

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA: REVISÃO DE LITERATURA

Thayse Campos de Menezes¹
Juliana Emanuelle Santos Luz Barros²
Ana Carolina do Nascimento Calles³

Fisioterapia



ISSN IMPRESSO 2317-1685
ISSN ELETRÔNICO 2316-6738

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade em todo mundo. A síndrome coronária aguda (SCA) origina-se por uma desproporção entre oferta e demanda de oxigênio pelo miocárdio. Como principais fatores de risco estão o tabagismo, sedentarismo, dieta rica em gorduras saturadas e conseqüentemente elevação dos níveis de colesterol e hipertensão. As DCV constantemente levam a algum comprometimento na qualidade de vida (QV) dos indivíduos devido ao comprometimento físico causado pela deteriorização da função cardíaca, como órgão fundamental para manutenção da vida. O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar o impacto na QV de pacientes com SCA. O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura. Foram incluídos artigos originais, independente da data de publicação, realizados com seres humanos, que abordassem o indivíduo com SCA, sua funcionalidade e sua QV, pesquisados nas bases de dados SciELO, Lilacs e PubMed/Medline. Foram encontrados 13 artigos originais ao todo destes apenas 07 foram incluídos na revisão. Após um evento coronariano agudo, a QV do indivíduo tende a sofrer alterações para pior. Diversos fatores como morte, doença na família ou do próprio indivíduo, desemprego, problemas conjugais, são estressores que geram impacto na QV e podem ter influência no desencadeamento e evolução de episódios cardiovasculares, tornando necessária a avaliação da QV. Os resultados encontrados apontam maior redução da QV em indivíduos que tem maior aparecimento de fatores de risco como a hipertensão e o diabetes. O domínio mais comprometido foi em relação aos aspectos físicos, enquanto os maiores escores obtidos foram nos aspectos sociais.

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome Coronariana. Funcionalidade. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Cardiovascular disease (CVD) represent one of the biggest causes of mortality worldwide. Acute coronary syndrome (ACS) originated by a disproportion between supply and demand for oxygen by the myocardium. The main risk factors are smoking, sedentary lifestyle, diet rich in saturated fats and consequently increase cholesterol levels and hypertension. The CVD constantly lead to any compromise on the quality of life (QOL) of individuals due to physical impairment caused by the deterioration of cardiac function, as fundamental organ for maintaining life. Identify and analyze the impact on QOL of patients with ASC was the objective of this work. Present study is a literature review. Original articles were included, regardless of publication date, studies with human beings, which approached the individual with ASC, their functionality and their QOL, respondents in the Lilacs and SciELO, PubMed/ Medline databases. Were found 13 original articles, in all of these only 7 were included in the review. After an acute coronary event, the QOL of the individual tends to change for the worse. Several factors such as death, illness in the family or the individual, unemployment, marital problems, are stressors that generate impact on QOL and may influence the onset and progression of cardiovascular episodes, making it necessary to assess QOL. The results show greater reduction in QOL in individuals who have higher incidence of risk factors such as hypertension and diabetes. The area most affected was in relation to the physical aspects, while the highest scores were obtained on social aspects.

KEYWORDS:

Coronary Syndrome. Functionality. Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade em todo mundo (LEMOS, 2010). Há muito tempo essas doenças eram consideradas causa importante de óbito apenas em países desenvolvidos, atualmente, nos países em desenvolvimento as doenças infecto-parasitárias estão sob controle e com acréscimo da longevidade da população, as patologias crônicas têm abrangido mais pessoas em uma faixa etária cada vez menor (BANCO MUNDIAL, 1991).

No Brasil, 29% dos óbitos no ano de 2009 foram por DCV, em comparação às neoplasias as DCV apresentaram quase o dobro de impacto em relação à mortalidade geral. Representaram ainda a terceira maior causa de hospitalizações no Sistema Único de Saúde em 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). As principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas, na faixa etária de 35 a 64 anos

(ISHITANI, 2006). Como principais fatores de risco estão o tabagismo, sedentarismo, dieta rica em gorduras saturadas e consequentemente elevação dos níveis de colesterol e hipertensão (LENFANT, 2001).

A SCA origina-se por uma desproporção entre oferta e demanda de oxigênio pelo miocárdio. Comumente está associada à obstrução coronariana advinda de interação entre trombose e vasoespasmos, resultando em uma série de apresentações clínicas compatíveis com isquemia do miocárdio, englobando desde angina instável (AI) até o infarto agudo do miocárdio (IAM) com ou sem supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (MARTINS, 2006; ANDERSON, 2007).

A AI e o IAM sem supradesnível em ST são condições clínicas análogas, a distinção entre elas baseia-se na elevação dos indicadores de necrose miocárdica exclusivamente no IAM (FOX, 2004; ANDERSON, 2007). Por representarem manifestações corriqueiras nos atendimentos e admissões dos setores de emergência, e por sua alta incidência e impacto em termos de morbidade e mortalidade, torna-se fundamental a mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde do paciente hospitalizado (FOX, 2004; PESARO, 2008; TEICH, 2011).

Para Nogueira, 2008 e Sampaio e outros autores, 2013, a qualidade de vida (QV) é a percepção pessoal acerca de sua condição de saúde, tornando-se um importante instrumento aliado a testes diagnósticos e laboratoriais. As DCV constantemente levam a algum comprometimento na QV dos indivíduos devido ao comprometimento físico causado pela deteriorização da função cardíaca, como órgão fundamental para manutenção da vida (SERRANO, 2009). Para a análise da QV, devem ser considerados os aspectos físicos, mentais, sociais, como também o bem-estar e o estado de saúde (FARIAS et al., 2009).

A mensuração de tais variáveis ajudam na monitorização de respostas ao tratamento, alterações no quadro clínico, possíveis problemas que complementam a decisão clínica, visando o retrocesso dos sintomas e da doença, aumento da sobrevida, evolução da funcionalidade física e retorno à vida diária (SOUZA, et al., 2008; AGHABABIAN, 2004). Sabendo da importância da SCA e da escassez de informações, o presente estudo visa identificar e analisar o impacto na QV de pacientes com SCA.

2 MÉTODOS

Este trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura do período de Março de 2014 a Junho de 2014, realizada por meio das bases de dados SciELO, Lilacs e PubMed/Medline, foram consultadas para o levantamento bibliográfico, utilizando os seguintes Descritores: Capacidade, Funcionalidade, Qualidade de Vida e Síndrome Coronariana Aguda. Não havendo delimitação de tempo ou idioma, incluindo apenas publicações indexadas nas bases de dados citadas.

Buscando estudos que avaliaram o nível da QV de indivíduos com diagnóstico de SCA de ambos os sexos e diferentes idades. Foi considerado SCA, casos de AI, IAM com supradesnívelamento do segmento ST, IAM sem supradesnívelamento do segmento ST e com enzimas cardíacas alteradas (Troponina T > 0,1ng/ml e Creatinquinase fração MB massa (CKMB massa) > 5 ng/ml).

Foram incluídos na revisão artigos originais, independente da data de publicação, realizados com seres humanos, que abordassem o indivíduo com SCA sua funcionalidade e QV. Excluíram-se estudos que havia duplicidade, revisão bibliográfica, estudos de caso, como também artigos considerados incoerentes com o objetivo proposto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 13 artigos originais ao todo destes apenas 7 foram incluídos na revisão, pois se adequavam aos critérios definidos pelos pesquisadores.

Após um evento coronariano agudo, a QV do indivíduo tende a sofrer alterações para pior. Diversos fatores como morte, doença na família ou do próprio indivíduo, desemprego, problemas conjugais, são estressores que geram impacto na QV e podem ter influência no desencadeamento e evolução de episódios cardiovasculares (INTERHEART, 2004). Tornando necessária a avaliação da QV, analisando crenças, expectativas e à condição de vida que o paciente julga estar após o evento.

3.1 QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA

São inúmeros os instrumentos para avaliar a QV, desenvolvidos para avaliar mudanças de QV de pacientes após eventos patológicos ou daqueles portadores de outras doenças crônicas (CICONELLI, 1999).

Os questionários de qualidade de vida mais utilizados foram: SF-36, *MacNew QLMI* (questionário de qualidade de vida pós-infarto agudo do miocárdio) e *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ).

O SF-36 trata-se de uma ferramenta utilizada para analisar de forma ampla a qualidade de vida por meio de um questionário de fácil administração e compreensão. Desenvolvido no final dos anos 1980 nos EUA, traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1999, mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira (CICONELLI et al., 1999). Testado em mais de vinte e dois mil pacientes em um estudo de avaliação de saúde (The Medical Outcome Study-MOS), a legitimidade do SF-36 também é evidenciada por pesquisas de distintas nacionalidades e diferentes patologias, possibilitando comparações de grupos ou entre enfermidades (LOPES, 2007). É composto por 11 questões e 36 itens que

abordam oito elementos a serem avaliados como: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão acerca da condição de saúde há um ano e a atual. O indivíduo recebe uma pontuação em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 um pior estado de saúde e 100 um melhor (WARE, 2003).

O *Mac New QLMI* foi elaborado na Universidade de Newcastle, Austrália em 1993, é direcionado para pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio. Analisa sintomas de dor torácica, fadiga, dificuldade de respirar e dores nos membros inferiores (OLDRIDGE et al., 1991; BENETTI et al., 2001). É composto por 27 itens, com o escore máximo para cada um de 7, e o mínimo de 1. O escore máximo corresponde a 189 e o mínimo a 27. É dividido em três campos: emocional (14 itens), físico (14 itens) e social (13 itens). A versão brasileira foi validada em 1999, é um instrumento de fácil utilização e seguro para avaliar a qualidade de vida (BENETTI et al., 2001). É considerado pelos pesquisadores um "Gold Standart" pela sua validade confiável e fidedignidade (MEDICAL OUTCOMESTRUST, 2002).

O Questionário de Angina de Seattle (QAS) é uma metodologia frequentemente utilizada. É um questionário composto de cinco domínios, abrangendo a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), limitação física, satisfação com o tratamento, frequência e estabilidade dos sintomas (SPERTUS et al., 1995). Os escores do SAQ são formados para cada domínio, atribuindo-se um número a cada resposta, iniciando com o número 1 para a resposta que implica o menor nível de funcionalidade (HIGGINSON, 2001). Quanto maior o escore, melhor a capacidade funcional, menores os sintomas e melhor a qualidade de vida. O domínio limitação física analisa as questões que envolvem a realização de atividades diárias. As questões que analisam a frequência da angina verificam a periodicidade dos sintomas. E as questões que abordam QV em relação à saúde averiguam, junto ao paciente, a sua satisfação de viver como portador de DAC e o medo de morrer subitamente ou ter um ataque cardíaco (SOUZA et al., 2008).

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Dessotte e outros autores (2011) investigaram a QV relacionada à saúde, baseando-se no mês antecedente a internação, por uma síndrome coronariana aguda. Empregando como método, o estudo descritivo e exploratório, do tipo transversal, realizado em dois hospitais públicos no interior do Estado de São Paulo. Dos 253 sujeitos estudados, 175 eram homens, 78 mulheres e 147 eram profissionalmente ativos antes da internação. A idade média foi de 57,9 anos. A QV foi avaliada por meio do Short Form-36 (SF-36) em sua versão adaptada para o português. Os resultados indicaram que o domínio mais comprometido foi em relação aos aspectos físicos, enquanto os maiores escores obtidos foram no domínio aspectos sociais. Concluindo

que as mulheres, assim como os indivíduos que já faziam tratamento anteriormente para outras doenças cardiovasculares, apresentaram pior QV, sendo as diferenças todas estatisticamente significantes.

Em outro estudo para avaliar qualidade de vida de pacientes com o diagnóstico de síndrome coronariana aguda, Stocco e outros autores (2009) os analisaram um mês após admissão em um hospital geral. O estudo observacional analítico prospectivo foi realizado com uma amostra total de 43 pacientes. A coleta de dados se deu por meio de entrevista durante a internação e o seguimento se deu um mês após o primeiro dia de internação, sendo aplicado o questionário de QV SF-36 e um segundo questionário contendo quantidade de fatores de risco cardiovascular (fumo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, história familiar, hipertensão arterial sistêmica, raça, idade, sexo, diabetes mellitus); tipo de diagnóstico (infarto agudo do miocárdio ou angina instável); infarto agudo do miocárdio prévio; procedimentos invasivos prévios (cateterismo, angioplastia, cirurgia de revascularização do miocárdio); insuficiência renal (valor mais alto da creatinina maior ou igual a 1,5); acometimento do miocárdio pela atual isquemia (laudo do eletrocardiograma); tempo de evolução até buscar auxílio médico; uso ou não de trombolítico; tempo de internação; necessidade de internação na unidade de terapia intensiva.

Por fim, verificou-se predomínio do gênero masculino (n=28), com média de idade de 59,4 anos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os diagnósticos de síndrome coronariana aguda (angina / infarto agudo do miocárdio), já os participantes diabéticos demonstraram uma pior média de qualidade de vida durante o seguimento. Dentre as demais variáveis estudadas não se obteve diferença significativa. No entanto, foi possível concluir que a média de QV encontrada nos pacientes com SCA é inferior à encontrada em população com faixa etária semelhante sem esta doença.

Souza e outros autores, 2008, realizaram um estudo com o objetivo de analisar os preditores de melhora na QV relacionada à saúde em pacientes com SCA sem supradesnívelamento. Os pacientes internados em um hospital de referência cardiológica foram prospectivamente avaliados com a *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ) na internação e em seis meses. Foi analisada a variação do escore SAQ - QV, resultante da diferença entre o escore em seis meses e o da internação. Verificaram-se as características demográficas, clínicas e terapêuticas associadas à melhora da QV, assim como seus preditores.

Os desfechos demonstram que os hipertensos apresentaram uma variação do escore SAQ - QV menor quando comparados aos não hipertensos, da mesma forma que os pacientes com dislipidemia, quando comparados aos não dislipidêmicos. Os pacientes com angina instável apresentaram uma variação maior no escore em relação aos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnívelamento.

mento de ST. Ajustada para as características clínicas e demográficas, a revascularização do miocárdio em até 30 dias após a SCASST, está associada com maior variação no escore SAQ – QV e, a dislipidemia com piora, levando a entender que a revascularização do miocárdio está associada à melhora da QV, ao passo que a dislipidemia está associada à piora.

Alcântara e outros autores, 2007, buscaram alterações na QV e a correlação com a hipertensão arterial em pacientes pós IAM, por meio dos questionários *Mac New QLMI* e SF-36. Esse estudo descritivo e transversal obteve uma amostra de 25 pacientes do sexo feminino e 71 do sexo masculino, com idade média de $54,3 \pm 5,9$ anos. A hipertensão arterial foi detectada em 55% dos indivíduos, 69% foram submetidos ao cateterismo, 39,5% foram submetidos à revascularização miocárdica por procedimento cirúrgico, com um número de pontes variando de 1 a 6, e 38% submetidos à angioplastia percutânea. Notou-se que o domínio físico e social dos questionários *Mac New QLMI* e SF-36 demonstram correlação significativa ao medirem a QV. O questionário SF-36 apresentou alta correlação significativado domínio emocional com a hipertensão arterial e o SF-36 apresenta piores índices de QV, nos domínios físico e total, quando correlacionado coma hipertensão arterial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados apontam maior redução da QV em indivíduos que tem maior comparecimento de fatores de risco como a hipertensão e o diabetes. O domínio mais comprometido foi em relação aos aspectos físicos, enquanto os maiores escores obtidos foram nos aspectos sociais.

REFERÊNCIAS

ABRUNHEIRO, L.M.M.A. Satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático. **O portal dos psicológicos**, 2005, p.1-15.

AGHABABIAN, R.V. Emergency department evaluation and treatment of patients with ST – segment elevation myocardial infarction. **Critical Pathwaysin Cardiology**. n.3, 2004, p.110-113.

ALCÂNTARA, A.C.; et al. Avaliação da qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio e sua correlação com o fator de risco hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensos**. v.14, n.2, 2007, p.118-120.

ANDERSON, J.L., et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

(Writing Committee 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. **Circulation**. v.116, n.7, 2007, p.148-304.

BANCO MUNDIAL. **Brasil novo desafio à saúde do adulto**. Washington, 1991, p.134.

BENETTI, M.; NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G. Reproducibility and validity of a brazilian version of the Mac New quality of life after myocardial infarction (Mac New QLMI) questionnaire. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. v.33, n.5, 2001, p.62.

BORGES, J.B.C.; et al. Avaliação de intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. v.21, n.4, 2006, p.393-402.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n.3, 2003, p.773-815.

CICONELLI, R.M.; et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.39, 1999, p.143-150.

CORDEIRO, R.C.; et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. **Revista de Fisioterapia**. v.9, 2002, p.69-77.

DESSOTTE, C.A.M.; DANTAS, R.A.S.; SCHMIDT, A.; ROSSI, L.A. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.19, n.5, 2011.

FARIAS, G.M.; MENDONÇA, A.E.O. Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal pelo "WHOQOL - BREF". **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**. v.13, n.4, 2009, p.565-573.

FOX, K.A. Management of acute coronary syndromes: an update. **Heart**. v.90, 2009, p.698-706.

HAMILTON, B.B.; et al. Interrater agreement of the seven-level Functional Independence Measure (F.I.M.). **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. v.72, 1991, p.790.

HIGGINSON, I.J.; CARR, A.J. Using quality of life measures in the clinical setting. **British Medical Journal**. v.322, p.1297-1300, 2001.

INTERHEART. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **The Lancet**. v.84, n.11, p.199-201, 2004.

ISHITANI, L.H.; et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.40, n.4, p.684-691, 2006.

LEMOS, K.F.; et al. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.31, n.1, p.129-135, Porto Alegre, 2010.

LENFANT, C. Can we prevent cardiovascular diseases in low and middle-income countries? **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, p.980-982, 2001.

LOPES, A.; et al. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.42, n.11, 2007.

MARTINS, H.S. Síndromes coronarianas agudas sem elevação do segmento ST. In: Martins HS, Neto RAB, Neto AS, Velasco IT. Emergências clínicas: abordagem prática. **Manole**. São Paulo, 2006, p.547-568.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Aids to the examination of the peripheral nervous system, Memorandum n. 45, **Her Majesty's Stationery Office**, London, 1981.

MEDICAL OUTCOMES TRUST: Assessing health status and quality of life instruments attributes and review criteria. **Quality Of Life Research**. v.11, 2002, p.193-205.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Sistema de informações de mortalidade. Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10.

NOGUEIRA, C.R.S.R. **Avaliação comparativa da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea no período de 12 meses**. 2008. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.

OLDRIDGE, N.; et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. **American Journal Cardiology**. v. 67, 199, p.10861.

OTTENBACHER, K.J.; et al. The reliability of the Functional Independence Measure: a quantitative review. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. v.77, 1996, p.1226-1232.

PESARO, E.; CAMPOS, A.; KATZ, D. Síndromes Coronarianas Agudas: Tratamento e Estratificação de Risco. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** **197**, v.20, n.2, abril/junho, 2008.

RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.3, 2010, p.321-327.

REIS, A.F.; et al. Síndrome Coronariana Aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói (RJ). **Revista Socerj**. v.20, n.5, 2007. , p.360-371

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, H.; JUCÁ, S.S.H. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**. v.11, n.2, 2004, p.72-76.

RICCI, N.A.; et al. Evolução da Independência funcional de idosos atendidos em programa de assistência domiciliar pela óptica do cuidador. **Acta Fisiátrica**. v.13, n.1, 2006, p.26-31.

ROSA, T.; et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. **Revista Saúde Pública**. v.37, n.1, 2003, p.40-48.

SAMPAIO, R.; et al. Qualidade de Vida, Revascularização e Angioplastia. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v.26, n.5, 2013, p.337-346.

SANCHO, B.; et al. A Significância da Avaliação Intra-Hospitalar da Capacidade Funcional na Síndrome Coronariana Aguda. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v.24, n.5, 2011, p.282-290.

SERRANO, C.V. **Tratado de cardiologia**. Sociedade de cardiologia do estado de São Paulo (SOCESP). São Paulo: Manole, 2.ed., 2009.

SOUZA, E.N.; et al. Preditores de mudança na qualidade de vida após um Evento Coronariano Agudo. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.4., São Paulo, 2008. , p.252-259

SPERTUS, J.; et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. **Journal of the American College of Cardiology**, v.25, 1995, p.333-341.

STOCCO, M.L.; CASTRO, C.M.; SAKAE, T.M. Avaliação da qualidade de vida um mês após a síndrome coronariana aguda. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.38, n.4, 2009.

TEICH, V.; ARAUJO, D.V. Estimativa de Custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.24, n.2, 2011, p.85-94.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medicine Care**, n.30, 1992, p.473-483.

WARE, J.E.; et al. **SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide**. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2003.

Data do recebimento: 26 de Junho de 2014

Data da avaliação: 31 de Agosto de 2014

Data de aceite: 8 de Setembro de 2014

1 Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro universitário Tiradentes – Unit.

2 Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro universitário Tiradentes – Unit.

3 Professora do Curso de Fisioterapia do Centro universitário Tiradentes – Unit.

E-mail: carolina_calles@hotmail.com