UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Carina Aparecida Marosti Dessotte

**Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio
de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável**

Ribeirão Preto

2010

Carina Aparecida Marosti Dessotte

**Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio
de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto e
idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti
Dantas

Ribeirão Preto

2010

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Dessotte, Carina Aparecida Marosti

Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável/ Carina Aparecida Marosti Dessotte; orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas. – Ribeirão Preto, 2010.

115 f. : il.; 30cm.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

1. Qualidade de vida. 2. Doença das coronárias. 3. Síndrome Coronariana Aguda. 4. Dor no Peito. 5. Dispneia. 6. Depressão I. Dantas, Rosana Aparecida Spadoti. II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: DESSOTTE, Carina Aparecida Marosti

Título: Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Lucas, que, mesmo estando ainda no meu ventre, já é a pessoa mais importante da minha vida.

Ao grande amor da minha vida, Lycio, pelo amor, amizade, força, carinho, compreensão, paciência, atenção e companheirismo diário de nossas vidas.

Aos meus pais, Laerte e Cidinha, pelo amor incondicional de sempre, para sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, minha família e pelos meus amigos.

Em especial à professora Rosana Ap. Spadoti Dantas, minha orientadora. Obrigada pelos ensinamentos, pela paciência e amizade ao longo desses sete anos. Acima de tudo, obrigada pela atenção e pelo estímulo constante do nosso potencial. Eu a admiro e serei eternamente grata por tudo que construímos juntas.

À professora Roberta Cunha M. Rodrigues, pelo valioso auxílio no processo de mudança de nível e agora na concretização da minha tese de doutorado.

À professora Márcia Ap. Ciol, pela colaboração e auxílio dispensados ao longo da minha trajetória.

À professora Cláudia Benedita dos Santos, pela inestimável ajuda nas análises estatísticas.

À minha irmã Nádia e sobrinha Natasha, pelo amor que recebo todas as vezes que volto para Porto.

Às minhas amigas que são a minha segunda família aqui em Ribeirão: Aline, Fabiana, Flávia, Luiza e Viviane. Obrigada por compartilhar comigo meus desafetos e os melhores momentos da minha vida.

Às colegas Ana Célia, Cassandra, Cecília, Cristiane, Denise, Dulce, Elaine, Fabíola, Fernanda, Graça, Inaiara, Madalena, Mariângela e Rose, por tornar possível o desenvolvimento da minha pós-graduação concomitante com o serviço, e pela amizade e carinho que sempre recebi de vocês.

A todos os participantes deste estudo que, no momento da coleta de dados, aceitaram compartilhar as suas vidas comigo, mesmo estando em um momento tão difícil e delicado.

RESUMO

DESSOTTE, C. A. M. **Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável**. 2010. 115f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A avaliação do estado de saúde percebido tem sido um tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que seus resultados contribuem para definir tratamentos, avaliar custo/benefício do cuidado, além de reduzir as taxas de morbimortalidade. Os objetivos deste estudo foram: comparar a presença de sintomas, o estado de saúde percebido e o grau de severidade da depressão, segundo o diagnóstico da Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável (SIMI): Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) *versus* Angina Instável (AI); investigar a presença de possíveis relações entre o estado de saúde percebido e o grau de severidade da depressão nos dois grupos e analisar a variância da medida do estado de saúde percebido e do grau de severidade da depressão explicada por variáveis preditoras. Estudo descritivo, correlacional e transversal, desenvolvido na Unidade Coronariana e enfermarias da cardiologia de dois hospitais públicos do interior de São Paulo. Entrevistas individuais foram realizadas pela pesquisadora com a coleta de dados para caracterização sociodemográfica e clínica, questionário de sintomas associados à SIMI, avaliação do estado de saúde percebido (SF-36) e depressão (Inventário de Depressão de Beck). Os dados foram analisados utilizando o teste de associação (Qui-quadrado), teste *t de Student* para amostras independentes e o teste de correlação de Pearson. Foram construídos cinco modelos de regressão linear múltipla, a fim de se verificarem as porcentagens da variância que eram explicadas por cada uma das variáveis preditoras. O nível de significância adotado foi de 0,05. Participaram da investigação 253 pacientes, sendo 142 diagnosticados com IAM, com idade média de 55,8 anos e a maioria homens (74,6%). No grupo de AI (111 pacientes), a idade média foi de 60,6 anos, e a maioria também foi do sexo masculino (62,2%). Com relação ao estado de saúde percebido, pode-se observar que as melhores avaliações foram relatadas pelos pacientes que sofreram um IAM, assim como apresentaram menor grau de severidade de depressão do que quando comparados com pacientes com AI. Foram observadas correlações negativas entre o estado de saúde percebido e a depressão nos dois grupos de pacientes, sendo de forças fracas a forte no grupo de infartados e de moderadas a forte no grupo de angina, todas são estatisticamente significantes. Utilizando como variáveis preditoras o sexo, a idade, a presença de tratamentos prévios para doenças cardiovasculares e a manifestação da SIMI, foram obtidos valores de R^2 ajustados de 0,138; 0,231; 0,129 e 0,117 para os domínios *Aspectos Físicos*, *Capacidade Funcional*, *Dor* e *Aspectos Emocionais*, respectivamente. A inclusão da medida de depressão e o uso de psicofármacos elevaram os valores para 0,251; 0,349; 0,259 e 0,263, todos são aumentos estatisticamente significantes. Com relação ao modelo construído para a depressão, utilizando as mesmas variáveis preditoras dos modelos anteriores, o R^2 ajustado encontrado foi de 0,149. Conclui-se que os pacientes com AI apresentaram maior comprometimento em todos os domínios avaliados pelo SF-36, quando comparados com os pacientes com IAM, assim como reportaram maior grau de severidade de depressão. Além disso, pacientes com maior grau de depressão apresentaram piores avaliações do estado de saúde percebido.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Doença das Coronárias. Síndrome Coronariana Aguda. Dor no Peito. Dispneia. Depressão.

ABSTRACT

DESSOTTE, C. A. M. **Depression and health state perceived by patients with first episode of Acute Coronary Syndrome**. 2010. 115p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

Perceived health state assessment has been a fundamental research theme in health, as its results contribute to define treatments, assess the cost/benefit of care and reduce morbidity/mortality rates. This research aimed to: compare the presence of symptoms, the perceived health state and the severity degree of depression according to the diagnosis of Acute Coronary Syndrome (ACS): Acute Myocardial Infarction (AMI) versus Unstable Angina (UA); investigate the presence of possible relations between perceived health state and the severity degree of depression in the two groups and analyze the variance in the perceived health state and the severity degree of depression measure explained by predictive variables. Study descriptive, correlational and cross-sectional, developed at the Coronary Unit and cardiology wards of two public hospitals in the interior of São Paulo, Brazil. The researcher held individual interviews, collecting sociodemographic and clinical characterization data and applying a questionnaire on ACS-associated symptoms, an instrument to assess the perceived health state (SF-36) and depression (Beck Depression Inventory). Data were analyzed using the association test (Chi-square), Student's t-test for independent samples and Pearson's correlation test. Five multiple linear regression models were constructed to verify the variance percentages explained by each of the predictive variables. The significance level was set at 0.05. Research participants were 253 patients, 142 of whom were diagnosed with AMI, with an average age of 55.8 years and mostly men (74.6%). In the UA group (111 patients), the average age was 60.6 years and patients were mostly male (62.2%) too. With regard to the perceived health state, the best assessments came from patients victims of AMI, who also presented minor severity degree of depression when compared with UA patients. Negative correlations were observed between perceived health state and the severity degree of depression in both patient groups, which were weak to strong in the infarction group and moderate to strong in the angina group, all statistically significant. Using gender, age, presence of previous treatments for cardiovascular diseases and ACS manifestations as predictive variables, adjusted R^2 levels amounted to 0.138; 0.231; 0.129 and 0.117 for *Physical Aspects*, *Functional Capacity*, *Pain* and *Emotional Aspects*, respectively. The inclusion of the depression measure and the use of psychotropic drugs raised levels to 0.251; 0.349; 0.259 and 0.263, all statistically significant increases. With regard to the model constructed for depression, using the same predictive variables as in earlier models, the adjusted R^2 was 0.149. In conclusion, all SF-36 domains were more committed among patients with UA than among patients with AMI. UA patients also reported higher severity degree of depression more frequently. Moreover, patients with higher severity degree of depression presented worse assessments of the perceived health state.

Key words: Quality of Life. Coronary Disease. Acute Coronary Syndrome. Chest Pain. Dyspnea. Depression.

RESUMEN

DESSOTTE, C. A. M. **Depresión y estado de salud percibido por pacientes con primero episodio de Síndrome Coronario Agudo**. 2010. 115h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

La evaluación del estado de salud percibido ha sido un tema de investigación imprescindible en el área de la salud, ya que sus resultados contribuyen para definir tratamientos, evaluar costo/beneficio del cuidado y reducir las tasas de morbi/mortalidad. Las finalidades del estudio fueron: comparar la presencia de síntomas, el estado de salud percibido y o nivel de severidad del depresión, según el diagnóstico del Síndrome Coronario Agudo (SCA): Infarto Agudo de Miocardio (IAM) versus Angina Inestable (AI); investigar la presencia de posibles relaciones entre el estado de salud percibido y o nivel de severidad del depresión en los dos grupos y analizar la variancia de la medida del estado de salud percibido y nivel de severidad del depresión explicada por variables predictivas. Estudio descriptivo, correlacional y transversal, desarrollado en la Unidad Coronaria y enfermarías de cardiología de dos hospitales públicos del interior de São Paulo, Brasil. Entrevistas individuales fueron llevadas a cabo por la investigadora, con la recolecta de datos para caracterización socio-demográfica y clínica, cuestionario de síntomas asociados a la SCA, evaluación del estado de salud percibido (SF-36) y depresión (Inventario de Depresión de Beck). Los datos fueron analizados utilizando la prueba de asociación (Chi-cuadrado), prueba *t de Student* para muestras independientes y la prueba de correlación de Pearson. Fueron construidos cinco modelos de regresión lineal múltiple para verificar los porcentajes de la variancia que eran explicadas por las variables predictivas. Nivel de significancia fue de 0,05. Participaron de la investigación 253 pacientes, siendo 142 diagnosticados con IAM, con edad promedio de 55,8 años y la mayoría hombres (74,6%). En el grupo de AI (111 pacientes), la edad promedio fue de 60,6 años y la mayoría también fue del sexo masculino (62,2%). Respecto al estado de salud percibido, se puede observar que las mejores evaluaciones fueron relatadas por los pacientes con IAM, también presentaron menor nivel de severidad del depresión cuando comparados con AI. Fueron observadas correlaciones negativas entre el estado de salud percibido y o nivel de severidad del depresión en los dos grupos de pacientes, siendo débiles a fuertes en el grupo de infartados y de moderadas a fuertes en el grupo de angina, todas estadísticamente significantes. Utilizando como variables predictivas el sexo, la edad, la presencia de tratamientos previos para enfermedades cardiovasculares y la manifestación del SCA, fueron obtenidos valores de R^2 ajustados de 0,138; 0,231; 0,129 y 0,117 para los dominios *Aspectos Físicos*, *Capacidad Funcional*, *Dolor* y *Aspectos Emocionales*, respectivamente. La inclusión de la medida de depresión y el uso de psicofármacos elevó los valores para 0,251; 0,349; 0,259 e 0,263, todos estadísticamente significantes. Con relación al modelo construido para la depresión, utilizando las mismas variables predictivas, el R^2 ajustado encontrado fue de 0,149. Se concluye que los pacientes con AI presentaron mayor comprometimiento en todos los dominios evaluados por el SF-36, cuando comparados con los pacientes con IAM, y también relataron mayor nivel de severidad del depresión. Además, pacientes con mayor nivel de severidad del depresión mostraron peores evaluaciones del estado de salud percibido.

Palabras-clave: Calidad de Vida. Enfermedad Coronaria. Síndrome Coronario Agudo. Dolor en el Pecho. Disnea. Depresión.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, segundo sexo, situação conjugal e desempenho de atividades remuneradas, de acordo com a apresentação clínica da SIMI. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	50
Tabela 2-	Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, segundo idade, anos de escolaridade, renda mensal familiar e o número de pessoas que dependem da renda, de acordo com a apresentação clínica da SIMI. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	51
Tabela 3-	Caracterização clínica dos sujeitos, segundo a presença de comorbidades, tratamento prévio para qualquer doença cardiovascular e o uso de psicofármacos durante a internação, de acordo com a apresentação clínica da SIMI. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	52
Tabela 4-	Resultados da primeira e segunda questão do Questionário de Sintomas, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (<i>p</i>) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	54
Tabela 5-	Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes à dispneia, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (<i>p</i>) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006-2009.....	55
Tabela 6-	Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes ao número de episódios de angina, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (<i>p</i>) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	56
Tabela 7-	Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes às situações desencadeadoras de angina, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (<i>p</i>) associada ao teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher. Ribeirão Preto, 2006 – 2009.....	56
Tabela 8-	Valores médios dos oito componentes do SF-36 e do IDB, para o grupo todo, segundo a forma de apresentação clínica da SIMI e valores da probabilidade (<i>p</i>) associada ao teste t de “Student”. Ribeirão Preto, 2006 – 2009.....	57

Tabela 9-	Distribuição da frequência do grau de severidade da depressão, de acordo com a classificação proposta por Kendall et al. (1987), segundo a forma de apresentação da SIMI e valores de probabilidade (p) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	58
Tabela 10-	Correlação entre a medida do grau de severidade de depressão e os domínios do SF-36, de acordo com a manifestação clínica da SIMI e respectivos valores das probabilidades (p) associadas ao teste de correlação produto-momento de Pearson. Ribeirão Preto, 2006 – 2009.....	59
Tabela 11-	Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de <i>Aspectos Físicos</i> como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009....	62
Tabela 12-	Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de <i>Capacidade Funcional</i> como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009	65
Tabela 13-	Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de <i>Dor</i> como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009	68
Tabela 14-	Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de <i>Aspectos Emocionais</i> como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009.....	70
Tabela 15-	Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida do grau de severidade da depressão como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
HA	Hipertensão Arterial
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCST	Infarto Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST
IAMSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem elevação do segmento ST
IDB	Inventário de Depressão de Beck
IMC	Índice de Massa Corpórea
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-36	<i>Medical Outcomes Study Short-Form 36 item</i>
SIMI	Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável
SPSS	<i>Software Statistical Package for Social Science</i>
UCO	Unidade Coronariana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 - Escolha do tema	15
1.2 - Revisão de literatura.....	16
1.2.1 – Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável	16
1.2.1.1 - Doenças cardiovasculares	16
1.2.1.2 - Apresentação clínica e laboratorial da SIMI.....	17
1.2.1.3 - Fisiopatologia da SIMI.....	20
1.2.1.3.1 – Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio.....	21
1.2.2 - Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde percebido: diferenças conceituais e de avaliação	27
1.2.2.1 - Qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde percebido de pacientes coronariopatas.....	31
1.2.3 - Depressão	34
1.3 - Questões do estudo e hipóteses a serem testadas	36
 2 OBJETIVOS	 37
 3 MÉTODO.....	 38
3.1- Delineamento do estudo	38
3.2 - Procedimentos éticos.....	38
3.3 - Local do estudo	38
3.4 - Amostra	39
3.4.1 - Cálculo do tamanho amostral.....	39
3.5 - Coleta de dados	40
3.5.1 – Questionários e instrumentos de coleta	40
3.5.1.1 – Validade de conteúdo do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica.....	40

3.5.1.2 – Validade de face e conteúdo do Questionário de Avaliação dos Sintomas de dispneia, angina e atividade física	42
3.5.1.3 – O instrumento para avaliação do estado de saúde percebido	45
3.5.1.4 - Instrumento para avaliação da depressão	46
3.5.2 – Pré-teste	47
3.6 - Processamento e a análise dos dados	48
4 RESULTADOS	50
4.1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados devido ao primeiro episódio da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI).....	50
4.2 - Presença e gravidade dos sintomas de dispneia, precordialgia e restrição física decorrentes da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI).....	53
4.3 - Estado de saúde percebido e o grau de severidade da depressão em pacientes internados devido ao primeiro episódio da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI)	57
4.4 - Correlação entre o estado de saúde percebido e o grau de severidade da depressão, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI)	59
4.5 – Análise da variância da medida do estado de saúde percebido dos pacientes e explicada pelas variáveis preditoras	60
4.6 – Análise da variância da medida do grau de severidade da depressão dos pacientes explicada pelas variáveis preditoras	72
5 DISCUSSÃO	74
6 CONCLUSÃO.....	83
6.1 – Limitações do Estudo e Considerações Finais	85
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	94
APÊNDICE A - Esclarecimento ao sujeito da pesquisa.....	94

APÊNDICE B - Carta de validação do questionário de coleta de dados sociodemográficos e clínicos	95
APÊNDICE C- Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica – versão para análise dos juízes	96
APÊNDICE D- Versão final do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica ..	99
APÊNDICE E- Carta de validação do Questionário de Avaliação dos Sintomas.....	101
APÊNDICE F- Questionário de avaliação da angina, dispneia e atividades físicas, versão para juízes	102
APÊNDICE G- Questionário de avaliação da angina, dispneia e atividades físicas, versão corrigida pelos juízes	104
APÊNDICE H - Versão Final do Questionário de Avaliação dos Sintomas.....	106
 ANEXOS	 108
ANEXO A- Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.	108
ANEXO B - Versão Original do Questionário dos Sintomas	109
ANEXO C - Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey	111
ANEXO D - Inventário de Depressão De Beck	114

1 INTRODUÇÃO ¹

1.1 - Escolha do tema

Atualmente, a qualidade de vida (QV), assim como a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), tem sido um tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos, avaliar custo/benefício do cuidado e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade. Muitos autores têm usado o termo QVRS como sinônimo de estado de saúde percebido pelos pacientes, pois no contexto dos julgamentos clínicos, a preocupação é com aqueles aspectos afetados pela doença, tratamento ou incapacidades (FAYERS; MACHIN, 2007). O foco do presente estudo é a avaliação do estado de saúde percebido entre indivíduos que vivenciaram pela primeira vez uma Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável (SIMI).

Baseando-se em nossa experiência profissional e na literatura científica existente, acreditamos que as situações prévias ao evento coronariano agudo poderão estar associadas ao modo pelo qual o paciente enfrenta a evolução da Doença Arterial Coronariana (DAC). Portanto, julgamos necessário pesquisar como os pacientes avaliam o estado de saúde percebido, físico e mental, quando são internados em decorrência do primeiro episódio da SIMI.

Nosso interesse é ampliar o conhecimento sobre o estado de saúde percebido dos indivíduos nas semanas ou dias que antecederam o quadro clínico que ocasionou o primeiro evento agudo coronário, visto que a maioria dos estudos realizados com pacientes com DAC tem como enfoque o seguimento desses indivíduos após a alta hospitalar (BECK et al., 2001; BRINK et al., 2005; CHRISTIAN et al., 2007; DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002; EMERY et al., 2004; FAILDE; SOTO, 2006; FAVARATO et al., 2006; FAVARATO et al., 2007; FORD et al., 2008; GALLANI et al., 2003; GARAVALLIA et al., 2007; GOYAL et al., 2005; KIEBZAK et al., 2002; KIM et al., 2005; LEE, 2009; MADDOX et al., 2007; MELVILLE et al., 2003; NORRIS et al., 2004; NORRIS; HEGADOREN; PILOTE, 2007; SOTO et al., 2005; SOUZA et al., 2008; SPERTUS et al., 2002; TORRES et al., 2004; VEENSTRA et al., 2004; XIE et al., 2008). Foi encontrado apenas um estudo com interesse semelhante ao da

¹ Esta tese foi revisada seguindo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

presente pesquisa, porém os autores avaliaram apenas pacientes hospitalizados com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM), excluindo os pacientes com angina instável (AI) (BERGMAN et al., 2009).

Comparar os pacientes, segundo a apresentação clínica da SIMI, irá nos auxiliar na compreensão de como eles percebem as manifestações dessa doença e, conseqüentemente, como deverão ser abordados pela equipe de saúde na fase aguda visando à prevenção de eventos mais graves e subsidiando a programação da reabilitação dessas pessoas.

Sabemos que a doença coronariana é uma das mais comuns afecções do mundo moderno. Sua incidência cresceu muito nos últimos 50 anos, atingindo o primeiro lugar como causa de morte em diversos países, inclusive no Brasil, o que também justifica a relevância da temática escolhida.

1.2 - Revisão de literatura

1.2.1 – Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável

1.2.1.1 - Doenças cardiovasculares

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2006), 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 Latina e Caribe, haverá quase o triplo da incidência de doença isquêmica do coração e acidente cerebrovascular. Atualmente, na maioria desses países, as doenças crônicas são as principais causas de mortalidade e incapacidades prematuras e contribuem para quase 50% dos anos de vida perdidos e ajustados por incapacidade na região. No que se refere às doenças cardiovasculares (DCV), 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.

As DCVs de origem aterosclerótica são, atualmente, as principais causas de morte e invalidez no mundo. Estima-se que em torno de 81 milhões de americanos adultos tenham uma ou mais DCV. Entre elas, a prevalência de infarto do miocárdio e de angina é maior entre os homens, aumentando com a idade e o nível de escolaridade (ROSAMOND et al., 2008).

No Brasil, de acordo com a compilação do DATASUS do ano de 2005, a mais recente, a principal causa de mortalidade a partir dos 39 anos de idade são as DCVs, representando 24,67% dos óbitos na faixa etária de 40 a 49 anos, chegando a 41% na faixa de 70 a 79 anos e 43% na faixa de 80 anos e mais. O registro de DCV é subdividido em três categorias: doença isquêmica, doença cerebrovascular e demais doenças. A taxa de mortalidade específica (óbitos por 100.000 habitantes) para doença isquêmica na faixa etária de 40 a 49 é de 29, chegando a 425 na faixa de 70 a 79 anos e 914 na faixa de 80 anos e mais. Representa em cada faixa etária por volta de 25% a 33% da taxa de mortalidade, diminuindo conforme aumenta a idade às custas da categoria "demais doenças". O total de óbitos em número absoluto de DCV, em 2005, registrados no Brasil foi de 283.565, sendo 84.871 por doença isquêmica. No estado de São Paulo foram registrados 71.590 óbitos por doenças cardiovasculares, sendo 24.421 por DCV (DATASUS, 2005).

1.2.1.2 - Apresentação clínica e laboratorial da SIMI

Embora a apresentação clínica de pacientes com isquemia miocárdica aguda possa ser muito diversa, cerca de 75% a 85% dos pacientes apresentam a dor torácica como sintoma predominante. A dor, usualmente prolongada (> 20 minutos), é desencadeada por exercício ou por estresse e pode ocorrer em repouso. A dor, em geral intensa, é aliviada parcialmente com repouso ou com nitratos e pode ser acompanhada de irradiação para membros superiores e pescoço e por outros sintomas associados (dispneia, náusea e vômitos) (PIEGAS et al., 2004).

Outro achado de extrema importância para o diagnóstico da SIMI é o exame eletrocardiograma (ECG) que deve ser realizado idealmente em menos de dez minutos da apresentação à emergência e é considerado o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de SIMI. Em pacientes com sintomas sugestivos, a elevação do segmento ST tem especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para diagnóstico de IAM. A mortalidade aumenta com o número de derivações no ECG com supradesnível do segmento ST. Como o ECG pode ser inespecífico nas primeiras horas, é importante avaliar traçados seriados, sendo

recomendada a obtenção de outras derivações (V7, V8 ou precordiais direitas) para confirmação diagnóstica. Embora a presença de supra de ST e/ou o desenvolvimento de onda Q sejam altamente indicativos de IAM, eles ocorrem em apenas 50% dos pacientes com IAM, devendo os mesmos ser subestratificados de acordo com a presença de outras evidências de isquemia no ECG. O exame de ECG deve ser repetido após a terapêutica inicial, 12 horas após a internação e diariamente até a alta da Unidade Coronariana (PIEGAS et al., 2004).

O termo SIMI é amplamente utilizado para descrever pacientes que apresentam o IAM ou a AI. O IAM sem elevação do segmento ST (IAMSST), o IAM com elevação do segmento ST (IAMCST) e a AI apresentam fisiopatologias semelhantes, e suas origens estão relacionadas com a progressão plaquetária nas artérias coronárias, instabilidade da placa do ateroma e ruptura com ou sem trombose luminal e vasoespasma (ROSAMOND et al., 2008).

As formas de apresentação clínica da SIMI são diferenciadas por meio do ECG, conforme descrito anteriormente. Entretanto, na ausência da elevação do segmento ST no ECG e na presença de sinais clínicos típicos de SIMI (dor/desconforto torácico ou equivalente anginoso), utiliza-se a investigação de marcadores de necrose, como, por exemplo, a troponina (ANDERSON et al., 2007).

Após a lesão celular isquêmica, ocorre o aumento da permeabilidade da membrana e consequente liberação de seus constituintes na circulação sanguínea, sendo que quanto maior o dano celular, maior será o número de moléculas liberadas. Os marcadores de lesão miocárdica são macromoléculas intracelulares liberadas após lesão da membrana do sarcolema dos miócitos decorrentes da necrose. A velocidade de aparecimento dessas macromoléculas na circulação periférica depende de vários fatores, incluindo a localização intracelular, o peso molecular, os fluxos sanguíneos e linfáticos locais e a taxa de eliminação no sangue (PIEGAS et al., 2004).

Os principais marcadores de necrose disponíveis para os casos de suspeita de SIMI são a creatinofosfoquinase (CK-total), a fração MB da creatinofosfoquinase (CK-MB), a mioglobina e a troponina.

A CK-total, embora seja um indicador sensível de lesão muscular, não é específica para o diagnóstico de lesão miocárdica, o que a torna pouco viável no manejo da doença. Já a CK-MB, com sua curva característica de elevação e normalização de seus níveis, tem sido padrão para o diagnóstico do IAM, nas últimas três décadas. Eleva-se de quatro a seis horas após o início dos sintomas, com pico em torno de 18 horas, e normaliza-se entre 48 e 72 horas. Permite o diagnóstico tardio do IAM, após 12 horas do início dos sintomas, quando possui sensibilidade de cerca de 93%, porém é pouco sensível para o diagnóstico precoce nas

primeiras seis horas do início dos sintomas. Embora possua a mesma sensibilidade da CK para o diagnóstico de lesão miocárdica, a CK-MB é mais específica. Seus níveis também se elevam em outras situações que não o IAM, como nas cardiopatias, nas cirurgias cardíacas, na presença de doenças musculares periféricas agudas e crônicas e na presença de doença maligna (PIEGAS et al., 2004).

A mioglobina é uma hemoproteína citoplasmática transportadora de oxigênio, de baixo peso molecular, encontrada tanto no músculo esquelético como no músculo cardíaco. Seus valores de referência variam com a idade, o sexo e a etnia. Sua eliminação é por via renal e apresenta vida média de dez minutos. Liberada rapidamente pelo miocárdio lesado, começa a elevar-se entre uma e duas horas após o início dos sintomas, com pico entre seis e nove horas e normalização entre 12 e 24 horas. Embora sensível, não é um marcador específico de necrose miocárdica, alterando-se na presença de lesões musculares, insuficiência renal crônica, exercícios extenuantes e exposição a drogas e toxinas. Cerca de 25% dos pacientes em estado crítico apresentam elevação de seus níveis sanguíneos, mesmo na ausência de lesão cardíaca. Sua utilização em pacientes com dor torácica apresenta melhores resultados nas sete primeiras horas do início dos sintomas; após esse período, sua sensibilidade começa a diminuir, e os marcadores mais específicos são mais efetivos (PIEGAS et al., 2004).

As troponinas elevam-se entre quatro e oito horas após o início dos sintomas, com pico entre 36 e 72 horas e normalização entre cinco e 14 dias. Apresentam a mesma sensibilidade diagnóstica da CK-MB entre 12 e 48 horas após o início dos sintomas no IAM, mas, na presença de portadores de doenças que diminuem a especificidade da CK-MB, elas são indispensáveis. Embora consideradas específicas para o miocárdio, resultados falso-positivos de troponina foram publicados por causa da presença de fibrina no soro, da presença de anticorpos heterofílicos e da reação cruzada com anticorpos humanos. Sua maior limitação, atualmente, está na falta de padronização dos testes de troponina (apresentam coeficiente de variação superior a 10%) e no diagnóstico de pequenos infartos, o que não ocorre em pacientes com supradesnível do segmento ST (PIEGAS et al., 2004).

Quando um paciente é atendido, queixando-se de dor precordial prolongada e apresentando supradesnível do segmento ST no eletrocardiograma, resistente ao uso de nitratos, geralmente dosam-se os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica. Essa dosagem, porém, não é essencial para seu manejo. Deve-se dar início rapidamente à terapia de reperfusão coronariana, mecânica ou com fibrinolíticos, sem se aguardar seus resultados. Os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica atualmente disponíveis começam a se elevar na

circulação sanguínea após o tempo ideal de reperfusão arterial coronariana e não são essenciais para o diagnóstico de IAM. Mais do que para o diagnóstico, os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica possuem papel prognóstico nesses pacientes (ANDERSON et al., 2007).

1.2.1.3 - Fisiopatologia da SIMI

O termo SIMI abrange sintomas clínicos que são compatíveis com a isquemia aguda do miocárdio (Figura 1).

Fonte: Anderson et al. (2007).

Figura 1 – SIMI.

A figura ilustra a interface cronológica entre o paciente e a clínica, por meio da progressão da formação plaquetária. A seção longitudinal da artéria descreve a “linha do tempo” da aterosclerose que vai desde uma artéria normal (número 1), iniciando a lesão e o acúmulo de lipídios extracelulares na íntima (número 2), evoluindo para um estágio de “fibrofatty” (número 3), em seguida a progressão da lesão com expressão pró-coagulante e enfraquecimento do tampão fibroso. Uma SIMI se desenvolve quando a placa vulnerável se rompe da cápsula fibrosa (número 5), essa ruptura da placa é o estímulo para a trombogênese. A exposição do trombo leva ao acúmulo de colágeno e ao crescimento muscular celular (número 6). Após o rompimento da placa vulnerável, os pacientes apresentam os sintomas do desconforto isquêmico causado pela redução sanguínea ao longo da artéria coronária afetada. A redução sanguínea pode ser causada pela obstrução total ou parcial de um trombo, fator que desencadeará o aparecimento de uma das três formas de apresentação clínica da SIMI.

1.2.1.3.1 – Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio

Angina Instável (AI) é uma dor no peito ou desconforto que aumenta na frequência e severidade, que pode ocorrer no repouso, mas que não causa necrose do miocárdio, e o desconforto tende a ser mais severo e prolongado do que nos casos de angina estável (ROSAMOND et al., 2008).

A classificação da AI mais utilizada é a proposta por Braunwald (1989). Seu valor prognóstico e terapêutico tem sido validado em numerosos estudos clínicos prospectivos e leva em conta a gravidade dos sintomas anginosos, as circunstâncias clínicas de sua ocorrência e a intensidade do tratamento utilizado (Quadro 1).

1. Gravidade dos sintomas

Classe I – angina de início recente (menos de dois meses), frequente ou de grande intensidade (três ou mais vezes ao dia), acelerada (evolutivamente mais frequente ou desencadeada por esforços progressivamente menores);

Classe II – angina de repouso subaguda (um ou mais episódios em repouso nos últimos trinta dias, o último episódio ocorrido há mais de 48 horas);

Classe III – angina de repouso aguda (um ou mais episódios em repouso nas últimas 48 horas).

2. Circunstâncias das manifestações clínicas

Classe A - angina instável secundária (anemia, febre, hipotensão, hipertensão não controlada, emoções não rotineiras, estenose aórtica, arritmias, tireotoxicoses, hipoxemia, etc.);

Classe B – angina instável primária;

Classe C – angina pós-infarto do miocárdio (mais de 24 horas e menos de duas semanas)

3. Intensidade do tratamento

Classe 1 – sem tratamento ou com tratamento mínimo;

Classe 2 – terapia antianginosa usual;

Classe 3 – terapia máxima.

Fonte: Braunwald, 1989.

Quadro 1 – Classificação da AI proposta por Braunwald, em 1989.

O autor Braunwald (1989) propõe ainda uma classificação baseada em critérios clínicos, no qual os pacientes são divididos em subgrupos de alto, intermediário e baixo risco para óbito ou IAM não fatal (Quadro 2).

	Manifestações
Risco Alto	Deve estar presente pelo menos um dos seguintes achados: Dor em repouso prolongada (maior que 20 minutos) e contínua; Edema pulmonar; Angina associada a sopro de insuficiência mitral; Angina com terceira bulha à ausculta cardíaca e estertores; Angina com hipotensão; Angina em repouso com alterações dinâmicas de ST (maior que um milímetro);
Risco Intermediário	Nenhum achado de alto risco, mas deve ter qualquer um dos seguintes: Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC; Angina de repouso (maior que 20 minutos ou melhorada com repouso ou nitroglicerina); Angina noturna; Angina de início recente grau III ou IV nas últimas duas semanas passadas, mas com baixa probabilidade de DAC; Ondas Q ou depressão de ST maior ou igual a 1 milímetro em várias derivações; Angina com alterações dinâmicas da onda T;
Risco Baixo	Nenhum achado de risco alto ou intermediário, mas deve ter qualquer um dos seguintes: Angina aumentada em frequência, gravidade ou duração; Angina desencadeada com limiar baixo de esforço; Angina de início recente no intervalo de duas semanas a dois meses; Eletrocardiograma normal ou não alterado.

Fonte: Braunwald, 1989.

Quadro 2 - Classificação da AI, proposta por Braunwald (1989), segundo os critérios clínicos.

As três formas da SIMI ocorrem quando há um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio pelo miocárdio. Não há uma doença específica, mas sim uma síndrome, semelhante à hipertensão arterial. Atualmente, algumas causas “não exclusivas” já são reconhecidas (Quadro 3).

1. Trombo ou tromboembolismo, geralmente desencadeado pela ruptura ou erosão da placa de ateroma:
 - 1.1 Trombo oclusivo, geralmente com veias colaterais;
 - 1.2 Trombo suboclusivo em placa preexistente;
 - 1.3 Tromboembolismo microvascular distal, com trombo plaquetário associado;
2. Tromboembolismo coronário não associado à placa de ateroma;
3. Obstrução dinâmica (espasmo ou vasoconstricção coronárias) dos vasos epicárdicos e/ou microvasculares;
4. Mecanismo de obstrução progressivo da circulação coronariana;
5. Angina instável secundária;
6. Dissecção Arterial Coronariana.

Fonte: Anderson et al., 2007.

Quadro 3 - Principais causas da AI e do IAM sem supradesnível do segmento ST

A causa mais comum da AI e IAM sem supradesnível do segmento ST é a redução da perfusão miocárdica, resultante do estreitamento das artérias coronárias causado por um trombo decorrente da ruptura da placa de ateroma que geralmente não é totalmente oclusivo. O princípio molecular e celular mais comum da fisiopatologia da ruptura da placa aterosclerótica é a inflamação arterial, causada por estímulos infecciosos ou não infecciosos que podem preceder a expansão e desestabilização plaquetária, ruptura/erosão e trombogênese. A ativação de macrófagos e linfócitos T localizados na sustentação da placa aumenta as enzimas do tipo metaloproteinases que causam o rompimento da placa (ANDERSON et al., 2007).

Outra possível causa, porém menos comum, é a obstrução dinâmica que pode ser desencadeada por espasmos focais intensos em um determinado segmento da artéria coronária (angina Prinzmetal). Esse espasmo local é causado por uma hipercontratilidade muscular do vaso ou por uma disfunção endotelial. Espasmos extensos podem ocorrer no auge da obstrução ou desestabilização da placa, resultando em uma angina de origem mista ou em uma AI ou IAM sem supradesnível do segmento ST. A obstrução coronariana dinâmica pode também ser causada por uma disfunção microvascular difusa. Acredita-se que os espasmos coronarianos também sejam os responsáveis por AI/IAM sem supradesnível do segmento ST induzidos pela cocaína (ANDERSON et al., 2007).

A patogenia e a apresentação clínica da AI e do IAM sem supradesnível do segmento ST são consideradas semelhantes, mas diferem na severidade, ou seja, elas diferem

primariamente se a isquemia do miocárdio causou um dano suficiente para liberar quantidades detectáveis de marcadores de necrose miocárdica, como a troponina ou CK-MB. Uma vez não detectado o marcador de necrose miocárdica (baseado em duas ou mais amostras de sangue), deve ser considerado que o paciente sofreu uma AI, assim como deve ser considerado um IAM sem supradesnível do segmento ST se o resultado for positivo para os marcadores (ANDERSON et al., 2007).

No que diz respeito ao exame histopatológico, o IAM pode ser dividido em de espessura completa (ou seja, infarto transmural) ou subendocárdico (isto é, infarto não transmural). O primeiro costuma ocorrer em consequência de trombo de plaqueta-fibrina em uma placa que sofreu ruptura e que não apresentava estenose crítica antes do distúrbio agudo, não causava isquemia e, portanto, não levou à formação de vasos colaterais protetores significativos. Os infartos não transmuraux são encontrados mais comumente na presença de artérias coronárias com estenose grave que não foram totalmente ocluídas, que sofreram apenas oclusão parcial ou que foram ocluídas por períodos mais longos na presença de colaterais protetoras abundantes (GOLDMAN; BRAUNWALD, 2000).

Na maioria dos casos, o IAM é uma complicação da aterosclerose coronariana. As placas ateroscleróticas podem ser classificadas em termos de gravidade, isto é, percentual de estenose do diâmetro e de susceptibilidade para ruptura ou fissura. As placas ateroscleróticas coronárias instáveis (vulneráveis) caracterizam-se, em geral, por um núcleo lipídico relativamente grande, separado do sangue circulante por uma fina cápsula fibrosa. A lesão endotelial que pode ser precipitada por estímulos, como a tensão de cisalhamento do fluxo sanguíneo, hipertensão ou por uma combinação, pode causar a fissura ou a ruptura da placa, expondo o centro trombogênico de colágeno e lipídeos. Além disso, os macrófagos ativados no ateroma desestabilizam a placa por meio da secreção de enzimas metaloproteinases que degradam a matriz intersticial e contribuem para a ruptura da placa, elaborando citocinas que inibem a formação do colágeno estabilizador da placa pela musculatura lisa vascular. A exposição do núcleo trombogênico provoca a agregação das plaquetas e a formação de um coágulo de fibrina, resultando na obstrução arterial total ou subtotal (Figura 2). A agregação das plaquetas também provoca vasoconstricção coronária que contribui para a estenose da luz (GOLDMAN; BRAUNWALD, 2000).

Fonte: Goldman e Braunwald, 2000.

Figura 2 - Diagrama do trombo arterial responsável pelo IAM.

As placas relativamente estáveis podem não apresentar um núcleo lipídico distinto, ou apenas um pequeno núcleo, mas, mesmo se grande, esse núcleo é coberto por uma cápsula fibrosa relativamente espessa que o separa do sangue (Figura 3), portanto a ruptura dessas placas é improvável. Entretanto, à medida que as placas estáveis crescem, podem provocar estenose luminal significativa, sendo tipicamente responsáveis pela angina progressiva aos esforços. Sua progressão gradual pode levar à oclusão total que pode causar o infarto. Entretanto, em muitos desses casos, os vasos colaterais desenvolvidos durante meses e anos do crescimento da placa evitam o infarto apesar da oclusão completa (GOLDMAN; BRAUNWALD, 2000).

Fonte: Goldman e Braunwald, 2000.

Figura 3 - Comparação entre as características das placas “vulneráveis” e “não vulneráveis”.

1.2.2 - Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde percebido: diferenças conceituais e de avaliação

Campbell (1976) tentou explicitar as dificuldades que cercavam a conceituação do termo QV ao relatar tratar-se de uma vaga e etérea entidade, algo sobre o qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é. Essa afirmação, feita há cerca de 40 anos, ilustra as controvérsias sobre o conceito, logo que este começou a aparecer na literatura. Porém, ainda hoje quando se analisa QV, percebe-se que é um tema abstrato, de difícil conceituação, por ser de origem subjetiva, muito dependente e influenciado pela cultura.

O termo QV surgiu após a Segunda Guerra Mundial, quando foi usado para enfatizar que uma vida boa (*good life*) depende de coisas além da riqueza material como, por exemplo, emprego, moradia, um meio ambiente sustentável, artes e saúde (HOLMES, 2005).

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e QV, embora bastante inespecífico e generalista, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Embora hoje em dia ainda não exista uma definição consensual de QV, há uma concordância de que constitui um constructo abstrato e de difícil mensuração. Os pesquisadores têm considerado que a saúde está intimamente ligada à QV.

Após resgate da literatura, fica evidente o esforço de estudiosos de tornar este constructo abstrato em algo mensurável, uma vez que atualmente é considerado um fator importante a ser avaliado na recuperação e reabilitação dos pacientes agudos e/ou crônicos. Além disso, é realidade nos países desenvolvidos, campanhas de saúde pública embasadas em resultados de pesquisas sobre QV. Na tentativa de operacionalizar este constructo, os pesquisadores passaram a estudar e definir QV por meio de domínios, ou seja, algumas áreas identificadas por meio de revisão bibliográfica ou pesquisa em campo que passaram a ser consideradas áreas importantes e representativas da QV. Diante do exposto, consideramos fundamental explicitar nosso entendimento sobre a definição do constructo de QV que será pesquisado.

A QV é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que uma determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange

muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Os valores não materiais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade compõem a percepção de QV (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Segundo Fayers e Machin (2007), quando se trata de QV, os componentes mais enfatizados são satisfação e felicidade com a vida. Esses autores confirmam a concepção defendida por Minayo, Hartz e Buss (2000) ao relatarem que QV significa diferentes coisas para diferentes pessoas, e tem o seu significado modificado de acordo com a área de aplicação.

Um grupo de estudiosos canadenses traz a definição de QV advinda de vários estudos desenvolvidos em campo e, seguindo uma tendência crescente, aborda aspectos que auxiliam na operacionalização deste constructo tão abstrato. Para Renwick, Brown e Nagler (1996), QV é o grau em que uma pessoa aproveita as possibilidades importantes de sua vida, sendo que estas possibilidades resultam do equilíbrio entre as oportunidades e restrições das várias áreas da vida das pessoas. Este grupo desenvolveu um modelo de avaliação de QV que aborda três principais áreas da vida: ser, pertencer e tornar-se, sendo que cada uma destas áreas é subdividida em domínios. Para estes autores, a divisão nestes domínios possibilita a identificação dos aspectos positivos ou negativos da QV. Consideram ainda que a QV é determinada pelo grau de satisfação e importância associadas à possibilidade que as pessoas alcançam numa relação contínua com o seu meio ambiente, além de ser influenciada pelo controle pessoal, por meras decisões/escolhas das pessoas e das oportunidades disponíveis no momento da decisão.

Então, QV representa uma aceção mais ampla, sem fazer referência a disfunções ou agravos, aparentemente influenciada por estudos sociológicos. Suas dimensões podem abarcar aspectos cuja associação com a saúde não tem sido muito valorizada, como espiritualidade e características do ambiente relacionadas às questões socioeconômicas como renda, habitação e emprego (REIMEL; JIMENÉZ, 1995).

Após a revisão da literatura, podemos identificar duas tendências quanto à conceituação do termo QV na área da saúde: a primeira se refere a um caráter mais genérico, no qual o foco principal não é necessariamente a saúde e/ou doença, e a segunda na qual a principal preocupação relaciona-se ao quanto a doença ou estado crônico interferem na vida diária de um indivíduo.

A QVRS ou estado de saúde percebido (*perceived health status*) é um constructo muito frequente na literatura da área da saúde e tem sido utilizada com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, porém está mais voltado para avaliar o impacto ou agravamento de uma doença na vida de uma pessoa.

Smith, Avis e Assmann (1999), num estudo de metanálise, evidenciaram que indivíduos portadores de condições crônicas de saúde, ao avaliarem sua QV, consideraram, em primeiro lugar, os aspectos psicológicos e depois os aspectos relacionados à capacidade funcional, concluindo que QV e estado de saúde são constructos distintos.

Naughton e Shumaker (2003) relataram que a QVRS abrange aqueles atributos valorizados pelos pacientes, seu conforto ou sensação de bem-estar, a extensão na qual são capazes de manter uma razoável função física, emocional e intelectual, assim como o grau em que mantêm suas habilidades para participar de atividades sociais com a família, no local de trabalho ou na comunidade. Gianchello (1996) conceitua QVRS como sendo o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Embora haja vários debates a respeito da definição mais adequada para a QVRS, uma conferência composta por um grupo de pesquisadores internacionais em QVRS propôs, no início da década de 1990, um consenso a respeito das dimensões básicas para o constructo de QVRS (BERZON; HAYS; SHUMAKER, 1993). As dimensões primárias incluiriam: funcionamento físico, psicológico e social e o seu papel nas atividades diárias, a satisfação com a vida e a percepção do estado de saúde. As dimensões adicionais incluem: funcionamento neuropsicológico, produtividade pessoal, funcionamento sexual e íntimo, distúrbio do sono, dor, sintomas e espiritualidade (NAUGHTON; SHUMAKER, 2003).

Naughton e Shumaker (2003) ressaltaram ainda a necessidade de distinguir a percepção do estado de saúde do quadro de saúde atual. Indivíduos doentes, e que se sentem como tal, tendem a repensar suas expectativas e adaptá-las para a situação atual, o que pode trazer uma sensação positiva de bem-estar. Por outro lado, pessoas em boas condições de saúde sentem-se insatisfeitas e avaliam pior sua QV.

Com relação à avaliação da QVRS e estado de saúde, ela pode ser feita por meio da abordagem qualitativa ou da abordagem quantitativa. Quando se trata da abordagem quantitativa, há um predomínio do uso de escalas, questionários e instrumentos que podem ser classificados como genéricos ou específicos.

Para um melhor entendimento dos termos escalas, questionários e instrumentos, seguem-se suas definições. Escala pode ser definida como um conjunto de itens/questões por meio dos quais se pretende medir uma determinada característica ou atributo numa população de indivíduos. Por meio de um arranjo de valores numéricos derivados do processo de mensuração (o qual pode ser de diferentes níveis: ordinal, intervalar, de razão), é permitido ao observador construir um arranjo de valores numéricos. Quando as respostas são dirigidas para constatar constructos referentes às atitudes e preferências, temos, por exemplo, uma “escala de atitudes”. Quando as respostas são atributos que podem distinguir e caracterizar um indivíduo, temos a chamada “escala de personalidade”. Implica ainda dizer que do seu conjunto de itens irá se obter um valor numérico único, o qual irá constituir o resultado dessa mensuração, sendo que cada escala deve referir-se a um único resultado. Com relação ao questionário, ele é composto por um conjunto de questões ou itens que, por qualquer razão, são apresentados associados a um agrupamento. Em um questionário é possível ter uma ou várias escalas, sendo denominadas de subescalas, neste último caso (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). O termo instrumento é caracterizado por um grupo de itens contidos em questionários. Além dos itens fazem parte do instrumento: as instruções para o seu preenchimento, para a escala de pontuação e interpretação dos resultados e outras informações que possam estar presentes no manual do usuário (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002).

Com relação à diferença entre os instrumentos genéricos e específicos, os primeiros podem ser administrados na população geral, independente da presença de alguma doença ou condição crônica. Embora conhecidos como instrumentos de avaliação de QVRS, esses instrumentos devem ser chamados de “medidas de estado de saúde”, porque eles focam em sintomas físicos, ou seja, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Pelo fato de esses instrumentos poderem ser aplicados igualmente em indivíduos da população geral ou em grupos específicos (patologias, idade etc.), existe a possibilidade de comparação da QVRS de indivíduos saudáveis com pessoas doentes, vivendo em diferentes contextos sociais ou culturais (FAYERS; MACHIN, 2007). Por isso, também são considerados os mais apropriados quando se tratam de estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Como desvantagem, não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QVRS de uma determinada doença. Alguns exemplos de instrumentos genéricos de avaliação de QVRS, citados por Fayers e Machin (2007) são: a

Sickness Impact Profile (SIP), a *Nottingham Health Profile* (NHP), o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form* (SF-36).

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QVRS em determinadas situações. Eles avaliam, de maneira individual e específica, determinados aspectos como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga etc. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (reduzido número de itens e amostras insuficientes). Exemplos de instrumentos específicos de avaliação de alguns aspectos da QVRS citados por Fayers e Machin (2007) são: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *McGill Pain Questionnaire* (MPQ), *Multidimensional Fatigue Inventory* (MFI), dentre outros.

1.2.2.1 - Qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde percebido de pacientes coronariopatas

Vários estudos têm abordado a QVRS de pessoas com DAC manifestada pelo infarto do miocárdio e/ou angina, tanto em acompanhamento clínico (FAILDE; SOTO, 2006; NORRIS et al., 2004; RUMSFELD et al., 2003; SOTO et al., 2005; VEENSTRA et al., 2004) como após angioplastias coronárias ou revascularização cirúrgica do miocárdio (DANTAS; CIOL, 2008; KATTAINEN; MERILAINEN; SINTONEN, 2006; KATTAINEN et al., 2005; KIEBZAK et al., 2002; SPERTUS et al., 2004).

Com relação aos estudos encontrados entre os pacientes clínicos, foram localizados três que fizeram uma abordagem transversal em um dado momento entre seis meses e um ano e meio após o evento isquêmico (NORRIS et al., 2004; RUMSFELD et al., 2003; SOTO et al., 2005). Outros estudos encontrados avaliaram os indivíduos três meses e um ano após o evento coronário agudo (FAILDE; SOTO, 2006; VEENSTRA et al., 2004). Entretanto, não foram encontrados na literatura estudos que os abordassem durante a internação decorrente do primeiro evento da SIMI (IAM e AI).

Assim como já foi mencionado anteriormente, a avaliação da QVRS pode ser feita por meio de instrumentos genéricos ou específicos para determinadas patologias. Entre indivíduos com DAC, nota-se que há o predomínio do uso do instrumento genérico intitulado *Medical Outcomes Survey 36 items* (SF-36) (DANTAS; CIOL, 2008; FAVARATO et al., 2007;

GALLANI et al., 2003; SOTO et al., 2005; VEENSTRA et al., 2004) e o *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ), como questionário específico para pessoas com DAC (NORRIS et al., 2004; RUMSFELD et al., 2003). No Brasil, a versão adaptada do SF-36 foi usada em pacientes coronariopatas e mostrou-se válida e confiável (DANTAS; CIOL, 2008; FAVARATO et al., 2007; GALLANI et al., 2003).

Soto et al. (2005) investigaram 132 sujeitos após 18 meses do episódio do infarto ou angina, e, dentre os oito domínios abordados pelo SF-36, aqueles com menor comprometimento foram: *Capacidade Funcional* ($\bar{x} = 76,1$) e *Aspectos Sociais* ($\bar{x} = 80,0$), enquanto *Estado Geral de Saúde* foi o domínio com menor escore ($\bar{x} = 57,7$). Os escores dos domínios *Capacidade Física* e *Capacidade Emocional* variaram muito (desvio-padrão = 41,2 e 46,6; respectivamente). Também foi observado que as mulheres apresentaram piores escores nos domínios *Capacidade Funcional* e *Aspectos Físicos* e que os casados apresentaram escores melhores em todas as dimensões físicas, embora essa diferença não fosse estatisticamente significativa. Apenas o domínio *Capacidade Funcional* demonstrou uma relação inversa com a idade, ou seja, quanto mais avançada a idade, pior era o escore no domínio. Os pacientes com angina apresentaram pior QVRS do que os infartados. Na dimensão emocional, mulheres não casadas e donas de casa perceberam uma pior QVRS.

Outro estudo envolvendo 76 pacientes teve o objetivo de identificar as mudanças na QVRS, por meio da utilização do SF-36, após três meses da alta hospitalar devido ao evento cardíaco. Comparado com os resultados obtidos na internação, houve uma diminuição significativa nos escores dos domínios *Capacidade Funcional*, *Estado Geral de Saúde* e *Vitalidade* após os três meses. Não foram observadas diferenças nos outros domínios do SF-36. Além disso, a presença de revascularização cirúrgica do miocárdio, idade, interação entre história prévia da DAC e presença de um ou mais fatores de risco juntas explicaram 16,6% do comprometimento no componente físico do SF-36. Os resultados ainda mostraram que os escores relacionados ao componente mental foram mantidos durante os três meses, embora os escores fossem menores no momento da internação. O sexo e a presença de depressão foram variáveis que não se relacionaram com as mudanças no componente físico do SF-36 (FAILDE; SOTO, 2006).

Veenstra et al. (2004) realizaram um outro estudo no qual avaliaram 254 pacientes com angina e 90 com infarto, no período de seis semanas e dois anos após a hospitalização, considerando a presença ou não de procedimentos de revascularização das artérias coronárias. Seis semanas após a hospitalização, pacientes com angina e infarto apresentaram escores

menores, quando comparados com os escores da população em geral do país do estudo em todos os domínios da QVRS avaliados pelo SF-36. Pacientes que não foram submetidos a esses procedimentos apresentaram as maiores diferenças, principalmente nos domínios que se referem ao componente físico da QVRS: limitação nos domínios *Aspectos Físicos*, *Aspectos Emocionais* e *Dor*, assim como na percepção do *Estado Geral de Saúde*. Dois anos após a hospitalização, os valores da avaliação dos participantes, em todos os domínios, permaneceram mais baixos, quando comparados com os escores da população em geral. Após dois anos, os escores dos domínios *Aspectos Físicos* e *Aspectos Sociais* melhoraram nos pacientes com angina sem procedimentos invasivos. Os domínios *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos* e *Dor* melhoraram nos pacientes com angina e que foram submetidos a procedimento invasivo e houve uma piora significativa no *Estado Geral de Saúde*. Nos pacientes com infarto sem procedimentos invasivos, os domínios *Aspectos Físicos*, *Aspectos Sociais* e *Aspectos Emocionais* aumentaram significativamente. O domínio *Aspectos Físicos* melhorou também nos pacientes com infarto que foram submetidos ao procedimento invasivo. Pacientes submetidos a procedimentos invasivos mostraram uma melhora pequena no componente físico, enquanto os escores do componente mental permaneceram estáveis após os dois anos, e apenas pacientes com angina, sem procedimentos invasivos, mostraram uma melhora pequena neste componente. Uma análise de regressão linear múltipla revelou que, considerando o componente físico do SF-36 basal, ter sido submetido a procedimentos invasivos, ser jovem, do sexo masculino, e com maior nível educacional estava significativamente associado com maiores escores neste componente após dois anos entre os pacientes com angina. A idade mais avançada esteve significativamente associada a melhores escores no componente mental. Nos pacientes com infarto, os escores dos componentes físico e mental, após dois anos, não apresentaram associação significativa com a presença de procedimentos invasivos ou com as características sociodemográficas (VEENSTRA et al., 2004).

Em estudo brasileiro, os autores avaliaram 124 pacientes brasileiros após o tratamento cirúrgico da DAC e obtiveram valores médios, para os componentes do SF-36, que variaram entre 62,5 e 77,2, sendo os domínios mais afetados a *Dor* ($\bar{x}=62,5$) e *Saúde Mental* ($\bar{x}=62,7$) (DANTAS; CIOL, 2008). A avaliação da QVRS destes pacientes foi melhor do que aquela observada em coronariopatas em tratamento clínico que participaram de outro estudo realizado no interior de São Paulo (GALLANI et al., 2003).

Utilizando um instrumento específico para a avaliação da QVRS de pacientes com angina *pectoris*, Norris et al. (2004) realizaram um estudo com o objetivo de comparar QVRS

entre homens e mulheres, após um ano do primeiro cateterismo cardíaco. Os homens apresentaram melhor QVRS do que as mulheres, nos cinco domínios avaliados pelo *Seattle Angina Questionnaire*.

Rumsfeld et al. (2003), utilizando o mesmo instrumento, avaliaram a associação entre a depressão e a piora na QVRS em 1.957 indivíduos com angina e constataram que 526 (26,7%) tinham história de depressão. Os resultados mostraram que a depressão estava significativamente associada com a maior frequência de angina, assim como a uma maior limitação física e pior QVRS.

Neste presente estudo, adotaremos a definição de estado de saúde adotada pelos autores Ware e Sherbourne (1992, p. 474), no qual: “o conceito de saúde deve englobar aspectos físicos e sociais, capacidade funcional, saúde mental e percepção geral de saúde, acrescido de mais dois conceitos que estão sendo fortemente sustentados pelos estudos empíricos, que são dor no corpo e vitalidade”, uma vez que será utilizado o instrumento de avaliação de estado de saúde desenvolvido por esses autores.

1.2.3 - Depressão

Embora no senso comum exista uma forte crença entre emoções e o aparecimento da doença cardíaca, ainda não há evidências científicas convincentes que confirmem essa relação. Emoções específicas como ansiedade, nervosismo e depressão têm emergido como potenciais fatores de risco para a DAC (KUBZANSKY; KAWACHI, 2000). As emoções podem influenciar na saúde cardiovascular de várias formas, por exemplo, na ativação excessiva do sistema nervoso simpático causando um aumento no seu funcionamento, levando a uma taquicardia ou hipertensão arterial, fatores predisponentes encontrados nos eventos cardíacos. De acordo com Kubzansky e Kawachi (2000), existem associações evidentes da incidência da DAC com três emoções negativas específicas: ansiedade, nervosismo e depressão. Por essa razão consideramos importante conhecer o estado emocional prévio dos indivíduos nas semanas que antecederam a internação pelo primeiro episódio da SIMI.

A depressão é uma das patologias psiquiátricas mais comuns. É conhecida em todas as culturas e aflige uma parcela considerável da população, independentemente do sexo, idade

ou etnia, se constituiu o fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade (SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

O interesse pela associação entre a depressão e as DCVs tem se acentuado em virtude de sua elevada prevalência e morbimortalidade, com consequente incremento no custo e tempo de evolução da doença, tempo de afastamento do trabalho, além de aumentar a demanda de procedimentos e exames complementares (AYACHE; AMARAL, 2005).

Pacientes com DAC, hipertensão arterial, IAM, no período pré e pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio apresentaram fortes indícios de comorbidades com doenças psiquiátricas, notadamente com a depressão e embora a depressão possa ter diferentes cursos, aumenta o risco de mortalidade entre pacientes com DAC (AYACHE; AMARAL, 2005).

Mattos et al. (2005) realizaram no Brasil um estudo coorte prospectivo, com o objetivo de avaliar a prevalência de depressão em pacientes internados com diagnóstico de SIMI. Foram investigados 135 pacientes, sendo 72,6% com IAM e 27,4% com AI, com média de idade de 61,8 anos. A prevalência de depressão foi de 53,3%, sendo significativamente mais frequente no sexo feminino (64,8%, $p=0,029$). Ainda com relação à intensidade da depressão avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck (IDB), encontraram que 28,1% apresentavam depressão leve, 14,1%, depressão moderada e 11,1%, depressão grave. Concluíram que os transtornos depressivos constituíram um fator de comorbidades muito frequente entre os coronariopatas agudos, merecendo uma rotina de investigação e tratamento adequados, dado o elevado risco relativo (sete vezes) de mortalidade, encontrado no estudo.

Em outro estudo brasileiro, Perez et al. (2005) investigaram a associação entre características sociodemográficas, diagnóstico clínico, dentre outras variáveis, e a ocorrência de depressão em 345 pacientes com SIMI (59,7% com IAM e 40,3% com AI) com média de idade de 59,45 anos. Os resultados mostraram que, entre os pacientes depressivos, a média de idade foi menor ($p=0,003$), situando-se mais frequentemente na faixa etária abaixo de 50 anos ($p=0,009$) e acometendo com mais frequência o sexo feminino ($p<0,001$). Os resultados do IDB ainda demonstraram que as mulheres apresentaram, com maior frequência, níveis mais graves de depressão que os homens ($p<0,001$).

Nos Estados Unidos, Fauerbach et al. (2005) avaliaram a depressão e a QVRS de 196 pacientes internados com o diagnóstico de IAM, os quais foram acompanhados quatro meses após a alta hospitalar. Foi observado que a porcentagem de pacientes com depressão foi de 22,5%, e significativamente maior entre as mulheres no momento da internação ($p=0,03$).

Em outro estudo envolvendo 1.957 pacientes com SIMI no momento da internação e após sete meses da alta hospitalar, a análise multivariada mostrou que a depressão foi significativamente associada à maior frequência da angina após a alta hospitalar, a limitações físicas mais severas e com as piores avaliações da QVRS (RUMSFELD et al., 2003).

1.3 - Questões do estudo e hipóteses a serem testadas

A proposta deste estudo foi avaliar o comprometimento do estado de saúde, físico e mental, no período que antecede a internação devido ao primeiro episódio de SIMI (IAM e AI). Com isso pretendemos responder às seguintes questões:

1. Há diferença entre o estado de saúde percebido de pacientes internados devido ao primeiro episódio da SIMI, segundo a manifestação clínica da doença (IAM e AI)?
2. Há diferença no grau de severidade da depressão entre pacientes internados devido ao primeiro episódio da SIMI, segundo a manifestação clínica de IAM e AI?
3. Há relação entre o estado de saúde percebido pelo paciente e o grau de severidade da depressão?
4. Quais são as variáveis preditoras do estado de saúde percebido em pacientes internados com o primeiro episódio da SIMI?
5. Quais são as variáveis preditoras do grau de severidade da depressão em pacientes internados devido com o primeiro episódio da SIMI?

Considerando a revisão da literatura e nossa experiência clínica, estabelecemos as seguintes **hipóteses**:

1. Pacientes internados com quadro de AI têm maior comprometimento do estado de saúde percebido do que os pacientes com IAM, nos domínios *Capacidade Funcional, Vitalidade, Estado Geral de Saúde, Aspectos Físicos e Dor* (avaliados pelo instrumento SF-36);
2. Não há diferença significativa no grau de severidade da depressão entre os pacientes com manifestação de IAM e AI;
3. Pacientes com maior severidade de depressão têm pior avaliação em todos os domínios do estado de saúde percebido, independente do tipo de manifestação da SIMI (IAM ou AI).

2 OBJETIVOS

- 2.1 - Comparar a presença e a gravidade dos sintomas de dispneia, precordialgia e restrição física decorrentes da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM e AI);
- 2.2 - Comparar o estado de saúde percebido e o grau de severidade de depressão, segundo o diagnóstico na internação (IAM e AI);
- 2.3 - Investigar a relação entre o estado de saúde percebido e o grau de severidade de depressão nos dois grupos de pacientes (IAM e AI);
- 2.4 – Identificar as variáveis preditoras do estado de saúde percebido e do grau de severidade de depressão em pacientes com SIMI.

3 MÉTODO

3.1- Delineamento do estudo

Estudo de caráter descritivo correlacional, do tipo transversal.

A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. O delineamento descritivo correlacional é aquele no qual o pesquisador está interessado, principalmente, na descrição dos relacionamentos entre as variáveis, sem procurar, necessariamente, estabelecer uma conexão causal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 - Procedimentos éticos

O projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e enquadrado na categoria aprovado, em sua 216ª Reunião Ordinária realizada em 05/12/2005 (ANEXO A), da mesma forma que também foi aprovado, verbalmente, pelo presidente do Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto.

Foi assegurado aos participantes que as informações obtidas impossibilitariam a identificação dos sujeitos. Os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, seus direitos e cuidados a eles garantidos e, após concordar em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A). Diante da não concordância em participar do estudo, foi assegurado que não haveria prejuízo no atendimento na Unidade de Clínica Médica ou UCO dos referidos hospitais.

3.3 - Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Clínica Médica da Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) e na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto.

3.4 - Amostra

A amostra deste estudo foi constituída pelos pacientes coronariopatas com idade superior a 21 anos internados nas referidas unidades hospitalares, devido ao primeiro episódio de AI ou IAM. Os pacientes foram selecionados considerando os seguintes critérios de inclusão: estar em condições clínicas (físicas e psicológicas) de responder aos questionários e instrumentos e concordar em participar do estudo.

Vale ressaltar que não foi possível classificar os infartos como IAM sem supradesnível do segmento ST ou IAM com supradesnível do segmento ST, uma vez que alguns prontuários dos participantes não estavam descritos. Entretanto, acompanhamos os resultados das enzimas marcadoras de necrose miocárdica para uma correta diferenciação entre AI e IAM.

Foram excluídos deste estudo os pacientes com história de Acidente Vascular Encefálico com comprometimento no desempenho das atividades do dia a dia, devido à presença de paresia/plegia dos membros superiores e/ou inferiores e sequelas que comprometessem a comunicação com a pesquisadora.

3.4.1 - Cálculo do tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral, foram considerados os seguintes valores, utilizados nos modelos de regressão múltipla: número máximo de preditores igual a seis, *effect size* igual a 0,10, nível de significância (α) igual a 0,05 e poder do teste ($1-\beta$) igual a 0,95. Dessa forma, o valor estimado foi de 216 sujeitos. Esses valores foram inseridos em um software disponível no endereço eletrônico: <http://www.danielsoper.com/statcalc/calc01.aspx>.

Considerando a existência de dois grupos de sujeitos, segundo o diagnóstico da SIMI (IAM e AI) e uma distribuição homogênea desses diagnósticos entre os 216 sujeitos, buscamos um número mínimo de 108 participantes em cada grupo.

Por ser uma amostra que foi composta de forma consecutiva, sem o controle dos diagnósticos a serem encontrados no transcorrer do estudo, foram entrevistados 142 pacientes com IAM e 111 com AI, totalizando 253 sujeitos.

3.5 - Coleta de dados

Todos os dados foram coletados mediante questionários e instrumentos preenchidos pela pesquisadora por meio de entrevistas individuais com os participantes e consulta aos prontuários. Quando o sujeito não entendia o significado de alguma pergunta, o entrevistador relia a pergunta de forma lenta e repetia a leitura até três vezes. Após a terceira tentativa, o dado era considerado perdido, diante do não entendimento do sujeito. As entrevistas foram realizadas após 24 horas de internação na UCO ou enfermaria de cardiologia, pois acreditamos que, num período menor do que esse, o paciente ainda se encontrava em fase de instabilidade hemodinâmica e/ou em condições psicológicas comprometidas para responder aos questionários e instrumentos; e no máximo até sete dias de internação, para garantir que o paciente se reportasse ao mês anterior e semana anterior ao episódio da primeira internação de forma clara e segura.

Os dados foram coletados entre maio de 2006 e julho de 2009.

3.5.1 – Questionários e instrumentos de coleta

3.5.1.1 – Validade de conteúdo do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Para a caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes, foi elaborado um questionário utilizando o modelo apresentado por Nakajima (2006) e Dantas (2007) que abordaram pacientes coronariopatas. Após a elaboração do questionário, o mesmo foi submetido à avaliação por três juízes com reconhecido saber na área de cardiologia, especialmente na abordagem ao paciente coronariopata.

Seguindo ao critério estabelecido, segue a formação acadêmica dos juízes:

- juiz 1: enfermeira, doutoranda na área de QV, com saber na assistência junto ao paciente portador de DAC.

- juiz 2: enfermeira, mestranda na área de QV, especialista em cardiologia, com saber na assistência junto ao paciente portador de DAC.

- juiz 3: médico, residente da cirurgia cardíaca com saber na assistência junto ao paciente portador de DAC.

Os juízes receberam uma carta explicativa sobre o objetivo da avaliação do questionário (APÊNDICE B) e o questionário pré-elaborado (APÊNDICE C), e foi pedido para cada um dos juízes avaliarem-no quanto à:

- Pertinência: se os itens expressavam verdadeira relação com a proposta do estudo em questão;

- Clareza: se os itens estavam descritos de forma compreensível.

Caso o juiz avaliasse um item como não claro ou não pertinente, havia espaço para sugestões.

No item I - Caracterização sociodemográfica, o subitem I.6 – *Escolaridade* foi visto como não claro por um dos juízes, e foi recomendado coletar o número de anos que o paciente frequentou um ensino formal, sugestão acatada pelos pesquisadores.

O subitem I.7 – *Situação conjugal* foi tido como não claro por um dos juízes quanto ao vocabulário (casado/união consensual) e foi recomendado trocar por casado/união estável, sugestão não acatada pelos pesquisadores, visto que o intuito deste item é levantar se o paciente mora com companheiro ou sozinho.

No subitem I.10 – *Renda mensal familiar* recomendado por dois juízes que fosse incluído um outro subitem questionando quantos membros da família dependiam da renda, sugestão acatada pelos pesquisadores.

O subitem I.11 – *Procedência* foi avaliado como não claro por um dos juízes, e foi recomendado perguntar onde o paciente mora, sugestão acatada pelos pesquisadores.

No Item II – Caracterização Clínica, o subitem II.4 *Leito na enfermaria* foi julgado como não pertinente por dois juízes, porém este item foi mantido no questionário, visto que foi utilizado como referência para os pesquisadores, durante o processo de coleta de dados, e não foi incluído no resultado do trabalho.

Foi recomendada por um dos juízes a inclusão de um subitem dentro do item II – a) *caracterização da internação atual: data da internação na Unidade de Emergência*, sugestão acatada pelos pesquisadores.

O instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica reformulado, após a avaliação pelos juízes, encontra-se no Apêndice D, e constou das seguintes variáveis sociodemográficas: sexo; estado civil; escolaridade (em anos que frequentou instituições de ensino); situação profissional, renda mensal familiar, o número de pessoas que dependem da renda familiar e a procedência. A idade foi calculada usando a data de nascimento e a data da

entrevista. Os dados clínicos coletados foram: o tempo de internação, o diagnóstico da SIMI (IAM ou AI), a presença de tratamentos prévios para outras DCV antes da apresentação da primeira SIMI (hipertensão arterial, valvopatias, arritmias e miocardiopatias), a presença de fatores de risco para a DAC diagnosticados antes ou durante a internação (diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, obesidade – avaliada pelo índice de massa corpórea, e para as mulheres, o uso de medicamentos para reposição hormonal) e a presença de outras doenças ateroscleróticas (acidente vascular encefálico, arteriopatia periférica e estenose de carótida).

O uso de medicamentos psicofármacos também foi investigado por estarmos avaliando, por meio de instrumentos psicométricos, constructos subjetivos como, estado de saúde percebido e depressão. Tais avaliações podem estar comprometidas pelo uso de psicofármacos do tipo antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores de humor (LARAIA, 2001).

3.5.1.2 – Validade de face e conteúdo do Questionário de Avaliação dos Sintomas de dispneia, angina e atividade física

Acreditávamos que os pacientes internados pela primeira ocorrência da SIMI já apresentavam dificuldades físicas decorrentes da oclusão coronariana, por isso aplicamos um questionário que foi elaborado por Herlitz et al. (2000) (ANEXO B) e que avalia a frequência e a gravidade dos principais sintomas da coronariopatia.

O questionário é constituído por cinco questões, sendo a maioria com respostas dicotômicas (sim ou não). A primeira questão indaga sobre o grau prévio de limitação do paciente antes da hospitalização, para desenvolver atividade física (não limitada, levemente limitada, muito limitada e completamente limitada). A segunda questão se refere à causa da limitação (cansaço, arritmia, dispneia, angina e outras patologias), podendo o paciente ter mais de uma opção de resposta. 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 a angina. Esse questionário permite a descrição da

frequência dos sintomas, não havendo um escore total para cada um deles (dispneia, precordialgia e restrição física).

Esse questionário é um instrumento 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 considerarmos que os itens que compõem o instrumento não sofrem interferência da cultura ou país de origem do paciente, além de se tratar de um instrumento que não necessita de uma abordagem comum aos instrumentos desenvolvidos sob o referencial da psicometria, optou-se pela tradução das questões e alternativas de respostas com posterior validação de face e conteúdo.

Consideramos que os dados obtidos com esse questionário complementaram os domínios do estado de saúde percebido que enfocaram o quanto uma limitação física interfere nas atividades do dia a dia das pessoas.

Após a tradução do questionário, foi submetido à avaliação por quatro juízes com reconhecido saber na área de cardiologia, especialmente na abordagem ao paciente coronariopata.

Seguindo ao critério estabelecido, segue a formação acadêmica dos juízes:

- juiz 1: enfermeira, doutoranda na área de QV, com saber na assistência junto ao paciente portador de DAC.
- juiz 2: enfermeira, mestranda na área de QV, especialista em cardiologia, com saber na assistência junto ao paciente portador de DAC.
- juiz 3: enfermeira, especialista em cardiologia, com saber na assistência junto ao paciente portador de DAC.
- juiz 4: médico, residente da cirurgia cardíaca com saber na assistência junto ao paciente portador de DAC.

Os juízes, por meio de uma carta explicativa (APÊNDICE E) e por meio de instrumento construído especificamente para este fim (APÊNDICE F), avaliaram o instrumento quanto à:

- Pertinência: se os itens expressavam verdadeira relação com a proposta do estudo em questão;

- Clareza: se os itens estavam descritos de forma compreensível.

Caso o juiz avaliasse um item como não claro ou não pertinente, havia espaço para sugestões.

Na questão número dois, três juízes fizeram considerações: um dos juízes sugeriu trocar a palavra “*palpitação*” por “*batedeira no peito*”, por acreditar que seria mais bem

compreendida pelos pacientes, sugestão aceita pelas pesquisadoras. Dois juízes sugeriram acrescentar um item a mais nesta questão, pois acreditavam que o paciente podia ter a atividade física limitada devido a outras condições de saúde e não somente às condições relacionadas à sintomatologia do infarto ou angina, sugestão aceita pelas pesquisadoras, portanto foi incluído o item – *outras patologias*.

Na questão três, um juiz sugeriu trocar “*normalmente, sem falta de ar*” por “*na maior parte do tempo, sem falta de ar*”, por acreditar que seria mais bem entendido pelos pacientes, sugestão aceita pelas pesquisadoras.

Na questão cinco, um juiz sugeriu investigar a circunstância em que a dor no peito apareceu durante a noite, sugestão aceita pelas pesquisadoras. Portanto foram incluídos três novos itens ao questionário – *à noite depois de alguma atividade; à noite em repouso e à noite enquanto dormia*.

Após todas as correções, obtivemos a versão corrigida pelos juízes do Questionário de Sintomas (APÊNDICE G).

A próxima etapa foi a análise semântica do questionário. Segundo Pasquali (1999), antes de se utilizar um instrumento de medida, ele deve ser submetido a um processo de análise semântica que tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para os membros da população à qual o instrumento se destina. Nessa análise uma das preocupações relevantes é verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população-meta e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato. Diante disso, optamos por realizar essa análise do referido instrumento, com um grupo composto por quatro pacientes internados na unidade de clínica médica de um dos referidos hospitais, internados nas enfermarias da cardiologia, com diagnósticos diversos, uma vez que esses pacientes fazem parte da nossa potencial amostragem e não poderão ser incluídos na amostra final do estudo. A esse grupo foi apresentado item por item do instrumento e foi solicitado que ele fosse reproduzido pelos membros do grupo. Após a avaliação de que a reprodução dos itens não deixou nenhuma dúvida aos pacientes, eles foram considerados corretamente compreendidos, e o instrumento pôde ser utilizado. As características demográficas e clínicas dos pacientes que participaram da análise semântica estão apresentadas no quadro abaixo (Quadro 4).

Sujeito	Dados Demográficos			Dados Clínicos
	Sexo	Idade	Escolaridade	Hipótese Diagnóstica
I	Feminino	44 anos	8 anos completos	Tabagismo, hipertensão arterial, história familiar positiva para DAC, IAM em 10 e 26/04/06.
II	Feminino	63 anos	4 anos completos	Taquicardia atrial, insuficiência mitral moderada, fibrilação atrial, hipertensão arterial.
III	Masculino	53 anos	4 anos completos	Miocardiopatia chagásica, hipertensão arterial.
IV	Masculino	49 anos	4 anos completos	IAM, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia.

Quadro 4 - Apresentação das características demográficas e clínicas dos pacientes que participaram da análise semântica do Questionário de Sintomas. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Como resultado constatamos que os quatro pacientes consideraram claras todas as perguntas e respostas. Um dos pacientes sugeriu acrescentar na questão número três um item relacionado à “*levantar peso*”, sugestão aceita pelas pesquisadoras, dando origem à versão final do Questionário de Sintomas (Apêndice H).

3.5.1.3 – O instrumento para avaliação do estado de saúde percebido

A outra parte da coleta foi a aplicação do instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) (WARE; SHERBOURNE, 1992), em sua versão adaptada para o português (CICONELLI et al., 1997) (ANEXO C).

O SF-36 é um instrumento multidimensional composto por 36 itens que abrangem 8 domínios: *Capacidade Funcional* (10 itens), *Aspectos Físicos* (4 itens), *Dor* (2 itens), *Estado Geral de Saúde* (5 itens), *Vitalidade* (4 itens), *Aspectos Sociais* (2 itens), *Aspectos Emocionais* (3 itens), *Saúde Mental* (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar) (WARE; SHERBOURNE, 1992). Os valores de cada um dos domínios são normatizados em uma escala de zero a 100,

na qual baixos valores numéricos refletem o pior estado de saúde percebido no domínio. Não existe um único valor para toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificarem os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-los (WARE; SHERBOURNE, 1992).

De acordo com a literatura nacional e internacional, o SF-36 é considerado um bom instrumento de avaliação do estado de saúde, além de ser muito disseminado e validado em diversos contextos e ter seu uso disseminado mundialmente. Outro aspecto importante que foi levado em consideração para a escolha do instrumento é que, para responder aos seus itens, o entrevistado deve considerar as últimas quatro semanas, o que justifica a pertinência desse instrumento para responder aos objetivos do presente estudo.

No presente estudo, os valores do coeficiente de alfa de Cronbach para o instrumento SF-36 variaram de 0,71 (*Estado Geral de Saúde*) a 0,97 (*Aspectos Emocionais*), indicando boa consistência interna.

3.5.1.4 - Instrumento para avaliação da depressão

A quarta parte da coleta de dados foi a aplicação do instrumento "Inventário de Depressão de Beck" (IDB), construído por Beck et al. (1961). Segundo os autores, os itens que compõem esse inventário foram construídos clinicamente, durante as psicoterapias psicanalíticas desenvolvidas com pacientes depressivos, pelo autor principal do estudo. Beck et al. (1961), com base nas observações sistemáticas das atitudes e sintomas dos pacientes depressivos e nos achados da literatura, construíram um inventário composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, sendo que cada categoria descreve uma manifestação comportamental específica da depressão e consiste de uma série de quatro a cinco afirmações de autoavaliação. As 21 categorias são: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Essas afirmações refletem o grau de severidade do sintoma que vai de neutro a extremamente severo.

Valores numéricos de 0 a 3 são atribuídos a essas afirmações para indicar o grau da severidade, em um intervalo possível de 0 a 63 (maiores valores refletindo maior severidade de depressão). Além da análise no intervalo, há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o IDB.

No presente estudo, utilizamos tanto a avaliação no intervalo de 0 a 63 quanto a classificação proposta por Kendall et al. (1987), para amostras não diagnosticadas com depressão: escores entre 0 e 9 podem ser considerados “normal”, sintomas leves de depressão estão associados com os escores do IDB entre 10 e 20, com pontos entre 10 e 16, sendo considerados sugestivos de “disforia” (indisposição geral, mal-estar permanente) e maior que 17 se aproximando mais com o estado depressivo e, por último, escores de 21 a 30 refletindo uma depressão moderada, assim como escores acima de 30 refletindo uma depressão severa. Foi utilizada a versão adaptada para o português por Gorestein e Andrade (1998). Segundo esses autores, o instrumento é, provavelmente, a medida de autoavaliação do grau de severidade da depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica. Diante do exposto, optou-se por esse instrumento para a avaliação da severidade de depressão dos sujeitos deste estudo. Outro aspecto importante que foi levado em consideração para a escolha do instrumento é que, para responder aos seus itens, o entrevistado deve considerar a última semana, o que justifica a pertinência desse instrumento para responder aos objetivos do presente estudo (ANEXO D).

No presente estudo, o valor do coeficiente de alfa de Cronbach para o instrumento IDB foi de 0,89, indicando boa consistência interna.

3.5.2 – Pré-teste

Foi realizado o pré-teste com pacientes internados na Unidade de Clínica Médica e UCO do HCFMRP-USP, para analisar a adequação dos questionários e instrumentos de coleta como um todo, ou seja, caracterização sociodemográfica, questionário de avaliação dos sintomas, SF-36 e o IDB. O período de coleta foi de maio de 2006 a junho de 2006. Nesta etapa, foram entrevistados dez pacientes, sendo que um foi excluído devido ao quadro de Acidente Vascular Encefálico prévio, patologia que o impedia de desempenhar as atividades do dia a dia e influenciaria nas respostas dos questionários e instrumentos. Diante desta situação, inferimos um critério de exclusão: pacientes com quadro de Acidente Vascular

Encefálico prévio com comprometimento no desempenho das atividades do dia a dia, devido à paresia/plegia dos membros superiores e/ou inferiores. Foi necessário inserir dois novos itens no instrumento de caracterização clínica: 1) investigar o uso de psicofármacos em casa além do uso na internação, 2) investigar o tabagismo prévio além do atual.

Com relação ao questionário de avaliação dos sintomas, SF-36 e IDB, observamos que os pacientes responderam sem apresentar dúvidas quanto à compreensão dos respectivos itens. Diante disto, decidimos manter os questionários e os instrumentos como foram aplicados, e os nove pacientes foram incluídos na amostragem final.

3.6 - Processamento e a análise dos dados

Os dados foram, primeiramente, inseridos no programa Excel 2003 com a técnica de dupla digitação das respostas obtidas e posterior validação dos dados. Após a validação do banco de dados, eles foram transferidos para o Programa *Statistical Package Social Science* (SPSS) versão 15.0.

Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas.

Para atingir os objetivos do estudo, utilizamos os seguintes testes estatísticos:

- Teste de associação (Qui-quadrado): avaliação de possíveis associações entre os sintomas de dispneia, precordialgia e restrição física decorrentes da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI);
- Teste *t de Student* para amostras independentes: comparação das médias das medidas de estado de saúde percebido (oito domínios do SF-36) e grau de severidade da depressão (IDB) com relação ao diagnóstico da SIMI;
- Teste de correlação de Pearson: investigação das possíveis correlações lineares entre as medidas de estado de saúde percebido (oito domínios do SF-36) e grau de severidade da depressão (IDB).

Para análise das forças de correlação linear entre as medidas, utilizamos a classificação proposta por Ajzen e Fishbein (1998) a qual determina que valores de correlação menores do que 0,30, mesmo quando estatisticamente significantes, não apresentam

relevância clínica; valores entre 0,30 – 0,50 indicam moderada correlação e acima de 0,50, correlação forte.

A análise de regressão linear múltipla foi realizada, a fim de se verificarem as porcentagens da variância dos modelos de estado de saúde percebido e do grau de severidade da depressão que eram explicadas por cada uma das variáveis preditoras, identificadas pelas análises bivariadas e observadas nos testes descritos anteriormente. Para a seleção das variáveis a serem utilizadas nos dois modelos de regressão, foram considerados os fatores que têm sido associados à epidemiologia da doença cardíaca - a idade e o sexo dos indivíduos, e as demais variáveis utilizadas que nas análises bivariadas tiveram $p < 0,05$.

Nas análises de regressão linear múltipla, as variáveis categóricas (sexo, tratamento prévio para DAC, grupo diagnóstico e uso de psicofármacos) foram recodificadas como variáveis tipo “dummy”.

A confiabilidade dos instrumentos escalares (SF-36 e IDB) foi verificada pela consistência interna dos itens por meio do cálculo do Coeficiente de Alfa de Cronbach. Foram considerados os valores acima de 0,70 como adequados (FAYERS; MACHIN, 2007).

O nível de significância adotado foi de 0,05.

4 RESULTADOS

4.1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados devido ao primeiro episódio da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI)

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos encontra-se nas Tabelas 1 e 2. Na primeira tabela, temos a caracterização dos sujeitos, de acordo com o sexo, a situação conjugal, o desempenho de atividades remuneradas e a procedência. Os valores estão apresentados em ordem decrescente, de acordo com o grupo predominante em cada uma das variáveis.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, segundo sexo, situação conjugal e desempenho de atividades remuneradas, de acordo com a apresentação clínica da SIMI. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Variável	IAM (n=142)	AI (n=111)
	n (%)	n (%)
Sexo		
Masculino	106 (74,6)	69 (62,2)
Feminino	36 (25,4)	42 (37,8)
Situação conjugal		
Casado/união consensual	95 (66,9)	81 (71)
Solteiro	18 (12,7)	07 (6,3)
Separado	16 (11,3)	10 (9)
Viúvo	13 (9,2)	13 (11,7)
Desempenho de atividades remuneradas		
Sim	92 (64,8)	55 (49,5)
Não	50 (35,2)	56 (50,5)
Procedência		
Outras cidades do estado de São Paulo	94 (66,2)	74 (66,7)
Ribeirão Preto	45 (31,7)	31 (27,9)
Cidades de outros estados	3 (2,1)	6 (5,4)

Na segunda tabela, a caracterização refere-se à idade, aos anos de escolaridade, à renda mensal familiar e ao número de pessoas que dependiam da renda, segundo a apresentação da SIMI. Podemos observar que os dois grupos são semelhantes quanto à caracterização socioeconômica.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, segundo idade, anos de escolaridade, renda mensal familiar e o número de pessoas que dependem da renda, de acordo com a apresentação clínica da SIMI. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Variável	IAM (n=142)			AI (n=111)		
	Média (D.P.)	Mediana	Intervalo obtido	Média (D.P.)	Mediana	Intervalo obtido
Idade	55,8 (13)	57,8	25,4 – 79,4	60,6 (10,5)	59,6	33,8 – 82,1
Escolaridade (anos)	5,4 (4,1)	4,0	0 - 23	5,3 (4,4)	4,0	0 – 21
Renda mensal familiar (reais)	1405 (1135)	1015	120 - 6000	1419 (1406)	1000	350 - 7600
Pessoas que vivem da renda	3,2 (1,5)	3,0	1 - 7	2,9 (1,4)	2,0	1 - 7

D.P. = Desvio-padrão

Quanto à caracterização clínica dos participantes, observamos que o tempo médio de internação, em dias, foi o mesmo para os pacientes internados 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. Encontram-se na Tabela 3 os resultados obtidos com relação à presença de comorbidades diagnosticadas antes ou durante a internação, à presença de tratamento prévio para outra doença cardiovascular e ao uso de psicofármacos durante a internação, segundo a apresentação clínica da SIMI.

Tabela 3 - Caracterização clínica dos sujeitos, segundo a presença de comorbidades, tratamento prévio para qualquer doença cardiovascular e o uso de psicofármacos durante a internação, de acordo com a apresentação clínica da SIMI. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Variável	IAM (n=142)	AI (n=111)
	n (%)	n (%)
Presença de comorbidades		
Tabagismo	111 (78,2)	83 (74,8)
Sobrepeso/Obesidade	89 (62,6)	65 (58,5)
Hipertensão arterial	85 (59,9)	91 (82,0)
Dislipidemias	46 (32,4)	59 (53,2)
Diabetes Mellitus	42 (29,6)	46 (41,4)
Acidente vascular encefálico	05 (3,5)	05 (4,5)
Presença de tratamento prévio DCV	63 (44,4)	78 (70,3)
Uso de psicofármacos na internação	28 (19,7)	77 (69,4)

Houve uma prevalência maior de hipertensão arterial (82%), dislipidemias (53,2%) e diabetes mellitus (41,4%) entre os pacientes com AI, quando comparada com a prevalência entre os infartados, respectivamente, 59,9% para hipertensão, 32,4% para dislipidemias e 29,6% para diabetes mellitus. A presença de tratamento prévio no grupo de AI foi superior ao do grupo de infarto, respectivamente, 70,3% e 44,4% dos pacientes. O uso de psicofármacos durante a internação também foi mais frequente entre os pacientes com AI (69,4%) do que entre os infartados (19,7%) (Tabela 3).

Já foram identificadas na literatura algumas associações entre as formas de apresentação da SIMI com características sociodemográficas e clínicas, por isso, analisamos a distribuição dos pacientes segundo o sexo, a presença de tratamento prévio para outras doenças cardiovasculares, o uso de psicofármacos durante a internação e possíveis diferenças nas médias de idade entre os grupos.

Com relação ao sexo e à idade, constatamos o predomínio de pacientes do sexo masculino (60,6%) no grupo dos infartados e do sexo feminino (53,8%) no grupo de pacientes com angina, sendo a diferença observada nessa associação estatisticamente significativa, de acordo com o teste de qui-quadrado ($p=0,030$). Ao analisarmos as médias de idade dos pacientes segundo o diagnóstico na internação, constatamos que os pacientes do grupo AI apresentaram média de idade significativamente maior quando comparados aos pacientes do grupo IAM, 60,6 e 55,8, respectivamente ($p=0,01$; teste *t de Student*).

A presença de tratamento prévio para outras DCVs, antes da internação pela primeira SIMI, foi mais frequente no grupo de angina instável (70,3%) do que no grupo dos infartados (44,4%), sendo essa associação entre as variáveis estatisticamente significativa, de acordo com o teste de qui-quadrado ($p < 0,001$). Quando consideramos a distribuição dos pacientes segundo o uso de medicamentos psicofármacos durante a internação e a forma de apresentação clínica da SIMI, observamos que o seu uso foi significativamente mais frequente entre os pacientes com AI do que entre aqueles com IAM, 69,4% e 19,7%, respectivamente ($p=0,045$; teste de qui-quadrado).

4.2 - Presença e gravidade dos sintomas de dispneia, precordialgia e restrição física decorrentes da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI)

Os resultados referentes à aplicação do Questionário de Sintomas (HERLITZ et al. 2000) encontram-se nas Tabelas de número 4 a 7.

A primeira questão (Q1) indagou o grau de limitação que os participantes apresentavam para desenvolver atividades físicas, na semana que antecedeu à hospitalização. A segunda questão (Q2) assinalava possíveis causas para tal limitação (Tabela 4). A opção “não limitada” foi escolhida por 64,1% dos infartados, enquanto apenas 35,1% dos sujeitos com angina instável referiram a mesma resposta. Para a opção “completamente limitada”, tivemos essa resposta escolhida por 27,9% dos sujeitos internados com AI e 4,2% dos infartados. A maioria das respostas para cada uma das opções mostrou maior comprometimento para realização de atividades físicas, na semana que antecedeu à internação, nos pacientes com diagnóstico de AI, apenas a opção “muito limitada” foi mais frequente no grupo de pacientes infartados, sendo as diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos investigados ($p < 0,001$). As causas para tal limitação podem ser múltiplas, o que se pode constatar nas respostas dadas à segunda questão do instrumento. Cansaço foi a causa mais citada entre os pacientes dos dois grupos. Entretanto, constatamos diferença estatisticamente significativa apenas para a angina ($p < 0,001$) e outras patologias de origem não cardíaca ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Resultados da primeira e segunda questão do Questionário de Sintomas, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (p) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Questões	IAM (n=142) n (%)	AI (n=111) n (%)	p
Q1. 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)	
Q2. 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 (Q3) investigou as situações em que os pacientes sentiram dispneia, uma semana antes da internação. Nos dois grupos, a maioria dos pacientes não relatou dispneia na maior parte do tempo, ao passo que 54,1% dos pacientes com AI e 47,2% de infartados relataram dispneia ao caminhar na subida ou muito rápido em terreno plano, mas essa diferença não foi estatisticamente significante ($p=0,28$) (Tabela 5). 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 esforços, tais como no repouso ou sentado à noite (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes à dispneia, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (p) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006-2009.

Q 3. Presença de dispneia	IAM (n=142) n (%)	AI (n=111) n (%)	p
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 (Q4), pode-se observar que um reduzido número de pacientes, de ambos os grupos, não sentiu dor no peito na semana que antecedeu a primeira SIMI (5,4% de pacientes com angina e 9,2% de pacientes com infarto). Apenas 08 (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 6).

Em relação às possíveis situações que desencadearam a angina entre os participantes (Q5), observamos que, no grupo de pacientes com AI, houve maior frequência na maioria das situações apresentadas no instrumento 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” ($p=0,32$) (Tabela 7).

Tabela 6 - Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes ao número de episódios de angina, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (*p*) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Q 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 7 - Resultados do Questionário de Sintomas, questões referentes às situações desencadeadoras de angina, segundo a apresentação clínica da SIMI e valores de probabilidade (*p*) associada ao teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Q 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 à noite devido à 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 ^a

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

^a Teste Exato de Fisher

4.3 - Estado de saúde percebido e o grau de severidade da depressão em pacientes internados devido ao primeiro episódio da SIMI, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI)

Os resultados obtidos da avaliação do estado de saúde percebido dos pacientes, para o grupo todo e segundo a apresentação clínica da SIMI, estão apresentados na Tabela 8.

Podemos observar que as melhores avaliações encontram-se nos domínios *Aspectos Sociais* ($\bar{x}=86,0$; D.P.=26,3) e *Aspectos Emocionais* ($\bar{x}=79,4$; D.P.=39,5), enquanto os domínios percebidos como mais comprometidos para os sujeitos foram *Aspectos Físicos* ($\bar{x}=57,7$; D.P.=47,6), *Saúde Mental* ($\bar{x}=62,9$; D.P.=25,1) e *Vitalidade* ($\bar{x}=63,0$; D.P.=27,2) (Tabela 8).

Tabela 8 – Valores médios dos oito componentes do SF-36 e do IDB, para o grupo todo, segundo a forma de apresentação clínica da SIMI e valores da probabilidade (p) associada ao teste t de “Student”. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

SF-36	IAM + AI (n=253)	IAM (n=142)	AI (n=111)	
Domínios	Média (D.P.)	Média (D.P.)	Média (D.P.)	p
<i>Aspectos Sociais</i>	86,0 (26,3)	91,1 (21,5)	79,5 (30,3)	0,001**
<i>Aspectos Emocionais</i>	79,4 (39,5)	84,3 (35,7)	73,3 (43,3)	0,032*
<i>Dor</i>	71,1 (30,5)	78,7 (27,8)	61,5 (31,2)	<0,001**
<i>Capacidade Funcional</i>	70,8 (32,2)	79,8 (26,2)	59,4 (35,5)	<0,001**
<i>Estado Geral de Saúde</i>	67,8 (20,0)	69,6 (18,7)	65,5 (21,4)	0,11
<i>Vitalidade</i>	63,0 (27,2)	65,9 (26,6)	59,3 (27,6)	0,056
<i>Saúde Mental</i>	62,9 (25,1)	65,2 (24,3)	60,0 (25,9)	0,10
<i>Aspectos Físicos</i>	57,7 (47,6)	70,1 (43,2)	41,9 (48,5)	<0,001**
IDB	-	8,7 (9,3)	13,2 (11,8)	0,001**

* $0,01 < p < 0,05$; ** $p < 0,01$: significância estatística

Com relação ao estado de saúde percebido, podemos observar que as melhores avaliações foram relatadas pelos pacientes que sofreram IAM, com valores médios entre 91,1 e 65,2. Entre os pacientes com AI, as médias variaram entre 79,5 e 41,9. Entre os pacientes com infarto, os domínios mais comprometidos foram: *Saúde Mental* ($\bar{x}$ = 65,2; D.P.=24,3), *Vitalidade* ($\bar{x}$ = 65,9; D.P.=26,6) e *Estado Geral de Saúde* ($\bar{x}$ = 69,6; D.P.=18,7). No grupo de pacientes com AI, os domínios mais comprometidos foram *Aspectos Físicos* ($\bar{x}$ = 41,9; D.P.=48,5), *Vitalidade* ($\bar{x}$ = 59,3; D.P.=27,6) e *Capacidade Funcional* ($\bar{x}$ = 59,4; D.P.=35,5). Ao compararmos os grupos de pacientes segundo as médias constatadas em cada domínio do instrumento, verificamos diferença estatisticamente significativa para *Capacidade Funcional* ($p < 0,001$), *Aspectos Físicos* ($p < 0,001$), *Dor* ($p < 0,001$), *Aspectos Sociais* ($p = 0,001$) e *Aspectos Emocionais* ($p = 0,032$).

Os pacientes com IAM apresentaram valor médio da medida de severidade de depressão significativamente menor do que os pacientes com AI, respectivamente, 8,7 e 13,2.

Quanto aos resultados do grau de severidade da depressão, quando foi utilizada a classificação proposta por Kendall et al. (1987), observamos que, no grupo IAM, a porcentagem de pacientes classificados como “sem depressão” foi maior (64,8%) do que entre os pacientes com angina (45,9%). Ao considerarmos as categorias depressão, depressão moderada e depressão severa, no grupo de pacientes com angina, encontramos 32,4% dos pacientes em comparação aos 17,6% dos pacientes com infarto, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,015$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição da frequência do grau de severidade da depressão, de acordo com a classificação proposta por Kendall et al. (1987), segundo a forma de apresentação da SIMI e valores de probabilidade (p) associada ao teste de Qui-quadrado. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Variável		IAM (n=142)	AI (n=111)	P
		n (%)	n (%)	
0 – 9	(sem depressão)	92 (64,8)	51 (45,9)	0,015*
10 – 16	(disforia)	25 (17,6)	24 (21,6)	
17 – 20	(depressão)	09 (6,3)	11 (9,9)	
21 – 30	(depressão moderada)	12 (8,5)	13 (11,7)	
> 30	(depressão severa)	04 (2,8)	12 (10,8)	

* $0,01 < p < 0,05$: significância estatística

4.4 - Correlação entre o estado de saúde percebido e o grau de severidade da depressão, segundo o diagnóstico na internação (IAM ou AI)

Um dos objetivos do estudo foi investigar a presença de possíveis correlações entre as medidas do estado de saúde (domínios do SF-36) com a medida do grau de severidade de depressão (IDB), segundo as manifestações clínicas da SIMI (IAM ou AI). Os resultados obtidos pelo Coeficiente de Correlação produto-momento de Pearson entre a medida do grau de severidade de depressão (IDB) e as medidas dos oito componentes do SF-36 encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 – Correlação entre a medida do grau de severidade de depressão e os domínios do SF-36, de acordo com a manifestação clínica da SIMI e respectivos valores das probabilidades (p) associadas ao teste de correlação produto-momento de Pearson. Ribeirão Preto, 2006 - 2009.

Componentes do SF-36	IAM (n=142)		AI (n=111)	
	r	p	r	p
<i>Saúde Mental</i>	-0,61	<0,001**	-0,77	<0,001**
<i>Vitalidade</i>	-0,59	<0,001**	-0,72	<0,001**
<i>Estado Geral de Saúde</i>	-0,47	<0,001**	-0,69	<0,001**
<i>Aspectos físicos</i>	-0,41	<0,001**	-0,39	<0,001**
<i>Aspectos Emocionais</i>	-0,37	<0,001**	-0,55	<0,001**
<i>Dor</i>	-0,33	<0,001**	-0,54	<0,001**
<i>Aspectos Sociais</i>	-0,31	<0,001**	-0,52	<0,001**
<i>Capacidade funcional</i>	-0,27	<0,001**	-0,63	<0,001**

** $p < 0,01$: significância estatística

Os resultados negativos das correlações confirmaram a hipótese do estudo sobre a direção da correlação, ou seja, que as medidas do estado de saúde foram inversamente correlacionadas com a medida do grau de severidade de depressão. Com relação à magnitude das correlações, constatamos que, no grupo de pacientes com AI (n=111), as correlações entre os oito domínios do SF-36 e a medida do IDB oscilaram de moderada a forte magnitude, variando de $r = -0,39$ no domínio *Aspectos Físicos* a $r = -0,77$ no domínio *Saúde Mental*. Todos os domínios apresentaram correlações estatisticamente significantes com a medida do

IDB ($p < 0,001$). Ao analisarmos as correlações do grupo com IAM ($n=142$), observamos que o domínio *Capacidade Funcional* apresentou correlação de fraca magnitude com a medida do IDB ($r = -0,27$), porém, embora essa correlação seja estatisticamente significativa, não apresenta relevância clínica (AJZEN; FISHBEIN, 1998). Os outros sete domínios apresentaram correlações que variaram de moderada ($r = -0,31$ para o domínio *Aspectos Sociais*) a forte magnitude ($r = -0,61$ para o domínio *Saúde Mental*), sendo todas estatisticamente significantes ($p < 0,001$) (Tabela 10).

4.5 – Análise da variância da medida do estado de saúde percebido dos pacientes e explicada pelas variáveis preditoras

Entre os oito domínios do SF-36 que avaliaram o estado de saúde percebido, foram escolhidos três domínios relacionados à saúde física (*Capacidade Funcional*; *Aspectos Físicos* e *Dor*) e um domínio relacionado à saúde mental (*Aspectos Emocionais*) como variáveis respostas. Tal escolha foi baseada em dois aspectos: nas maiores diferenças entre os valores médios apresentados entre os dois grupos de pacientes, segundo a forma de apresentação clínica da SIMI; e nas avaliações retratadas pelos três domínios, ou seja, a capacidade de realizar tarefas do dia a dia (*Capacidade Funcional*); no quanto as atividades do dia a dia estavam comprometidas com os problemas físicos de saúde (*Aspectos Físicos*) e na limitação imposta pela presença de dor (*Dor*).

Na saúde emocional, optamos pelo domínio *Aspectos Emocionais*, uma vez que este domínio avalia o impacto dos problemas emocionais na vida dos indivíduos. Os domínios *Saúde Mental* e *Vitalidade* não foram escolhidos por não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significantes na comparação entre as médias apresentadas pelos dois grupos nestes domínios.

As variáveis sociodemográficas e clínicas inseridas no modelo de regressão linear múltipla foram aquelas que têm sido identificadas na literatura como sendo associadas à epidemiologia da doença coronariana: sexo, idade, presença de tratamento prévio para DCV e manifestação clínica da SIMI na internação. O uso de psicofármacos durante a internação e a medida do grau de severidade de depressão também foram escolhidos, uma vez que poderiam influenciar a percepção dos pacientes sobre o estado de saúde. Todas essas variáveis tiveram

um nível de significância menor do que 0,05 nas análises bivariadas, não havendo a necessidade de usarmos o modelo conservativo.

Considerando como variável resposta, primeiramente, o domínio *Aspectos Físicos*, um modelo de regressão linear múltipla foi construído em duas etapas: na primeira etapa, inserimos as variáveis sexo, idade, presença de tratamento prévio e grupo diagnóstico. Na segunda etapa, foram inseridas as variáveis grau de severidade de depressão (avaliada pela medida do IDB) e uso de psicofármacos durante a internação. A Tabela 11 apresenta os resultados do modelo de regressão final e os valores de R^2 ajustado para cada etapa. Após a entrada das variáveis demográficas e clínicas, o R^2 ajustado foi de 0,138. Isto é, as variáveis utilizadas na Etapa 1 explicaram aproximadamente 14% da variância da medida do domínio *Aspectos Físicos*. Adicionando as variáveis grau de severidade de depressão e uso de psicofármacos, houve aumento no valor do R^2 ajustado para 0,251, sendo este aumento estatisticamente significativo. Nessa segunda etapa, as seis variáveis inseridas explicaram uma variância de 25% na medida do domínio, considerando que a única variável com valor de beta indicando moderada correlação ($\beta=0,373$) com a variável resposta foi o grau de severidade da depressão ($p<0,001$). A variável grupo diagnóstico também foi estatisticamente significativa na Etapa 2 ($p=0,004$), mas com relação fraca.

Tabela 11 - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Aspectos Físicos*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009. (Continua).

<i>Variáveis Explanatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	<i>p</i> ^(a)	<i>R</i> ²	<i>p</i> ^(b)
Etapa 1						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	19,43	6,08	0,189	0,002*		
Idade (em anos)	-0,232	0,24	-0,059	0,339		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-13,701	6,03	-0,143	0,024*		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-21,10	5,88	-0,220	<0,001**	0,138	<0,001**

Continuação: **Tabela 11** - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Aspectos Físicos*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009.

<i>Variáveis Explicatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	<i>p^(a)</i>	<i>R²</i>	<i>p^(b)</i>
Etapa 2						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	11,01	6,00	0,107	0,068		
Idade (em anos)	-0,43	0,23	-0,111	0,062		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-6,84	5,75	-0,071	0,236		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-16,35	5,57	-0,171	0,004*		
Inventário Depressão de Beck	-1,67	0,27	-0,373	< 0,001**		
Uso de psicofármacos (ref.: não)						
Sim	6,69	6,33	0,060	0,293	0,251	<0,001**

^(a) valor de *p* para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente de correlação linear não difere de zero.

*R*² (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou nas linhas acima.

^(b) valor de *p* do teste F da hipótese nula de que a alteração do valor de *R*² no modelo anterior não difere de zero.

* 0,01 < *p* < 0,05; ** *p* < 0,01: resultados estatisticamente significantes (rejeição da hipótese nula).

Ao considerarmos como variável resposta o domínio *Capacidade Funcional* para a construção do modelo de regressão linear múltipla, foram adotadas as mesmas etapas utilizadas para construção do modelo anterior com o domínio *Aspectos Físicos*. A Tabela 12 apresenta os resultados do modelo de regressão final e os valores de R^2 ajustado para cada etapa. Após a entrada das variáveis demográficas e clínicas, o R^2 ajustado foi de 0,231. Isto é, as variáveis da Etapa 1 explicaram aproximadamente 23% da variância da medida do domínio *Capacidade Funcional*. Adicionando as variáveis grau de severidade da depressão e uso de psicofármacos, houve aumento no valor do R^2 ajustado para 0,349, sendo este aumento estatisticamente significativo. Nessa segunda etapa, as seis variáveis inseridas explicaram uma variância de 35% na medida do domínio, considerando que a única variável com valor de beta indicando moderada correlação ($\beta=0,401$) com a variável resposta foi o grau de severidade da depressão ($p< 0,001$), dado também encontrado no modelo anterior. As variáveis sexo ($p< 0,001$), tratamento prévio para DCV ($p=0,013$) e grupo diagnóstico ($p=0,003$) também foram estatisticamente significantes na Etapa 2, mas com relação fraca.

Tabela 12 - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Capacidade Funcional*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009. (Continua).

<i>Variáveis Explanatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	<i>p</i> ^(a)	<i>R</i> ²	<i>P</i> ^(b)
Etapas 1						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	19,72	3,92	0,283	< 0,001**		
Idade (em anos)	-0,03	0,16	-0,010	0,864		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-14,08	3,88	-0,218	< 0,001**		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-14,09	3,79	-0,218	< 0,001**	0,218	<0,001**

Continuação: **Tabela 12** - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Capacidade Funcional*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009.

<i>Variáveis Explanatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	$p^{(a)}$	R^2	$p^{(b)}$
Etapa 2						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	13,46	3,78	0,194	< 0,001**		
Idade (em anos)	-0,18	0,15	-0,067	0,226		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-9,04	3,62	-0,140	0,013*		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-10,58	3,51	-0,163	0,003*		
Inventário Depressão de Beck	-1,21	0,17	-0,401	< 0,001**		
Uso de psicofármacos (ref.: não)						
Sim	4,19	3,99	0,056	0,295	0,349	<0,001**

^(a) valor de p para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente de correlação linear não difere de zero.

R^2 (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou nas linhas acima.

^(b) valor de p do teste F da hipótese nula de que a alteração do valor de R^2 no modelo anterior não difere de zero.

* $0,01 < p < 0,05$; ** $p < 0,01$: resultados estatisticamente significantes (rejeição da hipótese nula).

O próximo domínio da avaliação do estado de saúde percebido foi *Dor*, seguindo as duas etapas descritas anteriormente para a construção do modelo de regressão linear múltipla. A Tabela 13 apresenta os resultados do modelo de regressão final e os valores de R^2 ajustado para cada etapa. Após a entrada das variáveis demográficas e clínicas (Etapa 1), o R^2 ajustado foi de 0,129. Isto é, as variáveis utilizadas na Etapa 1 explicaram aproximadamente 13% da variância da medida do domínio *Dor*. Adicionando as variáveis grau de severidade da depressão e uso de psicofármacos (Etapa 2), houve aumento no valor do R^2 ajustado para 0,259, sendo este aumento estatisticamente significativo. Na Etapa 2, as seis variáveis inseridas explicaram uma variância de 26% na medida do domínio, considerando que a única variável com valor de beta indicando moderada correlação ($\beta=0,398$) com a variável resposta foi o grau de severidade da depressão ($p < 0,001$), dado também encontrado nas variáveis respostas *Aspectos Físicos* e *Capacidade Funcional*. A variável grupo diagnóstico também foi estatisticamente significativa na Etapa 2 ($p = 0,001$), mas com relação fraca.

A quarta e última variável resposta utilizada para a construção do modelo de regressão linear múltipla para analisar a variância da medida do estado de saúde percebido foi o domínio *Aspectos Emocionais*, e as duas etapas descritas anteriormente também foram seguidos nesse modelo. A Tabela 14 apresenta os resultados do modelo de regressão final e os valores de R^2 ajustado para cada etapa. Após a entrada das variáveis demográficas e clínicas (Etapa 1), o R^2 ajustado foi de 0,117. Isto é, as variáveis utilizadas na Etapa 1 explicaram aproximadamente 11% da variância da medida do domínio *Aspectos Emocionais*. Adicionando as variáveis grau de severidade da depressão e uso de psicofármacos (passo 2), houve aumento no valor do R^2 ajustado para 0,263, sendo este aumento estatisticamente significativo. Nessa segunda etapa, as seis variáveis inseridas explicaram uma variância de 26% na medida do domínio, considerando que a única variável com valor de beta indicando moderada correlação ($\beta=0,420$) com a variável resposta foi o grau de severidade da depressão ($p < 0,001$), dado também encontrado nas variáveis respostas *Aspectos Físicos*, *Capacidade Funcional* e *Dor*. A variável grupo diagnóstico não foi estatisticamente significativa na Etapa 2 ($p = 0,84$), ao passo que a variável sexo se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Tabela 13 - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Dor*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009. (Continua).

<i>Variáveis Explicatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	<i>p</i> ^(a)	<i>R</i> ²	<i>p</i> ^(b)
Etapa 1						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	11,85	3,92	0,180	0,003*		
Idade (em anos)	0,41	0,16	0,165	0,009*		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-7,93	3,89	-0,129	0,042*		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-15,58	3,79	-0,254	< 0,001**	0,129	< 0,001**

Continuação: **Tabela 13** - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Dor*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009.

<i>Variáveis Explanatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	<i>p^(a)</i>	<i>R²</i>	<i>p^(b)</i>
Etapla 2						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	6,26	3,82	0,095	0,102		
Idade (em anos)	0,28	0,15	0,112	0,058		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-3,29	3,67	-0,054	0,369		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-12,41	3,55	-0,202	0,001*		
Inventário Depressão de Beck	-1,14	0,17	-0,398	< 0,001**		
Uso de psicofármacos (ref.: não)						
Sim	5,41	4,03	0,077	0,18	0,259	< 0,001**

^(a) valor de *p* para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente de correlação linear não difere de zero.

R² (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou nas linhas acima.

^(b) valor de *p* do teste F da hipótese nula de que a alteração do valor de R² no modelo anterior não difere de zero.

* 0,01 < *p* < 0,05; ** *p* < 0,01: resultados estatisticamente significantes (rejeição da hipótese nula).

Tabela 14 - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Aspectos Emocionais*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009. (Continua).

<i>Variáveis Explanatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	<i>p^(a)</i>	<i>R²</i>	<i>p^(b)</i>
Etapa 1						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	26,73	5,11	0,313	< 0,001**		
Idade (em anos)	0,16	0,20	0,050	0,427		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-9,05	5,06	-0,114	0,075		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-6,09	4,94	-0,077	0,219	0,117	< 0,001**

Continuação: **Tabela 14** - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de *Aspectos Emocionais*, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009.

<i>Variáveis Explanatórias</i>	<i>Coefficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coefficiente beta</i>	<i>p</i> ^(a)	<i>R</i> ²	<i>p</i> ^(b)
Etapa 2						
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	17,20	4,94	0,202	0,001*		
Idade (em anos)	-0,073	0,19	-0,023	0,701		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	-2,05	4,73	-0,026	0,665		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	-0,902	4,59	-0,011	0,844		
Inventário Depressão de Beck	-1,55	0,22	-0,420	< 0,001**		
Uso de psicofármacos (ref.: não)						
Sim	-1,80	5,21	-0,020	0,731	0,263	< 0,001**

^(a) valor de *p* para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente de correlação linear não difere de zero.

*R*² (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou nas linhas acima.

^(b) valor de *p* do teste F da hipótese nula de que a alteração do valor de *R*² no modelo anterior não difere de zero.

* 0,01 < *p* < 0,05; ** *p* < 0,01: resultados estatisticamente significantes (rejeição da hipótese nula).

4.6 – Análise da variância da medida do grau de severidade da depressão dos pacientes explicada pelas variáveis preditoras

Para a elaboração do modelo de regressão linear múltipla para analisar a variância da medida do grau de severidade da depressão, também utilizamos as variáveis sociodemográficas e clínicas que têm sido identificadas na literatura como sendo associadas à epidemiologia da doença coronariana: sexo, idade, presença de tratamento prévio para DCV e manifestação clínica da SIMI na internação. O uso de psicofármacos durante a internação também foi escolhido, uma vez que poderia influenciar a percepção dos pacientes sobre o grau de severidade de depressão. Todas essas variáveis tiveram um nível de significância menor do que 0,05 nas análises bivariadas, não havendo a necessidade de usarmos o modelo conservativo.

Considerando como variável resposta o grau de severidade da depressão, um modelo de regressão linear múltipla foi construído em apenas um passo: inserimos as variáveis sexo, idade, presença de tratamento prévio, grupo diagnóstico e uso de psicofármacos na internação. A Tabela 15 apresenta os resultados do modelo de regressão final e o valor de R^2 ajustado. Após a entrada das variáveis demográficas e clínicas, o R^2 ajustado foi de 0,149. Isto é, o modelo explicou aproximadamente 14% da variância da medida do grau de severidade da depressão. Devemos considerar que nenhuma das variáveis apresentou um beta que indicasse uma correlação de moderada a forte ($\beta < 0,238$ para a variável sexo). As variáveis sexo, idade, tratamento prévio e grupo diagnóstico foram estatisticamente significantes no modelo, mas todas apresentaram correlações fracas com o grau de severidade da depressão. O uso de psicofármacos, durante a internação, apresentou baixa correlação com o grau de severidade da depressão e não foi estatisticamente significativo.

Tabela 15 - Modelo final da análise de regressão linear múltipla, usando a medida de grau de severidade da depressão, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2009.

<i>Variáveis Explanatórias</i>	<i>Coeficiente não padronizado</i>	<i>Erro- padrão</i>	<i>Coeficiente beta</i>	<i>p^(a)</i>	<i>R²</i>	<i>p^(b)</i>
Sexo (ref.: feminino)						
Masculino	-5,49	1,39	-0,238	< 0,000**		
Idade (em anos)	-0,13	0,54	-0,152	0,015*		
Tratamento prévio DCV (ref.: não tratamento)						
Sim	4,28	1,35	0,200	0,002**		
Grupo diagnóstico (ref.: infarto do miocárdio)						
Angina instável	3,05	1,32	0,142	0,021*		
Uso de psicofármacos (ref.: não)						
Sim	1,91	1,50	0,077	0,206	0,149	< 0,001**

^(a) valor de p para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente de correlação linear não difere de zero.

R^2 (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou nas linhas acima.

^(b) valor de p do teste F da hipótese nula de que a alteração do valor de R^2 no modelo anterior não difere de zero.

* $0,01 < p < 0,05$; ** $p < 0,01$: resultados estatisticamente significantes (rejeição da hipótese nula).

5 DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes do estudo quanto à idade se assemelha à de outros estudos com pessoas com DAC (BERGMAN et al., 2009; EMERY et al., 2004; FAILDE; SOTO, 2006; FAVARATO et al., 2007; GALLANI et al., 2003; SOTO et al., 2005). Quanto ao sexo dos participantes, houve um maior número de homens, o que também foi constatado em outros estudos que abordaram indivíduos coronariopatas e estado de saúde percebido (BERGMAN et al., 2009; BRINK et al., 2005; EMERY et al., 2004; FAILDE; SOTO, 2006; FAVARATO et al., 2006; FAVARATO et al., 2007; GALLANI et al., 2003; GARAVALLIA et al., 2007; LEE, 2009; MADDIX et al., 2007; NORRIS et al., 2004; NORRIS; HEGADOREN; PILOTE, 2007; SJOLAND et al., 1999; SOTO et al., 2005; SPERTUS et al., 2002; TORRES et al., 2004; XIE et al., 2008).

A situação conjugal predominante no estudo, e também encontrada na literatura como sendo a mais frequente, foi estar casado ou vivendo em união consensual (BOERSMA; MAES; JOEKES, 2005; EMERY et al., 2004; GALLANI et al., 2003; GARAVALLIA et al., 2007; PIEGAS et al., 2003; SOTO et al., 2005; TORRES, 2004; XIE et al., 2008).

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

Outras pesquisas encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo, com relação à prevalência da hipertensão arterial entre os pacientes diagnosticados com SIMI ou DAC (FAVARATO et al., 2007; GARAVALLIA et al., 2007; MADDIX et al., 2007; NORRIS et al., 2004; PIEGAS et al., 2003; SANTOS et al., 2006; SOTO et al., 2005; SOUZA et al., 2008; SPERTUS et al., 2002; TORRES, 2004; XIE, 2008), diabetes mellitus (GARAVALLIA et al., 2007; PIEGAS et al., 2003; SANTOS et al., 2006; SOUZA et al., 2008) e dislipidemia (GARAVALLIA et al., 2007; SANTOS et al., 2006), embora o grupo de pacientes internados devido ao primeiro IAM, no presente estudo, tenha apresentado uma prevalência menor de dislipidemia, fato observado também no estudo de Piegas et al. (2003).

A prevalência do tabagismo encontrada neste estudo difere, na sua maioria, das outras pesquisas envolvendo pacientes com DAC ou SIMI (FAVARATO et al., 2007; GARAVALLIA et al., 2007; SANTOS et al., 2006; SOUZA et al., 2008), variando de 74,8% entre pacientes com AI a 78,2% entre pacientes com IAM, ao passo que, nas pesquisas supracitadas, essa frequência variou de 23,5% a 34%. No entanto, os nossos dados corroboram com os de Piegas et al. (2003) que encontraram uma prevalência de tabagismo entre pacientes internados devido ao primeiro IAM de 66,15%. Os autores Maddox et al. (2007) também encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo com relação à prevalência do tabagismo, ao estudar pacientes internados por uma SIMI, sendo que 68,2% dos pacientes internados com diagnóstico de IAM com supradesnível do segmento ST, 69,9% de pacientes com de IAM sem supradesnível do segmento ST e 73,2% pacientes com AI eram ou já foram fumantes no momento daquela internação.

Conforme dito anteriormente, a maioria dos participantes já apresentava sobrepeso/obesidade, independente da forma de apresentação clínica da SIMI. Esse dado difere da literatura, pois os investigadores encontraram valores menores de prevalência da obesidade entre pacientes com DAC ou SIMI. Por exemplo, no estudo de Xie et al. (2008), os autores encontraram uma porcentagem de 32,6% de obesidade entre os sujeitos com DAC. Os autores Torres et al. (2004), ao investigar os fatores de risco presentes em pacientes internados por SIMI, encontraram uma porcentagem de 30% de pacientes obesos. Já os autores Failde e Soto (2006) encontraram uma porcentagem de 35,8% de obesidade entre os pacientes internados devido a uma SIMI, e Soto et al. (2005) encontraram uma porcentagem de 29,9% de pacientes com IMC acima do desejado, entre pacientes internados com diagnóstico de IAM ou AI.

A prevalência da obesidade encontrada no presente estudo foi semelhante somente com os resultados do estudo de Boersma, Maes e Joeke (2005), no qual os autores encontraram prevalência de 69,4% de obesidade entre pacientes internados com o diagnóstico de IAM, embora não haja evidências de ter sido o primeiro evento.

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 dispneia e dor no peito antes da internação devido à primeira SIMI, tem sido pouco estudada, sendo que o enfoque tem sido principalmente na evolução desses sintomas após alguns anos, na fase estável da DAC (GALLANI et al., 2003; MELVILLE et al., 2003; SUMANEN et al., 2004), ou após algum tipo de tratamento, como, por exemplo, após a cirurgia de revascularização do miocárdio (HERLITZ et al., 2000).

As estratégias metodológicas usadas pelos outros autores para a avaliação dos sintomas decorrentes da DAC ou SIMI 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, os autores Gallani et al. (2003) encontraram nos resultados dos dados sociodemográficos e clínicos de 76 indivíduos com DAC em tratamento ambulatorial, 67,1% referindo fadiga, 40,8%, angina, 43,4%, dispneia e 26,3%, arritmia, porém, os autores não descreveram como esses dados foram coletados, se utilizaram questionário ou perguntas abertas, por exemplo.

Os autores Melville et al. (2003) aplicaram um questionário abordando situações da presença da angina e uma escala sobre o aparecimento da dispneia 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 supracitados também difere da encontrada no presente estudo, no qual os pacientes reportaram maior número de episódios após quatro anos: enquanto apenas 32% dos participantes do estudo de Melville et al. (2003) 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 no estudo de Melville et al. (2003) são semelhantes com os do presente estudo 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%.

Já os autores Sumanen et al. (2004) entrevistaram 319 pacientes que tinham história de DAC e se encontravam em idade produtiva e observaram que os pacientes que tinham diagnóstico de infarto prévio apresentaram maior porcentagem de sintomas relacionados à doença do que quando comparados com pacientes 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 os autores não tenham aplicado um teste estatístico para verificar possíveis diferenças nas porcentagens encontradas, pode se notar que o grupo de pacientes que já sofreram um infarto e recobram as suas atividades do dia a dia reportaram mais frequentemente os sintomas da DAC, fato que não ocorreu no presente estudo, no qual os pacientes que relataram maior sintomatologia foram os 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 (HERLITZ et al., 2000). No pré-operatório, pacientes com baixa fração de ejeção apresentaram maiores limitações físicas do que os pacientes com fração de ejeção maior, e essa limitação ocorreu, na sua maioria, devido à dor no peito, para ambos os grupos. Após cinco anos da cirurgia, essa diferença se manteve. Com relação à dispneia, os pacientes no pré-operatório do grupo com baixa fração apresentaram, com mais frequência, a dispneia, 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 após cinco anos da cirurgia, a porcentagem de pacientes que relataram presença de dispneia diminuiu em ambos os grupos, e essas diferenças foram todas estatisticamente significantes. Com relação à dor no

peito, pode-se observar que os pacientes no pré-operatório, de ambos os grupos, apresentaram mais episódios de angina quando comparados após cinco anos da cirurgia, e essa diferença foi 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, e essas diferenças foram todas estatisticamente significantes.

No que diz respeito à avaliação que os sujeitos fizeram do estado de saúde percebido, tendo como referência as quatro semanas que antecederam à internação em decorrência da primeira SIMI, foi constatada uma pior avaliação no domínio *Aspectos Físicos* do SF-36, com média geral de 57,7. Esse domínio avalia o quanto a presença dos problemas (físicos) de saúde interfere na realização das atividades do dia a dia e do trabalho. A melhor avaliação foi para o domínio *Aspectos Sociais*, com média de 86,0. Esse domínio investiga a presença de problemas de saúde (físicos ou emocionais) que impedem a realização de atividades sociais pelos indivíduos. Os participantes do nosso estudo são predominantemente indivíduos com baixo poder aquisitivo, como a grande maioria das pessoas atendidas em hospitais públicos no Brasil. Devido aos poucos programas sociais e de recreação, as atividades sociais desses sujeitos comumente se restringem a visitas aos familiares e idas à igreja, sendo que tais atividades sociais não exigem muito esforço físico dos participantes.

A comparação dos nossos resultados com os de outras investigações encontra-se restrita a um pequeno número de publicações que também avaliaram os sujeitos com SIMI durante a internação (FAILDE; SOTO, 2006; SOTO et al., 2005). Entretanto, ao se compararem os domínios com as melhores avaliações, antes da primeira internação em decorrência da SIMI, com os resultados obtidos nas avaliações de pessoas coronariopatas seguidos até um ano após a alta hospitalar, percebe-se que o domínio *Aspectos Sociais* se mantém como o mais bem avaliado (FAILDE; SOTO, 2006; FAVARATO et al., 2006; KIEBZAK et al., 2002; KIM et al., 2005).

A pior avaliação do estado de saúde percebido foi para o domínio *Aspectos Físicos*, o que já era esperado em decorrência das limitações impostas pela manifestação da DAC/SIMI aos sujeitos. Até um ano após a alta, este domínio continua sendo o de pior avaliação em outros grupos de coronariopatas (BRINK et al., 2005; FAVARATO et al., 2006; KIEBZAK et al., 2002), embora outros domínios também continuem comprometidos, como *Vitalidade* (KIM et al., 2005) e *Estado Geral de Saúde* (FAIDEL; SOTO, 2006).

Quando analisamos o estado de saúde percebido segundo a forma de apresentação clínica da SIMI, observamos que, no presente estudo, as melhores avaliações foram relatadas pelos pacientes que sofreram um IAM, com valores médios entre 65,2 e 91,1. Esses resultados

corroboram com os encontrados por Soto et al. (2005) que investigaram o estado de saúde de pacientes internados devido a um IAM ou AI, embora os autores não tenham tido como critério de inclusão ser o primeiro episódio da SIMI. Os valores médios obtidos nos domínios do SF-36 pelo grupo de pacientes infartados do estudo de Soto et al. (2005) variaram de 63,4 a 83,0.

No presente estudo, embora os pacientes com IAM tenham apresentado melhores valores médios em todos os domínios do SF-36, quando comparados com o grupo de pacientes com AI, essa diferença não foi estatisticamente significativa nos domínios *Estado Geral de Saúde*, *Vitalidade* e *Saúde Mental*, dados que diferem dos resultados obtidos por Soto et al. (2005), no qual os domínios que não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre o grupo de IAM e AI foram *Aspectos Sociais* e *Aspectos Emocionais*.

Entre os pacientes com o diagnóstico de IAM, o domínio avaliado como menos comprometido foi o *Aspectos Sociais*, dado que corrobora com o estudo de Soto et al. (2005). O domínio mais comprometido para esse grupo, no presente estudo, foi o *Saúde Mental*, dado que difere do trabalho de Soto et al. (2005), no qual os pacientes avaliaram como mais comprometido o domínio *Aspectos Emocionais*. O domínio *Aspectos Sociais* também foi avaliado como menos comprometido pelo grupo de pacientes com AI, fato que corrobora com Soto et al. (2005), mas encontrou-se divergência quanto ao domínio mais comprometido, pois no presente estudo, os pacientes com AI apresentaram piores avaliações para o domínio *Aspectos Físicos*, ao passo que no estudo de Soto et al. (2005), o domínio mais comprometido por esse grupo de pacientes foi o *Estado Geral de Saúde*. Percebe-se que, mesmo havendo diferença no domínio mais comprometido entre os pacientes com IAM do presente estudo com o de Soto et al. (2005), os domínios mais comprometidos refletem um maior prejuízo no componente emocional desses indivíduos, ao passo que entre os pacientes com AI, em ambos os estudos comparados, o maior comprometimento se encontra no componente físico do estado de saúde percebido.

Não foram encontrados outros estudos que investigaram o estado de saúde percebido de pacientes que internaram em decorrência da primeira SIMI, utilizando o questionário SF-36, fato que prejudica a comparação dos resultados obtidos no presente estudo com a literatura. Por exemplo, em outro estudo que abordou o estado de saúde percebido de pacientes que internaram devido a uma SIMI, os autores não especificaram como critério de inclusão ser o primeiro episódio. Além disso, os autores trouxeram somente os resultados dos domínios referentes ao componente sumário físico da avaliação do estado de saúde percebido,

fato que impossibilita a comparação entre os resultados de ambos estudos (FAILDE; SOTO, 2006).

O tempo de referência das questões do SF-36 é as últimas quatro semanas da vida do indivíduo e, por isso, foi escolhido para o nosso estudo. Entretanto, a avaliação do estado de saúde percebido neste período pode não capturar a real variabilidade das condições de saúde vivenciadas pelo indivíduo coronariopata neste espaço de tempo (LINDSAY et al., 2000; DANTAS; CIOL, 2008).

Com relação ao grau de severidade de depressão na semana que antecedeu a primeira SIMI, obteve-se a prevalência de 43,5% na amostra estudada, de acordo com os valores obtidos pelo IDB. Constatou-se uma porcentagem de 19,4% de pacientes classificados com disforia, 7,9% de pacientes com depressão leve, 9,9% com depressão moderada e 6,3% com depressão severa. Esses resultados diferem dos obtidos por Matos et al. (2005) que avaliaram 135 pacientes com SIMI, embora não fosse, necessariamente, o primeiro episódio e encontraram uma frequência maior de pacientes classificados com algum grau de depressão. A prevalência de depressão encontrada por esses autores foi de 53,3%, apresentando uma maior porcentagem de pacientes classificados com depressão moderada a severa: 28,1% com depressão leve, 14,1% com depressão moderada e 11,1% com depressão severa.

Outro trabalho que apresentou diferenças com o do presente estudo foi o de Perez et al. (2005), com relação à prevalência da depressão entre pacientes com SIMI, avaliada pelo IDB. Os autores avaliaram 345 pacientes e encontraram a prevalência de depressão de 55%. Esse estudo também trouxe maiores valores de prevalência da depressão moderada: 33,3% foram classificados com depressão leve, 18,8% com depressão moderada e 2,9% com depressão grave.

Podemos dizer que, de acordo com os resultados acima, pacientes que internaram devido à primeira SIMI apresentavam uma alta prevalência de depressão e, considerando os resultados obtidos pelos autores Matos et al. (2005) e Perez et al. (2005), podemos inferir que o grau de severidade da depressão tende a aumentar com o tempo, daí a importância do seu reconhecimento precoce.

Quando analisamos possível diferença no grau de severidade da depressão entre pacientes com IAM e AI, obtivemos valores indicando prevalência de maior severidade de depressão entre os pacientes com AI, nas duas formas de avaliação da depressão, ou seja, considerando o IDB como uma variável contínua ou de acordo com a classificação proposta por Kendall et al. (1987). Essas diferenças entre os grupos foram estatisticamente significantes.

Não foram encontrados na literatura trabalhos que avaliassem possíveis diferenças no grau de severidade da depressão entre pacientes com o primeiro IAM e AI, o que impossibilita a comparação dos dados obtidos no presente estudo.

Os resultados demonstrados no presente estudo confirmaram a hipótese inicial de que os pacientes com maior grau de depressão, independente do diagnóstico da SIMI, apresentaram piores avaliações em todos os domínios do estado de saúde percebido.

Os autores Fauerbach et al. (2005) reportaram que os pacientes depressivos, no momento da hospitalização por um IAM, apresentaram piores avaliações em todos os domínios do SF-36, ou seja, tanto no aspecto físico quanto no emocional, sendo essas diferenças estatisticamente significantes. Acrescentaram ainda que, mesmo após controlarem as variáveis estado de saúde percebido, ansiedade e variáveis demográficas, o grau de severidade da depressão detectado na internação foi associado de forma significativa com a redução na saúde global, na saúde psicológica, na vitalidade, nos aspectos sociais e nos problemas físicos quatro meses após a alta hospitalar.

Não foram encontrados na literatura trabalhos que investigaram a presença de possíveis correlações entre as medidas do estado de saúde (domínios do SF-36) com a medida de grau de severidade da depressão (IDB), segundo a apresentação clínica da SIMI (IAM ou AI), fato que impossibilitou a comparação desses resultados. Entretanto, podemos observar que, os domínios que apresentaram maior força de correlação com o grau de severidade da depressão foram, para ambos os grupos, *Saúde Mental* (IAM: $r = -0,61$; AI: $r = -0,77$) e *Vitalidade* (IAM: $r = -0,59$; AI: $r = -0,72$), dois domínios que avaliam a saúde mental e emocional dos participantes.

Com relação aos modelos de regressão linear múltipla construídos nesta pesquisa, podemos observar que, no modelo construído para o domínio *Aspectos Físicos*, ao inserirmos na Etapa 1 as variáveis sexo, idade, tratamento prévio para DCV e grupo diagnóstico, elas explicaram 13,8% da variância da medida do domínio. A idade foi a única variável que não teve significância estatística nesta etapa ($p=0,339$). Na etapa 2, foram mantidas as mesmas variáveis da etapa anterior com a inserção das medidas do grau de severidade da depressão (Inventário de Depressão de Beck) e o uso de psicotrópicos. Com a inclusão dessas duas novas variáveis, podemos observar que as variáveis sexo e tratamento prévio para DAC deixaram de ser estatisticamente significantes e o modelo testado passou a explicar 25,1% da variância da medida do domínio, ou seja, as duas novas variáveis contribuíram com 11,3% da variância após o ajuste para as demais variáveis.

No modelo construído para o domínio *Capacidade Funcional*, ao inserirmos na Etapa 1 as variáveis sexo, idade, tratamento prévio para DCV e grupo diagnóstico, elas explicaram 21,8% da variância da medida do domínio. A idade foi a única variável que não teve significância estatística nesta etapa ($p=0,864$). Na etapa 2, foram mantidas as mesmas variáveis da etapa anterior com a inserção das medidas do grau de severidade da depressão (Inventário de Depressão de Beck) e o uso de psicotrópicos. Com a inclusão dessas duas novas variáveis, podemos observar que a variável idade permaneceu sem significância estatística e o modelo testado passou a explicar 34,9% da variância da medida do domínio, ou seja, as duas novas variáveis contribuíram com 13,1% da variância após o ajuste para as demais variáveis.

Já no modelo construído para o domínio *Dor*, ao inserirmos na Etapa 1 as variáveis sexo, idade, tratamento prévio para DCV e grupo diagnóstico, elas explicaram 12,9% da variância da medida do domínio. Na etapa 2, foram mantidas as mesmas variáveis da etapa anterior com a inserção das medidas do grau de severidade da depressão (Inventário de Depressão de Beck) e o uso de psicotrópicos. Com a inclusão dessas duas novas variáveis, podemos observar que as variáveis sexo, idade e tratamento prévio para DAC deixaram de ser estatisticamente significantes e o modelo testado passou a explicar 25,9% da variância da medida do domínio, ou seja, as duas novas variáveis contribuíram com 13% da variância após o ajuste para as demais variáveis.

No modelo construído para o domínio *Aspectos Emocionais*, ao inserirmos na Etapa 1 as variáveis sexo, idade, tratamento prévio para DCV e grupo diagnóstico, elas explicaram 11,7% da variância da medida do domínio. As variáveis idade, tratamento prévio para DCV e grupo diagnóstico não apresentaram significância estatística nesta etapa, com valores de $p=0,427$; $p=0,075$; $p=0,219$; respectivamente. Na etapa 2, foram mantidas as mesmas variáveis da etapa anterior com a inserção das medidas do grau de severidade da depressão (Inventário de Depressão de Beck) e o uso de psicotrópicos. Com a inclusão dessas duas novas variáveis, podemos observar que as variáveis idade, tratamento prévio para DCV e grupo diagnóstico permaneceram sem significância estatística e o modelo testado passou a explicar 26,3% da variância da medida do domínio, ou seja, as duas novas variáveis contribuíram com 14,6% da variância após o ajuste para as demais variáveis.

O modelo construído para a variável depressão foi feito em apenas uma etapa, na qual foram inseridas as variáveis sexo, idade, tratamento prévio para DCV, grupo diagnóstico e uso de psicofármacos, e elas explicaram 14,9% da variância da medida. A variável uso de psicofármacos foi a única que não teve significância estatística neste modelo ($p=0,206$).

6 CONCLUSÃO

A comparação dos sujeitos, segundo o diagnóstico na internação (IAM e AI), nos permitiu as seguintes conclusões no que se refere à caracterização sociodemográfica e clínica: os pacientes que internaram devido ao primeiro IAM eram, em média, mais novos do que os internados pela AI; 55,8 (D.P.=13) anos e 60,6 (D.P.=10,5) anos, respectivamente. O grau de escolaridade foi semelhante entre os grupos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, casada, desempenhando algum tipo de atividade remunerada antes da internação e oriunda de cidades do interior do estado de São Paulo, em ambos os grupos.

No que diz respeito à presença de fatores de risco prévios ou diagnosticados durante a internação, obtivemos que a maioria, de ambos os grupos, já era tabagista, apresentava sobrepeso ou obesidade e convivía com a HA. A maioria dos pacientes que internaram decorrentes da primeira AI já fazia tratamento para alguma DCV (70,3%), e uma porcentagem alta foi encontrada também entre os pacientes internados decorrentes do primeiro IAM (44,4%).

Os pacientes com diagnóstico de AI mostraram maior comprometimento para a realização de atividades do dia a dia na semana que antecedeu a internação, assim como relataram a presença de dispneia e precordialgia com frequência significativamente maior quando comparados com 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.

Os pacientes com AI apresentaram comprometimento significativamente maior em todos os domínios avaliados pelo SF-36, quando comparados com os pacientes com IAM. Entretanto, nos domínios *Estado Geral de Saúde*, *Vitalidade* e *Saúde Mental*, as diferenças não foram estatisticamente significantes. Podemos concluir que os pacientes que são admitidos nos serviços de saúde com o diagnóstico de AI chegam com um maior comprometimento físico e emocional, quando comparados com pacientes infartados.

Pacientes internados com AI reportaram a presença de depressão e seu grau de severidade com frequência significativamente maior quando comparados com pacientes que sofreram um IAM.

Os resultados negativos da correlação entre estado de saúde percebido e grau de severidade da depressão nos permitem concluir que as medidas do estado de saúde foram inversamente correlacionadas com a medida do grau de severidade de depressão, ou seja,

pacientes com algum grau de depressão apresentaram piores avaliações do estado de saúde percebido.

Utilizando como variáveis preditoras o sexo, a idade, a presença de tratamentos prévios para DCV e a manifestação da SIMI (IAM ou AI), foram obtidos valores de R^2 ajustados de 0,138; 0,231 e 0,129 para os domínios *Aspectos Físicos*, *Capacidade Funcional e Dor*, respectivamente. A inclusão das medidas do grau de severidade da depressão e o uso de psicofármacos elevaram os valores para 0,251; 0,349 e 0,259, todos aumentos estatisticamente significantes. Conclui-se que, entre os três domínios da saúde física analisados, a inclusão do grau de severidade da depressão e do uso de psicofármacos teve contribuições semelhantes nas variâncias observadas nas medidas dos domínios.

No domínio *Aspectos Emocionais*, as variáveis sexo, idade, presença de tratamento prévio e grupo diagnóstico obtiveram um R^2 ajustado de 0,117, ou seja, essas variáveis explicaram aproximadamente 11% da variância da medida do domínio. Adicionando as variáveis grau de severidade da depressão e uso de psicofármacos, houve aumento no valor do R^2 ajustado para 0,263, sendo este aumento estatisticamente significativo. Portanto, pode-se concluir que as seis variáveis inseridas explicaram uma variância de 26% na medida do domínio *Aspectos Emocionais*.

Nos quatro modelos construídos, a única variável com valor de beta indicando moderada correlação ($\beta=0,420$) com a variável resposta foi o grau de severidade da depressão ($p< 0,001$). A variável grupo diagnóstico foi estatisticamente significativa nos modelos *Aspectos Físicos*, *Capacidade Funcional e Dor*, mas com relação fraca.

No modelo de regressão linear múltipla construído utilizando o grau de severidade da depressão, as variáveis sexo, idade, presença de tratamento prévio, grupo diagnóstico e uso de psicofármacos na internação obtiveram um R^2 ajustado de 0,149, ou seja, essas variáveis explicaram aproximadamente 14% da variância da medida grau de severidade da depressão. Vale ressaltar que nenhuma das variáveis apresentou um beta que indicasse uma correlação de moderada a forte ($\beta< 0,238$ para a variável sexo). As variáveis sexo, idade, tratamento prévio e grupo diagnóstico foram estatisticamente significantes no modelo, mas todas apresentaram relações fracas com o grau de severidade da depressão.

6.1 – Limitações do Estudo e Considerações Finais

Como uma das limitações do estudo, salientamos a impossibilidade de realizarmos a comparação dos resultados obtidos com a população geral do Brasil, devido à falta de estudos que utilizaram o SF-36 na população geral. Outra limitação do estudo é que os participantes representaram apenas uma parcela dos sujeitos atendidos em instituições públicas de saúde, não investigando pessoas com maior nível socioeconômico que são atendidas em clínicas e hospitais privados.

Outra limitação do estudo foi o fato de não haver rodízio na ordem dos questionários durante a entrevista. Todos os pacientes responderam primeiro o questionário de avaliação sociodemográfica e clínica, seguido do SF-36, Questionário de Avaliação dos Sintomas e por último, o IDB. O tempo médio utilizado, durante as entrevistas, também não foi aferido.

No Brasil, até o momento, não foi encontrada outra pesquisa com o mesmo objetivo de avaliar o estado de saúde e o grau de severidade da depressão em pacientes que vivenciaram pela primeira vez a SIMI, enfocando o mês que antecedeu o evento. A maioria dos estudos, nacionais e internacionais, tem abordado os pacientes coronariopatas após a alta hospitalar, em tratamento ambulatorial, nas repetidas internações e até no momento da reabilitação.

No presente estudo, foi utilizado um questionário genérico de estado geral de saúde. Novas pesquisas utilizando questionários específicos para esse grupo de indivíduos como, por exemplo, *Seattle Angina Questionnaire* e *MacNew Questionnaire*, são necessárias e auxiliarão na elaboração de um novo protocolo de assistência de saúde para coronariopatas, visando ao melhor atendimento, à recuperação e à reabilitação dos mesmos.

Diante do exposto, faz-se necessário rever o modelo de assistência prestado aos sujeitos que internam em UCO e enfermarias de cardiologia com o diagnóstico de primeira SIMI. A equipe multidisciplinar pode elaborar planos de cuidados que visem a minimizar o comprometimento físico e emocional desses pacientes, auxiliando também na reabilitação.

Acreditamos que os resultados do presente estudo devam ser levados em consideração desde a internação até o momento de planejar a alta e a reabilitação desses pacientes.

REFERÊNCIAS ²

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998, p. 97-99.

ANDERSON, J. L.; ADAMS, C. D.; ANTMAN, E. M.; BRIDGES, C. R.; CALIFF, R. M.; CASEY, D. E.; CHAVEY, W. E.; FESMIRE, F. M.; HOCHMAN, J. S.; LEVIN, T. N.; LINCOFF, A. M.; PETERSON, E. D.; THEROUX, P.; WENGER, N. K.; WRIGHT, R. S.; SMITH, S. C.; JACOBS, A. K.; HALPERIN, J. L.; HUNT, S. A.; KRUMHOLZ, H. M.; KUSHNER, F. G.; LYTLE, B. W.; NISHIMURA, R.; ORNATO, J. P.; PAGE, R. L.; RIEGEL, B. 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 to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 50, n. 7, p. e1-e157, 2007.

AYACHE, R.; AMARAL, G. F. Depressão e Doenças Cardiovasculares. In: HORIMOTO, F. C.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. **Depressão. Diagnóstico e tratamento clínico**. São Paulo: Editora Roca LTDA, 2005. cap. 6, p. 73-87.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, C. A.; JOSEPH, L.; BELISLE, P.; PILOTE, L. Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. **American Heart Journal**, v. 142, n. 2, p. 271-279, 2001.

BERGMAN, E.; MALM, D.; KARLSSON, J. E.; BERTERO, C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: sense of coherence, quality of life, and symptoms. **Heart and Lung**, v. 38, n. 2, p. 129-140, 2009.

BERZON, R.; HAYS, R. D.; SHUMAKER, S. A. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. **Quality of Life Research**, v. 2, n. 6, p. 367-368, 1993.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BOERSMA, S. N.; MAES, S.; JOEKES, K. Goal disturbance in relation to anxiety, depression, and health-related quality of life after Myocardial Infarction. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 10, p. 2265-2275, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos. Rede Interagencial de Informação para a Saúde**. 2005. Site. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd/2007/matriz.htm>>. Acesso em 04 dez. 2009.

BRAUNWALD, E. Unstable angina. A classification. **Circulation**, v. 80, n. 2, p. 410-414, 1989.

BRINK, E.; GRANKVIST, G.; KARLSON, B. W.; HALLBERG, L. R. Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 3, p. 749-757, 2005.

CAMPBELL, A. Subjective measures of well-being. **American Psychologist**, v. 31, n. 2, p. 117-124, 1976.

CHRISTIAN, A. H.; CHEEMA, A. F.; SMITH, S. C.; MOSCA, L. Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. **Quality of Life Research**, v. 16, n. 3, p. 363-373, 2007.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

DANTAS, R. A. S.; MOTZER, S. A.; CIOL, M. A. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. **International Journal of Nursing Studies**, v. 39, n. 7, p. 745-755, 2002.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 183f. Tese de Livre-Docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R. A. S.; CIOL, M. A. Quality of life after coronary artery bypass surgery. **Western Journal of Nursing Research**, v. 30, n. 4, p. 477-490, 2008.

EMERY, C. F.; FRID, D. J.; ENGEBRETSON, T. O.; ALONZO, A. A.; FISH, A.; FERKETICH, A. K.; REYNOLDS, N. R.; DUJARDIN, J. P.; HOMAN, J. E.; STERN, S. L. Gender differences in quality of life among cardiac patients. **Psychosomatic Medicine**, v. 66, n. 2, p. 190-197, 2004.

FAILDE, I. I.; SOTO, M. M. Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. **BMC Public Health**, v. 6, p. 18, 2006.

FAUERBACH, J. A.; BUSH, D. E.; MCCANN, U. D.; THOMBS, B. D.; FOGEL, J.; ZIEGELSTEIN, R. C. Depression following acute myocardial infarction: a prospective relationship with ongoing health and function. **Psychosomatics**, v. 46, n. 4, p. 355-361, 2005.

FAVARATO, M. E.; FAVARATO, D.; HUEB, W. A.; ALDRIGHI, J. M. Quality of life in patients with coronary artery disease: comparison between the genders. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 4, p. 236-241, 2006.

FAVARATO, M. E.; HUEB, W.; BODEN, W. E.; LOPES, N.; NOGUEIRA, C. R.; TAKIUTI, M.; GOIS, A. F.; BORGES, J. C.; FAVARATO, D.; ALDRIGHI, J. M.; OLIVEIRA, S. A.; RAMIRES, J. A. 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. **International Journal of Cardiology**, v. 116, n. 3, p. 364-370, 2007.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analyses and interpretation**. 2nd ed. Chichester, England: John Wiley & Sons, 2007.

FORD, E. S.; MOKDAD, A. H.; LI, C.; MCGUIRE, L. C.; STRINE, T. W.; OKORO, C. A.; BROWN, D. W.; ZACK, M. M. Gender differences in coronary heart disease and health-related quality of life: findings from 10 states from the 2004 behavioral risk factor surveillance system. **Journal of Women's Health (Larchmont)**, v. 17, n. 5, p. 757-768, 2008.

GALLANI, M. C.; COLOMBO, R. C.; ALEXANDRE, N. M.; BRESSAN-BIAJONE, A. M. Quality of life in coronary patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 40-43, 2003.

GARAVALIA, L. S.; DECKER, C.; REID, K. J.; LICHTMAN, J. H.; PARASHAR, S.; VACCARINO, V.; KRUMHOLZ, H. M.; SPERTUS, J. A. Does health status differ between men and women in early recovery after myocardial infarction? **Journal of Women's Health (Larchmont)**, v. 16, n. 1, p. 93-101, 2007.

GIACHELLO, A. L. Health outcomes research on Hispanics/Latinos. **Journal of Medical Systems**, v. 20, n. 5, p. 235-254, 1996.

GOLDMAN, L.; BRAUNWALD, E. **Cardiologia na Clínica Geral**. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara-Koogan, 2000.

GORESTEIN, C.; ANDRADE L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GOYAL, T. M.; IDLER, E. L.; KRAUSE, T. J.; CONTRADA, R. J. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. **Psychosomatic Medicine**, v. 67, n. 5, p. 759-765, 2005.

HERLITZ, J.; WIKLUND, I.; SJOLAND, H.; KARLSON, B. W.; KARLSSON, T.; HAGLID, M.; HARTFORD, M.; CAIDAH, K. Relief of symptoms and improvement of quality of life five years after coronary artery bypass grafting in relation to preoperative ejection fraction. **Quality of Life Research**, v. 9, n. 4, p. 467-476, 2000.

HOLMES, S. Assessing the quality of life- reality or impossible dream? A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n. 4, p. 493-501, 2005.

KATTAINEN, E.; MERILAINEN, P.; SINTONEN, H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 5, n. 1, p. 21-30, 2006.

KATTAINEN, E.; SINTONEN, H.; KETTUNEN, R.; MERILAINEN, P. Health-related quality of life of coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal coronary artery angioplasty patients: 1-year follow-up. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 21, n. 2, p. 172-179, 2005.

KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; HAMMEN, C. I.; INGRAM, R. E. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, v. 11, p. 89-99, 1987.

KIEBZAK, G. M.; PIERSON, L. M.; CAMPBELL, M.; COOK, J. W. Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. **Heart and Lung**, v. 31, n. 3, p. 207-213, 2002.

KIM, J.; HENDERSON, R. A.; POCOCC, S. J.; CLAYTON, T.; SCULPHER, M. J.; FOX, K. A. Health-related quality of life after interventional or conservative strategy in patients with unstable angina or non-ST-segment elevation myocardial infarction: one-year results of the third Randomized Intervention Trial of unstable Angina (RITA-3). **Journal of the American College of Cardiology**, v. 45, n. 2, p. 221-228, 2005.

KUBZANSKY, L. D.; KAWACHI I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? **Journal of Psychosomatic Research**, v. 48, n. 4-5, p. 323-337, 2000.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – World Health Organization. **47th Directing Council-58th session of the regional committee 2006**. 2006. Site. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/pah-a311756>>. Acesso em 04 dez. 2009.

LARAIA, M. T. Psicofarmacologia. In: STUART, G.W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 27, p. 607-639.

LEE, G. A. Determinants of quality of life five years after coronary artery bypass graft surgery. **Heart and Lung**, v. 38, n. 2, p. 91-99, 2009.

LINDSAY, G. M.; HANLON, P.; SMITH, L. N.; WHEATLEY, D. J. Assessment of changes in general health status using the short-form 36 questionnaire 1 year following coronary artery bypass grafting. **European Journal of Cardio-thoracic Surgery**, v. 18, n. 5, p. 557-564, 2000.

MADDOX, T. M.; REID, K. J.; RUMSFELD, J. S.; SPERTUS, J. A. One-year health status outcomes of unstable angina versus myocardial infarction: a prospective, observational cohort study of ACS survivors. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 7, p. 28, 2007.

MATTOS, M. A.; LOUGON, M.; TURA, B. R.; PEREIRA, B. B. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda. **Revista da SOCERJ**, v. 18, n. 4, p. 288-294, 2005.

MELVILLE, M. R.; LARI, M. A.; 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**, v. 89, n. 12, p. 1445-1446, 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

NAKAJIMA, K. M. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde na Coronariopatia: Avaliação das Propriedades Psicométricas de Instrumento Específico**. 2006. 176f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

NAUGHTON, M. J.; SHUMAKER S. A. The case for domains of function in quality of life assessment. **Quality of Life Research**, v. 12 Suppl 1, p. 73-80, 2003.

NORRIS, C. M.; GHALI, W. A.; GALBRAITH, P. D.; GRAHAM, M. M.; JENSEN, L. A.; KNUDTSON, M. L. Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 2, p. 21, 2004.

NORRIS, C. M.; 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. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 6, n. 2, p. 92-98, 2007.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PEREZ, G. H.; NICOLAU, J. C.; ROMANO, B. W.; LARANJEIRA, R. Depression and Acute Coronary Syndromes: gender-related differences. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 5, p. 319-326, 2005.

PIEGAS, L. S. III Guidelines on the treatment of myocardial acute infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83 Suppl 4, p. 3-86, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REIMEL, S.; JIMENÉZ, Y. Redimension del concepto de ambiente em los estúdios de calidad de vida y calidad ambiental. **Comportamiento**, v. 4, p. 57-71, 1995.

RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. **Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation. Conceptual Approaches, Issues, and Applications**. [S.I.]: SAGE Publications, 1996.

ROSAMOND, W.; FLEGAL, K.; FURIE, K.; GO, A.; GREENLUND, K.; HAASE, N.; HAILPERN, S. M.; HO, M.; HOWARD, V.; KISSELA, B.; KITNER, S.; LLOYD-JONES, D.; MCDERMOTT, M.; MEIGS, J.; MOY, C.; NICHOL, G.; O'DONNELL, C.; ROGER, V.; SORLIE, P.; STEINBERGER, J.; THOM, T.; WILSON, M.; HONG, Y. Heart disease and stroke statistics--2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, v. 117, n. 4, p. e25-146, 2008.

RUMSFELD, J. S.; MAGID, D. J.; PLOMONDON, M. E.; SALES, A. E.; GRUNWALD, G. K.; EVERY, N. R.; SPERTUS, J. A. History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. **American Heart Journal**, v. 145, n. 3, p. 493-499, 2003.

SANTOS, E. S.; MINUZZO, L.; PEREIRA, M. P.; CASTILLO, M. T.; PALACIO, M. A.; RAMOS, R. F.; TIMERMAN, A.; PIEGAS, L. S. Acute coronary syndrome registry at a cardiology emergency center. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 5, p. 597-602, 2006.

SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality of Life Research**, Netherlands, v.11, n.3, p.193-205, May 2002.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração da dor. Pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2006.

SJOLAND, H.; WIKLUND, I.; CAIDAH, K.; HARTFORD, M.; KARLSSON, T.; HERLITZ, J. Improvement in quality of life differs between women and men after coronary artery bypass surgery. **Journal of Internal Medicine**, v. 245, n. 5, p. 445-454, 1999.

SMITH, K. W.; AVIS, N. E.; ASSMANN, S. F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. **Quality of Life Research**, v. 8, n. 5, p. 447-459, 1999.

SOTO, M.; FAILDE, I.; MARQUEZ, S.; BENITEZ, E.; RAMOS, I.; BARBA, A.; LOPEZ, F. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 3, p. 759-768, 2005.

SOUZA, E. N.; QUADROS, A. S.; MAESTRI, R.; ALBARRAN, C.; SARMENTO-LEITE, R. Predictors of quality of life change after an acute coronary event. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 4, p. 229-235, 2008.

SOUZA, J. A.; FONTANA, J. L.; PINTO, M. A. Depressão: uma doença, várias apresentações. In: HORIMOTO, F. C.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. **Depressão. Diagnóstico e tratamento clínico**. São Paulo: Editora Roca LTDA, 2005. cap. 1, p. 1-12.

SPERTUS, J. A.; JONES, P. G.; MCDONELL, M.; FAN, V.; FIHN, S. D. Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease. **Circulation**, v. 106, n. 1, p. 43-49, 2002.

SPERTUS, J. A.; SALISBURY, A. C.; JONES, P. G.; CONAWAY, D. G.; THOMPSON, R. C. Predictors of quality-of-life benefit after percutaneous coronary intervention. **Circulation**, v. 110, n. 25, p. 3789-3794, 2004.

SUMANEN, M. P.; SUOMINEN, S. B.; KOSKENVUO, M. J.; SILLANMAKI, L. H.; MATTILA, K. J. Occurrence of symptoms and depressive mood among working-aged coronary heart disease patients. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 2, p. 60, 2004.

TORRES, M. S.; CALDERON, S. M.; DIAZ, I. R.; CHACON, A. B.; FERNANDEZ, F. L.; MARTINEZ, I. F. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 8, p. 1401-1407, 2004.

VEENSTRA, M.; PETTERSEN, K. I.; ROLLAG, A.; STAVEM, K. Association of changes in health-related quality of life in coronary heart disease with coronary procedures and sociodemographic characteristics. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 2, p. 56, 2004.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

XIE, J.; WU, E. Q.; ZHENG, Z. J.; SULLIVAN, P. W.; ZHAN, L.; LABARTHE, D. R. Patient-reported health status in coronary heart disease in the United States: age, sex, racial, and ethnic differences. **Circulation**, v. 118, n. 5, p. 491-497, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Esclarecimento ao sujeito da pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Nome da pesquisa: Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes infartados e com angina.

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas (COREN 44.148) e enfermeira Carina Aparecida Marosti (COREN 107.954)

Promotora da pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Estamos realizando um estudo para conhecer como é a qualidade de vida dos pacientes que tem o infarto ou a angina pela primeira vez e que são atendidos na Unidade Coronariana ou nas enfermarias de clínica médica do HC ou Santa Casa de Ribeirão Preto. A sua participação neste estudo é voluntária. Caso decida participar, você irá responder a uma entrevista sobre como a sua saúde tem influenciado na sua vida e sobre aspectos que podem estar ligados aos sentimentos de tristeza e depressão. O tempo da entrevista é de meia hora. Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto e asseguramos que você não será identificado. Embora sua participação não lhe traga nenhum benefício diretamente, os resultados deste estudo nos ajudarão a conhecer como estavam vivendo os pacientes antes de sofrerem um infarto ou ter dor no peito (angina) e que são atendidos neste hospital. Futuramente poderemos propor um atendimento que ajude a melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Se decidir não participar da nossa pesquisa, ou resolver parar no meio da entrevista, sua decisão não acarretará nenhuma mudança no seu atendimento pelos profissionais do HC ou da Santa Casa de Ribeirão Preto.

Pesquisador responsável:
Profa. Dra. Rosana A Spadoti Dantas
Telefone para contato: 3602-3402

Pesquisador responsável:
Carina Aparecida Marosti
Telefone para contato: 9776-7665

EU _____,
RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos
abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
5. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

APÊNDICE B - Carta de validação do questionário de coleta de dados sociodemográficos e clínicos

Prezado (a) colega,

Estamos solicitando a sua colaboração na validação do questionário de coleta de dados sociodemográficos e clínicos a serem usados no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes infartados e com angina.

O projeto tem como objetivos avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes coronariopatas internados devido ao primeiro episódio da SIMI, compará-los de acordo com o diagnóstico apresentado (infarto agudo do miocárdio *versus* angina instável) e investigar a presença do quadro depressivo.

O questionário foi elaborado tendo como foco coletar informações relevantes e que possibilitem o alcance dos objetivos propostos. Para a elaboração do nosso questionário utilizamos o modelo apresentado por Dantas (2007) e Nakajima (2006), ambos aplicados em estudos com pacientes coronariopatas.

Pedimos a sua apreciação com relação à clareza e pertinência dos itens formulados. Após cada item, encontrará os critérios de clareza e pertinência das informações solicitadas. Assinale sim ou não de acordo com o seu julgamento. Caso assinale a opção não, favor, apresentar sugestões para melhorar o questionário.

Agradecemos a sua atenção e gentileza em nos auxiliar nesta etapa do nosso trabalho de doutorado.

Caso não tenha disponibilidade de participar deste processo de validação do conteúdo e aparência do nosso questionário, dentro do prazo de uma semana, favor entrar em contato pelo e-mail: camarosti@uol.com.br

Atenciosamente,

Carina Aparecida Marosti Dessotte

APÊNDICE C- Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica – versão para análise dos juízes

Os itens de número I.1 a I.5 serão preenchidos pela pesquisadora.

I.1-Número de identificação:

I.2-Registro HCRP :

I.3-Data da entrevista: ____/____/____

I.4-Data nascimento: ____/____/____

I.5-Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

Os itens de número I.6 a I.11 serão questionados ao paciente.

I.6-Escolaridade: ____ anos que frequentou o ensino formal

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

I.7-Situação Conjugal:()1solteiro ()2casado ()3viúvo ()4separado

()5união consensual

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

I.8-Situação de trabalho antes da internação atual:

() 1 ativo () 2 aposentado compulsoriamente () 3 aposentado por invalidez

() 4 aposentado + trabalho () 5recebendo auxílio-doença () 6 desempregado

() 7 do lar

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

I.9-Renda mensal individual: _____ (em reais)

I.10-Renda mensal familiar: _____ (em reais)

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

I.11-Procedência (cidade/estado): _____

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

II - Questionário de caracterização clínica – versão para análise dos juízes

Os itens II.a.1 a II.a.4 serão coletados do prontuário.

II.a) Caracterização da internação atual

II.a.1- Motivo internação: () angina () infarte

II.a.2- Data internação na UCO

II.a.3- Data de internação/transferência para a enfermaria:

II.a.4- Leito: _____

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

Os itens II.a.5 a II.a.10 serão coletados do prontuário.

Dados relacionados ao quadro clínico

II.a.5- Data do diagnóstico do infarte/angina: __/__/____

II.a.6- Hipóteses diagnósticas apresentadas no prontuário médico:

II.a.7- Tratamento prévio de doenças cardíacas: () sim () não

II.a.8- Se sim, assinalar as causas:

() HAS () angina () valvulopatias () arritmias () miocardiopatias () outros

II.a.9- Tempo de seguimento:

II.a.10- Tipos de tratamento: () medicamentoso () ACTP

Tempo de seguimento/tratamento:

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

O item II.a.11 será coletado do prontuário.

II.a.11 -Faz uso de medicação para nervosismo/ansiedade? () sim () não

Quanto tempo: _____ Frequência: _____

Nome do medicamento: _____

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

O item II.b será coletado do prontuário.

II.b- Dados relacionados aos fatores de risco e condições clínicas associadas

Diabetes mellitus () 1 sim () 2 não

Dislipidemia () 1 sim () 2 não

HAS () 1 sim () 2 não

Tabagismo () 1 sim () 2 não () atual () pregresso () duração

Terapia de reposição hormonal () 1 sim () 2 não

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Kg/m²

Acidente vascular Encefálico: () 1 sim () 2 não

Arteriopatia periférica: () 1 sim () 2 não

Estenose de carótida: () 1 sim () não

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

II.c - Questionário de caracterização clínica – versão para análise dos juízes

Os itens II.c.1 a II.c.3 serão questionados aos pacientes

II.c.1- O Sr. (a) fazia tratamento para algum problema no coração antes da internação atual?

() sim () não

II.c.2- Se sim, qual(s) o(s) problema(s) que o senhor (a) tratava?

() pressão alta () dor no peito () problema na válvula () disritmias

() coração dilatado () outros

II.c.3- Há quanto tempo o senhor (a) faz esse tratamento?

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

O item II.d será questionado ao paciente

II.d- Sinais e sintomas (no último mês):

Dispneia () 1 sim () 2 não O Sr.(a) teve falta de ar?

Angina () 1 sim () 2 não O Sr.(a) teve dor no peito?

Arritmias () 1 sim () 2 não O Sr.(a) sentiu batadeira?

Síncope () 1 sim () 2 não O Sr.(a) teve alguma tontura forte ou desmaio?

Edema () 1 sim () 2 não O Sr.(a) esteve inchado?

Outras patologias associadas: _____

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

APÊNDICE D- Versão final do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica**I. Questionário de caracterização sociodemográfica**

ID: _____

I.1-Número de identificação: _____

I.2-Registro HCRP : _____

I.3-Data da entrevista: ____/____/____

I.4-Data nascimento: ____/____/____

I.5-Sexo: () 0. feminino () 1. masculino

I.6-Escolaridade: _____ anos que frequentou o ensino formal

Até qual série do ensino formal você frequentou? _____

I.7-Situação Conjugal:() 1solteiro () 2casado () 3viúvo () 4separado
() 5união consensual

I.8-Situação de trabalho antes da internação atual:

() 1 ativo () 2 aposentado compulsoriamente () 3 aposentado por invalidez

() 4 aposentado + trabalho () 5recebendo auxílio-doença () 6 desempregado

() 7 do lar () 8 ajuda do governo () 9 aposentadoria do marido

I.9-Renda mensal individual: _____ (em reais)

I.10-Renda mensal familiar: _____ (em reais)

Quantas pessoas dependem da renda familiar? _____

I.11-Onde o Sr.(a) mora (cidade/estado)?:

II - Questionário de caracterização clínica**II.a) Caracterização da internação atual**

Data de internação na Unidade de Emergência: _____

II.a.1- Motivo internação: () 1.angina () 2.infarte

II.a.2- Data internação na UCO: _____

II.a.3- Data de internação/transferência para a enfermaria: _____

II.a.4- Leito: _____

Os itens II.a.5 a II.a.10 serão coletados do prontuário.

Dados relacionados ao quadro clínico

II.a.5- Data do diagnóstico do infarte/angina: ____/____/____

II.a.6- Hipóteses diagnósticas apresentadas no prontuário médico: _____

II.a.7- Tratamento prévio de doenças cardíacas: () sim () não

II.a.8- Se sim, assinalar as causas:

() 1.HAS () 2.angina () 3.valvulopatias () 4.arritmias () 5.miocardiopatias

() 6.outros

II.a.9- Tempo de seguimento: _____

II.a.10- Tipos de tratamento: () 1.medicamentoso () 2.ACTP

II.a.11 -Faz uso de medicação para nervosismo/ansiedade na internação?

() 1.sim () 2.não

Quanto tempo: _____ Frequência: _____

Nome do medicamento: _____

II.a.12 -Faz uso de medicação para nervosismo/ansiedade em casa?

() 1.sim () 2.não

Quanto tempo: _____ Frequência: _____

Nome do medicamento: _____

II.b- Dados relacionados aos fatores de risco e condições clínicas associadas

Diabetes mellitus ☐ 1 sim ☐ 2 não

Dislipidemia ☐ 1 sim ☐ 2 não

HAS ☐ 1 sim ☐ 2 não

Tabagismo ☐ 1.sim ☐ 2.não

Situação do tbg ☐ 1.atual ☐ 2.pregresso

Tbg atual: duração _____ quantidade: _____

Tbg pregresso: duração _____ quantidade: _____

Terapia de reposição hormonal ☐ 1 sim ☐ 2 não

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Kg/m²

Acidente vascular encefálico: ☐ 1 sim ☐ 2 não

Arteriopatia periférica: ☐ 1 sim ☐ 2 não

Estenose de carótida: ☐ 1 sim ☐ não

II.c - Questionário de caracterização clínica

Os itens II.c.1 a II.c.3 serão questionados aos pacientes

II.c.1- O Sr. (a) fazia tratamento para algum problema no coração antes da internação atual?

☐ 1.sim ☐ 2.não

II.c.2- Se sim, qual(s) o(s) problema(s) que o senhor (a) tratava?

☐ pressão alta (1sim 2não) ☐ dor no peito(1sim 2não)

☐ problema na válvula(1sim 2não) ☐ disritmias (1sim 2não)

☐ coração dilatado (1sim 2não) ☐ outros(1sim 2não)

II.c.3- Há quanto tempo o senhor (a) faz esse tratamento?

O item II.d será questionado ao paciente

II.d- Sinais e sintomas (no último mês):

Dispneia ☐ 1 sim ☐ 2 não O Sr.(a) teve falta de ar?

Angina ☐ 1 sim ☐ 2 não O Sr.(a) teve dor no peito?

Arritmias ☐ 1 sim ☐ 2 não O Sr.(a) sentiu batadeira?

Síncope ☐ 1 sim ☐ 2 não O Sr.(a) teve alguma tontura forte ou desmaio?

Edema ☐ 1 sim ☐ 2 não O Sr.(a) esteve inchado?

Outras patologias associadas: _____

APÊNDICE E- Carta de validação do Questionário de Avaliação dos Sintomas

Prezado (a) colega,

Estamos solicitando a sua colaboração na validação do Questionário de Sintomas a ser usado no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes infartados e com angina.

O projeto tem como objetivos avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes coronariopatas internados devido ao primeiro episódio da SIMI, compará-los de acordo com o diagnóstico apresentado (infarto agudo do miocárdio *versus* angina instável) e investigar a presença do quadro depressivo.

O questionário foi elaborado tendo como foco coletar informações relevantes e que possibilitem o alcance dos objetivos propostos. Para a elaboração do nosso questionário utilizamos o modelo apresentado por Herlitz et al. (2000) e aplicado em estudo com pacientes coronariopatas.

Pedimos a sua apreciação com relação à clareza e pertinência dos itens formulados. Após cada item, encontrará os critérios de clareza e pertinência das informações solicitadas. Assinale sim ou não de acordo com o seu julgamento. Caso assinale a opção não, favor, apresentar sugestões para melhorar o questionário.

Agradecemos a sua atenção e gentileza em nos auxiliar nesta etapa do nosso trabalho de doutorado.

Caso não tenha disponibilidade de participar deste processo de validação do conteúdo e aparência do nosso questionário, dentro do prazo de uma semana, favor entrar em contato pelo e-mail: camarosti@uol.com.br

Atenciosamente,

Carina Aparecida Marosti Dessotte

APÊNDICE F- Questionário de avaliação da angina, dispneia e atividades físicas, versão para juízes

Todos os itens abaixo relacionados serão preenchidos pela pesquisadora por meio de uma entrevista.

Por favor, marque a alternativa que melhor expresse como se sentia uma semana antes do ataque cardíaco.

Atividade Física

Por favor, escolha uma das opções abaixo:

- 1- Atividade Física
 - a. Não limitada
 - b. Levemente limitada
 - c. Muito limitada
 - d. Completamente limitada

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

Por favor, assinalar sim ou não para as seguintes situações:

- 2- Atividade Física limitada devido a (à):

	Sim	Não
Cansaço		
Palpitações		
Dispneia (falta de ar)		
Dor no peito		

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

Sintomas de Dispneia (falta de ar)

Assinalar sim ou não para as seguintes situações:

	Sim	Não
1. Normalmente, sem falta de ar		
2. Quando caminhando na subida ou rapidamente no plano		
3. Quando caminhando no plano com pessoas da mesma idade na velocidade delas		
4. Ter que parar para recuperar o fôlego quando está caminhando no plano na sua própria velocidade		
5. Quando se vestindo ou se lavando		
6. No repouso, sentado ou à noite		
7. Ter que sentar e descansar quando volta de uma caminhada		
8. Acordar à noite devido à dispneia (falta de ar)		

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

Frequência de Dor no Peito

Por favor, escolha uma das opções abaixo:

- 1- Número de episódios
 - a- Nunca
 - b- Menos que 1 por semana
 - c- De 1 a 2 por semana
 - d- De 3 a 6 por semana
 - e- 1 ou 2 vezes por dia
 - f- Várias vezes ao dia

Clareza () sim () não

Pertinência () sim () não

Sugestões:

Dor no Peito em Várias Ocasões

Assinalar sim ou não para as seguintes situações:

	Sim	Não
1. Quando caminhando na subida ou rapidamente no plano		
2. Quando caminhando no plano com pessoas da mesma idade na velocidade delas		
3. Quando caminhando no plano na sua própria velocidade		
4. Quando está se vestindo ou se lavando		
5. No repouso, quando sentado.		
6. À noite		
7. Quando está estressado (nervoso, agitado, angustiado)		
8. Após o jantar		
9. Quando está fora no vento ou no tempo frio		

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sugestões:

Outras sugestões:

APÊNDICE G- Questionário de avaliação da angina, dispneia e atividades físicas, versão corrigida pelos juízes

Por favor, marque a alternativa que melhor expresse como se sentia uma semana antes do ataque cardíaco.

Atividade Física

Por favor, escolha uma das opções abaixo:

- 1- Atividade Física
 1. Não limitada
 2. Levemente limitada
 3. Muito limitada
 4. Completamente limitada

Por favor, assinalar sim ou não para as seguintes situações:

- 2- Atividade Física limitada devido a (à):

	1.Sim	2.Não	-88= não se aplica
a. Cansaço			
b. Batedeira no peito			
c. Dispneia (falta de ar)			
d. Dor no peito			
e. Outras patologias			

Sintomas de Dispneia (falta de ar)

- 3- Assinalar sim ou não para as seguintes situações:

	Sim	Não
a. Na maior parte do tempo, sem falta de ar		
b. Quando caminha na subida ou muito rápido no reto (plano)		
c. Quando caminha no reto (plano) com pessoas da mesma idade na velocidade delas		
d. Ter que parar para recuperar o fôlego quando está caminhando no reto (plano) na sua própria velocidade		
e. Quando se veste ou se lava		
f. No repouso, sentado ou à noite		
g. Ter que sentar e descansar quando volta de uma caminhada		
h. Acordar à noite devido à dispneia (falta de ar)		

Frequência de Dor no Peito

Por favor, escolha uma das opções abaixo:

4- Número de episódios

1. Nunca
2. Menos que 1 por semana
3. De 1 a 2 por semana
4. De 3 a 6 por semana
5. 1 ou 2 vezes por dia
6. Várias vezes ao dia

Dor no Peito em Várias Ocasões

5- Assinalar sim ou não para as seguintes situações:

	Sim	Não
a. Quando caminha na subida ou muito rápido no reto (plano)		
b. Quando caminha no reto (plano) com pessoas da mesma idade na velocidade delas		
c. Quando caminha no reto (plano) na sua própria velocidade		
d. Quando se veste ou se lava		
e. No repouso, quando sentado.		
f. À noite depois de alguma atividade		
g. À noite em repouso		
h. À noite enquanto dormia		
i. Quando está estressado (nervoso, agitado, angustiado)		
j. Após o jantar		
k. Quando está fora no vento ou no tempo frio		

APÊNDICE H - Versão Final do Questionário de Avaliação dos Sintomas**Questionário de avaliação da angina, dispneia e atividades físicas**

ID: _____

Por favor, marque a alternativa que melhor expresse como se sentia uma semana antes do ataque cardíaco.

Atividade Física

Por favor, escolha uma das opções abaixo:

1- Atividade Física

1. Não limitada
2. Levemente limitada
3. Muito limitada
4. Completamente limitada

Por favor, assinalar sim ou não para as seguintes situações:

2- Atividade Física limitada devido a (à):

	1.Sim	2.Não	-88= não se aplica
a. Cansaço			
b. Batedeira no peito			
c. Dispneia (falta de ar)			
d. Dor no peito			
e. Outras patologias			

Sintomas de Dispneia (falta de ar)

3- Assinalar sim ou não para as seguintes situações:

	Sim	Não
a. Na maior parte do tempo, sem falta de ar		
b. Quando caminha na subida ou muito rápido no reto (plano)		
c. Quando caminha no reto (plano) com pessoas da mesma idade na velocidade delas		
d. Ter que parar para recuperar o fôlego quando está caminhando no reto (plano) na sua própria velocidade		
e. Quando se veste ou se lava		
f. No repouso, sentado ou à noite		
g. Ter que sentar e descansar quando volta de uma caminhada		
h. Acordar à noite devido à dispneia (falta de ar)		
i. Levantar peso		

Frequência de Dor no Peito

Por favor, escolha uma das opções abaixo:

- 4- Número de episódios
1. Nunca
 2. Menos que 1 por semana
 3. De 1 a 2 por semana
 4. De 3 a 6 por semana
 5. 1 ou 2 vezes por dia
 6. Várias vezes ao dia

Dor no Peito em Várias Ocasões

5- Assinalar sim ou não para as seguintes situações:

	Sim	Não
a. Quando caminha na subida ou muito rápido no reto (plano)		
b. Quando caminha no reto (plano) com pessoas da mesma idade na velocidade delas		
c. Quando caminha no reto (plano) na sua própria velocidade		
d. Quando se veste ou se lava		
e. No repouso, quando sentado.		
f. À noite depois de alguma atividade		
g. À noite em repouso		
h. À noite enquanto dormia		
i. Quando está estressado (nervoso, agitado, angustiado)		
j. Após o jantar		
k. Quando está fora no vento ou no tempo frio		

ANEXOS

ANEXO A- Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 08 de dezembro de 2005

Ofício nº 3461/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES INFARTADOS E COM ANGINA”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 216ª Reunião Ordinária realizada em 05/12/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 15505/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
CARINA APARECIDA MAROSTI(Orientanda)
PROFª DRª ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS(Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

ANEXO B - Versão Original do Questionário dos Sintomas 3

Questionnaire about physical activity, the reasons for limitations of physical activity, the occurrence of various types of chest pain, the frequency of chest pain and the occurrence of various types of dyspnea

1. Physical activity:

- a) Not limited
- b) Slightly limited
- c) Severly limited
- e) Completely limited

2. Physical activity limited due to:

- a) Tiredness
- b) Palpitations
- c) Dyspnea
- d) Chest pain

3. Symptoms of dyspnea:

- a) No dyspnea
- b) When walking uphill or quickly on the level
- c) When walking with people of own age on the level at their speed
- d) Have to stop to catch breath when walking on the level at one's own speed
- e) When dressing or washing
- f) At rest, when sitting down, or at night
- g) Have to sit down and rest when returning from a walk
- h) Wake up at night due to dyspnea

³ Fonte: HERLITZ, J.; WIKLUND, I.; SJOLAND, H.; KARLSON, B. W.; KARLSSON, T.; HAGLID, M.; HARTFORD, M.; CAIDAH, K. Relief of symptoms and improvement of quality of life five years after coronary artery bypass grafting in relation to preoperative ejection fraction. **Quality of Life Research**, v. 9, n. 4, p. 467-476, 2000.

Versão Original do Questionário dos Sintomas**4. Number of attacks with chest pain**

- a) None
- b) Less than once a week
- c) 1-2 per week
- d) 3-6 per week
- e) Once or twice daily
- f) Several attacks daily

5. Chest pain on various occasions

- a) When walking uphill or quickly on the level
- b) When walking with people of own age on the level of their speed
- c) When walking on the level at one's own speed
- d) When dressing or washing
- e) At rest, when sitting down
- f) At night
- g) When under stress
- h) After dinner
- i) When out in windy or cold weather

ANEXO C - Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey 4

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
- . Excelente.....1
 - . Muito boa.....2
 - . Boa.....3
 - . Ruim.....4
 - . Muito ruim.....5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?** (circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
- Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

⁴ Fonte: CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou ao grupo?

(circule uma)

- . De forma nenhuma.....1
- . Ligeiramente.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

- . Nenhuma.....1
- . Muito leve.....2
- . Leve.....3
- . Moderada.....4
- . Grave.....5
- . Muito grave.....6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- . De forma nenhuma.....1
- . Um pouco.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**:

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?						
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?						
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?						
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?						
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo.....1
- . A maior parte do tempo.....2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Uma pequena parte do tempo.....4
- . Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c. Eu acho que minha saúde vai piorar					
d. Minha saúde é excelente					

ANEXO D - Inventário de Depressão De Beck 5

ID: _____

Este questionário consiste em 21 grupos, cada um com 4 afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação que descreve melhor como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num mesmo grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a escolha.

1	0	Não me sinto triste
	1	Eu me sinto triste
	2	Estou sempre triste e não consigo sair disto
	3	Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
2	0	Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
	1	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
	2	Acho que nada tenho a esperar
	3	Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
3	0	Não me sinto um fracasso
	1	Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
	2	Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que eu posso ver é um monte de fracassos
	3	Acho que , como pessoa, sou um completo fracasso
4	0	Tenho tanto prazer em tudo, como antes
	1	Não sinto mais prazer nas coisas como antes
	2	Não encontro um prazer real em mais nada
	3	Estou insatisfeito e aborrecido com tudo
5	0	Não me sinto especialmente culpado
	1	Eu me sinto culpado às vezes
	2	Eu me sinto culpado na maior parte das vezes
	3	Eu me sinto sempre culpado
6	0	Não acho que esteja sendo punido
	1	Acho que posso ser punido
	2	Creio que vou ser punido
	3	Acho que estou sendo punido
7	0	Não me sinto decepcionado comigo mesmo
	1	Estou decepcionado comigo mesmo
	2	Estou enjoado de mim
	3	Eu me odeio
8	0	Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros
	1	Sou crítico em relação a mim devido as minhas fraquezas ou meus erros
	2	Eu me culpo sempre por minhas falhas
	3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece
9	0	Não tenho quaisquer ideias de me matar
	1	Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
	2	Gostaria de me matar
	3	Eu me mataria se tivesse oportunidade
10	0	Não choro mais do que o habitual
	1	Choro mais agora do que costumava
	2	Agora, choro o tempo todo
	3	Costumava se capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira
11	0	Não sou mais irritado agora do que já fui
	1	Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava
	2	Atualmente me sinto irritado o tempo todo
	3	Absolutamente não me irrita com coisas que costumavam irritar-me
12	0	Não perdi o interesse nas outras pessoas
	1	Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas
	2	Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
	3	Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas

⁵ Fonte: GORESTEIN, C.; ANDRADE L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

- 13 0 Tomo decisões mais ou menos bem como em outra época
 1 Adio minhas decisões mais do que acostumava
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 3 Não consigo mais tomar decisões
- 14 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que acostumava ser
 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos
 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3 Considero-me feio
- 15 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem como antes
 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho
- 16 0 Durmo tão bem quanto de hábito
 1 Não durmo tão bem quanto acostumava
 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir
- 17 0 Não fico mais cansado do que de hábito
 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava
 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
- 18 0 Meu apetite não está pior do que de hábito
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
 2 Meu apetite está muito pior agora
 3 Não tenho mais nenhum apetite
- 19 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
 1 Perdi mais de 2,5 Kg
 2 Perdi mais de 5,0 Kg
 3 Perdi mais de 7,5 Kg
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: sim não
- 20 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde
 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago e prisão de ventre
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
- 21 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente
 3 Perdi completamente o interesse por sexo