

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GISLAINE PINN GIL

Evolução clínica de pacientes dois anos após a internação em
decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda

Ribeirão Preto

2012

GISLAINE PINN GIL

Evolução clínica de pacientes dois anos após a internação em
decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
pelo Programa de Pós-Graduação em 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

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gil, Gislaine Pinn

Evolução clínica de pacientes dois anos após a internação devido ao primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2012.

73p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientador: Dantas, Rosana Aparecida Spadoti.

1. Doença das coronárias. 2. Síndrome Coronariana Aguda. 3. Evolução clínica. 4. Mortalidade. 5. Angioplastia.

GIL, Gislaine Pinn

Evolução clínica de pacientes dois anos após a internação em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

À minha família querida.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e seguir o caminho do bem, com dignidade e honestidade.

Às minhas irmãs, que são minhas amigas, companheiras e conselheiras, sempre presentes e torcendo por mim.

Ao amor da minha vida, meu noivo e futuro esposo Ricardo, que suportou minhas lamúrias, sempre com paciência, carinho, companheirismo e amor incondicional, me incentivando, apoiando e dando forças nos momentos turbulentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que está comigo em todos os momentos da minha vida. Que me protege, me encaminha e me ilumina. Agradeço por tornar esse sonho real.

Em especial, à minha orientadora professora Rosana Ap. Spadoti Dantas que me aceitou como sua orientanda, permitindo que tudo isso fosse possível ao me dar uma oportunidade e acreditar em mim. Agradeço pelos ensinamentos, paciência, confiança e por compartilhar seus conhecimentos, com toda competência e sabedoria. Minha eterna admiração pela sua pessoa e profissionalismo e meu sincero agradecimento.

À professora Márcia Ciol, pela importante colaboração na tabulação dos dados e análise estatística.

À Carina, que desde o início me acolheu carinhosamente, sempre disposta a me ajudar, compartilhando seus conhecimentos com imensa generosidade e atenção.

Ao Dr. André, precursor da idéia desta pesquisa, agradeço a autorização para a realização do trabalho, o apoio e as valiosas sugestões.

Às minhas amigas companheiras de pós-graduação Dagmar, Pollyana e Rosineide, que mesmo com as inúmeras dificuldades, fizeram com que as longas viagens para Ribeirão Preto se tornassem mais divertidas e inesquecíveis. Vocês foram importantíssimas nesta trajetória.

Às minhas amigas e colegas de trabalho em Londrina Juliana, Silvana Verlingue, Bruna, Suzi, Dani, Silvana Fecchio, Talita e Andréa, que compartilharam comigo minhas angústias e preocupações. Agradeço pela amizade e carinho de sempre.

À minha chefe Juranda Maia de Miranda, que proporcionou condições de desenvolver a minha dissertação. Obrigada pelo constante incentivo, apoio, compreensão e tolerância.

À Santa Casa de Misericórdia de Itapeva e Hospital Zona Sul de Londrina, hospitais que me permitiram conciliar trabalho e capacitação profissional.

À minha eterna professora Maria do Carmo Lourenço Haddad que foi a principal incentivadora do meu crescimento profissional desde a graduação, que me guiou na minha trajetória profissional e me fez acreditar que o mestrado não era um sonho distante.

Aos bibliotecários da Biblioteca Central da USP Ribeirão Preto, em especial ao bibliotecário Gabriel, que gentilmente realizou a correção bibliográfica deste trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, mesmo não citados, contribuíram para realização deste estudo e conclusão da pós-graduação.

RESUMO

GIL, G. P. **Evolução clínica de pacientes dois anos após a internação em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda.** 2012. 73f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Os avanços na área da saúde têm resultado na redução da morbidade e permitido maior sobrevida aos pacientes coronariopatas. Entretanto, a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ainda representa uma das questões de saúde pública mais relevante da atualidade. O objetivo geral do estudo foi avaliar a evolução clínica dos pacientes durante a primeira internação decorrente da SCA e nos primeiros dois anos após a hospitalização. As principais variáveis de interesse investigadas foram: mortalidade, reinternações e tratamentos de revascularização do miocárdio (Intervenção Coronária Percutânea – ICP e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio - CRVM). O delineamento utilizado foi observacional, tipo coorte. A amostra foi composta por pacientes que foram internados em decorrência do primeiro episódio de uma SCA, entre maio de 2006 e julho de 2009, em um hospital geral público de ensino. Os dados foram coletados em 2011 mediante consultas aos prontuários dos participantes e ao sistema eletrônico de agendamento do hospital, utilizando-se de um instrumento elaborado pela pesquisadora. Os dados foram analisados utilizando testes de associação Qui-quadrado, Exato de Fisher e t de *Student* para amostras independentes. O nível de significância adotado foi de 0,05. A taxa de mortalidade foi calculada dividindo o número de óbitos ocorridos em até dois anos de seguimento pela somatória do tempo total de observação do estudo. Participaram da investigação 234 pacientes, sendo 140 (59,8%) diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 94 (40,2%) com Angina Instável (AI). A idade média foi de 58 anos (D.P.=12,2 anos), com predomínio de indivíduos do sexo masculino (69,2%). Durante a internação inicial não houve associação entre a presença de complicações e a manifestação clínica da SCA; os pacientes com AI tiveram média de tempo de permanência hospitalar maior que IAM (12,5 e 10 dias, respectivamente), mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. As ICPs foram mais realizadas nos pacientes com IAM, enquanto as CRVMs foram mais realizadas nos pacientes com AI, sendo a associação entre essas variáveis estatisticamente significantes. Ao longo do seguimento de até dois anos após a alta da internação inicial, 71,4% dos pacientes foram submetidos a, pelo menos, um procedimento de revascularização do miocárdio; 27,4% necessitaram de outras hospitalizações, e desses, 71% tiveram uma nova internação e 6,5% reinternaram cinco vezes. Na primeira reinternação, a causa mais prevalente foi a ICP programada e nas internações posteriores foi a angina. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 3%, tendo ocorrido 13 óbitos durante todo o seguimento do estudo, sem diferença estatística entre as manifestações da SCA. A taxa de mortalidade geral do estudo foi de 35,75/1000 pessoas por ano. Os resultados do estudo ampliaram nossos conhecimentos sobre como é o perfil deste grupo de pacientes atendidos em decorrência do primeiro episódio de SCA em um hospital geral, de nível terciário, e como se dá a evolução clínica durante a internação e a longo prazo.

Palavras chaves: Doença das Coronárias. Síndrome Coronariana Aguda. Evolução Clínica. Mortalidade. Angioplastia.

ABSTRACT

GIL, G. P. **Clinical evolution of patients who suffered their first acute coronary syndrome episode: a two-year follow up.** 2012. 73f. Dissertation (Master's Degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The advances in health have led to reduced morbidity and improved survival of patients living with coronary diseases. However, Acute Coronary Syndrome (ACS) represents one of the most relevant public health issues nowadays. The aim of this study was to assess the clinical evolution of patients who suffered from ACS, from their first admission to the hospital until two years after that episode. The main interest variables investigated were: mortality, hospital readmissions and myocardial revascularization therapies (percutaneous coronary intervention – PCI and Coronary Artery Bypass Grafting surgery – CABG). This research was designed as an observational cohort study. The study sample was patients admitted into a general school hospital due to the first episode of ACS, from May 2006 through July 2009. Data were collected in 2011 from patients' medical records and the hospital's appointment schedule database, using a form designed by the researcher. Data were analyzed by chi-square, Fisher's exact test and t-Student association tests for independent samples. The significance level was 0.05. Mortality rate was calculated by dividing the number of deaths occurred up to two years after the first ACS episode by the total period of observation taken within the study. As such, 234 patients took part in the study, 140 (59.8%) were diagnosed with Acute Myocardial Infarction (AMI) and 94 with Unstable Angina (UA). The mean age was 58 years old (s.d.=12.2), most were male (69.2%). During hospital stay there was no association between medical complications and clinical manifestation of ACS. Patients with UA had mean hospital stay higher than AMI patients (12.5 and 10 days, respectively), although this was not statistically relevant. PCI were more prevalent in AMI patients, whereas CABG were to UA patients, displaying statistically relevant association between these variables. During the two-year follow up period after hospital discharge, 71.4% of patients were submitted to, at least, a myocardial revascularization procedure. 27.4% of patients were hospitalized again, 71% of this group had to be readmitted and 6.5% had been readmitted five times. At their first readmission, the most prevalent cause was a scheduled PCI and the following hospitalizations were due to angina. The hospital mortality rate was 3%, as 13 deaths occurred during the period of study, with no statistically significance between the ACS manifestations. The general mortality rate of this study was 35.75/1000 people per year. The results of this study improved our knowledge over the profile of this population admitted into a general tertiary hospital due to their first ACS episode. It also shone some light over the clinical evolution of this disease during hospitalization and at long term period.

Key words: Coronary disease. Acute Coronary Syndrome. Clinical Evolution. Mortality. Angioplasty.

RESUMEN

GIL, G. P. Evolución clínica de pacientes después de dos años de internación debido al primer episodio del Síndrome Coronario Agudo. 2012. 73f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Los avances en el área de la salud obtienen resultados en la reducción de la morbilidad permitiendo mayor sobrevida a los pacientes con insuficiencias coronarias. Sin embargo, el Síndrome Coronario Agudo (SCA) aún representa una de las cuestiones de salud pública más relevante de la actualidad. El objetivo general del estudio fue evaluar la evolución clínica de los pacientes durante la primera internación debido al SCA y los primeros dos años después de la hospitalización. Las principales variables de interés investigadas fueron: mortalidad, internaciones reiteradas y tratamientos de revascularización del miocardio (Intervención Coronaria Percutánea – ICP y Cirugía de Revascularización del Miocardio – CRVM). El delineamiento utilizado fue observacional, tipo cohorte. La muestra fue compuesta por pacientes que habían ingresado en el transcurso del primer episodio de un SCA, entre mayo de 2006 y julio de 2009, en un hospital de clínicas. Los datos fueron recolectados en 2011 consultando los prontuarios de los participantes y el sistema electrónico de horarios del hospital, valiéndose de un instrumento elaborado por la investigadora. Los datos fueron analizados utilizando pruebas de asociación Chi-cuadrado y Test Exacto de Fisher y la distribución t de Student para muestras independientes. El nivel de significancia adoptado fue de 0,05. La tasa de mortalidad fue calculada dividiendo el número de óbitos ocurridos durante dos años de acompañamiento por la sumatoria del tiempo total de observación del estudio. Participaron de la investigación 234 pacientes, siendo 140 (59,8%) diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y 94 (40,2%) con Angina Inestable (AI). La edad promedio fue de 58 años (D.P.=12,2 años), con predominio de individuos del sexo masculino (69,2%). Durante la internación inicial no hubo asociación entre la presencia de complicaciones y la manifestación clínica de la SCA; los pacientes con AI tuvieron un promedio de tiempo de permanencia hospitalaria mayor que los de IAM (12,5 y 10 días, respectivamente), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Fueron efectuadas más ICPs en los pacientes con IAM, mientras que las CRVMs fueron realizadas en pacientes con AI, siendo la asociación entre esas variables estadísticamente significativa. A lo largo del acompañamiento durante dos años después del alta de la internación inicial, el 71,4% de los pacientes fue sometido a, por lo menos, un procedimiento de revascularización del miocardio; el 27,4% necesitó de otras hospitalizaciones, siendo que el 71% tuvo una nueva internación y el 6,5% volvió a internarse cinco veces. En la primera re-internación la causa que prevaleció fue la ICP programada y en las internaciones posteriores, la angina. La tasa de mortalidad hospitalaria fue del 3%, acaeciendo 13 óbitos durante todo el seguimiento del estudio, sin diferencia estadística entre las manifestaciones del SCA. La tasa de mortalidad general del estudio fue de 35,75/1000 personas por año. Los resultados ampliaron nuestros conocimientos sobre cómo es el perfil de este grupo de pacientes atendidos en el transcurso del primer episodio del SCA en un hospital de clínicas de nivel terciario y como transcurre la evolución clínica durante la internación y a largo plazo.

Palabras claves: Enfermedad de las Coronarias. Síndrome Coronario Agudo. Evolución Clínica. Mortalidad. Angioplastia.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização sociodemográfica dos 234 sujeitos na internação inicial, quanto à idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, procedência e trabalho remunerado, segundo a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	27
Tabela 2-	Resultados do teste de associação entre as variáveis faixa etária, sexo e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	28
Tabela 3-	Caracterização clínica dos participantes durante a internação inicial, segundo a presença de comorbidades e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	29
Tabela 4-	Comparação do tempo médio da internação inicial, segundo a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	30
Tabela 5-	Resultados do teste de associação entre as variáveis presença de complicações durante a primeira internação e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	30
Tabela 6-	Resultado do teste de associação entre as variáveis desfecho na alta da primeira internação e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009.....	31
Tabela 7-	Resultados do teste de associação entre as variáveis necessidade de novas internações ao longo dos dois primeiros anos e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011	32
Tabela 8-	Distribuição dos 62 participantes que necessitaram de reinternações ao longo de até dois anos após a internação inicial, segundo o número de hospitalizações e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011.....	33

Tabela 9-	Caracterização clínica dos participantes durante o seguimento de até dois anos do estudo, segundo a necessidade de outras internações e motivos das hospitalizações. Ribeirão Preto, 2006 – 2011.....	34
Tabela 10-	Caracterização dos participantes ao final do acompanhamento de até dois anos desde a internação inicial, segundo o tipo de desfecho e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011	36
Tabela 11-	Comparação dos tempos médios para realização de procedimentos de revascularização (Intervenção Coronariana Percutânea – ICP e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio – CRVM), segundo a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011	38
Tabela 12-	Distribuição dos participantes desde a internação inicial até dois anos de acompanhamento no estudo, segundo a realização de procedimentos de revascularização do miocárdio (Intervenção Coronariana Percutânea – ICP e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio – CRVM) e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011.....	39
Tabela 13-	Resultados do teste de associação entre as variáveis tipo de procedimento de revascularização realizado durante a internação inicial e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009	41
Tabela 14-	Distribuição dos 13 participantes que faleceram ao longo dos dois anos, segundo o tempo de acompanhamento no estudo. Ribeirão Preto, 2006 – 2011	42
Tabela 15-	Resultados do teste de associação entre as variáveis ocorrência do óbito, faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, 2006 – 2011	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
AVEH	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
CATE	Cateterismo cardíaco
CRVM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
DO	Declaração de Óbito
ENACT	<i>The European Network for Acute Coronary Treatment</i>
GRACE	<i>Global Registry of Acute Coronary Events</i>
HAS	Hipertensão Arterial
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
IAMSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
SCA	Síndrome Coronariana Aguda

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	12
1.1 – Apresentação e justificativa do estudo	12
1.2 – Revisão de literatura	14
1.2.1 – Síndrome Coronariana Aguda e os aspectos da fisiopatologia e do tratamento.....	14
1.2.2 – Síndrome Coronariana Aguda e a sua epidemiologia	16
2 – OBJETIVO GERAL	20
2.1 – Objetivos específicos	20
3 – MÉTODO	22
3.1 – Delineamento do estudo	22
3.2 – Local e amostra.....	22
3.3 – Procedimentos éticos	22
3.4 – Coleta de dados.....	22
3.5 – Processamento e Análise dos dados	24
4 – RESULTADOS	26
4.1 – Resultados da caracterização dos pacientes durante a internação inicial segundo o tempo de internação, presença de complicações e desfecho na alta hospitalar	29
4.2 – Resultados da caracterização dos pacientes após a alta e ao longo de até dois anos de acompanhamento segundo a necessidade de reinternações, seguimento ambulatorial, transferências para outros serviços e desfecho ao término do estudo.....	32
4.3 – Resultados da caracterização dos pacientes segundo a realização de procedimentos de revascularização do miocárdio durante a primeira hospitalização e ao longo de até dois anos de acompanhamento	36
4.4 – Resultados da caracterização dos 13 pacientes que faleceram ao longo do período do estudo	41
5 - DISCUSSÃO	44
6 - CONCLUSÃO	55
6.1 - Limitações do estudo e Considerações finais.....	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE	69
ANEXO	73

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Apresentação e justificativa do estudo

Estudo realizado por Dessotte (2010) avaliou 253 pacientes quanto à depressão e estado de saúde percebido após o primeiro episódio de uma Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Os pacientes foram entrevistados durante a hospitalização (estipulado o período mínimo de 48 horas e máximo de sete dias) e, posteriormente, categorizados em dois grupos, segundo a manifestação clínica da SCA (angina ou infarto) informada no momento da entrevista. Eles foram comparados segundo as variáveis: presença de depressão (avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck), estado de saúde percebido (avaliado pelo *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey SF-36*) e presença de dor, dispnéia e limitação física. Os resultados obtidos demonstraram que os pacientes com angina instável (AI) apresentaram maior comprometimento em todos os domínios avaliados pelo SF-36, quando comparados com os pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Entretanto, nos domínios *Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental*, as diferenças não foram estatisticamente significantes. Concluiu-se que os pacientes que deram entrada nos serviços de saúde com o diagnóstico de AI chegaram com um maior comprometimento de saúde física e emocional, quando comparados com os pacientes infartados. Outra conclusão foi que pacientes internados com AI reportaram a presença de depressão com maior frequência quando comparados aos pacientes que sofreram IAM (DESSOTTE, 2010).

Trabalhos que avaliam o estado de saúde percebido pelo indivíduo como o realizado por Dessotte (2010), entre eles podemos citar os estudos de Failde e Soto (2006), Ford et al. (2008), Kiessling e Henriksoon (2007), Nogueira et al. (2008), Soto e Failde (2004), Souza et al. (2008), Stafford et al. (2007), Ulvik et al. (2008), Veenstra et al. (2004) e Xie et al. (2008), são absolutamente bem-vindos. Segundo a Medicina Baseada em Evidências existe a necessidade de que trabalhos de pesquisa clínica enfoquem desfechos clínicos vinculados à vida do paciente, em detrimento dos desfechos ditos intermediários, como os do tipo marcadores biológicos, que avaliam aspectos do sistema imune, do metabolismo ou imagens de tecidos e órgãos (NOBRE, 2006).

Por outro lado, avaliações tradicionais que utilizam taxas de mortalidade continuam sendo a variável mais importante da vigilância epidemiológica, servindo de medida para

facilitar a definição de políticas públicas a curto e a longo prazo, além de ser um importante indicador da assistência hospitalar. Somada à mortalidade, a frequência de novas internações também é um dado que deve ser considerado, pois pode ser útil para indicar a qualidade do atendimento anterior, o acompanhamento ambulatorial, a adesão ao tratamento e a própria evolução da doença.

O foco da atenção no período imediatamente seguinte a um ataque cardíaco é geralmente o funcionamento físico, mas, após a alta hospitalar e a longo prazo, a saúde geral, a vitalidade, a função social e o estado emocional são muito importantes (BROWN et al., 1999). Nesse sentido, realizar o acompanhamento do paciente, analisando sua evolução clínica, mortalidade e necessidade de nova internação é de grande importância, não só para a enfermagem, mas para todos os profissionais de saúde que cuidam desse indivíduo.

Acreditamos que o acompanhamento do paciente cardiopata após o evento hospitalar seja essencial no tratamento de pacientes crônicos ou daqueles com instabilidade da doença. Tal seguimento visa conhecer as alterações clínicas do estado de saúde a fim de analisar as intervenções e prever as necessidades de cuidado. Neste sentido, o seguimento de pacientes com SCA é fundamental. Estudos que acompanharam a evolução desses pacientes após a alta hospitalar já vêm sendo realizados há algum tempo (BECK et al., 2001; FAILDE; SOTO, 2006; GARAVALLIA et al., 2007; HUEB et al., 2004; KIEBZAK et al., 2002; KIESSLING; HENRIKSOON, 2007; MADDOXX et al., 2007; MELO; FERREIRA, 2007; NORRIS et al., 2004; SJOLAND et al., 1999; SOUZA et al., 2008; VEENSTRA et al., 2004; XIE et al., 2008). No entanto, a temática continua sendo atual, pois a doença coronariana permanece como a principal causa de morte e incapacidade no mundo moderno, inclusive no Brasil (BRASIL, 2005a), podendo afetar todos os aspectos da vida do indivíduo e da percepção de bem-estar geral, o que é de grande relevância para os pacientes e para a sociedade (DANTAS; CIOL, 2008; FAVARATO et al., 2007; GALLANI et al., 2003;).

Diante do exposto, o presente estudo teve como proposta analisar a evolução clínica de pacientes que foram internados pela primeira vez com diagnóstico de SCA, entre maio de 2006 e julho de 2009, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e que foram inicialmente investigados e analisados por Dessotte (2010). O período estipulado para o acompanhamento foi o de dois anos após essa hospitalização, considerando as seguintes variáveis: mortalidade, reinternações e tratamentos de revascularização do miocárdio (Intervenção Coronária Percutânea – ICP e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio – CRVM).

1.2 – Revisão de literatura

1.2.1 – Síndrome Coronariana Aguda e os aspectos da fisiopatologia e do tratamento

O termo SCA é empregado nas situações em que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia aguda, produzida por desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como causa principal a instabilização de uma placa aterosclerótica (BRASIL, 2011). Não é considerada uma doença específica, mas sim uma síndrome, semelhante à hipertensão arterial (ANDERSON et al., 2007).

A causa mais comum do evento isquêmico é a ruptura ou ulceração da placa ateromatosa. As placas mais vulneráveis são aquelas que apresentam intensas atividades inflamatória e proteolítica, núcleo rico em lipídeos e fina capa fibrosa, rica em colágeno (MANENTI, 2004; SPOSITO et al., 2007). A isquemia também pode ser causada, em menor frequência, e não mutuamente exclusivas, por vasoespasmos arteriais (localizados ou difusos), trombose aguda, aterosclerose progressiva e dissecação de artéria coronária (ANDERSON et al., 2007; BASSAN; BASSAN, 2006).

Após a lesão aterosclerótica, a exposição do conteúdo no meio intravascular desencadeia reações inflamatórias, incluindo ativação e agregação plaquetária e produção de trombina, que resultam na formação de trombo (MANENTI, 2004). O trombo, conseqüentemente, acarreta uma redução ou cessação abrupta do fluxo sanguíneo coronário. De acordo com o grau de oclusão definem-se as apresentações clínicas da SCA, que abrangem o IAM (com e sem supradesnivelamento do segmento ST) e AI (ANDERSON et al., 2007).

Se o trombo interromper totalmente a perfusão arterial, identificam-se como alterações do eletrocardiograma o supradesnivelamento do segmento ST e, posteriormente, o aparecimento de nova onda Q. Esses achados são característicos de IAM, mas ocorrem em apenas 50% dos pacientes infartados, sendo importante viabilizar outras evidências de isquemia para confirmação do diagnóstico (MANENTI, 2004; PIEGAS et al., 2004).

Se não houver uma oclusão, mas sim uma redução do fluxo sanguíneo, o miocárdio permanece recebendo algum suprimento, causando manifestações de isquemia sem desnívelamento do segmento ST, que compreende a AI e o IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (MANENTI, 2004). Ambas as manifestações são estritamente relacionadas e possuem patogênese, apresentações clínicas e alterações eletrocardiográficas semelhantes.

Entretanto, são diferenciadas principalmente na intensidade da isquemia provocada, ou seja, se houve dano suficiente ao miocárdio capaz de liberar quantidades detectáveis de marcadores de lesão. A elevação de biomarcadores séricos de necrose após algumas horas do início dos sintomas indica o diagnóstico de IAM com depressão do segmento ST, enquanto a ausência deles caracteriza a AI (ANDERSON et al., 2007; BRASIL, 2011).

Assim, o espectro da SCA compartilha mecanismos fisiopatológicos comuns. No entanto, a evolução da patogenia envolve processos sucessivos e progressivos de isquemia, lesão e necrose, que provocam desde distúrbios hidroeletrólíticos até danos irreversíveis ao miocárdio. É por isso que o manejo da doença consiste no rápido diagnóstico e intervenção precoce, com reperfusão e manutenção do fluxo coronário (PESARO; SERRANO Jr.; NICOLAU, 2004).

O diagnóstico da SCA é feito baseando-se no quadro clínico do paciente, achados eletrocardiográficos e elevação de marcadores bioquímicos/ biomarcadores de necrose, mais rotineiramente investigadas as enzimas mioglobina, troponina (T e I) e creatininoquinase (CK e CKMB). A mioglobina é o marcador mais precoce, porém é pouco específico e pode fornecer resultados falso-positivos. A troponina é considerada o marcador bioquímico mais sensível de injúria miocárdica. A enzima CK também está presente no músculo não cardíaco, não tendo grande valor diagnóstico; a isoenzima CKMB é mais específica para confirmação da necrose miocárdica, e sua coleta deve ser seriada (MANENTI, 2004; PESARO; SERRANO Jr.; NICOLAU, 2004).

A principal manifestação clínica da SCA é a dor torácica, normalmente desencadeada por esforço físico e estresse, podendo ocorrer em repouso, acompanhada por outros sintomas associados (dispneia, sudorese, náuseas e vômitos). A dor clássica geralmente é prolongada (> 20 minutos), intensa, parcialmente aliviada com repouso e nitratos sublinguais, de localização precordial com irradiação para membro superior esquerdo, pescoço ou região mandibular. A apresentação clínica pode ser atípica, manifestando-se como dor em queimação ou sensação de plenitude gástrica, mais comum em idosos, diabéticos e mulheres (MANENTI, 2004; PIEGAS et al., 2004).

Com relação às diferentes abordagens terapêuticas para a revascularização do miocárdio, existem algumas alternativas como o tratamento medicamento, a ICP e a CRVM. As condições clínicas do paciente, como o grau de obstrução arterial e o estado das artérias coronarianas e do músculo cardíaco, devem nortear a escolha pelo tratamento (FAVARATO, 2004).

A trombólise química é o meio farmacológico de reperfusão da artéria coronária que se utiliza de fibrinolíticos para lisar a fibrina do trombo responsável pela oclusão do fluxo sanguíneo. Está indicada somente para pacientes com IAM com supradesnivelamento do segmento ST, sendo sua eficácia maior quanto menor for o tempo entre o início dos sintomas e sua infusão, não ultrapassando o tempo máximo de 12 horas, e respeitando as contra-indicações relativas e absolutas (BASSAN; BASSAN, 2006).

A ICP ou angioplastia coronária é um método invasivo e mecânico que utiliza cateter-balão ou implante de *stent* intracoronário para desobstrução da artéria comprometida. Vem sendo cada vez mais utilizada no tratamento da SCA, apresentando índices progressivos de sucesso no procedimento, melhora no estado de saúde do paciente e redução da morbimortalidade (SOUZA et al., 1998; WEINTRAUB et al., 2008).

A CRVM tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir os sintomas anginosos, restabelecer a capacidade física e aumentar a sobrevida, principalmente nos pacientes que apresentam maior risco, sendo indicada para casos selecionados que não respondem ao tratamento clínico ou outras técnicas intervencionistas e que possuam anatomia coronária favorável (BRASIL, 2011; SOUZA; GOMEZ, 2008). Estudo de referência internacional apontou vantagens na realização da cirurgia na prevenção de angina refratária e necessidade de reintervenção em relação à ICP e tratamento medicamentoso (HUEB et al., 2004).

O principal objetivo das técnicas de revascularização do miocárdio é recanalizar o sistema coronário e manter fluxo sanguíneo, interrompendo a progressão da necrose e, assim, salvando áreas do miocárdio agudamente isquêmico (BASSAN; BASSAN, 2006).

O maior conhecimento dos processos fisiopatológicos da SCA nos últimos anos permitiu o desenvolvimento e melhor definição de estratégias de tratamento clínico e invasivo, melhorando o prognóstico a curto e a longo prazo e a qualidade de vida dos pacientes.

1.2.2 – Síndrome Coronariana Aguda e a sua epidemiologia

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morbimortalidade no mundo. Foram responsáveis por quase 30% de todos os óbitos em 2004, atingindo quase 32% das mortes entre as mulheres e 27% entre os homens (WHO, 2008; 2009a).

As projeções da Organização Mundial da Saúde para as próximas décadas não são otimistas. Projeta-se a permanência das DCV como a principal causa de morte global, saltando de 17,1 milhões de mortes ocorridas em 2004 para 23,4 milhões em 2030 (WHO, 2008).

Em 2004, estimava-se que quase 81 milhões de americanos adultos apresentassem uma ou mais DCV (ROSAMOND et al., 2008). Esse número vem crescendo, haja vista que, em 2008, somaram-se quase 83 milhões só nos Estados Unidos, com prevalência maior para o sexo masculino e faixas etárias maiores (ROGER et al., 2012). Além da incidência, a mortalidade no país também é significativa, pois a doença foi responsável por quase 33% de todas as mortes ocorridas em 2008, ou seja, uma em cada três mortes, ou ainda um óbito a cada 39 segundos (ROGER et al., 2012).

No Brasil, dados de 2004 estimavam prevalência baixa de 5% de DCV grave na população acima de 35 anos, provavelmente explicada pelo perfil etário jovem da nossa população, mas alertavam para o aumento acelerado nos próximos anos em razão do envelhecimento da população (AZAMBUJA et al., 2008). A taxa de mortalidade por DCV, no mesmo ano, foi de 284 por 100 mil habitantes, valor bem superior a de países anglo-saxônicos, europeus e latino-americanos, como Chile, Equador, Argentina, Guatemala e Uruguai (WHO, 2009b).

É preocupante também a manifestação da patologia em idades mais precoces. Nos Estados Unidos, cerca de 150.000 óbitos ocorridos em 2008 por DCV tinham menos de 65 anos de idade e um terço ocorreu antes da idade de 75 anos, que é bem abaixo da expectativa de vida do país (77,9 anos) (ROGER et al., 2012). No Brasil, dados de 2002 demonstram que 39% dos óbitos masculinos e 28,4% dos femininos por DCV ocorreram antes dos 65 anos (BRASIL, 2005b).

As cardiopatias isquêmicas, principalmente as Síndromes Coronarianas Agudas, têm papel de destaque dentre as DCVs.

As doenças isquêmicas do coração encontram-se no topo da lista das causas de morte global, responsáveis isoladamente por 12,2% de todos os óbitos. Em países desenvolvidos, ocupam a primeira posição e são a segunda causa de morte nos países de média e baixa renda (WHO, 2008).

No Brasil, o panorama de mortalidade das doenças isquêmicas apresenta-se incerto. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2008), entre 1990 e 2004, houve aumento ou estabilidade nas taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração para ambos os sexos em todo o território, com exceção da região Sudeste. No entanto, dados do Ministério

da Saúde (BRASIL, 2005b) demonstram, no geral, tendência de queda da mortalidade pela doença, de 1980 a 2003, para ambos os sexos e todas as faixas etárias, exceto para mulheres de 30 a 50 anos. Observam-se discrepâncias de realidades entre as regiões, com aumento da mortalidade nos estados menos desenvolvidos e redução nas regiões mais desenvolvidas (BRASIL, 2005b; SOUZA et al., 2001).

A morbidade das cardiopatias isquêmicas também representa uma grande sobrecarga para os recursos da saúde do país. Os gastos com internações por causa da doença, pelo SUS, com destaque para as SCA, correspondem a 3,2% do gasto total de internações e superam a média de outras doenças. Somente com internações por AI e IAM o gasto público superou os 50 milhões de reais em 1997 (LAURENTI; BUCHALLA; CARATIN, 2000). Um estudo estimou para o ano de 2011 cerca de 200 mil eventos associados à SCA a um custo de quase R\$ 4 bilhões. A pesquisa avaliou somente custos hospitalares e custos indiretos, associados à perda de produtividade, não considerando os custos de acompanhamento ambulatorial após eventos coronarianos, referentes ao tratamento farmacológico, exames e consultas médicas, indicando valores ainda mais relevantes para o sistema de saúde brasileiro (TEICH, ARAUJO, 2011).

Um estudo de referência na Europa sobre SCA mostrou que a AI é mais comum que o IAM como causa de admissão hospitalar, na frequência relativa de 1,2:1. Os autores sugerem que a maior proporção de AI pode ser reflexo do sucesso de intervenções, tais como educação do paciente e manejo dos fatores de risco coronarianos na redução da incidência do IAM (FOX et al., 2000).

Estima-se em 300 a 400 mil internações por IAM somente pelo SUS, e que a cada cinco a sete casos ocorra um óbito (PIEGAS et al., 2004). Desde 1950, a mortalidade hospitalar por IAM vem apresentando queda, mas dados do DATASUS ainda mostram taxa de 15%, índice este considerado elevado se comparado à taxa de 3,6% de estados norte-americanos em 2000 (BRASIL, 2011).

Em 2009, foram documentados 76.481 óbitos associados à SCA no Brasil. Essa estimativa considerou somente os óbitos por AI e IAM, correspondendo a 7% do total de óbitos, e representando 24% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório (TEICH, ARAUJO, 2011).

Os índices decrescentes de mortalidade registrados nos últimos anos estão vinculados à introdução de novas modalidades terapêuticas na área da saúde, que resultaram na redução da morbidade e permitiram maior sobrevida aos pacientes coronariopatas, com destaque para as terapias de reperfusão e desenvolvimento de novos fármacos.

Apesar dos significativos avanços, a SCA ainda representa uma das questões de saúde pública mais relevante da atualidade.

2 – OBJETIVO GERAL

Avaliar a evolução clínica dos pacientes durante a primeira internação decorrente da Síndrome Coronariana Aguda, no HCFMRP-USP, e nos primeiros dois anos após a hospitalização.

2.1 – Objetivos específicos

2.1.1 - Caracterizar clinicamente os pacientes durante a primeira internação quanto à presença de comorbidades, tempo de internação, presença de complicações e desfecho na alta hospitalar, segundo a manifestação clínica da SCA.

2.1.2 - Explorar a associação entre presença de complicações durante a primeira internação e a manifestação clínica da SCA.

2.1.3 - Estimar a proporção de pacientes que necessitaram de outra hospitalização, número de reinternações e suas causas nos dois primeiros anos após a primeira internação decorrente da SCA, segundo a manifestação clínica da síndrome.

2.1.4 - Explorar a associação entre necessidade de novas hospitalizações e a manifestação clínica da SCA.

2.1.5 - Estimar a proporção de pacientes que foram submetidos aos diferentes tipos de procedimentos de revascularização do miocárdio (Intervenção Coronária Percutânea e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio), segundo a manifestação clínica da SCA durante a primeira internação e nos dois primeiros anos após a hospitalização.

2.1.6 - Comparar os tempos para realização dos procedimentos de revascularização considerando a manifestação clínica da SCA durante a internação inicial e após a alta hospitalar.

2.1.7 - Explorar a associação entre o tipo de procedimento de revascularização e a manifestação clínica da SCA.

2.1.8 - Estimar a taxa de mortalidade da primeira internação e até os dois primeiros anos de acompanhamento no grupo total e segundo a manifestação clínica da SCA.

2.1.9 - Explorar a associação entre a ocorrência do óbito, sexo e idade dos pacientes e realização de procedimentos de revascularização.

3 – MÉTODO

3.1 – Delineamento do estudo

Estudo observacional, tipo coorte. Os estudos de coorte se caracterizam quando um grupo de sujeitos é seguido ao longo do tempo, mas os dados de interesse foram coletados/observados no passado (CUMMINGS; NEWMAN; HULLEY; 2008).

3.2 – Local e amostra

A amostra foi composta pelos 234 pacientes que foram internados em decorrência do primeiro episódio de uma SCA, entre maio de 2006 e julho de 2009, no HCFMRP-USP, e que fizeram parte do estudo de Dessotte (2010). Foram excluídos os pacientes internados na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto em razão da falta de continuidade do acompanhamento clínico desses indivíduos naquela instituição hospitalar. Um paciente atendido no HCFMRP-USP também foi excluído por mudança no diagnóstico de SCA para Síndrome de Takotsubo.

3.3 – Procedimentos éticos

A investigação teve início após aprovação do projeto pela instituição envolvida e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Processo nº 6351/2010) (ANEXO).

3.4 – Coleta de dados

Os dados foram coletados mediante consultas aos prontuários dos 234 participantes e ao sistema eletrônico de agendamento do hospital, entre fevereiro e agosto de 2011. O uso de prontuários para coleta de dados em pesquisa é uma importante fonte de dados para pesquisadores

da área da saúde. Esse tipo de coleta de dados costuma ter como um dos aspectos positivos o menor gasto de tempo e de recursos humanos. Entretanto, o pesquisador precisa estar ciente da existência de possíveis erros quando decide usar esse recurso. Esses erros podem ser provenientes do preenchimento dos prontuários por diferentes pessoas, sem ter como foco os objetivos da investigação, o que pode ser responsável por um número expressivo de dados perdidos, com comprometimento da validade do estudo (POLIT; BECK, 2010).

Um instrumento para coleta dos dados clínicos foi elaborado visando atender aos objetivos do estudo. Posteriormente, foi realizado pré-teste do instrumento na análise de 20 prontuários, sorteados dos 234 pacientes. Durante o preenchimento dos instrumentos com as informações contidas nesses prontuários, constatamos a necessidade de inclusão de outros itens, tais como data da realização dos procedimentos de revascularização do miocárdio. Também foi preciso adequar os itens referentes às reinternações, desfecho da alta e desfecho nos dois primeiros anos após a internação. A versão final do instrumento de coleta encontra-se no Apêndice.

Os dados sociodemográficos usados no presente estudo foram aqueles coletados e analisados por Dessotte (2010). Os dados relativos à presença de comorbidades prévias à primeira internação constituíram os de interesse para a área cardiovascular e também foram referentes ao estudo de Dessotte (2010). Os demais dados clínicos foram atualizados e abordaram todo o período da primeira hospitalização. Isso foi necessário, uma vez que, no estudo de Dessotte (2010), a autora coletou os dados clínicos em períodos que variaram de 48 horas até sete dias de internação e não até a alta. A ampliação do período de coleta de dados permitiu que novos dados fossem inseridos nos prontuários ou mesmo a ocorrência de alterações no diagnóstico inicial.

Assim, na versão final do instrumento, foram incluídos os seguintes dados referentes à primeira internação por SCA: *tempo de internação (calculado em dias, da data da internação à data da alta hospitalar); presença de complicações durante a internação (sim/não); mudança na manifestação clínica da SCA após entrevista inicial por Dessotte, de angina para infarto (sim/não); procedimentos submetidos (implante de marcapasso, trombólise química, ICP e CRVM); e desfecho da alta (óbito durante a internação ou alta com seguimento ambulatorial – na cardiologia e em outros ambulatórios do HCFMRP-USP ou transferência para outro serviço de saúde).*

Dessa forma, definimos o diagnóstico da manifestação clínica da SCA (AI ou IAM) de acordo com a anotação do prontuário no momento da alta hospitalar da primeira internação e não naquele informado no estudo anterior. Portanto, dez diagnósticos apresentados pelo estudo de Dessotte (2010) foram alterados, nove de AI para IAM e um de IAM para AI.

Foram consideradas complicações durante a hospitalização os eventos que afetaram o quadro clínico dos pacientes, exigiram alguma conduta médica ou contribuíram para aumentar o tempo de hospitalização, como as arritmias cardíacas, complicações vasculares e infecções nosocomiais.

Para o acompanhamento dos pacientes no período de até dois anos após a primeira internação, foram coletados os seguintes dados: *números de retornos ambulatoriais (calculados em números inteiros); procedimentos submetidos após a alta hospitalar (implante de marcapasso, trombólise química, ICP e CRVM); internações posteriores no HCFMRP-USP (sim/não); e desfecho dois anos após a internação inicial (em quatro categorias: seguimento ambulatorial no HCFMRP-USP, óbito, transferência para outro serviço e abandono/interrupção do seguimento/sem informações no prontuário)*. Posteriormente, a variável sobre o desfecho no fim do tempo de seguimento estipulado para o estudo foi modificada de quatro categorias para três: *acompanhados por dois anos, óbito antes de completar dois anos e censurado antes de completar dois anos (categoria que agrupou aqueles pacientes que foram transferidos para outro serviço, que interromperam o seguimento no HCFMRP-USP não retornando às consultas agendadas e que não dispunham de informações em seus prontuários sobre sua evolução clínica após a alta ou ao longo dos dois anos)*.

Cabe ressaltar que as informações registradas nos prontuários foram consideradas sem que houvesse alterações dos pesquisadores nas informações contidas nos documentos.

As informações sobre óbitos originaram-se dos prontuários e das declarações de óbitos (DO). A causa básica de óbito foi obtida pela combinação das informações declaradas nas DOs nos itens “doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte” e “estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica”. As causas dos óbitos foram classificadas em dois grupos: morte diretamente relacionada à DAC e morte não relacionada diretamente à DAC.

3.5 – Processamento e Análise dos dados

Os dados foram descritivamente analisados no programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

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

O teste de associação χ^2 foi usado para verificar possíveis associações entre a manifestação clínica da SCA (AI ou IAM) com as variáveis sexo e idade; presença de complicações durante a primeira internação; necessidade de reinternações; e tipo de procedimento de revascularização.

O Teste t de *Student* foi usado para comparar as médias das variáveis tempo de duração da primeira internação; e tempo para realização de procedimentos de revascularização, considerando a manifestação clínica da SCA.

O Teste Exato de Fisher foi usado para analisar a possível relação entre a manifestação da SCA e o desfecho da primeira internação e a associação entre a ocorrência de óbito, sexo e faixa etária.

O nível de significância adotado para os testes foi de 0,05.

A taxa de mortalidade foi calculada dividindo o número de óbitos ocorridos até dois anos de seguimento pela somatória do tempo total de observação do estudo. O valor obtido foi, então, multiplicado por 365,25 dias e, posteriormente, por 1.000.

4 – RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 234 pacientes. De acordo com a anotação do prontuário no momento da alta hospitalar da primeira internação, 140 (59,8%) pacientes tiveram como manifestação clínica da SCA o IAM, e 94 (40,2%) foram diagnosticados com AI.

A descrição sociodemográfica dos participantes do estudo está apresentada na Tabela 1. Considerando o grupo total, a idade média na primeira internação foi de 58 anos (D.P.=12,2 anos), com predomínio de indivíduos do sexo masculino (69,2%), de baixa escolaridade (média de anos de estudo de 5,3), casados (70,5%), que desempenhavam atividades remuneradas quando tiveram a manifestação da SCA (59,0%) e procedentes de outras cidades do estado de São Paulo (67,1%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 234 sujeitos na internação inicial, quanto à idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, procedência e trabalho remunerado, segundo a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009

Variável	Amostra total (n=234)	IAM (n=140)	AI (n=94)
Idade			
Média (D.P.)	58,0 (12,2)	56,4 (12,7)	60,5 (10,9)
Mediana (Min. – Max.)	58,6 (25,4 – 82,2)	58,2 (25,4 – 79,4)	60,8 (25,4 – 82,2)
Até 59 anos	55,6% (130)	59,3% (83)	50,0% (47)
60 anos ou mais	44,4% (104)	40,7% (57)	50,0% (47)
Sexo			
Masculino	69,2% (162)	75,7% (106)	59,6% (56)
Feminino	30,8% (72)	24,3% (34)	40,4% (38)
Escolaridade (anos)			
Média (D.P.)	5,3 (4,2)	5,4 (4,1)	5,0 (4,2)
Mediana (Min. – Max.)	4,0 (0 – 23)	4,0 (0 – 23)	4,0 (0 – 21)
Situação conjugal % (n)			
Casado	70,5% (165)	69,3% (97)	72,3% (68)
Separado/divorciado	10,7% (25)	12,1% (17)	8,5% (8)
Viúvo	9,8% (23)	7,9% (11)	12,8% (12)
Solteiro	9,0% (21)	10,7% (15)	6,4% (6)
Trabalho remunerado % (n)			
Sim	59,0% (138)	64,3% (90)	51,1% (48)
Não	41,0% (96)	35,7% (50)	48,9% (46)
Procedência % (n)			
Outras cidades de SP	67,1% (157)	65,7% (92)	69,1% (65)
Ribeirão Preto	29,1% (68)	32,1% (45)	24,5% (23)
Cidades de outros Estados	3,8% (9)	2,1% (3)	6,4% (6)

Comparamos os pacientes considerando a manifestação clínica da SCA (IAM e AI) segundo as variáveis sexo e idade, as quais são importantes fatores tanto para a determinação

da doença coronariana quanto para o seu prognóstico. Quanto à idade, observamos que no grupo com IAM havia maior porcentagem de pacientes com até 59 anos (59,3%) do que no grupo com AI (50,0%), não sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,16$). No grupo com IAM, houve predomínio de pacientes do sexo masculino (75,7%) quando comparado ao grupo com AI (59,6%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados do teste de associação entre as variáveis faixa etária, sexo e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009

Variável	IAM	AI	p valor*
	% (n)	% (n)	
Faixa etária			0,16
Até 59 anos	59,3 (83)	50,0 (47)	
60 anos ou mais	40,7 (57)	50,0 (47)	
Sexo			0,009
Masculino	75,7 (106)	59,6 (56)	
Feminino	24,3 (34)	40,4 (38)	

*Teste de Qui-quadrado

Para a caracterização dos participantes durante o período da primeira hospitalização, identificamos as comorbidades cardiovasculares prévias relatadas nos prontuários, já descritas anteriormente no estudo de DESSOTTE (2010) e observamos que, no geral, as mais prevalentes foram: hipertensão arterial (70,1%), sobrepeso/obesidade (61,1%), dislipidemia (41,5%) e diabetes mellitus (34,1%). Houve maiores frequências de HAS (80,9%), dislipidemias (52,1%) e DM (43,6%) entre os pacientes com AI quando comparadas com as frequências observadas entre os infartados, respectivamente, 62,9% 34,3% e 28,6% (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização clínica dos participantes durante a internação inicial, segundo a presença de comorbidades e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009

Variável	Amostra total	IAM	AI
	(n=234)	(n=140)	(n=94)
	% (n)	% (n)	% (n)
Presença de comorbidades			
Hipertensão arterial	70,1 (164)	62,9 (88)	80,9 (76)
Sobrepeso/Obesidade	61,1 (143)	61,5 (86)	60,6 (57)
Dislipidemia	41,5 (97)	34,3 (48)	52,1 (49)
Diabetes Mellitus	34,1 (81)	28,6 (40)	43,6 (41)
Acidente Vascular Encefálico	4,3 (10)	3,6 (5)	5,3 (5)
Estenose de carótida	0,4 (1)	0,7 (1)	-

Visando facilitar a apresentação dos resultados obtidos, eles foram agrupados como apresentados a seguir.

4.1 – Resultados da caracterização dos pacientes durante a internação inicial segundo o tempo de internação, presença de complicações e desfecho na alta hospitalar

No geral, o tempo de duração da primeira hospitalização foi de onze dias (D.P.=11,2 dias), com variação de dois a setenta e um dias. Ao compararmos as médias do tempo de internação considerando os dois grupos, constatamos que ela foi maior no grupo com AI (M=12,5) do que no grupo com IAM (M=10,0). Esta diferença não foi estatisticamente significativa (p=0,12) (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação do tempo médio da internação inicial, segundo a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009

Tempo de internação (em dias)	Amostra total n=234	IAM n=140	AI n=94	p valor*
Média (D.P.)	11,0 (11,2)	10,0 (9,2)	12,5 (13,4)	0,12
Mediana (Min. – Max.)	8,0 (2 – 71)	7,0 (2 – 61)	8,0 (2 – 71)	

*Teste t de *Student*

Entre os participantes, 39 (16,7%) apresentaram algum tipo de complicação durante a primeira internação. Os infartados registraram um número maior de complicações na primeira internação por SCA (19,3%) que os pacientes com AI (12,8%), mas não houve associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0,19$). A presença de complicações segundo a manifestação clínica da SCA está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Resultados do teste de associação entre as variáveis presença de complicações durante a primeira internação e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009

Variável	IAM n = 140 % (n)	AI n = 94 % (n)	p valor*
Presença de complicações			0,19
Sim	19,3% (27)	12,8% (12)	
Não	80,7% (113)	87,2% (82)	

*Teste de Qui-quadrado

Com relação às complicações encontradas nos prontuários, constatamos: parada cardiorrespiratória revertida (21 eventos), arritmias cardíacas (12 eventos), complicações intraprocédimentos (ICP sem sucesso – 4; laceração arterial – 2) e pós-procédimentos invasivos (formação de pseudoaneurisma – 3; infecção em local da punção de cateter – 3; síndrome vasoplégica – 1; deiscência em ferida operatória – 1; infecção de sítio cirúrgico – 1;

amputação de membro por complicação vascular – 1; e hematoma intra-abdominal – 1), doenças infecciosas pulmonares (4), hemorragias (2), insuficiência renal com necessidade de hemodiálise (1), necessidade de balão intra-aórtico (1) e procedimento cirúrgico não relacionados à SCA (colecistectomia – 1). Cabe ressaltar que algumas complicações afetaram mais de um paciente e houve a ocorrência de eventos mais de uma vez no mesmo paciente, como a parada cardiorrespiratória.

Do total de 234 pacientes, durante a primeira internação, os dispositivos marcapasso ou cardiodesfibrilador foram implantados em seis (2,6%) deles, sendo que, em quatro pacientes, o motivo foi diagnóstico de bloqueio atrioventricular total, um por síncope e outro por taquicardia ventricular sustentada espontânea. Quanto ao tipo, quatro eram marcapassos provisórios, um definitivo e o outro era cardiodesfibrilador implantável.

Com relação ao desfecho na primeira internação, verificamos que, dos 234 sujeitos, sete (3%) foram a óbito, um paciente foi encaminhado para seguimento ambulatorial em sua cidade de origem no Rio Grande do Sul, enquanto a grande maioria continuou seguimento em serviços ambulatoriais no HCFMRP-USP. Verificamos que não houve associação entre o desfecho da primeira internação e a apresentação clínica da SCA ($p=0,58$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Resultado do teste de associação entre as variáveis desfecho na alta da primeira internação e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009

Variável	Amostra total	IAM	AI	p valor*
	(n=234)	(n=140)	(n=94)	
	% (n)	% (n)	% (n)	
Agendamento para retorno em seguimento ambulatorial [#]	97,0 (227)	97,1 (136)	96,8 (91)	0,58
Óbito	3,0 (7)	2,9 (4)	3,2 (3)	

* Teste de Exato de Fisher [#]No HCFMRP-USP ou em outro serviço

4.2 – Resultados da caracterização dos pacientes após a alta e ao longo de até dois anos de acompanhamento segundo a necessidade de reinternações, seguimento ambulatorial, transferências para outros serviços e desfecho ao término do estudo

Com relação à necessidade de novas hospitalizações após a internação inicial, na amostra de 226 participantes acompanhados após a alta da primeira internação (excluídos sete pacientes que morreram na primeira internação e um paciente encaminhado para outro serviço), verificamos que 62 (27,4%) participantes necessitaram de outras hospitalizações. Ao analisarmos a necessidade de novas reinternações segundo a manifestação clínica da SCA, observamos que não houve associação entre essas variáveis ($p=0,99$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Resultados do teste de associação entre as variáveis necessidade de novas internações ao longo dos dois primeiros anos e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Variável	IAM n = 135 % (n)	AI n = 91 % (n)	p valor*
Reinternações			0,99
Sim	27,4% (37)	27,5% (25)	
Não	72,6% (98)	72,5% (66)	

*Teste de Qui-quadrado

A distribuição dos 62 pacientes que necessitaram de novas hospitalizações ao longo de até dois anos encontra-se na Tabela 8. A maioria dos sujeitos (71,0%) foi hospitalizada somente uma única vez nesse período, mas, para alguns indivíduos (6,5%), essa necessidade foi cinco vezes maior.

Tabela 8 – Distribuição dos 62 participantes que necessitaram de reinternações ao longo de até dois anos após a internação inicial, segundo o número de hospitalizações e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Variável	Amostra total	IAM	AI
	n=62	n=37	n=25
	% (n)	% (n)	% (n)
1 reinternação	71,0 (44)	64,9 (24)	80,0 (20)
2 reinternações	16,1 (10)	16,2 (6)	16,0 (4)
3 reinternações	4,8 (3)	8,1 (3)	-
4 reinternações	1,6 (1)	2,7 (1)	-
5 reinternações	6,5 (4)	8,1 (3)	4,0 (1)

n= 226: excluídos os óbitos da internação inicial (7 pacientes) e transferência para outro estado (1 paciente).

Os motivos das reinternações no HCFMRP-USP estão descritos na Tabela 9.

Tabela 9 – Caracterização clínica dos participantes durante o seguimento de até dois anos do estudo, segundo a necessidade de outras internações e motivos das hospitalizações. Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Motivo da internação	Primeira	Segunda	Terceira	Quarta	Quinta
	reinternação	reinternação	reinternação	reinternação	reinternação
	(n=62)	(n=18)	(n=8)	(n=5)	(n=4)
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
ICP programada	21,0 (13)	33,3 (6)	-	-	-
Angina	19,4 (12)	22,2 (4)	50,0 (4)	-	25,0 (1)
Outros	16,1 (10)	-	25,0 (2)	60,0 (3)	25,0 (1)
CRVM programada	8,1 (5)	-	-	-	-
Reestenose de stent	8,1 (5)	5,6 (1)	25,0 (2)	-	-
Precordialgia não anginosa	6,5 (4)	22,2 (4)	-	-	-
Infarto	4,8 (3)	-	-	20,0 (1)	-
ICC descompensada	3,2 (2)	5,6 (1)	-	20,0 (1)	50,0 (2)
Precordialgia	3,2 (2)	5,6 (1)	-	-	-
AVCH	3,2 (2)	-	-	-	-
Pericardite	1,6 (1)	-	-	-	-
Síncope	1,6 (1)	5,6 (1)	-	-	-
Pseudoaneurisma pós-CATE	1,6 (1)	-	-	-	-
Ajuste de coagulação sanguínea	1,6 (1)	-	-	-	-

Sessenta e dois sujeitos necessitaram de, pelo menos, uma nova reinternação, sendo que 18 (29%) reinternaram pelo menos duas vezes; oito (12,9%) precisaram de três ou mais internações; cinco (8,1%) pacientes necessitaram de quatro ou mais readmissões, e quatro (6,5%), de cinco reinternações (Tabela 9). As principais causas que levaram os pacientes ao primeiro retorno hospitalar foram o agendamento eletivo para procedimento de ICP (21%) e a angina (19,4%). Ao considerarmos todas as hospitalizações, a angina foi a principal causa para nova hospitalização ao longo do acompanhamento. Na categoria “outros” foram englobadas causas de reinternações não cardiovasculares, que foram as seguintes: hemorragia digestiva alta e baixa, diabetes *melittus* descompensado, pneumonia, derrame pleural, edema agudo de pulmão, surdez súbita, herniorrafia, hipercalcemia, hiperparatiroidismo, paratireoidectomia, hipertensão arterial, instabilidade cervical e distúrbios psiquiátricos.

Ao longo do seguimento após a primeira alta hospitalar, outros dois sujeitos (0,9%) necessitaram de marcapasso em decorrência de bradicardia e outro por síncope, sendo um dos marcapassos do tipo provisório.

Outro aspecto a ser ressaltado é que dos 226 pacientes, acompanhados após a alta da internação inicial, seis (2,6%) necessitaram de internação em outro hospital segundo informações contidas em seus prontuários. Dois deles referiram que procuraram atendimento médico por causa de dor precordial; os outros quatro não tiveram a causa relacionada diretamente à doença arterial coronariana.

Com relação ao desfecho das internações subsequentes ocorridas no HCFMRP-USP, constatamos que na primeira reinternação, dos 62 pacientes, a maioria recebeu alta e dois foram a óbito. Todos os pacientes que reinternaram duas, três e quatro vezes receberam alta hospitalar. Entre os quatro pacientes que tiveram cinco reinternações, três receberam alta hospitalar e um faleceu.

No fim de até dois anos de seguimento dos pacientes do estudo, constatamos que 139 (59,4%) continuavam em seguimento ambulatorial na Cardiologia ou em outra especialidade do HCFMRP-USP, 82 (35,0%) dos participantes possuíam desfecho desconhecido e 13 (5,6%) foram a óbito (Tabela 10).

Chamamos de dados censurados aqueles desfechos em que não foi possível coletar informações sobre o indivíduo. No nosso estudo, isso ocorreu por dois motivos: para 52 (22,2%) sujeitos, por causa da estabilidade clínica, eles foram encaminhados para outros serviços de saúde, principalmente para prevenção secundária de fatores de risco cardiovasculares em unidades básicas de saúde, e 30 (12,8%) não compareceram às consultas agendadas nos ambulatórios e perderam o seguimento. Esses eventos ocorreram antes de

completar dois anos da primeira internação e, por isso, o desfecho sobre a sobrevivência desses indivíduos foi considerado como desconhecido.

Tabela 10 – Caracterização dos participantes ao final do acompanhamento de até dois anos desde a internação inicial, segundo o tipo de desfecho e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Variável	Amostra total	IAM	AI
	(n=234)	(n=140)	(n=94)
	% (n)	% (n)	% (n)
Acompanhados no HCFMRP-USP	59,4 (139)	62,1 (87)	55,3 (52)
Óbito	5,6 (13)	5,0 (7)	6,4 (6)
Censurado*	35,0 (82)	32,9 (46)	38,3 (36)

*Censurado: desfecho desconhecido

Ao investigarmos o tempo médio de acompanhamento dos pacientes no estudo, considerando os desfechos “censurados” e “óbitos”, constatamos que, entre os pacientes com dados censurados, a média de acompanhamento foi de 365,9 dias (D.P.=209 dias; intervalo de um a 729) e no grupo que faleceu foi de 97,8 dias (D.P.=142 dias; intervalo de seis a 486).

4.3 – Resultados da caracterização dos pacientes segundo a realização de procedimentos de revascularização do miocárdio durante a primeira hospitalização e ao longo de até dois anos de acompanhamento

Com relação aos procedimentos de revascularização do miocárdio, apresentaremos os resultados referentes à trombólise química, realização de ICP e de CRVM. Com relação à trombólise química, conforme preconizado pelos critérios para a sua indicação, ela deve ser realizada em pacientes com IAM com supradesnívelamento do segmento ST. Isso ocorreu em 64 pacientes (44,3%), dentre os 140 com diagnóstico de IAM. Quanto à realização de ICP e CRVM, entre os 234 participantes, 167 (71,4%) foram submetidos a, pelo menos, um procedimento de revascularização ao longo de até dois anos de acompanhamento.

Durante a internação inicial, os resultados da realização desses procedimentos de revascularização do miocárdio mostraram que, dos 234 pacientes, 134 (57,3%) foram submetidos à ICP. Considerando a manifestação clínica da SCA, entre esses 134 pacientes, 89 estavam no grupo de IAM, correspondendo a 63,5% dos infartados e 45 tinham AI, equivalendo a 47,8% desse grupo. Com relação à CRVM, considerando o total de pacientes, apenas 25 (10,7%) foram revascularizados cirurgicamente. Desses 25 pacientes, 10 eram do grupo de IAM, correspondendo a 7,1% dos infartados e 15 tinham AI, ou seja, 16,0% desse grupo (Tabela 11).

Quanto ao tempo de realização dos procedimentos de revascularização na primeira internação, a ICP foi realizada em um tempo médio de 2,9 dias (D.P.=4,8 dias), com variação de zero a 29 dias (mediana = 0). Segundo a modalidade da SCA, o tempo médio para realização da ICP foi de três dias para os 89 pacientes infartados e de 2,5 dias para os 45 pacientes com AI. Ao compararmos os procedimentos de revascularização, verificamos que o tempo médio para a realização de CRVM foi maior do que para ICP, com média de 25,7 dias (D.P.=9,7 dias) e variação de 13 a 53 dias (mediana = 24). Entre os dez infartados que foram revascularizados cirurgicamente, o tempo médio foi de 28,3 dias, enquanto entre os 15 pacientes do grupo com AI, o tempo médio foi de 24 dias. Essas diferenças entre os tempos médios observados entre os grupos não se mostraram estatisticamente significantes para a ICP ($p=0,52$) e para a CRVM ($p=0,31$) (Tabela 11).

O tempo de realização dos procedimentos de revascularização após a alta da internação inicial foi em média de 182,2 (D.P.=181,7dias) para a ICP, com variação de sete a 588 dias (mediana = 144). Segundo a modalidade da SCA, o tempo médio para realização da ICP foi de 201 dias para os 15 pacientes infartados e de 154 dias para os 10 pacientes com AI que foram submetidos a essa intervenção. Quanto à realização da CRVM, o tempo médio foi de 106,4 dias (D.P.=141,6) e variação de 18 a 357 dias (mediana = 52). Entre os três infartados que foram revascularizados cirurgicamente, o tempo médio foi de 52,3 dias, enquanto para os dois pacientes do grupo com AI o tempo foi muito maior, com média de 187,5 dias. Assim como na internação inicial, as diferenças entre os tempos médios observados entre os grupos para os procedimentos de revascularização após a alta não se mostraram estatisticamente significantes para a ICP ($p=0,54$) e para a CRVM ($p=0,37$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Comparação dos tempos médios para realização de procedimentos de revascularização (Intervenção Coronariana Percutânea – ICP e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio – CRVM) durante a internação inicial e após a alta, segundo a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Variável	Amostra total	IAM	AI	p valor*
Durante internação inicial				
Tempo até ICP (dias)	n=134	n=89	n=45	0,52
Média (D.P.)	2,9 (4,8)	3,0 (5,1)	2,5 (4,1)	
Mediana (Min. – Max.)	0 (0 – 29)	0 (0 – 29)	0 (0 – 17)	
Tempo até CRVM (dias)	n=25	n=10	n=15	0,31
Média (D.P.)	25,7 (9,7)	28,3 (11,1)	24,0 (8,5)	
Mediana (Min. – Max.)	24,0 (13 – 53)	29,0 (13 – 53)	23,0 (13 – 43)	
Após a alta da internação inicial				
Tempo até ICP (dias)	n=25	n=15	n=10	0,54
Média (D.P.)	182,2 (181,7)	201 (187,9)	154 (178,0)	
Mediana (Min. – Max.)	144,0 (7 – 588)	144,0 (13 – 588)	100 (7 – 533)	
Tempo até CRVM (dias)	n=5	n=3	n=2	0,37
Média (D.P.)	106,4 (141,6)	52,3 (20,5)	187,5 (239,7)	
Mediana (Min. – Max.)	52,0 (18 – 357)	52 (32 – 73)	187,5 (18 – 357)	

*Teste t de *Student*

Observamos que alguns pacientes foram submetidos mais de uma vez ao mesmo procedimento de revascularização ao longo dos dois primeiros anos (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos participantes desde a internação inicial até dois anos de acompanhamento no estudo, segundo a realização de procedimentos de revascularização do miocárdio (Intervenção Coronariana Percutânea – ICP e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio – CRVM) e a apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda, Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Realização de procedimentos de revascularização do miocárdio	Amostra total (n=234) % (n)	IAM (n=140) % (n)	AI (n=94) % (n)
ICP			
Realizada			
Somente na internação inicial	45,7 (107)	51,4 (72)	37,2 (35)
Somente após a alta da internação inicial	0,9 (2)	0,7 (1)	1,1 (1)
Na internação inicial e após a alta	10,3 (24)	10,0 (14)	10,6 (10)
Na internação inicial, mas sem informações após a alta	1,3 (3)	2,1 (3)	-
Não realizada			
Na internação inicial e após a alta	37,6 (88)	32,1 (45)	45,7 (43)
Na internação inicial e com perda de informações após a alta	4,3 (10)	3,6 (5)	5,3 (5)
CRVM			
Realizada			
Somente na internação inicial	9,0 (21)	5,7 (8)	13,8 (13)
Somente após a alta da internação inicial	2,1 (5)	2,1 (3)	2,1 (2)
Na internação inicial e após a alta	-	-	-
Na internação inicial, mas sem informações após a alta	1,7 (4)	1,4 (2)	2,1 (2)
Não realizada			
Na internação inicial e após a alta	83,3 (195)	86,4 (121)	78,7 (74)
Na internação inicial e com perda de informações após a alta	3,8 (9)	4,3 (6)	3,2 (3)

Com relação à ICP, conforme demonstrado na Tabela 12, considerando o grupo total, 107 (45,7%) pacientes necessitaram do procedimento somente na primeira hospitalização; 24

(10,3%) foram submetidos à ICP mais de uma vez, pois há registro da intervenção durante a primeira internação e ao longo do seguimento; dois (0,9%) deles não realizaram o procedimento na primeira internação, mas realizaram após a primeira alta, em outras reinternações. Constatamos, ainda, que existiam três (1,3%) pacientes que realizaram ICP durante a internação inicial, mas não há informações deles após a alta, nos prontuários.

Oitenta e oito participantes (37,6%) não foram submetidos à ICP durante todo o tempo da investigação, e outros dez (4,3%) não realizaram durante a primeira internação e perderam o seguimento após esse momento (Tabela 12).

Os resultados relacionados à realização da cirurgia cardíaca mostraram que, considerando o grupo total, 25 foram operados ainda na internação inicial. Entretanto, desses 25, quatro não continuaram o seguimento no HCFMRP-USP, o que não nos permitiu conhecer se houve ou não a necessidade de outras intervenções cirúrgicas ao longo dos dois primeiros anos. Cinco pacientes foram operados após a alta da primeira hospitalização (Tabela 12).

Cento e noventa e cinco participantes (83,3%) não foram submetidos à CRVM durante toda a investigação, e outros nove (3,8%) não foram operados durante a primeira internação e perderam o seguimento após esse momento (Tabela 12).

Observamos que a maioria dos procedimentos de reperfusão ocorreu durante a internação inicial, decorrente do primeiro episódio da SCA. Ao analisarmos se houve associação entre a escolha do procedimento, ICP ou CRVM, e a manifestação clínica da SCA, constatamos que no grupo com IAM houve maior porcentagem de pacientes (63,6%) submetidos à ICP do que no grupo com AI (47,9%), sendo essa associação estatisticamente significativa ($p=0,02$). Com relação à CRVM, a porcentagem foi maior entre os pacientes com AI (16,0%) do que com IAM (7,1%), sendo essa associação também estatisticamente significativa ($p=0,03$) (Tabela 13).

Tabela 13 – Resultados do teste de associação entre as variáveis tipo de procedimento de revascularização realizado durante a internação inicial e apresentação clínica da Síndrome Coronariana Aguda. Ribeirão Preto, 2006 – 2009

Variável	IAM n = 140 % (n)	AI n = 94 % (n)	p valor*
ICP			0,02
Sim	63,6% (89)	47,9% (45)	
Não	36,4% (51)	52,1% (49)	
CRVM			0,03
Sim	7,1% (10)	16,0% (15)	
Não	92,9% (130)	84,0% (79)	

*Teste de Qui-quadrado

4.4 – Resultados da caracterização dos 13 pacientes que faleceram ao longo do período do estudo

Ao considerarmos os 13 sujeitos que foram a óbito durante o acompanhamento de até dois anos após a primeira internação por SCA, a taxa de mortalidade do estudo foi de 35,75/1.000 pessoas por ano.

A distribuição dos 13 pacientes que faleceram ao longo dos dois anos, segundo o tempo de acompanhamento no estudo, encontra-se na Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos 13 participantes que faleceram ao longo dos dois anos, segundo o tempo de acompanhamento no estudo. Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Tempo (em dias) até o óbito	% (n)
6	7,7 (1)
8	7,7 (1)
12	7,7 (1)
22	7,7 (1)
25	7,7 (1)
30	7,7 (1)
32	7,7 (1)
33	7,7 (1)
36	7,7 (1)
122	7,7 (1)
175	7,7 (1)
285	7,7 (1)
486	7,7 (1)

As características dos participantes que morreram durante o acompanhamento do estudo estão descritas a seguir.

Dos sete pacientes que faleceram na internação inicial, quatro pertenciam ao grupo com IAM, correspondendo a 2,9% do total de infartados, e três tinham diagnóstico de AI, correspondendo a 3,2% desse grupo. Seis deles tiveram como causas da morte eventos diretamente relacionadas à DAC. Entre os sete óbitos, cinco foram submetidos à CRMV e nenhum à ICP. O tempo médio para a realização da cirurgia foi de vinte dias. Cabe ressaltar que o tempo médio entre a cirurgia e o óbito foi de quatro dias (um paciente faleceu durante o procedimento cirúrgico; três pacientes faleceram no terceiro dia de pós-operatório e um deles morreu após onze dias).

Dias antes da ocorrência do óbito, cinco dos sete pacientes apresentaram como complicações arritmia cardíaca, parada cardiorrespiratória revertida, pneumonia nosocomial e distúrbio de coagulação após circulação extracorpórea. Outro aspecto a ser considerado é que, entre eles, todos tinham como comorbidades a HAS, DM (4) e dislipidemia (3). Assim, cinco sujeitos associavam pelo menos duas dessas doenças, um associava HAS e obesidade, e

o outro tinha HAS, Doença de Chagas, ICC, Acidente Vascular Encefálico isquêmico e fibrilação atrial crônica.

A mortalidade também foi analisada após a alta da primeira internação. Considerando os 226 pacientes, os seis (2,6%) participantes que faleceram após internação inicial, três tinham diagnóstico inicial de IAM, correspondendo a 2,2% dos infartados, e três de AI, correspondendo a 3,3% desse grupo. Um deles teve a causa da morte relacionada diretamente à DAC, três morreram por outros motivos, e para dois deles a causa da morte foi desconhecida para o estudo, pois os pacientes faleceram em outro serviço de saúde, mas havia a informação dos óbitos no prontuário da instituição. Todos eles haviam sido submetidos à ICP na internação inicial, e dois realizaram o procedimento novamente após a primeira alta. Nenhum deles realizou CRVM. Dos quatro sujeitos que foram a óbito no HCFMRP-USP, três faleceram na primeira reinternação e um na quinta reinternação.

A associação da mortalidade com as variáveis sexo e idade tem sido investigada em muitos estudos com pacientes coronariopatas. Para analisarmos essas associações no grupo investigado, consideramos apenas os pacientes com desfechos conhecidos, ou seja, os 152 pacientes (13 que foram a óbito e 139 que continuavam em seguimento ambulatorial ao término do estudo).

A associação entre óbito e sexo dos pacientes não foi comprovada estatisticamente ($p=0,20$). Entretanto, o resultado foi estatisticamente significativo para a associação entre idade e óbito ($p=0,015$) (Tabela 15).

Tabela 15 – Resultados do teste de associação entre as variáveis ocorrência do óbito, faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, 2006 – 2011

Variável	Óbito n = 13 % (n)	Não óbito n = 139 % (n)	p valor*
Faixa etária			0,015
Até 59 anos	23,0% (3)	58,0% (81)	
60 anos ou mais	77,0% (10)	42,0% (58)	
Sexo			0,20
Masculino	85,0% (11)	69,0% (96)	
Feminino	15,0% (2)	31,0% (43)	

*Teste Exato de Fisher

5 - DISCUSSÃO

Neste trabalho apresentamos o perfil de pacientes internados pela primeira vez em decorrência da SCA em um hospital geral e de nível terciário do interior do estado de São Paulo. Trata-se de um hospital público de ensino que presta assistência aos pacientes do Sistema Único de Saúde, sendo eles provenientes, predominantemente, de várias cidades da região e dos estados vizinhos.

Os resultados apresentados são referentes aos pacientes internados no período entre maio de 2006 e julho de 2009. Posteriormente, usando como fonte de consulta os prontuários dos pacientes e o sistema de agendamento eletrônico da instituição foram obtidas informações sobre a evolução clínica desses indivíduos considerando a internação inicial e os dois primeiros anos após a hospitalização.

Ressaltamos que, assim como outros estudos (EAGLE et al., 2004; SANTOS et al., 2006), esta pesquisa foi realizada em uma amostra de prática clínica real. Diferentemente de ensaios clínicos que, baseando-se em amostras selecionadas de pacientes, tendem a excluir pacientes com complicações e comorbidades, e assim estão potencialmente sujeitos a viés, o presente trabalho abrange uma população diversificada e, portanto, resulta em dados altamente aplicáveis em nosso meio, conforme salienta alguns pesquisadores (FOX et al., 2008).

Entre as modalidades da SCA, o diagnóstico de alta mais comum foi o IAM (59,8%), seguido pela AI (40,2%). Essa proporção reflete o padrão da SCA encontrada em outros estudos (REIS et al., 2007), entre eles o multicêntrico internacional *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE), que é um dos maiores registros de SCA, e investigou, entre 1999 a 2000, 11.543 pacientes de 95 hospitais, em 14 países da Europa, América do Norte, América do Sul, Austrália e Nova Zelândia (FOX et al., 2002). No entanto, esses achados diferem de outras populações que apresentaram frequências inversas nas causas das hospitalizações (OLIVEIRA et al., 2010; SANTOS et al., 2006), como o estudo *The European Network for Acute Coronary Treatment* (ENACT). Esse estudo coletou informações em toda a Europa sobre a frequência relativa, diagnóstico e tratamento de todo o espectro da SCA em 390 hospitais, em 29 países, e descobriu que a AI (46%) foi a causa mais frequente de hospitalização, seguida pelo IAM (39%), com proporção semelhante entre todos os países europeus (FOX et al., 2000).

Na caracterização dos pacientes quanto ao sexo, a maioria era homens. Apesar do predomínio masculino, o grupo com AI constituiu-se de pouco mais de 40% de sexo feminino, enquanto, no grupo com IAM, menos de um quarto da população era de mulheres (24,3%).

A predominância do sexo masculino também foi constatada em outros estudos que investigaram pacientes com DAC (AMATO et al., 2004; BERWANGER et al., 2012; FOX et al., 2002; FOX et al., 2008; FOX et al., 2010; GARAVALLIA et al., 2007; HUEB et al., 2004; KIESSLING; HENRIKSSON, 2007; MELO; FERREIRA, 2007; MESQUITA et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2010; QUADROS et al., 2011; REIS et al., 2007; SANTOS et al., 2006; SOARES et al., 2009; SOUZA et al., 2008). Na comparação entre os grupos, maior número de mulheres com AI que IAM também foi encontrado no estudo de Fox et al. (2010) e Quadros et al. (2011).

O grupo com AI apresentou idade mais avançada que os infartados (60,5 *versus* 56,4), assim como no ENACT (FOX ET AL, 2000). Em relação ao total de pacientes, a média de 58 anos foi semelhante a de outros estudos com pacientes com DAC (HUEB et al., 2004; KIESSLING; HERIKSSON, 2007; MELO; FERREIRA, 2007; REIS et al., 2007; SANT'ANNA et al., 2010). Há de se considerar que o dado "idade" foi coletado no nosso estudo na internação do primeiro episódio de SCA, o que talvez possa indicar que esses pacientes tenham sido acometidos pela doença mais precocemente que os de outras populações, já que os outros estudos não evidenciam os resultados como sendo do primeiro evento de SCA. Se analisarmos apenas o grupo com IAM (média de idade de 56,4 anos), observamos uma população mais jovem no presente estudo em comparação a outras populações investigadas (BARRY et al., 2007; FOX et al., 2000; FOX et al., 2010).

As variáveis escolaridade, situação conjugal e procedência foram semelhantes entre os grupos. Quanto ao trabalho, a maioria dos pacientes em ambos os grupos tinha remuneração, no entanto, proporcionalmente, mais pacientes com AI não tinham essa condição ou eram inativos. Esse resultado pode estar relacionado à quantidade representativa de mulheres nesse grupo (40,4%), pois sabe-se que uma proporção considerável de mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais não exercem ocupação remunerada e dedicam-se exclusivamente ao lar.

De acordo com os registros da primeira internação, verificamos que a maioria dos pacientes apresentava HAS e sobrepeso/obesidade, especialmente no grupo com AI. Mais da metade dos pacientes desse grupo apresentava dislipidemia (52,1%), enquanto para os infartados o valor não chegou a 35%. O DM também foi mais prevalente para os pacientes com angina (43,6% *versus* 28,6%). Dessa forma, observou-se que antes da internação inicial

pacientes com AI tinham maior acometimento da sua saúde por outras doenças que os pacientes infartados, o que corrobora os achados do ENACT (FOX et al., 2000). Essas comorbidades são reconhecidas como importantes fatores de risco para SCA, além de outras, como idade avançada, sexo masculino, predisposição familiar, síndrome metabólica, estresse, tabagismo e vida sedentária (OPIE et al., 2006). O fato de os pacientes com AI apresentarem maior complexidade clínica antes da internação inicial pode interferir nos achados posteriores de mortalidade, reinternações e procedimentos invasivos.

Outros estudos apresentaram resultados semelhantes com relação à prevalência da HAS entre os pacientes diagnosticados com DAC (BERWANGER et al., 2012; PEIXOTO et al., 2007; SOUZA et al., 2008), dislipidemia (SOTO et al., 2005) e DM (BERWANGER et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2010; SANT'ANNA et al., 2010; SANTOS, 2008; SANTOS et al., 2006; SOTO et al., 2005). No entanto, em relação ao grupo dos infartados, foram encontradas frequências mais elevadas de fatores de risco cardiovasculares em nosso estudo (FOX et al., 2010; KIESSLING; HENRIKSSON, 2007).

Destaca-se que a prevalência de pacientes com sobrepeso/obesidade foi alta e semelhante entre ambos os grupos (média de 61,1%). Resultado similar foi constatado no estudo de Reis et al. (2007), que encontrou peso acima do normal em 56,9% da população com SCA. No entanto, essa prevalência é rara na literatura, visto que diversas pesquisas encontraram resultados divergentes, com frequência de sobrepeso/obesidade bem menores, com variações de 18,3% a 35,8% (FAILDE; SOTO, 2006; LEMOS et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2010; SOTO et al., 2005).

No geral, durante a primeira hospitalização, os pacientes permaneceram em média onze dias internados, e a hospitalização dos pacientes com AI foi um pouco mais longa (média de 12,5 dias) que a permanência dos pacientes do grupo com IAM (média de dez dias). O resultado diverge de estudos internacionais que identificaram menor tempo de internação (FOX et al., 2002). O ENACT constatou tempo de permanência hospitalar bem menor nos casos de AI (média de 8,3 dias), mas semelhança na estada dos pacientes com IAM (média de 9,7 dias). Entre os países europeus investigados houve grandes variações no tempo de internação de pacientes com SCA, com o Reino Unido/Irlanda apresentando média de 7,9 dias e o Leste Europeu com média de 12,6 dias. Os autores questionam a longa permanência hospitalar dos pacientes frente à atual disponibilidade de tecnologia para diagnóstico e estratificação de risco combinados com tratamentos mais recentes (FOX et al., 2000).

Nossos resultados também estão em desacordo com a realidade brasileira. O estudo de Santos et al. (2006), realizado em um centro de emergências cardiológicas, verificou média de

permanência para pacientes com SCA de seis dias (D.P.=8). Em outro estudo que investigou apenas pacientes com SCA sem supradesnivelamento do segmento ST, o autor observou uma média de 6,8 dias (SANTOS, 2008). No estudo de Sant'Anna et al. (2010), a média de permanência para pacientes com IAM submetidos a ICP foi de seis dias, considerando o atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento e o tratamento invasivo no hospital.

Diante desse panorama, é preciso avaliar, por meio de outros estudos, se os motivos para o longo tempo de permanência na instituição onde o estudo foi realizado estão relacionados à evolução clínica dos pacientes atendidos, à condução terapêutica ou se existem problemas organizacionais e estruturais, como agendamento de exames, recursos humanos e materiais, que estão contribuindo para a maior permanência dos pacientes neste hospital. De modo intuitivo, podemos sugerir que o tempo prolongado pode decorrer em parte da presença de regulação médica no sistema de encaminhamento, já que pela hierarquização existente, os casos de pacientes com apresentação clínica mais grave costumam ser regulados para a instituição. Um aspecto que reforça tal hipótese é o elevado número de paradas cardiorrespiratórias na nossa amostra.

A maior permanência hospitalar dos pacientes com AI provavelmente não foi relacionada à presença de complicações, pois os pacientes com AI apresentaram menos complicações que os infartados, embora o resultado não fosse estatisticamente significativo. No entanto, pacientes com AI foram significativamente mais submetidos à CRVM, o que pode ter sido fator favorável para o resultado.

As complicações afetaram 16,7% dos pacientes durante a primeira internação, principalmente os infartados, embora a diferença entre as modalidades da SCA não tenha sido estatisticamente significativa. As complicações mais frequentes foram parada cardiorrespiratória e arritmias cardíacas (fibrilação e flutter atrial). No estudo de Reis et al. (2007), 67,1% da população apresentou complicações, com um percentual maior, porém não significativo para as mulheres, e 14,8% das complicações foram relacionadas ao ritmo cardíaco. Na pesquisa de Fox et al. (2010), que investigou conjuntamente sujeitos no Brasil e Argentina, os autores constataram a ocorrência de fibrilação ou flutter atrial em 8% dos casos de IAM e 5% dos pacientes com AI.

O desfecho dos pacientes na alta da primeira internação foi categorizado em alta com seguimento ambulatorial (independente do local do acompanhamento) ou óbito. Geralmente, os pacientes internados na clínica de Cardiologia do HCFMRP-USP são posteriormente atendidos no Ambulatório de Cardiologia do hospital por meio de agendamento de consultas. Salienta-se que, na alta hospitalar, alguns pacientes não apresentavam necessidade clínica de

acompanhamento cardiológico nessa instituição de nível terciário de assistência e, por isso, não foram encaminhados para o Ambulatório de Cardiologia; no entanto, em razão do acometimento por outras doenças tiveram o acompanhamento da sua saúde realizado nos ambulatórios de outras especialidades médicas no referido hospital.

Do total de 234 pacientes que iniciaram o estudo, sete foram a óbito durante a primeira internação, contabilizando uma mortalidade de 3%.

Investigamos a evolução clínica dos pacientes após a alta hospitalar quanto a reinternações, mortalidade e procedimentos de revascularização. Ainda existem incertezas sobre a extensão dos riscos de mortes e outros eventos cardiovasculares de pacientes com SCA a longo prazo, especialmente no contexto contemporâneo de novas abordagens terapêuticas. Investigar resultados a longo prazo é importante à medida que pesquisas vêm identificando diferenças significativas de desfechos durante o acompanhamento do paciente, sugerindo que terapias ainda devem ser desenvolvidas e aplicadas nessa conjuntura (FOX et al., 2010). Por exemplo, o estudo de Fox et al (2008) observou que pacientes com supradesnivelamento do segmento ST têm maior risco de mortalidade precoce do que pacientes sem supradesnivelamento do segmento ST, enquanto o risco se inverteu após a alta hospitalar inicial. Em estudo recente dos referidos autores que acompanhou pacientes com SCA por cinco anos, os resultados demonstraram que as consequências tardias da doença, em termos de mortalidade e doenças cardiovasculares subsequentes, foram substancialmente maiores que as taxas observadas durante a internação inicial. Esses achados sintetizam que os desafios para a área da saúde são melhorar o manejo a longo prazo da SCA e reconhecer a extensão de futuros riscos ao paciente (FOX et al., 2010).

A presente investigação apontou que, quanto à necessidade de reinternação após a alta da internação inicial, 27,4% dos 226 pacientes acompanhados por até dois anos tiveram outras hospitalizações, independente da manifestação clínica da SCA. Assim, verificamos que, apesar de os pacientes com AI apresentarem maior acometimento por doenças antes da internação inicial, isso não foi associado a maior número de reinternações. Em estudo realizado no Reino Unido que acompanhou pacientes por cinco anos, as readmissões hospitalares por suspeita de SCA se mostraram mais recorrentes. Em média, cada paciente que esteve internado com diagnóstico de SCA teve mais 1,6 novas admissões por suspeita de outra SCA. Mais da metade (53,6%) precisou de, pelo menos, uma reinternação entre a alta da internação inicial e os cinco anos de acompanhamento; desses 53,6%, 31,2% tiveram duas ou mais readmissões, 20,1%, três ou mais, 12,8%, quatro ou mais e 9,2%, cinco ou mais. Dentre as reinternações apenas 10% foram associadas ao infarto. Apesar disso, as recorrentes

internações por suspeita de SCA revelam uma grande morbidade e ônus econômico de recursos da saúde (FOX et al., 2010).

Curtis et al. (2009) avaliaram as readmissões hospitalares e taxas de revascularização no período de trinta dias após internação em pacientes submetidos à ICP e acima de 65 anos e encontraram, aproximadamente, 15% dos pacientes necessitaram de reinternação, e esses pacientes eram aqueles mais idosos, do sexo feminino e com mais comorbidades. Eles ainda apresentaram maior risco de morrer do que aqueles que não necessitaram de outra internação em trinta dias. Ao contrário do nosso estudo, a taxa de reinternação foi significativamente maior para pacientes com diagnóstico inicial de IAM ($p < 0,001$). As principais causas de readmissões foram em razão da doença isquêmica crônica, e menos de 20% foram associadas à condição cardiovascular aguda (CURTIS et al., 2009). Em nosso estudo, as doenças cardiovasculares agudas, como angina (19,4%), IAM (4,8%) e ICC (3,2%), foram responsáveis conjuntamente por 27,4% da primeira reinternação. No presente estudo, 29,1% das 62 reinternações ocorreram para procedimento programado de ICP (21%) ou CRVM (8,1%). Semelhantemente, na pesquisa de Curtis et al. (2009), entre todas as reinternações, 27,5% foram associadas a procedimentos de revascularização adicionais, predominantemente, uma nova ICP. No entanto, os autores não esclarecem se essas novas intervenções foram eletivas. No estudo de Curtis et al. (2009), o menor tempo transcorrido para uma nova hospitalização foi atribuído à condição cardíaca do paciente, bem como à assistência prestada durante a internação inicial e o acompanhamento ambulatorial pós-alta.

Em relação aos procedimentos de revascularização, verificamos que a proporção de pacientes submetidos à trombólise no nosso estudo (44,3%) foi semelhante ao ENACT (43%) (FOX et al., 2000). Frequência maior de uso do medicamento trombolítico foi constatada no estado do Rio de Janeiro (69%), porém o centro de tratamento inicial era uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (SANT'ANNA et al., 2010). Frequências menores foram encontradas no estudo nacional de Reis et al. (2007), que investigou as técnicas de diagnóstico e terapêutica entre hospitais públicos e privados e verificou que, dos 148 pacientes com IAMCSST, 33,8% receberam trombolítico: 43 isoladamente e 7 associados à outra intervenção (ICP ou CRVM). A revascularização química foi utilizada mais frequentemente nos hospitais públicos (3,8 vezes mais) do que nos particulares, os quais priorizaram o uso de ICP primária nos casos de IAMCSST. Assim como nesses hospitais particulares brasileiros, em geral, países europeus com baixo uso de trombólise apresentam altas taxas de ICP primária, principalmente na França e Alemanha (FOX et al., 2000). Por causa de questões de acessibilidade e importância crítica do tempo na interrupção da isquemia, a terapêutica

fibrinolítica pode ser geralmente priorizada em sistemas hospitalares que não têm a capacidade de realizar a ICP primária no tempo recomendado, que propicia benefícios superiores à trombólise. Por isso, o uso de trombolíticos deve ser incentivado por ser um recurso terapêutico de baixo custo, fácil acesso e eficaz na redução da mortalidade do IAM (BATES; NALLAMOTHU, 2008; REIS et al., 2007).

Quanto aos procedimentos de revascularização ICP e CRVM, observamos que mais de 70% dos pacientes receberam, pelo menos, uma dessas abordagens invasivas. Durante todo o acompanhamento do estudo, verificamos que os procedimentos foram realizados, em sua maioria, no primeiro episódio da SCA, ou seja, na primeira internação. A ICP foi realizada em 57,3% dos pacientes e predominantemente nos pacientes com IAM, enquanto 10,7% realizaram revascularização cirúrgica, mais frequente nos pacientes com AI (16%). A frequência de realizações de ICP foi semelhante à encontrada no estudo de Soares et al. (2009), realizado em um hospital de cardiologia, onde 59,4% dos pacientes com SCA realizaram a intervenção percutânea, sendo a maioria também infartados; no entanto, a realização da CRVM foi três vezes maior (30,6%) no estudo em questão e predominantemente nos pacientes com IAM, mas com indicação para 48,7% dos pacientes com AI (SOARES et al., 2009).

Em outro estudo realizado em um centro de emergências cardiológicas, a revascularização do miocárdio (ICP ou CRVM) foi indicada somente para 39,5% dos pacientes com SCA e predominantemente para os infartados. A ICP foi realizada em 22,7% dos pacientes com AI e 35,4% dos pacientes com IAM, e a CRVM, em 10,3% dos pacientes com AI e 18% dos infartados (SANTOS et al., 2006).

No estudo GRACE, ambos os procedimentos também tiveram uma menor frequência de realização que o nosso estudo. A intervenção percutânea foi utilizada em maior proporção em pacientes com IAM (34%) que em pacientes com AI (18%), semelhantemente ao presente estudo; entretanto, a CRVM foi realizada em uma minoria de pacientes (4% em IAMCSST; 5% em AI), ocorrendo mais frequentemente naqueles com IAMSSST (10%). O estudo apontou que o uso da técnica percutânea foi consideravelmente maior nos Estados Unidos, em comparação com outras regiões, e os autores atribuíram o fato à maioria dos hospitais participantes do país possuir centros especializados (FOX et al., 2002).

O estudo ENACT identificou ampla variação da utilização dos procedimentos de revascularização entre os países da Europa para ambas as manifestações da SCA. Em média, a ICP foi realizada em 23% dos pacientes com AI, com variação de 9% na Grécia e no Reino Unido/Irlanda para 49% em França. A intervenção percutânea também foi indicada para 23%

dos pacientes com IAM, mas, nesse caso, a diferença foi ainda maior, de 7% na Grécia para 62% na Alemanha. Entre os países europeus, França e Alemanha foram os que mais realizaram ICP, enquanto no Reino Unido/Irlanda menos de 1% dos pacientes recebeu esse tratamento (FOX et al., 2000).

Em ambos os estudos, GRACE (FOX et al, 2002) e ENACT (FOX et al., 2000), os autores observaram que a realização de ICP foi maior nos hospitais de ensino, como o HCFMRP-USP, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Em contrapartida, Reis et al. (2007) investigaram hospitais públicos e privados e encontraram que os procedimentos de revascularização foram mais frequentemente realizados nos hospitais particulares do que nos públicos, em todas as classes diagnósticas da SCA. Apenas 20% dos pacientes internados nos hospitais públicos foram submetidos a, pelo menos, um procedimento de revascularização (trombólise química, ICP ou CRM), enquanto esse número foi para 59% entre os pacientes das instituições particulares, sendo que, ainda, 4,3% dos pacientes foram submetidos a dois procedimentos. Analisando somente as ICP e CRVM, foram realizados 7,7 vezes mais procedimentos nos pacientes com AI (47% *versus* 6%) nos hospitais particulares que nos públicos; 18,9 vezes mais no IAMSSST (62% *versus* 3%), e 70,6 vezes mais no IAMCSST (72% *versus* 1%). Segundo os autores, as diferenças observadas podem decorrer das diferenças de acesso aos procedimentos, uma vez que os hospitais públicos não dispunham de ICP primária e nem de CRVM, sendo necessária a remoção para outro hospital para a realização delas; “crenças” das diferentes equipes médicas na eficácia dos procedimentos invasivos ou influências econômicas (REIS et al., 2007). Aliás, quanto à questão econômica, Cram et al. (2012) já colocaram em dúvida se o aumento dos procedimentos de ICP nos Estados Unidos seriam derivados do interesse pelo reembolso generoso da abordagem terapêutica, contribuindo para o uso excessivo da técnica.

Surpreendentemente, os resultados de Reis et al. (2007) apontaram para o fato de que, embora os hospitais particulares tenham realizado quase a totalidade das ICP e CRVM, não houve diferença significativa na taxa de mortalidade entre os hospitais, o que nos induz a uma reflexão sobre a utilização de procedimentos invasivos nas SCAs.

Apesar do crescente aumento dos procedimentos de revascularização percutânea, mesmo sem a comprovada evidência da sua maior eficácia frente a outras abordagens, permanece desconhecido qual seria o tratamento mais adequado para pacientes com DAC (HUEB et al., 2004). Diante dessa imprecisão, o maior estudo randomizado realizado em uma única instituição, MASS II, comparou a eficácia relativa de três atuais estratégias terapêuticas para pacientes com DAC multiarterial sintomática e descobriu que, durante um ano de

acompanhamento, não houve diferença significativa nas taxas de mortalidade cardíaca nos grupos de CRVM, ICP e tratamento medicamentoso. No entanto, a maior diferença ocorreu quanto à necessidade de revascularização adicional (ICP ou CRVM) e presença de angina. Pacientes que foram inicialmente submetidos à CRVM necessitaram significativamente de menos abordagens invasivas posteriores e tiveram menor probabilidade de ocorrência de angina refratária que os pacientes dos grupos de ICP e tratamento medicamentoso. Os pacientes submetidos à ICP foram do grupo que apresentou maior frequência de angina com necessidade de nova revascularização em comparação com os outros tratamentos. Os autores associaram a superioridade cirúrgica provavelmente à baixa taxa de complicações perioperatória, melhora sintomática, revascularização completa e uso de condutos arteriais. Isso eliminou a necessidade de intervenção de repetição, pelo menos durante o período de um ano de seguimento (HUEB et al., 2004).

O estudo de Souza et al. (2008) identificou que a revascularização miocárdica está associada à melhora da qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente naqueles pacientes submetidos à revascularização cirúrgica.

Para a determinação da mortalidade geral do estudo, consideramos a somatória do tempo de observação de todos os sujeitos ao longo do seguimento e encontramos uma taxa de 35,75/1000 indivíduos. Não encontramos, na literatura, cálculo deste tipo para servirem de comparativo. Os estudos encontrados trazem valores de mortalidade na forma de percentual (%). No presente estudo, não foi possível calcular a taxa de mortalidade geral dessa forma, pois não temos informações sobre a sobrevivência de todos os sujeitos ao longo dos dois anos de acompanhamento. Assim, podemos afirmar, em percentual, apenas a mortalidade da primeira internação que foi de 3%, com semelhança entre as apresentações da SCA e sem diferença estatística significativa (2,9% para IAM e 3,2% para AI).

A taxa de mortalidade hospitalar do nosso estudo é equivalente a taxas de países europeus. Por exemplo, a investigação de uma grande população de pacientes com SCA no Reino Unido e na Bélgica identificou valores de mortalidade de 3% e 4%, respectivamente (FOX ET AL. 2010).

Dados do estudo GRACE (FOX et al., 2002) apontam taxas de eventos para óbito hospitalar de 7% para IAMCSST, 6% para IAMSSST e 3% para AI. Os autores consideram relativamente baixa a taxa de mortalidade hospitalar e sugerem cautela na interpretação dos dados, uma vez que os pacientes foram incluídos no estudo somente após a internação hospitalar e, conseqüentemente, as mortes que ocorrem subitamente à chegada do paciente no hospital, antes do registro, não foram investigadas. No mesmo estudo, a região

Argentina/Brasil apresentou taxas de mortalidade hospitalar de 12% para IAM e 4% para AI, bem acima dos índices das outras regiões avaliadas.

Em relação aos dados nacionais, verificamos taxa de mortalidade semelhantes a centros de referência cardiológica, como no estudo de Soares et al. (2009), em que a mortalidade hospitalar foi de 5,3%, mas, diferente do presente estudo, não ocorreu óbito em pacientes com AI. Já na pesquisa de Santos et al. (2006), a taxa foi de 4,8%, também sem diferença estatística entre as manifestações da SCA, como no nosso estudo.

Outros estudos em hospitais gerais encontraram taxas superiores à nossa, como no estudo de Reis et al. (2007), em que a mortalidade correspondeu a uma taxa geral de 9%, sendo significativamente maior no IAM (12,5%) do que na angina instável (4,1%) ($p=0,006$), e na pesquisa de Villela et al. (2008), com índices de óbito por causas cardíacas de 9,9% (14,1% na SCACSST e 5,8% na SCASSST).

Esses achados sugerem que o tratamento da SCA no hospital do presente estudo tem sido realizado de forma eficiente em nível hospitalar com mortalidade semelhante a registros de referência.

Verificamos que, ao longo do seguimento de até dois anos, não houve associação estatística entre óbito e sexo, apesar de 85% das mortes ocorrerem em homens. Entretanto, o maior risco de morrer foi estatisticamente comprovado em pacientes com 60 anos ou mais, assim como nos estudos de Fox et al. (2008) e Godoy et al. (2005).

Embora nosso estudo não tenha encontrado diferença estatística na mortalidade entre homens e mulheres, o prognóstico após cirurgia coronária tem sido observado pior em mulheres com maior taxa de mortalidade hospitalar (AMATO et al., 2004; GODOY et al., 2008; KAUL et al., 1995) e sobrevida inferior ao sexo masculino a longo prazo (GODOY et al., 2008; HERLITZ et al., 2001). Em estudo recente, verificou-se que, em qualquer das apresentações clínicas da SCA, a mortalidade hospitalar foi sempre maior no sexo feminino, com significância estatística limítrofe, e destaque para a grande letalidade por IAM entre os pacientes do sexo feminino nos hospitais públicos (19,7%) (REIS et al., 2007). Aliás, o sexo feminino tem sido associado à maior mortalidade intra e pós-hospitalar precoce pelas doenças isquêmicas agudas do coração, principalmente por IAM. As razões para tal fato são comprovadas, mas têm sido relacionadas à idade mais avançada das mulheres, à maior prevalência de comorbidades e maiores frequências de complicações durante a hospitalização, como possíveis explicações para as diferenças encontradas (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

Assim como o sexo, a idade também é apontada como importante preditor de morte. Idade avançada foi associada ao aumento da letalidade hospitalar em pacientes com IAM em diversos estudos (ESCOSTEGUY et al., 2003; EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008; GODOY et al., 2007). Por outro lado, o inverso foi observado por Vacarino et al. (1999) ao apontarem que, após o IAM, as mulheres mais jovens, não as mulheres mais velhas, possuem maiores taxas de morte durante a hospitalização do que os homens da mesma faixa etária.

Verificamos, no nosso estudo, que a maioria dos pacientes que evoluiu para óbito na internação inicial tinham sido submetidos à CRVM e que, após a alta, os pacientes que faleceram não realizaram a revascularização cirúrgica em nenhum momento. No estudo de Oliveira et al. (2010), eles investigaram a mortalidade pós-CRVM em quatro hospitais de características diferentes, dois de ensino e dois de referência cardiológica, e encontraram mortalidade hospitalar geral de 10,9%. Especificamente no hospital de ensino estadual, a taxa foi de 13,7%, e, no de ensino federal, foi de 14,3%, enquanto os hospitais cardiológicos atingiram metade dessa mortalidade (7% e 7,4%). Na mesma pesquisa também se investigou a mortalidade pós-CRVM até um ano, e os autores verificaram valores crescentes ao longo do tempo.

6 - CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos no seguimento dos 234 pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da SCA, apresentamos as principais conclusões do nosso estudo:

- A maioria dos pacientes internados era do sexo masculino, principalmente no grupo com IAM, com média de idade 58 anos e com comorbidades prévias consideradas como fatores de risco para DAC (HAS, sobrepeso/obesidade, dislipidemia e DM).

- Para o total de pacientes, a média de tempo da primeira hospitalização foi de onze dias. A média foi maior entre os pacientes do grupo com AI (12,5 dias) do que com IAM (dez dias), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

- 16,7% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicação durante a primeira internação, não havendo diferença estatisticamente significativa entre a presença de complicações e a manifestação clínica da SCA, embora os pacientes infartados tivessem apresentado mais complicações do que os pacientes com AI.

- Com relação ao desfecho nesta primeira hospitalização, a maioria (226) recebeu alta, sendo encaminhada para retorno ambulatorial na própria instituição; sete pacientes foram a óbito, em sua maioria em decorrência de complicações durante ou após a CRVM, correspondendo a uma mortalidade de 3%.

- Entre os 226 pacientes que sobreviveram à primeira internação, 62 (27,4%) necessitaram de outras hospitalizações ao longo de até dois anos de seguimento, havendo similaridade entre os pacientes com AI e IAM.

- Dos 62 pacientes que necessitaram de outras hospitalizações, 71% tiveram uma nova internação; 16,1% tiveram duas internações; 4,8%, três internações, 1,6% reinternaram quatro vezes e 6,5% reinternaram cinco vezes. Enquanto na primeira reinternação a causa mais prevalente foi a ICP programada, nas internações posteriores foi a ocorrência de angina.

- 71,4% dos pacientes foram submetidos a, pelo menos, um procedimento de revascularização do miocárdio ao longo do seguimento de até dois anos. Os procedimentos foram realizados principalmente no primeiro episódio da SCA, durante a primeira hospitalização.

- No geral, o tempo para realização de ICP na internação inicial foi de 2,9 dias e para CRVM foi de 25,7 dias, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as modalidades da SCA.

- Na primeira internação, as ICPs foram mais realizadas nos pacientes com IAM, enquanto as CRVM foram mais realizadas nos pacientes com AI, e ambas as associações apresentaram-se estatisticamente significantes.

- Ocorreram 13 óbitos durante todo o seguimento do estudo, e não constatamos diferenças nas proporções de mortes quando consideramos as manifestações clínicas da SCA.

- A taxa de mortalidade foi de 35,75/1.000 pessoas por ano.

- Não houve associação estatística entre óbito e sexo dos pacientes ($p=0,20$). Entretanto, o resultado foi estatisticamente significativo para a associação entre idade e óbito ($p=0,015$).

- Dos sete óbitos ocorridos durante a primeira internação, cinco realizaram CRVM. Os pacientes que faleceram após alta não foram submetidos à CRVM em nenhum momento.

6.1 - Limitações do estudo e Considerações finais

Ao término do estudo, gostaríamos de apontar algumas das limitações que ocorreram em seu desenvolvimento. Entre elas, destacamos o uso de dados secundários (prontuários dos pacientes) e a não estratificação de risco do paciente na determinação da taxa de mortalidade. A heterogeneidade dos registros realizados pelos profissionais de saúde nos prontuários dos pacientes dificultou a coleta de dados ou mesmo impossibilitou a obtenção de outros dados que seriam importantes para o estudo que se propõe avaliar a evolução clínica desses pacientes. Podemos citar como exemplo o enfoque centrado na especialidade médica durante as consultas ambulatoriais, com falta de informações sobre outras condições clínicas do paciente e até mesmo o uso de outros medicamentos. Faz-se necessária a padronização dos registros no prontuário do paciente, visto que existem falhas no que se refere à organização, ausência de informações, legibilidade e terminologia técnica.

Outra limitação concerne no alto índice de pacientes com desfecho desconhecido (35%) no fim de até dois anos do seguimento pelo estudo. Em parte, essa porcentagem se deve à ocorrência da alta dos pacientes do serviço de Cardiologia e seu encaminhamento para outros serviços de menor complexidade, assim que eles apresentam estabilidade em seu quadro clínico. Entretanto, temos que considerar também que há uma parcela dos pacientes que, por motivos desconhecidos, perderam o seguimento na instituição, faltando aos retornos ambulatoriais e não mais retornando.

Consideramos que os resultados desta pesquisa são importantes para os profissionais da saúde em geral, e para aqueles que assistem os pacientes na instituição onde o estudo foi realizado, em particular. Eles ampliam os conhecimentos sobre o perfil deste grupo de pacientes atendidos em decorrência do primeiro episódio de SCA em um hospital geral, de nível terciário, assim como ocorre a evolução clínica durante a internação e a longo prazo, após a alta hospitalar. Em linhas gerais, foi possível termos uma aproximação quanto à evolução da doença arterial coronariana e a adesão ao seguimento ambulatorial na instituição onde o estudo foi realizado.

Propomos a continuidade do seguimento destes pacientes por um prazo mais longo do que aquele estabelecido para o presente estudo. Sugerimos, ainda, que os profissionais de saúde da instituição hospitalar em questão busquem informações sobre os pacientes cujos desfechos foram considerados “censurados”, a fim de conhecer amplamente essa população, identificando suas atuais condições de saúde e o motivo para não adesão ao acompanhamento ambulatorial.

REFERÊNCIAS¹

AMATO, V. L.; TIMERMAN, A.; PAES, A. T.; BALTAR, V. T.; FARSKY, P. S.; FARRAN, J. A.; GUN, C.; PAULISTA, P. P.; PIEGAS, L. S.; SOUSA, J. E. M. R. Resultados imediatos da cirurgia de revascularização miocárdica: comparação entre homens e mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, p. 14-20, dez. 2004. Número especial.

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**, Nova Iorque, v. 50, n. 7, p. e1-e157, 2007. Disponível em: <<http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/50/7/652.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

AZAMBUJA, M. R.; FOPPA, M.; MARANHÃO, M. F. C.; ACHUTTI, A. C. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 3, p. 163-171, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n3/05.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BARRY, L. C.; LICHTMAN, J. H.; SPERTUS, J. A.; RUMSFELD, J. S.; VACCARINO, V.; JONES, P. G.; PLOMONDON, M. E.; PARASHAR, S.; KRUMHOLZ, H. M. Patient satisfaction with treatment after acute myocardial infarction: role of psychosocial factors. **Psychosomatic Medicine**, Nova Iorque, v. 69, n. 2 p. 115–123, Fev. 2007.

BASSAN, F.; BASSAN, R. Abordagem da Síndrome Coronariana Aguda. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v. 15, n. 7, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/07/Artigo03.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2011.

BATES, E. R.; NALLAMOTHU, B. K. Commentary: the role of percutaneous coronary intervention in st-segment–elevation myocardial infarction. **Circulation**, Dallas, v. 118, p. 567-573, July, 2008. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/118/5/567.full.pdf+html>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

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**, St. Louis, v. 142, n. 2, p. 271-279, 2001.

BERWANGER, O.; GUIMARÃES, H. P.; LARANJEIRA, L. N.; CAVALCANTI, A. B.; KODAMA, A. A.; ZAZULA, A. D.; SANTUCCI, E. V.; VICTOR, E.; TENUTA, M.; CARVALHO, V.; MIRA, V. L.; PIEPER, K. S.; WEBER, B.; MOTA, L. H.; PETERSON, E. D.; LOPES, R. D. Effect of a multifaceted intervention on use of evidence-based therapies in patients with Acute Coronary Syndromes in Brazil: the BRIDGE-ACS randomized trial. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 307, n. 19, p. E1-E9, Mar. 2012. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/content/early/2012/03/21/jama.2012.413.full.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. 2005a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na rede de atenção às urgências e Protocolo clínico Síndromes Coronarianas Agudas**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_sindrome_coronaria.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2005b.

BROWN, N.; MELVILLE, M.; GRAY, D.; YOUNG, T.; MUNRO, J.; SKENE, A. M.; HAMPTON, J. R. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. **Heart**, Londres, v. 81, p. 352-358, 1999. Disponível em: <<http://heart.bmj.com/content/81/4/352.full>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

CRAM, P.; HOUSE, J. A.; MESSENGER, J. C.; PIANA, R. N.; HORWITZ, P. A.; SPERTUS, J. A. Indications for percutaneous coronary interventions performed in US hospitals: a report from the NCDR®. **American Heart Journal**, St. Louis, v. 163, n. 2, p. 214-221, e-1, Feb. 2012. Disponível em: <<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-8703/PIIS0002870311007691.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

CUMMINGS, S. R.; NEWMAN, T. B.; HULLEY, S. B. Delineando estudos de coorte. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRDY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 7, p. 115-125.

CURTIS, J. P.; SCHREINER, G.; WANG, Y.; CHEN, J.; SPERTUS, J. A.; RUMSFELD, J. S.; BRINDIS, R. G.; KRUMHOLZ, H. M. All-cause readmission and repeat revascularization after percutaneous coronary intervention in a cohort of medicare patients. **Journal of the American College of Cardiology**, Nova Iorque, v. 54, n. 10, p. 903-907, Sep. 2009. Disponível em: <<http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/54/10/903.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2012.

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

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

EAGLE, K. A.; LIM, M. J.; DABBOUS, O. H.; PIEPER, K. S.; GOLDBERG, R. J.; WERF, F. V.; GOODMAN, S. G.; GRANGER, C. B.; STEG, P. G.; GORE, J. M.; BUDAJ, A.; AVEZUM, A. I.; FLATHER, M. D.; FOX, K. A. A Validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 291, n. 22, p. 2727-2733, June, 2004.

ESCOSTEGUY, C. C.; PORTELA, M. C.; MEDRONHO, R. A.; VASCONCELLOS, M. T. L. Acute myocardial infarction: clinical and epidemiological profile and factors associated with in-hospital death in the municipality of Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 80, n. 6, p. 600-606, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2003000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2011.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Acesso a internação e fatores associados ao óbito hospitalar por doenças isquêmicas do coração no SUS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 90, n. 2, p. 130-138, fev. 2008.

FAILDE, I. I.; SOTO, M. M. Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. **BMC Public Health**, Londres, v. 6, p. 18, Jan. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1413520/>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

FAVARATO, M. E. **Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros**. 2004. 69 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

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**, Amsterdã, v. 116, n. 3, p. 364-370, 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)**, Larchmont, v. 17, n. 5, p. 757-768, 2008. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2007.0468>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

FOX, K. A. A.; ANDERSON JR, F. A.; GOODMAN, S. G.; STEG, G.; PIEPER, K.; QUIL, A.; GORE, J. M. Time course of events in acute coronary syndromes: implications for clinical practice from the GRACE registry. **Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine**, Londres, v. 5, n. 9, p. 580-589, Sep. 2008. Disponível em: <<http://www.nature.com/nrcardio/journal/v5/n9/pdf/ncpcardio1302.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2012.

FOX, K. A. A.; CARRUTHERS, K. F.; DUNBAR, D. R.; GRAHAM, C.; MANNING, J. R.; RAEDT, H.; BUYSSCHAERT, I.; LAMBRECHTS, D.; WERF, F. V. Underestimated and under-recognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK–Belgian Study). **European Heart Journal**, Londres, v. 31, p. 2755-2764, Aug. 2010. Disponível em: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2010/08/26/eurheartj.ehq326.full.pdf+html>>. Acesso em: 13 fev. 2012.

FOX, K. A. A.; COKKINOS, D. V.; DECKERS, J.; KEIL, U.; MAGGIANI, A.; STEG, G. The ENACT study: a pan-European survey of acute coronary syndromes. **European Heart Journal**, Londres, v. 21, p. 1440-1449, 2000. Disponível em: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/21/17/1440.full.pdf+html>>. Acesso em: 3 mar. 2012.

FOX, K. A. A.; GOODMAN, S. G.; KLEIN, W.; BRIEGER, D.; STEG, P. G.; DABBOUS, O.; AVEZUM, A. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). **European Heart Journal**, Londres, v. 23, p. 1177–1189, 2002. Disponível em: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/23/15/1177.full.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

GALLANI, M. C.; COLOMBO, R. C.; ALEXANDRE, N. M.; BRESSAN-BIAJONE, A. M. Quality of life in coronary patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 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)**, Larchmont, v. 16, n. 1, p. 93-101, 2007.

GODOY, P. H.; OLIVEIRA, G. M.; SILVA, N. A. S.; KLEIN, C. H. Diferença nas taxas de letalidade e nas principais causas de óbito, entre homens e mulheres, por revascularização miocárdica cirúrgica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 148-153, maio/jun. 2008.

GODOY, P. H.; KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. S.; OLIVEIRA, G. M. M. Hospital case fatality associated with coronary angioplasty in Rio de Janeiro State, Brazil, 1999-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 845-851, abr. 2007.

GODOY, P. H.; KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. S.; OLIVEIRA, G. M. M.; FONSECA, T. M. P. Letalidade na cirurgia de revascularização do miocárdio no Estado do Rio de Janeiro - SIH/SUS - no Período 1999-2003. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 23-29, jan./fev. 2005.

HERLITZ, J.; WIKLUND, I.; SJOLAND, H.; BJORN, W.; KARLSON, B. W.; KARLSSON, T.; HAGLID, M.; HARTFORD, M.; CAIDAHL, K. Relief of symptoms and improvement of health-related quality of life five years after coronary artery bypass graft in women and men. **Clinical Cardiology**, Nova Iorque, v. 24, n. 5, p. 385-392, 2001.

HUEB, W.; SOARES, P. R.; GERSH, B. J.; CESAR, L. A. M.; LUZ, P. L.; PUIG, L. B.; MARTINEZ, E. M.; OLIVEIRA, S. A.; RAMIRES, J. A. F. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease. **Journal of the American College Cardiology**, Nova Iorque, v. 43, n. 10, p. 1743-1751, 2004. Disponível em: <<http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/43/10/1743.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

KAUL, T. K.; FIELDS, B. L.; RIGGINS, S. L.; DACUMOS, G. C.; WYATT, D. A.; JONES, C. R. Coronary artery bypass grafting within 30 days of an acute myocardial infarction. **The Annals of Thoracic Surgery**, Boston, v. 59, p. 1169-1176, 1995.

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**, St. Louis, v. 31, n. 3, p. 207-213, 2002.

KIESSLING, A.; HENRIKSSON, P. Time trends of chest pain symptoms and health related quality of life in coronary artery disease. **Health and Quality of Life Outcomes**, Londres, v. 5, n. 13, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1821316/?tool=pubmed>>. Acesso em: 13 fev. 2012.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; CARATIN, C. V. S. Ischemic heart disease. hospitalization, length of stay and expenses in Brazil from 1993 to 1997. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 74, n. 6, p. 488-492, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2000000600001&script=sci_abstract>. Acesso em: 9 mar. 2012.

LEMO, C.; GOTTSCHALL, C. A. M.; PELLANDA, L. C.; MÜLLER, M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 471-476, out./dez. 2008.

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**, Londres, v. 7, n. 28, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2014769/>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

MANENTI, E. Síndromes coronarianas agudas. **Revista de Medicina da Universidade Católica de Pelotas**, v. 2, n. 2, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2004-1/009sindromes_coronarias.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2012.

MELO, E. M. P.; FERREIRA, L. P. Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 17, n. 6, p. 309-317, 2007. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v17n06a13113088pdf001.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

MESQUITA, E. T.; RIBEIRO, A.; ARAÚJO, M. P.; CAMPOS, L. A. A.; FERNANDES, M. A. F.; COLAFRANCESCHI, A. S.; SILVEIRA, C. G.; NUNES, E.; ROCHA, A. S. C. Indicators of healthcare quality in isolated coronary artery bypass graft surgery performed at a tertiary cardiology center. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 90, n. 5, p.350-354, maio. 2008.

NOBRE, M. R. C. Editorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, jul./ago. 2006.

NOGUEIRA, C. R. S. R.; HUEB, W.; TAKIUTI, M. E.; GIRARDI, P. B. M. A.; NAKANO, T.; FERNANDES, F.; PAULITSCH, F. S.; GÓIS, A. F. T.; LOPES, N. H. M.; STOLF, N. A. Quality of life after on-pump and off-pump coronary artery bypass grafting surgery. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 217-222, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n4/en_06.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2012.

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**, Londres, v. 2, n. 21, 2004. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-2-21.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2012.

OLIVEIRA, T. M. L.; OLIVEIRA, G. M. M.; KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. S.; GODOY, P. H. Mortality and complications of coronary artery bypass grafting in Rio de Janeiro, from 1999 to 2003. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 3, p. 303-312, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/en_aop08610.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

OPIE, L. H.; COMMERFORD, P. J.; GERSH, B. J.; PFEFFER, M. A. Controversies in ventricular remodelling. **Lancet**, Londres, v. 367, n. 9507, p. 356-367, Jan. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Rede Interagencial de Informação Para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2012.

PEIXOTO, D. S.; TANAJURA, L. F. L.; SOUSA, A. G. M. R.; CENTEMERO, M. P.; CHAVES, A. J. C.; MAIA, J. P.; FONSECA, A. G. T.; MATTOS, L. A. P.; FERES, F.; SOUSA, J. E. M. R. Unstable angina patients treated with percutaneous coronary intervention in the new millennium: what characterizes them? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 24-27, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n1/en_a04v88n1.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2012.

PESARO, A. E.; SERRANO Jr., C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio – Síndrome Coronariana Aguda com supradesnívelamento do segmento ST. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 214-220, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

PIEGAS, L. S. III Guidelines on the treatment of myocardial acute infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, p. 3-86, 2004. Supplement 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002200001>. Acesso em: 8 jan. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of Nursing Research: appraising evidence for nursing practice**. 7. ed. Philadelphia: Walters Kluwer Health, 2010.

QUADROS, A. S.; SOUZA, E. N.; MAESTRI, R.; ALBARRAN, C.; GOTTSCHALL, C. A. M.; SARMENTO-LEITE, R. Avaliação do Estado de Saúde pelo Questionário de Angina de Seattle em Pacientes com Síndrome Coronária Aguda. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 65 -71, mar. 2011. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=533>. Acesso em: 22 fev. 2012.

REIS, A. F.; SALIS, L. H. A.; MACRINI, J. R. L.; DIAS, A. M. C.; CHILINQUE, M. G. L.; SAUD, C. G. M.; LEITE, R. F.; FARIA, C. A. C.; PEDREIRA, C. E.; SILVA, N. A. S. Síndrome Coronariana Aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói (RJ). **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 360-371, set./out. 2007. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art06.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

ROGER, V. L.; GO, A. S.; LLOYD-JONES, D. M.; BENJAMIN, E. J.; BERRY, J. D.; BORDEN, W. B.; BRAVATA, D. M.; DAI, S.; FORD, E. S.; FOX, C. S.; FULLERTON, H. J.; GILLESPIE, C.; HAILPERN, S. M.; HEIT, J. A.; HOWARD, V. J.; KISSELA, B. M.; KITTNER, S. J.; LACKLAND, D. T.; LICHTMAN, J.H.; LISABETH, L.D.; MAKUC, D. M.; MARCUS, G. M.; MARELLI, A.; MATCHAR, D. B.; MOY, C. S.; MOZAFFARIAN, D.; MUSSOLINO, M. E.; NICHOL, G.; PAYNTER, N. P.; SOLIMAN, E. Z.; SORLIE, P. D.; SOTOODEHNIA, N.; TURAN, T. N.; VIRANI, S. S.; WONG, N. D.; WOO, D.; TURNER, M. B. Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 125, p. e2-e220, 2012. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2.extract>>. Acesso em: 7 jan. 2012.

ROSAMOND, W.; FLEGAL, K.; FURIE, K.; GO, A.; GREENLUND, K.; HAASE, N.; HAILPERN, S. M.; HO, M.; HOWARD, V.; KISSELA, B.; KITTNER, 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**, Dallas, v. 117, n. 4, p. e25-146, 2008. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/117/4/e25.full.pdf+html>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

SANT'ANNA, F. M.; ALVAREZ, F. S.; BRUNO, R. V.; BRITO, M. B.; MENEZES, S.; CORREA FILHO, W. B.; BARROZO, C. A. M.; SILVEIRA, S. L. C. Desfechos Hospitalares em Pacientes Submetidos a Intervenção Coronária Percutânea na Vigência de Síndromes Coronárias Agudas Atendidos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) – Resultados de um Centro de Cardiologia Terciário. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 30-36, 2010.

SANTOS, E. S. **Escore de risco Dante Pazzanese para Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST**. 2008. 144 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

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**, São Paulo, v. 87, n. 5, p. 544-549, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n5/en_07.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2012.

SJOLAND, H.; WIKLUND, I.; CAIDAHN, 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**, Oxford, v. 245, n. 5, p. 445-454, 1999.

SOARES, J. S.; PENA, F. M.; PIRES Jr., H. R.; CHAVES, A. P. M.; INÁCIO, B. O.; BARCELOS, A. F.; ALMEIDA, A. F.; RITA, C. K. S.; LINHARES, D. M. A.; SCUDINO, F. Análise do Tratamento da Síndrome Aguda em Centro Cardiológico do Norte Fluminense. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 230-234, maio/jun. 2009.

SOTO, M.; FAILDE, I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, Madrid, v. 11, n. 8, dic. 2004. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/revision2.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

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**, Oxford, v. 14, n. 3, p. 759-768, 2005.

SOUSA, A. G. M. R.; MATTOS, L. A. P.; CAMPOS NETO, C. M.; CARVALHO, H. G.; STELLA, F. P.; NUNES, G. Intervenções percutâneas para revascularização do miocárdio no Brasil em 1996 e 1997 comparadas às do biênio 1992 e 1993. Relatório do Registro CENIC (Central Nacional de Intervenções Cardiovasculares). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 423-430, jun. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v70n6/3319.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

SOUZA, D. S. R.; GOMES, W. J. The future of saphenous vein graft for coronary artery bypass surgery. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 23, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v23n3/en_v23n3a02.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2012.

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**, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 229-235, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001600008&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 27 fev. 2012.

SOUZA, M. F. M.; TIMERMAN, A.; SERRANO Jr., C. V.; SANTOS, R. D.; MANSUR, A. P. Tendências do risco de morte por doenças circulatórias nas cinco Regiões do Brasil no período de 1979 a 1996. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, n. 6, p. 562-568, 2001. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7706/7706007.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SPOSITO, A. C. ; CARAMELLI, B.; FONSECA, F. A. H.; BERTOLAMI, M. C. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 4, p. e89-e131, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000700002&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jan. 2012.

STAFFORD, L.; BERK, M.; REDDY, P.; JACKSON, H. J. Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 62, p. 401-410, 2007.

TEICH, V.; ARAÚJO, D. V. Estimativa de custo da síndrome coronariana aguda no Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 85-94, mar./abr. 2011. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_02/a_2011_v24_n02_02_estimativa.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2012.

ULVIK, B.; NYGARD, O.; HANESTAD, B. R.; WENTZEL-LARSEN, T.; WAHL, A. K. Associations between disease severity, coping and dimensions of health-related quality of life in patients admitted for elective coronary angiography - a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, Londres, v. 6, n. 38, 2008. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-6-38.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2012.

VACARINO, V.; PARSONS, L.; EVERY, N. R.; BARRON, H. V.; KRUMHOLZ, H. M. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 341, p. 217-225, 1999. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199907223410401>>. Acesso em: 3 nov. 2011.

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**, Londres, v. 2, n. 56, 2004. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/2/1/56>>. Acesso em: 25 mar. 2011.

VILLELA, P. B.; SANTOS, V. F.; PIMENTA, L. V. W. A.; FIGUEROA, J. D. L. P.; CARVALHO, D. R. M.; OLIVEIRA, G. M. M.; ALENCAR, A. T.; KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. S. Estratégias invasiva ou não-invasiva e associação com eventos clinicamente relevantes no seguimento pós-alta de pacientes internados com síndrome coronariana aguda. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 154-159, maio/jun. 2008.

WEINTRAUB, W. S.; SPERTUS, J. A.; KOLM, P.; MARON, D. J.; ZHANG, Z.; JURKOVITZ, C.; ZHANG, W.; HARTIGAN, P. M.; LEWIS, C.; VELEDAR, E.; BOWEN, J.; DUNBAR, S. B.; DEATON, C.; KAUFMAN, S.; O'ROURKE, R. A.; GOEREE, R.; BARNETT, P. G.; TEO, K. K.; BODEN, W. E. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 359, n. 7, p. 677-687, 2008. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa072771#t=article>>. Acesso em: 7 jan. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html>. Acesso em: 6 jan. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The global burden of disease: 2004 update 2008**. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html>. Acesso em: 6 jan. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2009**. 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2012.

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**, Dallas, v. 118, n. 5, p. 491-497, 2008.

APÊNDICE
Versão final do instrumento de caracterização clínica

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Número de identificação (ID): _____

Registro HCFMRP-USP: _____

Data da coleta no prontuário: ____/____/____

I. Dados para caracterização sócio-demográfica

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

I.b - Sexo: () 1. feminino () 2. masculino

I.c - Classificação do paciente na entrevista de Dessotte (2010): () IAM () AI

II – Dados para caracterização clínica

REFERENTE À PRIMEIRA INTERNAÇÃO

II.a - Período de internação: ____/____/____ a ____/____/____

II.b - Presença de intercorrências durante esta internação:

() complicações. Quais:

II.c () Mudança na classificação do paciente na entrevista de Dessotte (2010).

() não

() sim. Especificar: () de AI para IAM

() de IAM para AI

() outros. Especificar:

Data do novo diagnóstico: ____/____/____

II.d - Procedimentos submetidos na primeira internação por SCA:

Instalação de MP: () sim () não

Data: ____/____/____ Motivo: _____

Revascularização do miocárdio: () sim () não

() 1. intervenção coronária percutânea (ICP). Data: ____ / ____ / ____

() 2. trombólise química / medicamento utilizado: _____ Data: ____ / ____ / ____

() 3. cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM). Data: ____ / ____ / ____

II.e - Desfecho da alta:

() Seguimento ambulatorial na Cardiologia

() Seguimento ambulatorial em outra especialidade no HCFMRP-USP

() Óbito

() Encaminhamento para outro serviço

III - Evolução da SCA nos dois primeiros anos após a primeira internação

REFERENTE AO SEGUIMENTO APÓS A ALTA DA PRIMEIRA INTERNAÇÃO

III.a - Datas e locais dos retornos ambulatoriais no HCFMRP-USP

____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

Total de número de retornos no Ambulatório da Cardiologia do HCFMRP-USP: _____

III.b - Data do último atendimento no HCFMRP-USP (considerando dois anos após a data da internação): ____ / ____ / ____

III.c - Local do último atendimento no HCFMRP-USP:

() ambulatório de Cardiologia.

- () outro ambulatório. Especificar:
- () internação nas enfermarias de Cardiologia
- () internação nas enfermarias de outras especialidades. Especificar:
- () atendimento de urgência na Unidade de Emergência (Cardiologia)

III.d - Procedimentos submetidos nos dois primeiros anos após a internação inicial:

Instalação de MP: () sim () não

Data: ___/___/___ Motivo: _____

Revascularização do miocárdio: () sim () não

() 1. intervenção coronária percutânea (ICP). Data: ___/___/___

() 2. trombólise química / medicamento utilizado: _____ Data: ___/___/___

() 3. cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM). Data: ___/___/___

III.e – Re-internações nos dois primeiros anos após a internação inicial

Data: ___/___/___ a ___/___/___

Motivo: _____

Desfecho: _____

Data: ___/___/___ a ___/___/___

Motivo: _____

Desfecho: _____

Data: ___/___/___ a ___/___/___

Motivo: _____

Desfecho: _____

Data: ___/___/___ a ___/___/___

Motivo: _____

Desfecho: _____

III.f – Desfecho ao término dos dois primeiros anos após a internação inicial

- () Seguimento ambulatorial no HCFMRP-USP
- () Óbito. Data: ____/____/____ Causa:
- () Encaminhamento para outro serviço. Especificar:
Data: ____/____/____
- () Abandono/interrupção do seguimento/sem informações no prontuário

ANEXO

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ribeirão Preto, 18 de agosto de 2010

Ofício nº 2771/2010
CEP/SPC**Prezadas Senhoras,**

O trabalho intitulado **“AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE CORONARIOPATAS APÓS O PRIMEIRO EVENTO CARDÍACO”** foi analisado “AD REFERENDUM” pelo Comitê de Ética em Pesquisa e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 6351/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

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

Ilustríssimas Senhoras
GISLAINE PINN GIL
PROF^ª DR^ª ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP