aguda\*

PATIENTS' SYMPTOMS BEFORE A FIRST HOSPITALIZATION DUE TO ACUTE CORONARY SYNDROME

SÍNTOMAS DE PACIENTES ANTES DE LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Carina Aparecida Marosti Dessotte<sup>1</sup>, Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>2</sup>, André Schmidt<sup>3</sup>

## RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar os pacientes quanto ao relato da presença de sintomas de dor torácica, dispneia e limitação das atividades diárias uma semana antes da primeira hospitalização por Síndrome Coronariana Aguda, segundo a forma de apresentação clínica, e compará-las. Estudo transversal, descritivo e correlacional. Utilizou-se um instrumento de avaliação clínica que investigou a presença e a gravidade dos sintomas de dispneia, precordialgia e restrição física decorrentes da isquemia do miocárdio. Com relação à limitação para realização de atividades físicas, pacientes com diagnóstico de angina instável mostraram maior comprometimento na semana que antecedeu a internação, assim como relataram a presença de dispneia e precordialgia com maior frequência do que os pacientes infartados em situações que vão desde realizarem grandes esforços como, por exemplo, caminhar na subida ou muito rápido no plano, até situações de repouso ou de pequenos esforços.

## DESCRIPTORIOS

Doença das coronárias  
Síndrome coronariana aguda  
Dor no peito  
Dispneia

## ABSTRACT

The objective of this study was to characterize and compare patients regarding their report of experiencing chest pain, dyspnea and limitation of the daily life activities one week before their first hospitalization due to Acute Coronary Syndrome, according to the clinical presentation form, and compare them. This is a cross-sectional, descriptive and correlational study. A clinical evaluation instrument was used to investigate the presence and severity of dyspnea, chest pain and physical restriction due to myocardial ischemia. Regarding the limitation to carry out physical activities, patients diagnosed with unstable angina showed lower capacity the week before hospitalization, and reported experiencing dyspnea and chest pain more frequently than patients who had an infarction in situations ranging from making strong efforts, such as walking uphill or on a flat surface but very quickly, to resting and in situations of little effort.

## DESCRIPTORS

Coronary disease  
Acute coronary syndrome  
Chest pain  
Dyspnea

## RESUMEN

Estudio que objetivó caracterizar a pacientes en cuanto al relato de presencia de síntomas de dolor torácico, disnea y limitación de actividades diarias una semana antes de la primera hospitalización por Síndrome Coronario Agudo, según la forma de presentación clínica, y compararlas. Estudio transversal, descriptivo y correlacional. Se utilizó un instrumento de evaluación clínica que investigó la presencia y gravedad de síntomas de disnea, precordialgia y restricción física derivadas de isquemia de miocardio. En relación a limitaciones para realización de actividades físicas, pacientes con diagnóstico de angina inestable mostraron mayor compromiso en la semana que antecedió a la internación, así como relataron la presencia de disnea y precordialgia con mayor frecuencia que en los pacientes infartados en situaciones tales como realizar grandes esfuerzos como, por ejemplo, caminar en pendiente ascendiente o muy rápido en el llano, hasta situaciones de reposo o pequeños esfuerzos.

## DESCRIPTORES

Enfermedad coronaria  
Síndrome coronario agudo  
Dolor en el pecho  
Disnea

\*Extraído da tese "Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010. <sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. [camarosti@uol.com.br](mailto:camarosti@uol.com.br) <sup>2</sup> Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. [rsdantas@eerp.usp.br](mailto:rsdantas@eerp.usp.br) <sup>3</sup> Médico. Professor Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. [aschmidt@fmp.usp.br](mailto:aschmidt@fmp.usp.br)

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares de origem aterosclerótica são, atualmente, as principais causas de morte e invalidez no mundo. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde<sup>(1)</sup>, as doenças crônicas têm sido consideradas como devastadoras não somente para os indivíduos/familiares, mas também para as comunidades, particularmente as mais carentes, sendo uma ameaça crescente ao desenvolvimento econômico. Estima-se que nas próximas duas décadas, nos países da América Latino e Caribe, haverá quase o triplo da incidência de doença isquêmica do coração e acidente cerebrovascular. Na maioria desses países, as doenças crônicas são, atualmente, as principais causas de mortalidade e incapacidades prematuras e contribuem para quase 50% dos anos de vida ajustados por incapacidade perdidos na região. No que se refere às doenças cardiovasculares, na primeira década do século 21, prevê-se que elas provoquem cerca de 20,7 milhões de mortes. As previsões para as próximas duas décadas incluem quase o triplo da mortalidade por doença isquêmica do coração e acidente cerebrovascular na América Latina.

A origem mais comum da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é a doença arterial coronariana. O termo SCA é amplamente utilizado para descrever pacientes que apresentam o infarto agudo do miocárdio (IAM) ou a angina instável (AI). A angina, o infarto sem elevação do segmento ST e o infarto com elevação do segmento ST apresentam fisiopatologias semelhantes e suas origens estão relacionadas com a progressão plaquetária nas artérias coronárias, instabilidade da placa do ateroma, ruptura com ou sem trombose luminal e vasoespasmo<sup>(2)</sup>. As três formas de apresentação da SCA são definidas por meio de eletrocardiograma, no qual se visualiza uma depressão no segmento ST ou uma inversão proeminente da onda T, e na ausência da elevação do segmento ST e na presença de sinais clínicos típicos de SCA (dor/desconforto torácico ou equivalente anginoso), utiliza-se a investigação de marcadores de necrose miocárdica, como, por exemplo, a troponina<sup>(3)</sup>.

O paciente que apresenta qualquer uma das três formas da SCA vai vivenciar os sintomas típicos da baixa perfusão miocárdica: precordialgia, em opressão ou queimação, dispneia e cansaço<sup>(3)</sup>.

A avaliação dos sintomas decorrentes da doença arterial coronariana ou SCA tem sido feita, principalmente, após a realização de procedimentos terapêuticos visando comparar a efetividade de diferentes tratamentos<sup>(4)</sup>. Poucos autores têm investigado como os pacientes percebem, pela primeira vez, as suas manifestações antes da hospita-

lização. Acredita-se que tal conhecimento por parte dos profissionais da saúde poderá favorecer o estabelecimento de estratégias educativas voltadas à população geral sobre os sintomas da SCA e, também, a elaboração de um plano de cuidados dos indivíduos que procuram pelos serviços de saúde em decorrência dessas manifestações. É conhecido que a procura por atendimento em um tempo hábil possibilita que os pacientes sejam submetidos às intervenções efetivas com a finalidade de preservar o miocárdio e diminuir os danos cardíacos. Como consequência, os profissionais teriam mais chance de salvar a vida dos pacientes e de preservar a qualidade de vida posterior ao evento isquêmico destes indivíduos.

O estudo objetivou caracterizar os pacientes quanto ao relato da presença de sintomas de dor torácica, dispneia e limitação das atividades diárias uma semana antes da primeira hospitalização por SCA, segundo a forma de apresentação clínica (AI e IAM) e comparar a frequência dos sintomas relatados pelos pacientes, segundo a forma de apresentação clínica da SCA (AI e IAM).

## MÉTODO

Estudo de caráter descritivo correlacional, do tipo transversal, desenvolvido em dois hospitais públicos localizados no interior do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados de maio de 2006 a julho de 2009 e uma amostra de conveniência foi formada por 253 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: ser o primeiro episódio da SCA; estar hospitalizado há, no mínimo, 24 horas e, no máximo, sete dias; ter acima de 21 anos; estar em condições clínicas (físicas e psicológicas) de ser entrevistado pelas pesquisadoras e concordar em participar do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos referidos hospitais. Os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, tanto verbalmente quanto por escrito e o termo de esclarecimento e consentimento pós-esclarecido foi assinado pelos pacientes e pesquisadoras.

Todos os dados foram coletados por entrevistas individuais com os pacientes durante a internação. O questionário de coleta constou das seguintes variáveis sócio-demográficas: sexo; estado civil; escolaridade (em anos que frequentou instituições de ensino); situação profissional e renda mensal familiar. A idade foi posteriormente calculada usando a data de nascimento e a data da entrevista. Os dados clínicos coletados foram: o tempo de internação, o diagnóstico (AI ou IAM) e a presença de tratamentos prévios para outras doenças cardiovasculares antes da apresentação da primeira SCA (hiper-

tensão arterial, arritmias e miocardiopatias). Foi investigada também a presença de fatores de risco para doença arterial coronariana, diagnosticados antes ou durante a internação: diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, índice de massa corpórea e acidente vascular encefálico.

Para melhor avaliação dos principais sintomas da SCA, foi utilizado um questionário<sup>(4)</sup> no qual o paciente respondeu levando em consideração a semana que antecedeu a internação. O questionário é formado por cinco questões, sendo a maioria com respostas dicotômicas (sim ou não). A primeira questão indaga o grau de limitação que o paciente apresentava, antes da hospitalização, para desenvolver atividade física (não limitada, levemente limitada, muito limitada e completamente limitada) e a segunda qual a causa da limitação (cansaço, arritmia, dispneia, angina e outras patologias), podendo o paciente responder mais de uma opção para essa questão. A terceira questão investiga a presença de dispneia em diferentes situações tais como caminhar, vestir-se ou mesmo em repouso (respostas sim ou não). A quarta questão, com seis opções de resposta, investiga o número de episódios de angina, variando de nunca até várias vezes ao dia. A última questão aborda onze possíveis situações que podem desencadear angina. Vale ressaltar que esse questionário permite a descrição da frequência dos sintomas, não havendo um escore total para cada um deles (dispneia, precordialgia e restrição física).

Portanto, trata-se de um questionário de avaliação clínica, de fácil utilização e que investiga a presença e a gravidade dos sintomas de dispneia, precordialgia e restrição física decorrentes da isquemia do miocárdio. Por considerar que os itens que compõem o questionário não são influenciados por questões culturais ou pelo país de origem dos pacientes, além de se tratar de um questionário que não necessita de uma abordagem comum aos instrumentos desenvolvidos sob o referencial da psicometria, decidiu-se realizar a tradução das questões e alternativas de respostas e, posteriormente, as validações de face e de conteúdo sem a realização do processo de adaptação sugerido para instrumentos que avaliam constructos subjetivos, tais como qualidade de vida relacionada à saúde.

Assim, após a tradução do questionário, ele foi submetido à avaliação por um comitê de quatro juízes, que analisaram suas questões quanto à sua pertinência (se os itens expressavam verdadeira relação com a proposta do estudo em questão) e clareza (se os itens estavam descritos de forma compreensível). Em seguida, o questionário foi submetido à análise semântica por quatro potenciais sujeitos,

e depois de todas as adequações semânticas chegou-se a versão final do questionário.

Os dados foram processados e analisados no Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 15.0. Foram feitas análises descritivas de frequência simples para as variáveis nominais e análises de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas. Para avaliar diferenças nos sintomas apresentados pelos dois grupos, usamos o teste de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 0,05.

## RESULTADOS

Entre os 253 sujeitos que participaram do estudo, 142 (56,1%) foram hospitalizados como o diagnóstico de IAM e 111 (43,9%) com o diagnóstico de AI. A idade média dos infartados foi de 55,8 anos (DP=13), sendo que o participante mais novo tinha 25,4 anos e o mais velho 79,4 anos. No grupo dos pacientes com AI, a idade média foi de 60,6 anos (DP=10,5), variando de 33,8 anos a 82,1 anos. Com relação ao sexo, em ambos os grupos, houve predomínio do sexo masculino: 69 (62,2%) e 106 (74,6%), respectivamente, para AI e IAM. Não constatamos diferença estatisticamente significativa entre os grupos para a variável sexo ( $p>0,05$ ), entretanto, houve diferença estatisticamente significativa para a variável idade ( $p<0,05$ ). Nos dois grupos, os pacientes eram predominantemente casados e desempenhavam atividades profissionais remuneradas. A média de escolaridade para os dois grupos foi de 5,3 anos, variando de 0 a 21 anos para o grupo de AI e de 0 a 23 anos para o grupo de IAM, com mediana de quatro para ambos. A renda mensal familiar dos grupos também foi semelhante, variando de R\$350,00 a R\$7.600,00 entre os pacientes com AI e de R\$120,00 a R\$6.000,00 entre os infartados (Tabela 1).

Quanto à caracterização clínica dos participantes, observou-se que o tempo médio de internação foi o mesmo para pacientes com AI ( $\bar{x}= 2,7$ ) e com IAM ( $\bar{x}= 2,6$ ), sendo o intervalo de um a seis dias para ambos os grupos.

Com relação à presença de tratamentos prévios de outras doenças cardiovasculares antes do primeiro episódio da SCA, obteve-se que 70,3% do grupo de pacientes de AI já tratavam de alguma outra doença cardiovascular no momento da internação, assim como 44% dos pacientes infartados (Tabela 1).

Outra variável investigada foi presença de fatores de risco antes da internação ou diagnosticados durante a hospitalização (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos na internação, segundo o grupo diagnóstico - Ribeirão Preto, SP - 2006-2009

Variáveis	IAM (n=142)		AI (n=111)	
	n (%)	$\bar{x}$ (DP) <sup>a</sup>	n (%)	$\bar{x}$ (DP) <sup>a</sup>
<b>Sociodemográficas</b>				
Casados/união consensual	95 (66,9)		81 (71,0)	
Trabalhadores ativos	92 (64,8)		55 (49,5)	
Escolaridade (anos)		5,4 (4,1)		5,3 (4,4)
Renda familiar (reais)		1405 (1135)		1419 (1406)
<b>Presença tratamento prévio (sim)</b>				
Outras DCV*	63 (44,0)		78 (70,3)	
Hipertensão Arterial	62 (43,7)		72 (64,9)	
Arritmias	02 (1,4)		02 (1,8)	
Miocardopatias	01 (0,7)		02 (1,8)	
<b>Presença de fatores de risco</b>				
Tabagismo	111 (78,2)		83 (74,8)	
Sobrepeso/obesidade	89 (62,6)		65 (58,5)	
Hipertensão arterial	85 (59,9)		91 (82,0)	
Dislipidemia	46 (32,4)		59 (53,2)	
Diabetes mellitus	42 (29,6)		46 (41,4)	
Acidente vascular cerebral	05 (3,5)		05 (4,5)	

<sup>a</sup>  $\bar{x}$  (DP): média (desvio-padrão); \*DCV: doenças cardiovasculares.

Os resultados referentes à aplicação da versão traduzida do Questionário de Sintomas<sup>(4)</sup> encontram-se nas Tabelas 2 a 5.

A primeira questão indagou o grau de limitação que os pacientes apresentaram, na semana que antecedeu à hospitalização, para desenvolverem atividades físicas. A opção *não limita* foi escolhida por 64,1% dos infartados enquanto apenas 35,1% dos sujeitos com AI referiram a mesma resposta. A opção *completamente limitada* foi escolhida por 27,9% dos sujeitos internados com AI e por 4,2% dos infartados. A maioria das respostas para cada

uma das opções mostrou maior comprometimento, entre os sujeitos com diagnóstico de AI, para realização de atividades físicas, na semana que antecedeu à internação, apenas a opção *muito limitada* foi mais frequente no grupo de pacientes infartados. Essas diferenças foram estatisticamente significantes entre os dois grupos investigados ( $p=0,000$ ). As causas para tal limitação apontadas pelos sujeitos foram cansaço, dispneia, arritmia, dor no peito e outras patologias de origem não-cardíacas. Entre elas, constatou-se diferença estatisticamente significativa para angina ( $p=0,000$ ) e outras patologias de origem não-cardíaca ( $p=0,001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Resultados da primeira e segunda questão do Questionário de Sintomas, segundo a apresentação clínica da SCA e valores de probabilidade ( $p$ ) associada ao teste de Qui-quadrado - Ribeirão Preto, SP - 2006 - 2009

Questões	IAM (n=142) n (%)	AI (n=111) n (%)	$p$
1. Atividade física			<0,001**
Não limitada	91 (64,1)	39 (35,1)	
Levemente limitada	22 (15,5)	28 (25,2)	
Muito limitada	23 (16,2)	13 (11,7)	
Completamente limitada	06 (4,2)	31 (27,9)	
2. Atividade física limitada por:			
Cansaço	46 (32,4)	61 (55,0)	0,37
Dispneia	26 (18,3)	48 (43,2)	0,24
Arritmia	23 (16,2)	53 (47,7)	0,080
Angina	18 (12,7)	33 (29,7)	<0,001**
Outras patologias	06 (4,2)	12 (10,8)	<0,001**

\*\*  $p < 0,01$ : Significância estatística.

A próxima questão investigada abordou as situações em que os pacientes sentiram dispneia uma semana an-

tes da internação. A maioria dos participantes, de ambos os grupos, não relatou dispneia na maior parte do tempo,

ao passo que 54,1% de pacientes com angina instável e 47,2% de infartados relataram dispneia ao caminhar na subida ou muito rápido em terreno plano. Entretanto, nas demais situações, entre os pacientes internados com diagnóstico de AI o relato de dispneia foi significativamente

maior do que entre os pacientes com IAM, em situações que vão desde realização de maiores esforços como, por exemplo, caminhar rápido no plano, até situações sem ou com mínimos esforços, tais como no repouso ou sentado à noite (Tabela 3).

**Tabela 3** - Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes à dispneia, segundo a apresentação clínica da SCA e valores de probabilidade (*p*) associada ao teste de Qui-quadrado - Ribeirão Preto, SP - 2006-2009

Questão 3. Presença de dispneia	IAM (n=142) n (%)	AI (n=111) n (%)	<i>p</i>
Na maior parte do tempo sem falta de ar	132 (93,0)	102 (91,9)	0,75
Quando caminha na subida ou muito rápido no reto (plano)	67 (47,2)	60 (54,1)	0,28
Quando caminha no plano com pessoas da mesma idade e na velocidade delas	36 (25,4)	51 (45,9)	0,001**
Tem que parar para recuperar o fôlego quando está caminhando no reto e na própria velocidade	37 (26,1)	48 (43,2)	0,004**
Quando se veste ou se lava	14 (9,9)	23 (20,7)	0,015*
No repouso, sentado à noite	17 (12,0)	31 (27,9)	0,001**
Tem que sentar e descansar quando volta de uma caminhada	37 (26,1)	49 (44,1)	0,003**
Acorda à noite devido à dispneia	22 (15,5)	34 (30,6)	0,004**
Levanta peso	24 (16,9)	35 (31,5)	0,006**

\* 0,01 < *p* < 0,05; \*\* *p* < 0,01: significância estatística.

Quanto ao número de episódios de angina (questão 4) pode-se observar que um reduzido número de pacientes, de ambos os grupos, não sentiram dor no peito na semana que antecedeu a primeira SCA (5,4% de pacientes com angina e 9,2% de pacientes com infarto). Apenas oito (5,6%) dos pacientes com IAM relataram dor diariamente (uma ou duas vezes por dia/várias vezes por dia), fato que ocorreu com 33 (29,7%) dos pacientes com AI; entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa (*p*= 0,051) (Tabela 4). Em relação às possíveis situações que desencadearam a angina entre os participantes, observou-se que no grupo de pacientes com AI houve maior frequência na maioria das situações apresentadas no questionário de avaliação, sendo as diferenças observadas estatisticamente significantes, exceto para três situações: *No repouso, quando sentado* (*p*=0,503); *À noite em repouso* (*p*=0,085) e *Quando está fora no vento ou no tempo frio* (*p*=0,322) (Tabela 5).

**Tabela 4** - Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes ao número de episódios de angina, segundo a apresentação clínica da SCA e valores de probabilidade (*p*) associada ao teste de Qui-quadrado - Ribeirão Preto, SP - 2006-2009

Questão 4. Número de episódios de angina	IAM (n=142) n (%)	AI (n=111) n (%)	<i>p</i>
Nunca	13 (9,2)	06 (5,4)	0,051
Menos que 1 por semana	89 (62,7)	33 (29,7)	
De 1 a 2 por semana	24 (16,9)	25 (22,5)	
De 3 a 6 por semana	08 (5,6)	14 (12,6)	
1 ou 2 vezes por dia	04 (2,8)	19 (17,1)	
Várias vezes por dia	04 (2,8)	14 (12,6)	

**Tabela 5** - Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes às situações desencadeadoras de angina, segundo a apresentação clínica da SCA e valores de probabilidade (*p*) associada ao teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher - Ribeirão Preto, SP - 2006-2009

Questão 5. Presença de angina	IAM (n=142) n (%)	AI (n=111) n (%)	<i>p</i>
Quando caminha na subida ou muito rápido em terreno plano	39 (27,5)	62 (55,9)	<0,001**
Quando caminha no plano com pessoas da mesma idade e na velocidade delas	17 (12,0)	50 (45,0)	<0,001**
Quando caminha no plano e na própria velocidade	07 (4,9)	39 (35,1)	<0,001**
Quando se veste ou se lava	10 (7,0)	25 (22,5)	<0,001**
No repouso, quando sentado	58 (40,8)	50 (45,0)	0,50
À noite depois de alguma atividade	15 (10,6)	37 (33,3)	<0,001**
À noite em repouso	44 (31,0)	46 (41,4)	0,085
Acordar a noite devido a dor no peito	30 (21,1)	47 (42,3)	<0,001**
Quando está estressado (nervoso, agitado, angustiado)	27 (19,0)	48 (43,2)	<0,001**
Após o jantar	10 (7,0)	19 (17,1)	0,013*
Quando está fora no vento ou no tempo frio	01 (0,7)	03 (2,7)	0,32 <sup>a</sup>

\* 0,01 < *p* < 0,05; \*\* *p* < 0,01: significância estatística;  
<sup>a</sup> Teste Exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes do estudo quanto à idade se assemelha a de outros estudos com pessoas com doença arterial coronariana<sup>(5-9)</sup>. Quanto ao sexo dos participantes, houve um maior número de homens, o que também foi constatado em outros estudos que abordaram indivíduos coronariopatas<sup>(5-16)</sup>.

A situação conjugal predominante no estudo, e também mais frequentemente encontrada na literatura, foi casada ou vivendo em união consensual<sup>(5,8-9,11,14-18)</sup>.

Com relação aos fatores de risco investigados antes do primeiro episódio da SCA ou diagnosticados durante a internação, podemos observar que a maioria dos pacientes, em ambos os grupos, já apresentava hipertensão arterial, era fumante e estava com o Índice de Massa Corpórea acima do desejado (sobrepeso/obesos). Os pacientes com AI apresentaram, na sua maioria, dislipidemia (53,2% dos pacientes), fato que ocorreu com apenas 32,4% entre os infartados. O diagnóstico de diabetes *mellitus* esteve presente em 41,4% dos pacientes com AI e 29,6% nos pacientes com IAM.

Outras pesquisas encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo, com relação à prevalência da HA entre os pacientes diagnosticados com SCA ou doença arterial coronariana<sup>(7,9,11-12,15-16,18-19)</sup>, diabetes *mellitus*<sup>(11,18-19)</sup> e dislipidemias<sup>(11,19)</sup>, embora o grupo de pacientes internados devido ao primeiro IAM no presente estudo tenha apresentado uma prevalência menor de dislipidemias, resultado encontrado também em outro estudo nacional<sup>(18)</sup>.

A prevalência do tabagismo encontrada neste estudo difere, na sua maioria, das outras pesquisas envolvendo pacientes com doença arterial coronariana ou SCA<sup>(7,11,19)</sup>, variando de 74,8% entre pacientes com AI a 78,2% entre pacientes com IAM, ao passo que nas pesquisas citadas acima, essa frequência variou de 23,5% a 34%. No entanto, os nossos dados corroboram com um estudo nacional<sup>(18)</sup>, onde os autores encontraram uma prevalência de tabagismo entre pacientes internados devido ao primeiro IAM de 66,15%. Os autores de um outro estudo internacional<sup>(12)</sup> também encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo com relação à prevalência do tabagismo. Eles analisaram pacientes internados por uma SCA, observaram que 68,2% dos participantes com diagnóstico de infarto, com depressão no segmento ST, 69,9% com de infarto, sem depressão do segmento ST, e 73,2% com diagnóstico de AI haviam sido fumantes ou eram fumantes até o momento daquela internação.

Conforme citado anteriormente, a maioria dos participantes do presente estudo já apresentava sobrepeso/obesidade, independente da forma de manifestação clínica da SCA. Esse dado difere da literatura, tanto internacional quanto nacional, na qual os autores encontraram valores menores de prevalência de obesidade entre pacientes com doença arterial coronariana ou SCA. Por exemplo, em

um estudo internacional<sup>(16)</sup>, os investigadores encontraram uma porcentagem de 32,6% de obesidade entre os sujeitos com doença arterial coronariana. Outros autores internacionais<sup>(15)</sup> encontraram uma porcentagem de 30% de pacientes obesos, ao investigar os fatores de risco presentes em pacientes internados por SCA. Com relação aos estudos nacionais, alguns pesquisadores<sup>(6)</sup> encontraram uma porcentagem de 35,8% de obesidade entre os pacientes internados devido a uma SCA, enquanto outros<sup>(9)</sup> encontraram uma porcentagem de 29,9% de indivíduos com índice de massa corporal acima do desejado, entre aqueles internados com diagnóstico de IAM ou AI. A prevalência da obesidade encontrada no presente estudo foi semelhante àquela observada em um único estudo<sup>(17)</sup>, no qual os autores encontraram prevalência de 69,4% de obesidade entre pacientes internados com o diagnóstico de IAM, embora não tenham ressaltado se se tratava do primeiro evento coronariano.

Com relação à limitação para realização de atividades físicas, pacientes com diagnóstico de AI referiram maior comprometimento na semana que antecedeu a internação, assim como relataram a presença de dispnéia e precordialgia com maior frequência do que os pacientes infartados em situações que vão desde realizarem grandes esforços como, por exemplo, caminhar na subida ou muito rápido no plano, até situações de repouso ou pequenos esforços.

Entretanto, a avaliação da limitação da atividade física, assim como a presença de dispnéia e dor no peito antes da internação devido à primeira SCA, tem sido pouco estudada, sendo que o enfoque tem sido principalmente na evolução desses sintomas após alguns anos, na fase estável da doença arterial coronariana<sup>(8,20-21)</sup>, ou após algum tipo de tratamento, como, por exemplo, após cirurgia de revascularização do miocárdio<sup>(4)</sup>.

As estratégias metodológicas usadas pelos outros autores para a avaliação dos sintomas decorrentes da doença arterial coronariana ou SCA também diferem da utilizada no presente estudo, o que dificulta a comparação dos nossos resultados com os de outros investigadores citados e deles, entre si.

Por exemplo, em um estudo brasileiro, os autores<sup>(8)</sup> encontraram nos resultados dos dados sociodemográficos e clínicos de 76 indivíduos com doença arterial coronariana em tratamento ambulatorial, 67,1% referindo fadiga, 40,8% angina, 43,4% dispnéia e 26,3% arritmia. Porém, os autores não descreveram como esses dados foram coletados, se utilizaram questionário ou perguntas abertas, por exemplo.

Em um estudo internacional, os autores<sup>(20)</sup> aplicaram um questionário abordando situações da presença da angina e uma escala sobre o aparecimento da dispnéia em 278 pacientes no período de quatro anos após uma internação por IAM. Com relação à angina, 13% dos participantes reportaram dor no peito ao caminhar em uma elevação ou caminhar no reto, 10% reportaram dor no peito

durante caminhadas habituais em superfície plana, 14% reportaram possível angina, 18% relataram dor no peito na ausência de esforço e 45% não apresentaram problema com angina. Dos que reportaram dor ao esforço, 32% sentiram uma vez na semana, 37% uma ou duas vezes na semana e 30% mais de duas vezes na semana. Relacionado à dispneia, 40% reportaram aos mínimos esforços, 20% reportaram em esforços extenuantes e 41% reportaram ausência de dispneia, mesmo em esforços extenuantes. Comparando com os resultados obtidos no presente estudo, entre o grupo de pacientes diagnosticados com IAM, observa-se que um número menor de pacientes reportou ausência de angina ao ser acometido pelo primeiro IAM (9,2%), assim como foi encontrada uma frequência maior da angina nas situações de maior e menor esforço físico (39,5% e 92,9%, respectivamente) na primeira internação quando comparados com os resultados obtidos após quatro anos de um IAM. A frequência da angina encontrada pelos autores supra citados também difere da encontrada no presente estudo, no qual os pacientes reportaram maior número de episódios após quatro anos: enquanto apenas 32% dos participantes reportaram angina pelo menos uma vez na semana, a porcentagem encontrada no presente estudo foi de 62,7%; ao passo que, após quatro anos, 67% dos pacientes reportaram angina duas ou mais vezes na semana e no presente estudo essa porcentagem foi de 28,1%. Com relação à dispneia, os resultados encontrados neste estudo são semelhantes com os do presente artigo no item *presença de dispneia aos mínimos esforços* (40% e 37,4%, respectivamente) e diferem no item *dispneia nos esforços extenuantes*, sendo que no presente estudo a porcentagem encontrada foi maior: 72,6%.

Em outra pesquisa internacional, os autores<sup>(21)</sup> entrevistaram 319 indivíduos que tinham história de doença arterial coronariana e se encontravam em idade produtiva. Eles constataram que os pacientes que tinham diagnóstico de infarto prévio apresentaram maior porcentagem de sintomas relacionados à doença do que quando comparados com aqueles com diagnóstico de angina *pectoris* prévia: dispneia moderada (infarto=75,4% versus angina=66,5%), dor no peito durante raiva ou emoção quase diariamente (infarto=16,3% versus angina=12,2%), dor no peito durante raiva ou emoção semanalmente (infarto=16,3% versus angina=12,8%), palpitação sem exercício físico quase diariamente (infarto=20,8% versus angina=14,1%), palpitação sem exercício físico semanalmente (infarto=16,9% versus angina=15,3%), batimento cardíaco irregular quase diariamente (infarto=24% versus angina=15,7%) e batimento cardíaco irregular semanalmente (infarto=14% versus angina=12,4%). Embora esses autores não tenham aplicado teste estatístico para verificar possíveis diferenças nas porcentagens encontradas nos dois grupos, eles observaram que entre os infartados que haviam retornado as suas atividades diárias havia maior relato de sintomas da doença arterial coronariana. Esse resultado difere dos constatados no presente estudo, uma vez que os participantes com maior sintomatologia foram aqueles diagnosticados com AI.

Os autores que elaboraram o questionário de sintomas utilizado no presente estudo aplicaram-no em 849 pacientes no momento do cateterismo cardíaco e cinco anos após a cirurgia de revascularização do miocárdio<sup>(4)</sup>. No pré-operatório, pacientes com baixa fração de ejeção apresentaram maiores limitações físicas do que aqueles com fração de ejeção maior e essa limitação ocorreu, na sua maioria, devido à dor no peito, para ambos os grupos (AI e IM). Cinco anos após a cirurgia, essa diferença ainda se manteve. Com relação à dispneia, os participantes que tinham baixa fração de ejeção no pré-operatório apresentaram dispneia mais frequente em todas as situações avaliadas pelo questionário, exceto nos itens: ausência de dispneia e quando se veste ou se lava. Essas diferenças também se mantiveram cinco anos após a cirurgia. Vale ressaltar, também, que cinco anos após a cirurgia, a porcentagem de pacientes que relataram presença de dispneia diminuiu em ambos os grupos e essa diferença foi estatisticamente significativa. Com relação à dor no peito, pode-se observar que os participantes de ambos os grupos, no pré-operatório, apresentaram mais episódios de angina quando comparados no segundo momento, após a cirurgia, sendo essa diferença também estatisticamente significativa. Ainda com relação à presença de angina, os pacientes reportaram menor frequência cinco anos após a cirurgia, em todas as situações apresentadas pelo questionário, sendo todas essas diferenças estatisticamente significantes.

## CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes que foi internado devido à primeira SCA era do sexo masculino e já convivia com fatores de risco essenciais para o desenvolvimento da doença arterial coronariana (hipertensão arterial, tabagismo, sobrepeso/obesidade e dislipidemias).

Com relação à limitação para realização de atividades físicas, pacientes com diagnóstico de AI mostraram maior comprometimento na semana que antecedeu a internação, assim como relataram a presença de dispneia e precordialgia com maior frequência do que os pacientes com IAM em situações que vão desde realizarem grandes esforços como, por exemplo, caminhar na subida ou muito rápido no plano, até situações de repouso ou pequenos esforços.

Podemos concluir que os participantes que internaram pela primeira vez devido à AI apresentaram maiores limitações para a realização de atividades do dia-a-dia na semana que antecedeu a internação do que aqueles internados pela primeira vez com o diagnóstico de IAM.

Consideramos que a presença de indivíduos mais idosos no grupo de AI possa ser uma limitação do estudo e, por isso, sugerimos futuras investigações para comparar os sintomas da SCA entre grupos mais homogêneos quanto à idade. Outro ponto a ser ressaltado é o risco de um possível viés de recordação dos aspectos investigados pelo questionário, uma vez que os participantes podem

ter dificuldades para avaliarem os sintomas que apresentavam uma semana antes da internação. Entretanto, esse risco faz parte de toda investigação que utiliza como refe-

rência para a avaliação da variável de interesse um tempo passado e estará presente em todas as pesquisas que fizerem uso destes instrumentos.

## REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization, World Health Organization. 47th Directing Council-58th Session of the Regional Committee [Internet]. Washington; 2006 [cited 2009 Dez 4]. Available from: <http://www.paho.org/English/GOV/CD/CD47-17rv-e.pdf>
2. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics - 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008;117(4):e25-e146.
3. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee of Revise the 2002 Guidelines for the Management of patients with Unstable Angina/Non-ST Elevation Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol*. 2007;50(7):e1-e157.
4. Herlitz J, Wiklund I, Sjolund H, Karlson BW, Karlsson T, Haglid M, et al. Relief of symptoms and improvement of quality of life five years after coronary artery bypass grafting in relation to preoperative ejection fraction. *Qual Life Res*. 2000;9(4):467-76.
5. Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferkeitch AK, et al. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med*. 2004;66(2):190-7.
6. Failde II, Soto MM. Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health*. 2006;6:18-28.
7. Favarato ME, Hueb W, Boden WE, Lopes N, Nogueira CRSR, Takiuti M, et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: A comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. *Int J Cardiol*. 2007;116(3):364-70.
8. Gallani MCBJ, Colombo RCR, Alexandre NMC, Bressan-Biajone AM. Qualidade de vida em pacientes coronariopatas. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):40-3.
9. Soto M, Failde I, Márquez S, Benítez E, Ramos I, Barba A, et al. Physical and mental component summaries score on the SF-36 in coronary patients. *Qual Life Res*. 2005;14(3):759-68.
10. Favarato ME, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(4):236-41.
11. Garavalia LS, Decker C, Reid KJ, Lichtman JH, Parashar S, Vaccarino V, et al. Does health status differ between men and women in early recovery after myocardial infarction? *J Women Health (Larchmt)*. 2007;16(1):93-101.
12. Maddox TM, Reid KJ, Rumsfeld JS, Spertus JA. One-year health status outcomes of unstable angina versus myocardial infarction: a prospective, observational cohort study of ACS survivors. *BMC Cardiovasc Disord*. 2007;7:28.
13. Norris CM, Hegadoren K, Pilote L. Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(2):92-8.
14. Silverio CD, Dantas RAS, Carvalho ARS. Gender-specific evaluation of coronary disease patients' self-esteem and social support. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2010 Mar 15];43(2):407-14. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en\\_a21v43n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a21v43n2.pdf)
15. Soto Torres MS, Márquez Calderón S, Ramos Días I, Barba Chacón A, Lopes Fernández F, Failde Martínez I. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res*. 2004;13(8):1401-7.
16. Xie J, Wu EQ, Zheng ZJ, Sullivan PW, Zhan L, Labarthe DR. Patient Reported Health Status in Coronary Heart Disease in the United States: Age, Sex, Racial and Ethnic Differences. *Circulation*. 2008;118:491-7.
17. Boersma SN, Maes S, Joeke K. Goal disturbance in relation to anxiety, depression, and health-related quality of life after Myocardial Infarction. *Qual Life Res*. 2005;14(10):2265-75.
18. Piegas LS, Avezum A, Pereira JC, Neto JM, Hoepfner C, Farran JA et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J*. 2003;146(2):331-8.
19. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castilho MT, Palácio MA, Ramos RF, et al. Acute Coronary Syndrome registry at a Cardiology Emergency Center. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(5):597-602.
20. Melville MR, Lari MA, Brown N, Young T, Gray D. Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short form 36 in distinguishing symptom severity in myocardial infarction survivors. *Heart*. 2003;89(12):1445-6.
21. Sumanen MP, Suominen SB, Koskenvuo MJ, Sillanmaki LH, Mattila KJ. Occurrence of symptoms and depressive mood among working-aged coronary heart disease patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:60.