

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DAYANNA MACHADO LEMOS

Gatilho da Dor em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda

Porto Alegre

2011

DAYANNA MACHADO LEMOS

Gatilho da Dor em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^a Dr^a Eneida Rejane Rabelo da Silva

Porto Alegre

2011

*Dedico esta conquista
àquela que foi a primeira a
ensinar-me a nobreza do
cuidado humano: minha mãe
(in memoriam).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por todas as oportunidades.

À minha irmã Simone, pelo apoio, companhia e amor incondicional, por ser sempre o meu “porto seguro”. Ao meu pai, Roni, pelo estímulo e todo carinho. À vó Zilmar, tia Sandra, irmã Patrícia e sobrinha Mariana, pela compreensão nos momentos em que estive ausente.

Agradeço às minhas colegas e, principalmente, amigas Andréia Specht, Agnes Neutzling, Cristina Bosquerolli, Priscila Ledur e Luísa Martinato que me confortaram e estimularam nos mais diversos momentos e por compartilharem comigo cada passo desta caminhada.

Às enfermeiras Ana Paula Wunder, Karina Azzolin, Graziella Aliti e Viviane Bernardi, pelos ensinamentos, conselhos e por serem exemplos de profissionais aos quais admiro. À enfermeira Cátia Teixeira, pela fundamental contribuição neste trabalho.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Eneida Rabelo, pela contribuição em minha formação acadêmica e profissional. Às professoras Lurdes Busin, Denise Tolfo, Mariur Beghetto e Débora Vieira, docentes dedicadas que marcaram minha vida acadêmica.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Escola de Enfermagem da UFRGS e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo ensino público e de qualidade.

*“A mente que se abre para
uma nova idéia, jamais
voltará ao tamanho original.”
(Albert Einstein)*

RESUMO

Introdução: A ocorrência da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) depende de dois conjuntos de elementos: a placa aterosclerótica vulnerável e eventos ou gatilhos desencadeadores que levam a alterações desta placa. O principal sintoma desse evento é a dor torácica, nem sempre identificada pelo paciente como sendo de origem cardíaca. Existem vários fatores já confirmados como gatilhos desencadeadores e outros que ainda precisam ser demonstrados. No Brasil, há poucos estudos que investigaram estes gatilhos. **Objetivo:** Identificar o gatilho da dor em pacientes com o diagnóstico de SCA; verificar a frequência do reconhecimento da dor pelos pacientes como um evento cardíaco. **Métodos:** Estudo transversal com banco de dados secundário que incluiu 148 pacientes com diagnóstico de SCA, maiores de 18 anos, internados em unidades de emergência ou terapia intensiva de dois hospitais do sul do Brasil. Foram selecionados aqueles que apresentavam a variável gatilho da dor, resultando em uma amostra de 105 pacientes. **Resultados:** 63 (60%) pacientes eram do sexo masculino, idade $61,5 \pm 12$ anos. Quando questionados sobre o gatilho da dor, 47 (45%) apresentaram os sintomas em repouso, 20 (19%) estavam dormindo, 19 (18%) praticavam exercício físico, 10 (9,5%) encontravam-se em alguma situação de estresse e 9 (9%) em outra atividade. Nenhum dos entrevistados referiu atividade sexual como gatilho; 67 (64%) dos pacientes reconheceram os sintomas como sendo um evento cardíaco, destes, a maioria já havia sofrido infarto prévio ($P=0,021$). **Conclusão:** A maioria dos pacientes reconheceu os sintomas como de origem cardíaca e estava em repouso quando estes iniciaram. O reconhecimento dos sintomas foi significativamente maior entre aqueles com infarto prévio.

Descritores: Síndrome coronariana aguda. Gatilho da dor. Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
3 PACIENTES E MÉTODOS.....	12
3.1 Tipo de estudo.....	12
3.2 Local.....	12
3.3 População e amostra.....	12
3.4 Coleta de dados.....	13
3.5 Análise dos dados.....	13
3.6 Aspectos éticos.....	13
4 RESULTADOS.....	15
4.1 Características sócio-demográficas e clínicas.....	15
4.2 Gatilho da dor.....	16
4.3 Ocorrência dos sintomas.....	17
4.4 Reconhecimento dos sintomas.....	18
5 DISCUSSÃO.....	19
5.1 Limitações do estudo.....	22
6 CONCLUSÕES.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE A – Ficha clínica.....	26
APÊNDICE B – Autorização para utilização de dados.....	27

ANEXO I – Carta de aprovação COMPESQ EENF.....	28
ANEXO II – TCLE.....	29

1 INTRODUÇÃO

Atualmente as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar das causas de morte entre os brasileiros, com taxas de mortalidade em torno de 31,8% no ano de 2008. No Rio Grande do Sul, essa é a causa de cerca de 13% das internações hospitalares (BRASIL, 2009).

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) pode ser definida como a ruptura de uma placa aterosclerótica instável com a possibilidade de formação de trombos, embolização ou obstrução coronária. Nos casos de oclusão total da coronária, há um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnível do segmento ST. Nos pacientes em que a oclusão do vaso é parcial, pode ocorrer um IAM sem supradesnível do segmento ST, também denominado Angina Instável (PESARO; SERRANO; NICOLAU, 2004).

No IAM o manejo baseia-se em diagnóstico rápido, desobstrução imediata da coronária afetada e manutenção do fluxo sanguíneo ideal, que estão diretamente ligados ao prognóstico do paciente e devem ser realizadas o quanto antes a fim de minimizar a lesão do miocárdio e aumentar a sobrevida (PESARO; SERRANO; NICOLAU, 2004). Estudo revela que os pacientes com SCA sem supradesnível de ST de alto risco, quando tratados precocemente apresentaram mortalidade hospitalar significativamente menor (CAMPOS *et al*, 2007). Além disso, Pesaro *et al* (2008) mostra que a terapia trombolítica realizada preferencialmente nas primeiras três horas após o início dos sintomas de IAM com supradesnível de ST, pode determinar uma redução da mortalidade em até 50%.

Perkins-Porras *et al* (2008) em pesquisa realizada em quatro hospitais de Londres buscando identificar os fatores associados à demora do paciente para o início do tratamento, obteve duas categorias: tempo de decisão do paciente e atraso domicílio-hospital.

No Rio Grande do Sul em investigação sobre os fatores que determinam o retardo para o início da terapêutica trombolítica, Muller *et al* (2008) indica que há demora para contatar o serviço de emergência, para transportar o paciente, bem como na admissão, avaliação e preparação da droga no ambiente intra-hospitalar.

Neste contexto, Franco *et al* (2008) com o objetivo de identificar os fatores que interferem na procura por serviços de emergência, corrobora com dados

indicativos de que a automedicação, as condições de transporte e a falta de reconhecimento dos sinais e sintomas pela negação em aceitar o IAM são algumas das causas da demora. Outro estudo conduzido com pacientes admitidos em dois hospitais na região metropolitana de Porto Alegre, um destes geral, público e universitário e outro geral e privado, revelou que fatores como reconhecimento dos sintomas como de origem cardíaca, escolaridade acima de oito anos, ser fumante e experimentar SCA com supradesnível de ST estavam relacionados a uma menor demora pré-hospitalar (TEIXEIRA, 2009).

Somados a estes fatores, há ainda determinados tipos de atividade, estímulo externo ou estado emocional que produzem uma pequena variação fisiológica com a possibilidade de desencadear o início de um evento cardiovascular grave e que podem também estar associados ao reconhecimento do IAM. Isto é denominado na literatura como “gatilho da dor”.

Não há um consenso sobre quanto tempo antes do aparecimento dos sintomas deve ser considerado a fim de se identificar um gatilho. Estudos têm avaliado as atividades no período que varia de alguns minutos a 24 horas antes do início da SCA. Mais recentemente, a atenção centrou-se no período de uma a duas horas antes do início dos sintomas (STRIKE; STEPTOE, 2005).

Acredita-se que os fatores psicossociais implicados, tanto na aterosclerose quando na doença arterial coronariana incluem baixo nível socioeconômico, exposição ao estresse crônico e aspectos do ambiente social. Além disso, fatores emocionais, incluindo depressão, ansiedade, raiva e hostilidade também podem trazer a instabilidade da doença arterial coronariana, e tornarem-se gatilhos do evento cardíaco (STEPTOE; BRYDON, 2009).

Pesquisas revelaram que um gatilho pode ser identificado em cerca de 48 a 67% dos pacientes com SCA. O estresse emocional, tanto em casa como no ambiente de trabalho foi o principal fator relacionado, seguido de insônia, residir em locais de clima frio e úmido e alimentação em excesso (STRIKE; STEPTOE, 2005).

Em estudo clínico que buscou avaliar a ocorrência de gatilhos relacionados a exercício físico ou raiva, uma parcela dos pacientes investigados referiu exercício físico vigoroso entre uma e 24 horas antes do início dos sintomas. Foi revelado também que parte dos entrevistados vivenciaram situações de discussões nas duas horas que antecederam o IAM (STRIKE *et al*, 2006).

Em estudo realizado nos Estados Unidos com o objetivo de fornecer dados sobre a atividade sexual como gatilho de eventos cardíacos, Muller (2000) identificou que esta foi uma forma significativa de atividade que desencadeou o IAM. No entanto, devem ser considerados outros fatores associados.

Evidências sugerem que processos inflamatórios também desempenham um papel importante na patogênese da doença arterial coronariana e eventos cardiovasculares. Acredita-se que os fatores fisiológicos envolvidos neste processo possam promover a desestabilização da placa aterosclerótica, dando início ao evento cardiovascular agudo (SIMS *et al*, 2005).

Os estudos citados acima apontam os diversos fatores relacionados ao IAM. No entanto, poucos estudos no Brasil investigaram os gatilhos relacionados à ocorrência de um evento como SCA e qual a relação desses com a identificação do IAM por parte do paciente.

A partir do conhecimento sobre os gatilhos que desencadeiam a síndrome que mais ocorrem na população atendida, bem como do reconhecimento dessa pelos pacientes, torna-se viável o desenvolvimento de ações educativas voltadas para os pacientes e para a equipe multiprofissional, no sentido de agilizar o atendimento quando em ambiente intra-hospitalar. Franco *et al* (2008) indica que a atuação do enfermeiro na promoção da saúde neste contexto deve se focar na conscientização dos sinais e sintomas cardiovasculares e na valorização da busca pelos serviços de saúde especializados.

2 OBJETIVOS

Identificar o gatilho da dor em pacientes com o diagnóstico de SCA; verificar a frequência do reconhecimento da dor pelos pacientes como um evento cardíaco.

3 PACIENTES E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal histórico realizado em banco de dados secundários. Portanto, trata-se de um subprojeto do estudo *Impacto do reconhecimento precoce dos sinais e dos sintomas de síndrome coronariana aguda no tempo de procura por atendimento de emergência*.

Em estudos transversais, as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo e geralmente fornecem informações sobre a prevalência da doença ou condição clínica (HULLEY *et al*, 2008).

3.2 Local

Unidades de emergência e terapia intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Hospital Moinhos de Vento (HMV).

3.3 População e amostra

Banco de dados pré-existente que incluiu 148 pacientes com diagnóstico de SCA internados e que aceitaram participar do estudo. Foram selecionados aqueles que apresentavam a variável gatilho da dor, resultando em uma amostra de 105 pacientes. Para a seleção dos pacientes do estudo primário excluíram-se aqueles em condições clinicamente instáveis (choque cardiogênico, arritmias ou com angina recorrente), com déficit cognitivo ou neurológico, e que não concordaram em participar do estudo.

Para o cálculo da amostra admitiu-se que em 50% dos pacientes com SCA é possível identificar um gatilho. Assumiu-se margem de erro de 10 pontos

percentuais e nível de confiança de 95%, sendo estimada uma amostra de 97 participantes. Foram analisados todos os pacientes que possuíam a variável gatilho da dor, totalizando 105 pacientes.

3.4 Coleta dos dados

Os dados disponíveis foram coletados no período de janeiro de 2006 a setembro de 2008. Foram selecionadas as variáveis relativas à identificação do gatilho da dor e ao reconhecimento dos sintomas como cardíacos, além daquelas que dizem respeito às características clínicas e sociodemográficas dos pacientes que compõe a amostra, conforme ficha clínica (Apêndice A).

3.5 Análise dos dados

Os dados foram inseridos em planilha de excel e analisados por meio de estatística descritiva no programa Statistical Package for Social Sciences versão 18.0. Para as variáveis contínuas foi utilizado média e desvio padrão ou mediana e percentis. As variáveis categóricas são apresentadas com números absolutos e frequências relativas. Para avaliar a relação entre o gatilho da dor com demais variáveis foi utilizado teste qui-quadrado. Foram considerados resultados estatisticamente significativos aqueles com $P < 0,05$.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi elaborado em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução número 196 de 1996. O presente

estudo foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo aprovado sob número 34/2010 (Anexo I). A coleta dos dados pelo estudo pré-existente foi devidamente aprovada pelos comitês de ética em pesquisa do HCPA e do HNV, sob os números 05-540 e 2006/2, respectivamente. Foi obtida autorização formal da pesquisadora para utilização dos dados, conforme Apêndice B. Os pacientes incluídos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando a participação voluntária, a possibilidade de desistência a qualquer momento, a preservação do anonimato e a confidencialidade das informações, de acordo com o Anexo II. Todos os estudos utilizados foram citados e referenciados de acordo com as normas.

4 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados deste estudo.

4.1 Características sócio-demográficas e clínicas

Foram incluídos 105 pacientes com idade média de $61,5 \pm 12$ anos, 63 (60%) do sexo masculino, 92 (88%) de cor branca e 75 (71%) casados. A média do tempo de estudo 8 (4-11) anos e status profissional de maioria ativos 55 (52%). No que se refere à presença de comorbidades, a maioria 73 (69,5%) apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica e a média do índice de massa corpórea 28 ± 5 , o que indica sobrepeso grau I. Todas as características sócio- demográficas e clínicas pesquisadas encontram-se na Tabela.

Tabela – Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. Porto Alegre, 2006-2008.

Características	n (%)
Idade, anos*	$61,5 \pm 12$
Sexo, masculino	63 (60)
Cor, branca	92 (88)
Índice de Massa Corporal*	28 ± 5
Estado civil, casados	75 (71)
Tempo de estudo, anos†	8 (4–11)
Status profissional, ativos	55 (52)
Comorbidades	
Hipertensão Arterial Sistêmica	73 (69,5)
História familiar de Doença Coronariana Aguda	40 (38)
Dislipidemia	35 (33)

Doença Arterial Coronariana	34 (32)
Infarto Agudo do Miocárdio prévio	34 (32)
Tabagismo	32 (30,5)
Diabete	29 (28)
Angioplastia Coronária Transcutânea	27 (26)
Obesidade	24 (23)
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio	11 (10,5)
Acidente Vascular Cerebral	6 (6)

*Médias \pm desvio padrão; Variáveis categóricas são expressas como n (%); †Mediana e percentis

4.2 Gatilho da dor

Quando questionados sobre o gatilho da dor, a maioria dos entrevistados apresentou o início dos sintomas em repouso, seguido daqueles que estavam dormindo, praticavam exercício físico, encontravam-se em alguma situação de estresse ou em outra atividade. Nenhum dos entrevistados referiu atividade sexual como gatilho. A frequência da ocorrência de cada gatilho é apresentada na Figura 1.

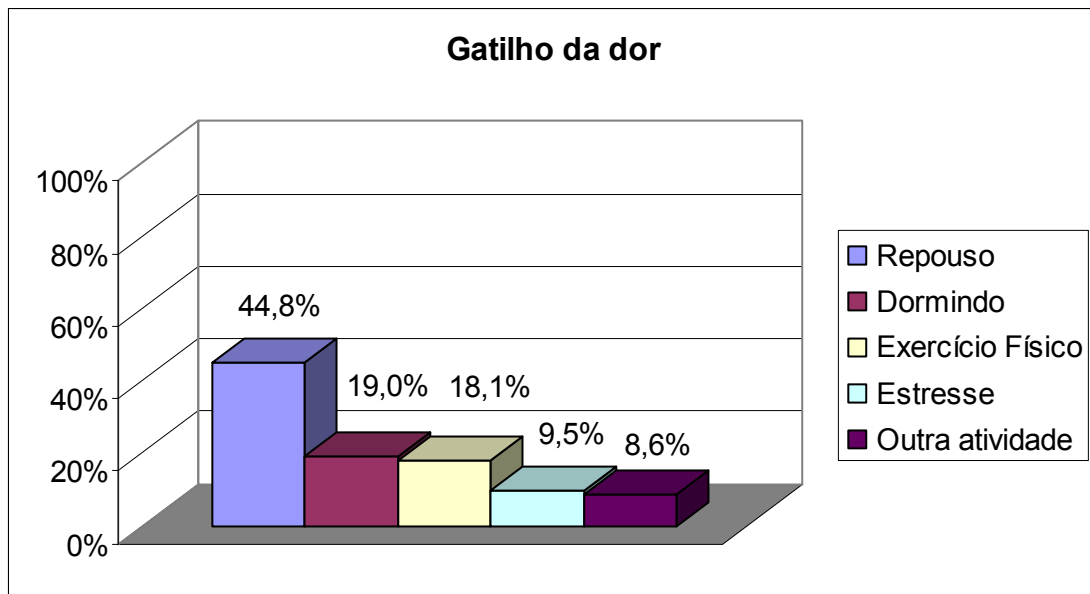


Figura 1 – Gatilho da dor nos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. Porto Alegre, 2006-2008.

Não houve diferença significativa dos gatilhos quanto ao sexo do paciente e o gatilho da dor ($P=0,73$). Também não foi identificada relação entre idade e o gatilho da dor apresentado pelos pacientes.

4.3 Ocorrência dos sintomas

A maioria dos pacientes referiu a ocorrência de dor torácica como sintoma, seguido daqueles que experimentaram náuseas, suor frio, falta de ar e vômitos, conforme Figura 2.

A hora de início da dor foi maior no período entre 6h e 11h59min (31%), seguido dos pacientes em que ocorreu entre 12h e 17h59min (27%), entre 18h e 23h59min (25%) e entre 0h e 5h59min (17%).

Em uma análise da relação entre o gatilho e a hora de início da dor dividida em 4 turnos (0h-5h59min, 6h-11h59min, 12h-17h59min e 18h-23h59min), observou-se uma distribuição dentro do esperado na maioria deles. No entanto, houve maior

freqüência nos pacientes que se encontravam dormindo e no horário das 0h-5h59min, tendo ocorrido em 8 (44%) dos pesquisados.

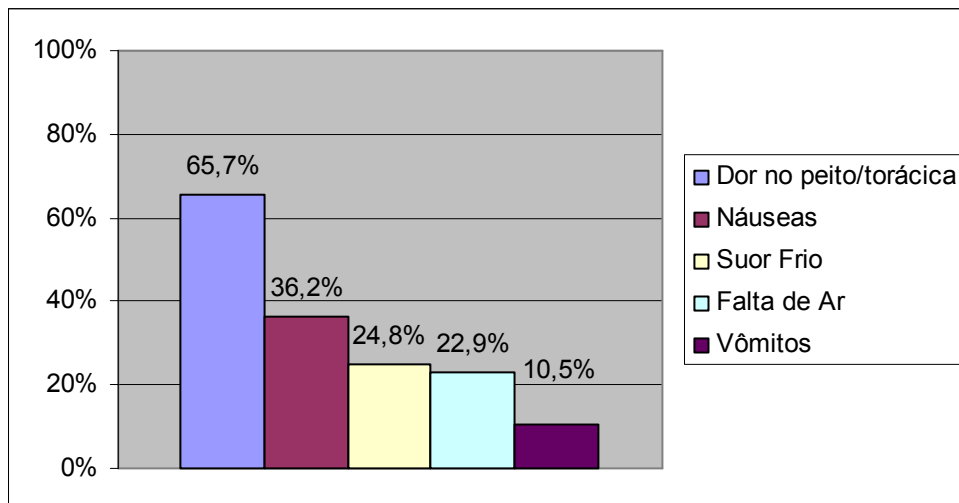


Figura 2 – Ocorrência de sintomas em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. Porto Alegre, 2006-2008.

4.4 Reconhecimento dos sintomas

Quando questionados sobre o reconhecimento dos sintomas como um evento cardíaco 67 (64%) dos pacientes identificaram esta relação. Não houve diferença entre aqueles que reconheceram ou não os sintomas quanto ao sexo ($P=0,45$), idade ($P=0,58$) ou anos de estudo ($P=0,62$).

Dos pacientes que reconheceram os sintomas como um evento cardíaco, a maioria (79%) já haviam apresentado IAM prévio ($P=0,021$).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivos identificar o gatilho da dor em pacientes com o diagnóstico de SCA e verificar a frequência do reconhecimento da dor pelos pacientes como um evento cardíaco. Foi identificado o repouso como principal gatilho nos pacientes pesquisados, seguido daqueles que estavam dormindo, em exercício físico, situações de estresse ou outras atividades. A maior parte dos pacientes apresentou início da dor nas primeiras 6h da manhã, diminuindo gradualmente a sua incidência ao longo dos demais turnos do dia. A maioria também identificou os sintomas como um evento cardíaco.

Analisando o repouso como principal gatilho na população estudada, torna-se necessário considerar que em mais de 30% dos indivíduos a Doença Arterial Coronariana e/ou IAM prévio estavam entre as comorbidades. Em estudo com 160 pacientes questionados sobre hábitos de vida após hospitalização por SCA, 62% dos pacientes se viam como “doentes do coração”, tendo a qualidade de vida diminuída em 44% deles, o que pode impactar diretamente na funcionalidade (YUVAL; HALON; LEWIS, 2007).

Considerando o fato de a maioria dos pacientes encontrar-se em repouso no momento em que os sintomas iniciaram, existe a possibilidade de isto estar relacionado a limitações apresentadas pelos pacientes pesquisados, tendo-se em vista as comorbidades que apresentam. Acredita-se que em pacientes cardiopatas mais graves, atividades que exijam maiores esforços sejam evitadas. Assim, tornam-se necessárias análises que considerem a gravidade do paciente, seu estilo de vida e as limitações decorrentes da doença.

Quanto ao sono como segundo gatilho mais freqüente, em estudo onde 162 pacientes identificaram alguma atividade como gatilho, a privação do sono foi apontada em até 27,7% deles. Este seria um fator que aumenta a atividade simpática e reduz o tônus vagal, dando início a uma resposta fisiológica associada ao dano cardíaco (SINGH *et al*, 2004). Além disso, sugere-se uma possível relação entre os distúrbios respiratórios do sono e o início da SCA no período das 24h até o amanhecer (ISHIBASHI *et al*, 2009). Este dado é pertinente de ser discutido, sendo

relevante verificar a presença ou ausência de distúrbios do sono, como insônia ou distúrbios respiratórios.

Contrariando os resultados encontrados no que diz respeito aos gatilhos atividade física e estresse, um estudo de caso-controle indica que o estresse ou a raiva ocorreu em diversos grupos pesquisados, porém, o efeito foi menos pronunciado em pacientes que estavam mais acostumados com explosões de raiva. Este estudo também aponta que o padrão de comportamento dos indivíduos pesquisados deve ser considerado. Em contrapartida, um padrão de comportamento hostil a longo prazo também pode aumentar o risco de IAM (MÖLLER et al, 1999).

Em relação à atividade física, Hallqvist *et al* (2000) acredita que o risco de desencadear o início da SCA durante a atividade física pode ser alterado pela aptidão física, sendo maior entre os indivíduos sedentários.

Diferentes estudos internacionais indicam a ocorrência de estresse ou perturbações emocionais até 24 horas antes do IAM como gatilho em até 52% dos casos. Em revisão de literatura, Strike e Steptoe (2005) indicam que os gatilhos mais comuns são atividades física intensa, discussões em casa ou no trabalho e estresse mental não usual.

Em estudo de caso-controle, Strike *et al* (2006) verificou que até 10% dos pacientes com SCA referiram atividade física intensa como jardinagem pesada, esforço durante mudança de domicílio ou exercícios em academia na hora que antecedeu o início dos sintomas. O mesmo estudo identificou que até 17,4% dos pacientes haviam experimentado situações estressantes como discussões ou conflitos familiares nas duas horas anteriores.

Evidências crescentes sugerem que a depressão, ansiedade e hostilidade ou raiva podem ser fatores para a ocorrência da SCA. Porém, o uso de informações emocionais ou comportamentais para identificar o alto risco para o início da SCA ainda não é adequado, mais pesquisas são necessárias (DAVIDSON, 2008).

No presente estudo, nenhum entrevistado referiu atividade sexual como gatilho da dor. Considera-se que há um risco basal para a ocorrência de IAM em todos os indivíduos, que deve ser avaliado quando comparado a um possível aumento de risco pós atividade sexual. Tem-se que o risco do evento ocorrer até duas horas após o sexo seria 2,5 vezes maior do que o basal. No entanto, este seria um aumento absoluto de risco extremamente pequeno, tendo em vista o limitado período de exposição de cada indivíduo (KIMMEL, 2000).

Outros fatores ainda são apontados como possíveis causas desencadeadoras da SCA, como comer em excesso, viver em clima frio e úmido, infecções respiratórias, uso de drogas ou luto, (STRIKE; STEPTOE, 2005; TOFLER; MULLER, 2006), os quais não foram abordados na coleta de dados.

Em revisão integrativa de literatura, Cohen *et al* (1997) constatou que um a cada 11 IAM ocorrem no período do início da manhã. Considera-se que a hora de início dos sintomas do IAM obedeça a um ritmo circadiano de ocorrência, apontando as alterações hemodinâmicas e a reatividade fisiológica em resposta a estressores externos como as causas principais. Esse dado corrobora com os resultados encontrados quanto à hora de início da dor no presente estudo.

Quanto ao reconhecimento dos sintomas, comparando-se o resultado com outros estudos é possível constatar índices maiores que o esperado. Em investigação conduzida por Perkins-Porras (2008), apenas um quarto dos 228 pacientes pesquisados identificaram o evento cardíaco. Um estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul verificou que quando questionados sobre a decisão em procurar um serviço de emergência, apenas 32,1% dos pacientes o fizeram devido ao reconhecimento dos sintomas como relacionados a problemas cardíacos (FRANCO *et al*, 2008).

Mesmo a população analisada demonstrando maiores índices de reconhecimento do que a literatura indica, há ainda a necessidade de atuação da enfermagem no que diz respeito à educação em saúde da população. Orientações educativas e preventivas, de forma que os usuários reconheçam os sintomas e estejam informados sobre a forma de agir são necessários a fim de reduzir a demora na procura pelo serviço de saúde e assim, viabilizar melhores prognósticos.

5.1 Limitações do estudo

Este estudo teve como limitação a utilização de banco de dados secundários, o que impossibilitou a especificação de dados já coletados, como a ocorrência dos gatilhos e uso de drogas, presença de infecções, alimentação excessiva, entre outros citados na literatura. Além disso, não foi viável explorar a possível relação entre os níveis de atividade física realizada pelos pesquisados como gatilho.

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que na população estudada, o repouso foi identificado como principal atividade realizada no momento em que os sintomas da SCA iniciaram, seguido daqueles pacientes que estavam dormindo, em exercício físico, em situações de estresse e em outras atividades. Nenhum dos entrevistados referiu atividade sexual como gatilho.

A maioria dos pacientes entrevistados reconheceu os sintomas como de origem cardíaca, sendo este significativamente maior entre aqueles com infarto prévio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupo de causas. In: BRASIL. **DATASUS**: Cadernos de Informação de Saúde. Brasília: 2009.

CAMPOS, Carlos Augusto Homem de Magalhães *et al.* Síndrome coronária aguda sem supradesnível de ST de alto risco: a mortalidade intra-hospitalar é proporcional a retardo para a intervenção. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**. v.15, n.3, p.244-248, 2007.

COHEN, Mylan C. *et al.* Meta-Analysis of the Morning Excess of Acute Myocardial Infarction and Sudden Cardiac Death. **The American Journal of Cardiology**. v.49, n.1, p.1512-1515, 1997.

DAVIDSON, Karina W. Emotional predictors and behavioral triggers of acute coronary syndrome. **Cleveland Clinic journal of Medicine**. v.75 (suppl 2), S15-S19, 2008.

FRANCO, Betina *et al.* Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.16, n.3, p.414-418, 2008.

HALLQVIST, Johan *et al.* Does Heavy Physical Exertion Trigger Myocardial Infarction? A Case-crossover analysis nested a population-based case-referent study. **American Journal of Epidemiology**. v.151, n.5, p.459-467, 2000.

HULLEY, Stephen B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 384 p.

ISHIBASHI, Y. *et al.* Peak time of acute coronary syndrome in patients with sleep disordered breathing. **American Journal of Cardiology**. v.53, n.2, p.164-170, 2009.

KIMMEL, Stephen E. Sex and Myocardial Infarction: An Epidemiologic Perspective. **American Journal of Cardiology**. v.86(suppl):10F-13F, 2000.

MÖLLER, Jette *et al.* Do Episodes of Anger Trigger Myocardial Infarction? A Case-Crossover Analysis in the Stockholm Heart Epidemiology Program. **Psychosomatic Medicine**. v.61, p.842-849, 1999.

MULLER, James E. Triggering of cardiac events by sexual activity: Findings from a case-crossover analysis. **American Journal of Cardiology** v.86(suppl), p.14F-18F, 2000.

MULLER, Luis Antônio *et al.* Fatores que retardam a administração de trombolítico em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio atendidos em um hospital geral. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.16, n.1, p.52-56, 2008.

PASSOS, Luiz Carlos Santana *et al.* Frequência de utilização e razões de exclusão da terapia trombolítica no infarto agudo do miocárdio em Salvador-Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.66, n.5, p.257-261, 1996.

PESARO, Antônio Eduardo Pereira; SERRANO JR., Carlos Vicente.; NICOLAU, José Carlos. Infarto agudo do miocárdio – síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.50, n.2, p.214-220, 2004.

PESARO, Antônio Eduardo Pereira. Síndromes coronarianas agudas: tratamento e estratificação de risco. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.20, n.2, p.197-204, 2008.

PERKINS-PORRAS, Linda *et al.* Pré-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. v.8, n.1, p.26-33, 2008.

SINGH, R.B. *et al.* Mechanisms of acute myocardial infarction study. **Biomedicine & Pharmacotherapy**. v.58 (suppl 1), p.S111-S115, 2004.

SIMS, John B. *et al.* Urinary tract infection in patients with acute coronary syndrome: A potential systemic inflammatory connection. **American Heart Journal**. v.149, n.6, p.1062-1065, 2005.

STEPTOE, Andrew; BRYDON, Lena. Emotional triggering of cardiac events. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**. v.33, p.63-70, 2009.

STRIKE, Philip C.; STEPTOE, Andrew. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique. **Psychosomatic Medicine**. v.67, p.179-186, 2005.

STRIKE, Philip C. *et al.* Triggering of acute coronary syndromes by physical exertion and anger: clinical and sociodemographic characteristics. **Heart**. v.92, p.1035-1040, 2006.

TEIXEIRA, Cátia Simoni Siqueira. **Impacto do reconhecimento precoce dos sinais e dos sintomas de síndrome coronariana aguda no tempo de procura por atendimento de emergência**. 2009. 65 p. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

TOFLER, Geoffrey H.; MULLER, James E. Triggering of Acute Cardiovascular Disease and Potential Preventive Strategies. **Circulation**. v.114, p.1863-1872, 2006.

YUVAL, Rita; HALON, David A.; LEWIS, Basil S. Perceived disability and lifestyle modification following hospitalization for non-ST elevation versus ST elevation acute coronary syndromes: The patients' point of view. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. v.6, n.4, p.287-292, 2007.


APÊNDICE A – Ficha clínica

FICHA CLÍNICA			
IDENTIFICAÇÃO			
Nome:		<input type="checkbox"/> HCPA <input type="checkbox"/> H MV Prontoário:	
Data de Nascimento:		Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cor:	Estado civil:	Profissão:	Anos de estudo:
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS E FATORES DE RISCO			
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> História familiar de DAC		<input type="checkbox"/> IAM
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Dislipidemia		<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> ACTP		<input type="checkbox"/> AVC
Peso:	Altura:		IMC:
<input type="checkbox"/> Tabagismo	Número de cigarros:		Número de anos:
Não usuário há ____ anos			
SINAIS E SINTOMAS QUE APRESENTOU			
<input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> suor frio <input type="checkbox"/> dor no peito/torácica <input type="checkbox"/> falta de ar			
Quando o Sr(a) sentiu estes sintomas, pensou que isto pudesse estar relacionado com algum problema do coração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
QUESTÃO DE PESQUISA			
O que o sr (a) estava fazendo no momento em que apresentou a dor (sinais/sintomas) que o trouxe até o hospital?			
<input type="checkbox"/> exercício físico			
<input type="checkbox"/> atividade sexual			
<input type="checkbox"/> repouso			
<input type="checkbox"/> dormindo			
<input type="checkbox"/> estresse (descrever a situação)			
<input type="checkbox"/> outras situações			

APÊNDICE B - Autorização para utilização de dados

Autorizo a Acadêmica de Enfermagem Dayanna Machado Lemos, CPF 018.923.060-69, cartão UFRGS 00160969 a utilizar dados obtidos no estudo *Impacto do reconhecimento precoce dos sinais e dos sintomas de síndrome coronariana aguda no tempo de procura por atendimento de emergência* realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Hospital Moinhos de Vento sob os números 05-540 e 2006/2, respectivamente, para a elaboração de seu trabalho de conclusão de curso no período 2010/2 e 2011/1, tendo a mim como orientadora.

Porto Alegre, 18 de Novembro de 2010.



Profª Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

ANEXO I – Carta de aprovação COMPESQ EENF

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

TCC GRAD.: 34/2010

Versão Mês: 12/2010

Pesquisadores: Dayanna Machado Lemos
Profa. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Título: GATILHO DA DOR EM PACIENTES COM SÍNDROME
CORONARIANA AGUDA

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 08 de dezembro de 2010.

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EENF - UFRGS

ANEXO II - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Impacto do reconhecimento precoce dos sinais e dos sintomas de síndrome coronariana aguda no tempo de procura por atendimento de emergência

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo descrever o intervalo de tempo entre início dos sinais e sintomas de um evento cardíaco agudo e a procura por atendimento médico. Nesta pesquisa procuramos identificar quais são os diversos fatores que estão relacionados com a sua decisão em procurar este atendimento.

Com estes resultados provavelmente, poderemos desenvolver e implementar estratégias para ajudar os pacientes a reconhecerem os sinais e sintomas de um evento cardíaco e diminuir o retardo na procura de ajuda médica.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste projeto respondendo questões relativas à minha internação neste hospital. Fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção sobre os objetivos deste estudo.

Fui, igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a presente pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu cuidado e tratamento;
- da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade em continuar participando.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a Enfª Cátia Simoni Siqueira Teixeira, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de

Ética e Pesquisa desta instituição. Telefone da pesquisadora: 32317716; (51) 99613517.

Nome e assinatura do paciente

Nome da Pesquisadora