



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO**

SIMONE MATHIONI MERTINS

**Orientadora: Prof^ª MSc. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
Curso de Enfermagem
2012**

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DC Vida
Rua do Comércio, 3000 – Bairro Universitário
Caixa Postal 560
Fone: (55) 3332-0200 – Fax (55) 3332-9100
www.unijui.edu.br
CEP 98700-000 – Ijuí - RS
Brasil**

SIMONE MATHIONI MERTINS

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Departamento de Ciências da Vida, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ -, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a. MSc. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Ijuí, RS
2012



UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
 Registrada sob Portaria Ministerial nº 437 de 28-03-85 - D.O.U. 01-07-85. Registrada pelas Portarias
 Ministeriais nº 1628 de 13/11/93 - D.O.U. 17/11/93 e nº 814 de 27/05/94 - D.O.U. 30.05-94

Departamento de Ciências da Vida - DCVida
Curso de Graduação em Enfermagem



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC

Aos dezoito dias do mês de julho de dois mil e doze, às 16h, na sala D4/5, realizou-se o Exame de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **"Prevalência de Fatores de Risco em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio"** de autoria de **Simone Mathioni** acadêmico(a) do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJU.

A Banca Examinadora esteve constituída por **Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz**, professor(a) orientador(a) do Trabalho de Conclusão de Curso e por **Gilmar Poli**, professor (a) parecerista.

O(a) acadêmico(a) recebeu o indicativo de Aprovação pela Banca Examinadora. E para constar foi lavrada a presente Ata, que será assinada pelos membros da Banca Examinadora e pelo(a) acadêmico(a).

Ijuí, RS, 19 de julho de 2012.

Professor(a) Orientador(a)

Professor(a) Parecerista

Acadêmico(a)

OBS:

1º Em caso de **indicativo de aprovação** o acadêmico tem o prazo de 10 dias, para entrega da versão final do trabalho com as modificações sugeridas pela banca, sob pena de ser reprovado.

2º Em caso de **indicativo de reprovação**, _____

3º Outros encaminhamentos _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 MÉTODO.....	7
3 RESULTADOS.....	9
4 DISCUSSÃO.....	13
5 CONCLUSÃO.....	16
6 REFERÊNCIAS.....	17

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO¹

PREVALENCE OF RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION¹

MERTINS, Simone Mathioni²

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat³

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a prevalência de fatores de risco (FR) em pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), atendidos em uma Unidade de terapia Intensiva (UTI) Coronariana de um hospital de porte IV da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado no período compreendido de abril a junho de 2012, com 48 pacientes. **RESULTADOS:** A idade média foi de 59,9, prevaleceu o sexo masculino (81,3%), de cor branca (83,3%), casados (70,8%), de escolaridade ensino fundamental incompleto (72,9%), aposentados (37,5), renda menor que 03 salários mínimos (58,3%), procedentes da região urbana (72,9%). A prevalência dos FR se distribuiu da seguinte forma: sedentarismo (91,7%), hipertensão arterial sistêmica (HAS) (63,8%), estresse (50%), circunferência abdominal (CA) alterada (50%), história familiar (43,7%), tabagismo (41,7%), sobrepeso (35,5%), obesidade (33,4%), dislipidemia (23%), diabetes (20,8%) e ingestão de álcool (12,5%). **DISCUSSÃO:** Observou-se alta prevalência de FR modificáveis e não modificáveis para o IAM. **CONCLUSÃO:** A educação em saúde é a principal estratégia para reduzir as causas de morbimortalidade, restabelecer a manutenção e recuperação da vida destes sujeitos, além de propor ações de cuidado e auto-cuidado, mudanças nos hábitos de vida e reeducação.

DESCRITORES: Infarto do miocárdio. Fatores de risco. Prevalência. Educação em Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify risk factors (RF) prevalence in patients with acute myocardial infarction (AMI), served in a coronary Intensive Care Unit (ICU) in a hospital sized IV of northwest state of Rio Grande do Sul. **METHOD:** Quantitative, descriptive and transversal study performed from April to June of 2012, with 48 patients. **RESULTS:** Average age of people was 59,9, predominate male (81,3%), white (83,3%), married (70,8%), incomplete basic education (72,9%), retired (37,5), less than 03 minimum salary (58,3%), coming from urban areas (72,9%). The prevalence of RF is distributed in this way: sedentary lifestyle (91,7%), systemic hypertension (SH) (63,8%), stress (50%), disordered abdominal circumference (50%), historical family (43,7%), smoking (41,7%), overweight (35,5%),

¹Artigo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

O trabalho foi realizado de acordo com as normas de Vancouver para posterior publicação.

² Acadêmica de Enfermagem da Unijui/RS, E-mail: simone.mathioni@unijui.edu.br.

³ Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), docente do Departamento de Ciências da Vida (DC Vida) da Unijui/RS, E-mail: adriane@unijui.edu.br.

obesity (33,4%), dyslipidemia (23%), diabetes mellitus(20,8%) alcohol ingest (12,5%).
DISCUSSION: Noticed high prevalence of modifiable and not modifiable RF to AMI.
CONCLUSION: Health education is the main strategy to reduce morbimortality causes, reestablishing the life maintenance and recovery of these subjects, beyond to establish care and self-care actions, modify life habits and re -education.

DESCRIPTORS: Myocardial infarction. Risk factors. Prevalence. Health education.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morbimortalidade nos países industrializados e em desenvolvimento⁽¹⁾. A doença cardíaca isquêmica é a causa mais freqüente de morte nos Estados Unidos e Europa Ocidental⁽²⁾. No Brasil apesar de ter reduzido a sua incidência nos últimos anos, a mortalidade por DCV permanece alta⁽³⁾, dados apontam que no ano de 2009 representaram 31,3% dos óbitos⁽⁴⁾.

As DCV são ainda responsáveis por gerar o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional⁽³⁾. No ano de 2008 estimou-se um gasto com procedimentos que integram o tratamento-padrão do infarto agudo do miocárdio (IAM) de R\$ 12.873,69, para intervenção coronária percutânea (ICP) sem utilização de stent e com sua utilização, o custo se elevou para R\$ 23.461,87⁽⁵⁾.

O IAM é considerado uma síndrome isquêmica miocárdica instável (SIMI) caracterizada pela ocorrência de necrose ao miocárdio decorrente de isquemia prolongada⁽¹⁾. As SIMI apresentam na maioria das vezes, as mesmas características fisiopatológicas, estas são causadas por ruptura de placa aterosclerótica, com formação de trombos e ou êmbolos, o que leva a diminuição ou ausência da perfusão ao tecido cardíaco⁽¹⁾. Dessa forma, quanto mais precoce e eficaz a reperfusão do miocárdio, menor a incidência de mortalidade associada ao IAM⁽⁶⁾.

Quanto à classificação clínica o IAM pode ser diferenciado pela presença de supradesnível do segmento ST (IAMCSST) ou IAM sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST) identificados no eletrocardiograma (EGG) de repouso⁽¹⁾.

Sabe-se que certas condições aumentam o risco de ocorrência de doenças cardíacas isquêmicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz resultados de que aproximadamente 75% das DCV, podem estar atribuídas a fatores de risco (FR) conhecidos⁽⁷⁾. O termo “fator de risco” surgiu pela primeira vez quando divulgaram os achados do Framingham Heart Study, em 1961, estudo pioneiro realizado com a finalidade de identificar FR para doença arterial coronariana (DAC), ao comparar indivíduos doentes com aqueles que não tinham a doença⁽⁸⁾. Após os resultados desse estudo, passou-se a dar valor crescente aos FR para as DCV, que cada vez mais compõem o cotidiano da população brasileira⁽⁹⁾.

Os FR podem ser classificados em mutáveis (modificáveis) e imutáveis (não modificáveis). Os FR não modificáveis incluem o gênero, a idade, a raça, a história familiar positiva de DAC. E os FR modificáveis, são aqueles sobre os quais o paciente e equipe de saúde podem atuar como a dislipidemia, diabetes mellitus (DM), tabagismo, sedentarismo,

hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade e o estresse^(08,10,12). Apesar da influência importante dos fatores genéticos, 80 a 90% de pessoas que morrem de doença cardíaca coronariana têm um ou mais FR que são influenciados pelo estilo de vida⁽⁷⁾.

O conhecimento e o controle dos FR para o IAM são fundamentais para diminuir a sua ocorrência. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação da enfermagem, principalmente do enfermeiro, no desenvolvimento de ações em saúde para a detecção precoce dos FR e seu tratamento bem como desenvolvimento de ações de educação em saúde. No âmbito da atenção básica o enfermeiro e sua equipe devem estar próximos da população, o que contribui para identificar estes FR e fazer educação em saúde no intuito de eliminá-los ou diminuí-los.

As equipes de saúde podem atuar na elaboração de diagnósticos situacionais locais amplos e atualizados para dar subsídios ao planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção das DCV e das doenças crônicas não transmissíveis⁽¹³⁾. Na área hospitalar este profissional deve estar capacitado e qualificado para realizar a assistência imediata aos pacientes com IAM, além de contribuir com o plano de cuidado que auxiliem no tratamento, recuperação e reabilitação do mesmo.

Neste sentido, esse estudo tem como objetivo geral: **Identificar a prevalência de FR em pacientes com IAM internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Coronariana.** E como específicos: **Identificar as condições sócio-demográficas dos pacientes com IAM internados em uma UTI Coronariana; Identificar a procedência destes pacientes por região urbana e/ou rural; Identificar a prevalência de FR segundo o gênero e identificar os hábitos alimentares.**

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado na UTI Coronariana de um hospital de porte IV da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no período compreendido entre 25 de abril a 25 de junho de 2012. A amostragem foi delimitada por conveniência consecutiva, a qual objetiva investigar todas as pessoas acessíveis e que atendam os critérios de inclusão do estudo em um determinado tempo⁽¹⁴⁾.

Participaram deste estudo pacientes com diagnóstico médico confirmado em prontuário de IAM, com quadro clínico estável, com orientação auto e alopsíquica que permitiram responder ao instrumento, de ambos os sexos.

O IAM foi confirmado, em todos os casos pela detecção da elevação ou queda dos marcadores de necrose miocárdica (troponina e/ou CKMB), assim como avaliação clínica (anamnese/exame físico), alterações de ECG sugestivas de isquemia aguda⁽¹⁾. De acordo com o ECG, o IAM foi classificado em IAMCSST e IAMSSST.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento aplicado por Colombo⁽⁸⁾ (1997), Lemos⁽¹¹⁾ (2010) e colaboradores. Neste instrumento foram realizadas algumas adaptações para melhor enquadrar aos objetivos da referida pesquisa. As entrevistas foram realizadas após as primeiras 48 horas do diagnóstico e/ou àqueles pacientes com alta médica da UTI Coronariana. Também foi realizada consulta aos prontuários para informações complementares, e realizado pela pesquisadora a aferição da circunferência da cintura abdominal (CA) e com relação ao peso e altura foram utilizados os dados auto-referidos.

As variáveis de interesse para este estudo são as condições sócio-demográficos, dados antropométricos, hábitos alimentares e FR cardiovascular. A seguir está explicitada a forma como obtivemos os resultados para cada item:

1) Dados sócio-demográficos: sexo, idade, cor, escolaridade, ocupação, procedência e renda.

2) Dados antropométricos: para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), o mesmo foi obtido dividindo-se o peso (kg) pelo quadrado da altura (m)⁽¹⁵⁾. Para a medida da CA foi solicitado para o pesquisado ficar na posição ereta, respirando normalmente. O local da medida da CA foi o ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, utilizando-se fita métrica de 1,50 m, flexível, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm⁽¹⁶⁾.

3) Hábitos alimentares: conforme relato dos pacientes sobre consumo semanal, não foi avaliado a quantidade⁽¹¹⁾;

4) Fatores de risco:

a) HAS, dislipidemia, e DM: fatores de risco que foram questionados na entrevista e confirmados em prontuário;

b) Ingesta alcoólica: foi considerado fator de risco a ingestão de álcool \geq três vezes/semana. Neste trabalho não foi levado em consideração o tipo e quantidade da bebida alcoólica consumida⁽¹¹⁾.

c) Sobrepeso/obesidade: foram avaliados através do IMC e CA. Para um IMC maior ou igual a 25 Kg/m² foi considerado sobrepeso; maior que 30 Kg/m², obesidade⁽¹²⁾. O Ministério da Saúde (2006) recomenda pontos de corte para a cintura: >88 mulheres e >102 para homens;

d) Sedentarismo: foi considerado sedentário aquele que não realiza atividade física no mínimo 30 minutos, cinco (5) vezes na semana⁽¹²⁾;

e) Tabagismo: foram considerados tabagistas aqueles que consomem, regularmente, no mínimo um cigarro por dia, pelo menos durante um ano, e que haviam fumado no ano anterior à inclusão no estudo; ex-tabagistas aqueles que não fumam no ano anterior a pesquisa à inclusão no estudo, mas que o haviam feito entre um e os 10 anos anteriores; e não fumantes aqueles que nunca haviam fumado, ou haviam feito há dez anos⁽¹¹⁾;

f) História familiar: foi considerada história familiar positiva para IAM quando o paciente referir ter um familiar direto (pais ou irmãos) que apresentaram cardiopatia isquêmica⁽¹²⁾;

g) Estresse: presença de algum evento estressor ocorrido na semana anterior a internação, nos últimos seis meses, e se considera ou não sua vida estressante⁽¹¹⁾.

Após coletados os dados, realizou-se a análise e interpretação dos mesmos. Para tanto foi utilizada estatística descritiva, sendo que os dados obtidos são apresentados em tabelas, e medidas descritivas⁽¹⁷⁾ da escala (média, desvio padrão) favorecendo a visualização dos resultados. O “software” estatístico utilizado foi o SPSS e o EXCEL.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí com o parecer nº 15354/2012.

3 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 48 pacientes com idade média de 59,9 e desvio padrão de \pm 11,55, sendo que a idade variou de 38 a 85 anos. Em relação às características sócio-demográficas prevaleceu o sexo masculino 39 (81,3%), dos quais a maioria ocupava a faixa etária de 50 a 60 anos 20 (41,7%), de cor branca 40 (83,3%), casados 34 (70,8%), de escolaridade ensino fundamental incompleto 35(72,9%), aposentados 18 (37,5) e com renda menor que 03 salários mínimos 28(58,3%). Em relação à procedência destes, a maioria reside na região urbana 35(72,9%), e 13(27,1%) residem na região rural como se apresenta na tabela 1.

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos pacientes de uma UTI coronariana com diagnóstico de IAM - abril a junho/2012

Características	N	%
Sexo		
Masculino	39	81,3
Feminino	9	18,8
Idade		
Menos de 50 anos	6	12,5
50 --- 60 anos	20	41,7
60 --- 70 anos	13	27,1
70 --- 80 anos	3	6,3
80 anos ou mais	6	12,5
Cor		
Branca	40	83,3
Parda	7	14,6
Preta	1	2,1
Estado Civil		
Casado/União	34	70,8
Solteiro	6	12,5
Viúvo	5	10,4
Divorciado	3	6,3
Escolaridade		
Não Estudou	3	6,3
Ensino Fundamental incompleto	35	72,9
Ensino Fundamental completo	4	8,3
Ensino Médio incompleto	1	2,1
Ensino Médio completo	2	4,2
Ensino Superior completo	3	6,3
Ocupação		
Aposentado	18	37,5
Funcionário/autônomo de empresas privadas	16	33,3
Agricultor	9	18,8
Funcionário público	2	4,2
Outros	3	6,2
Renda*		
Menos de 3 salários mínimos	28	58,3
Entre 3 e 6 salários mínimos	16	33,3
Entre 6 e 10 salários mínimos	3	6,3
Não sabe referir	1	2,1
Procedência		
Região urbana	35	72,9
Região rural	13	27,1

*Salário Mínimo em reais no período da coleta no RS = R\$ 624,05

O tipo de IAM mais incidente nos pacientes atendidos na UTI Coronariana foi o IAMCSST 34 (70%), e IAMSSST 11(22,9%), sendo que em 3 (6,25%), não foi determinado devido a ausência de dados nos prontuários.

O fator de risco mais prevalente neste estudo foi o sedentarismo 44(91,7%), número expressivo de sujeitos que não realizam nenhuma atividade física regular. A HAS, estresse, CA alterada, tabagismo, sobrepeso e obesidade estiveram presentes em 30 (63,8%), 24(50%), 24(50%), 20(41,7%), 17(35,5%), 16(33,4%) respectivamente. A ingesta de bebida alcoólica teve menor incidência 6 (12,5%). Em relação ao histórico familiar 21(43,7%) referiram ter um familiar direto (pais/irmãos) com IAM e ainda 13 (27,1%) referiram história de acidente vascular encefálico. Os dados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Prevalência de fatores de risco para IAM, e prevalência segundo o sexo - abril a junho/2012.

Fatores de risco	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Presença de FR total n(%)
Hipertensão Arterial Sistêmica*			
Sim	23(48,9)	7(14,9)	30(63,8)
Não	15(31,9)	2(4,3)	
Diabetes Mellitus			
Sim	6(12,5)	4(8,3)	10(20,8)
Não	33(68,8)	5(10,4)	
Dislipidemias			
Sim	8(16,7)	3(6,3)	11(23)
Não	31(64,6)	6(12,5)	
Ingesta de álcool			
Sim	6(12,5)	-	6(12,5)
Não	33(68,7)	9(18,8)	
Tabagismo			
Fumante	15(31,3)	5(10,4)	20(41,7)
Ex-fumante	6(12,5)	-	
Não fumante	18(37,5)	4(8,3)	
IMC			
Peso normal	11(22,9)	4(8,3)	
Sobrepeso	15(31,3)	2(4,2)	17(35,5)
Obeso	13(27,1)	3(6,3)	16(33,4)
Circunferência abdominal			
Alterada	18(37,5)	6(12,5)	24(50)
Normal	21(43,8)	3(6,3)	
Sedentarismo			
Sim	36(75,0)	8(16,7)	44(91,7)
Não	3(6,3)	1(2,1)	
Estresse			
Sim	18(37,5)	6(12,5)	24(50)
Não	21(43,8)	3(6,3)	
Histórico familiar			
IAM			
Sim	16(33,3)	5(10,4)	21(43,7)
Não	23(47,9)	4(8,3)	

*1 não respondeu.

Quanto aos hábitos alimentares, os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre o consumo semanal de alimentos que segundo a literatura tem relação no desenvolvimento DAC^(8,11). Os alimentos avaliados pertencem ao grupo dos construtores e energéticos não foram questionados sobre o consumo de alimentos reguladores como frutas e verduras.

Ao analisarmos o consumo de alimentos construtores o que mais se destaca nesta pesquisa é a o consumo diário de leite integral 20(41,7%), carne vermelha 27(56,3%). Com relação ao consumo de alimentos fritos 18(37,5%) referiu fazer o consumo na semana. O consumo de doces e refrigerantes com uma frequência de \geq que três vezes na semana e diariamente foi apontado por 5(10,4%) e 10(20,8%) respectivamente. Na análise do consumo de alimentos energéticos, as fontes de gordura mais utilizadas foram o óleo vegetal 27(56,3%), e o consumo diário de outras fontes margarina 14(29,2 %), nata 6(12,5) também foram expressivas. Os demais dados estão descritos na tabela 3.

Tabela 3: Hábitos alimentares dos pacientes de uma UTI coronariana com diagnóstico de IAM - abril a junho/2012.

Alimentos abaixo fazem parte da sua alimentação	Diariamente n(%)	Mais de 3x por semana n(%)	Menos de 3x por semana n(%)	Rarament e n(%)	Não Consome n(%)
Ovo					
Com gema	4(8,3)	1(2,1)	12(25,0)	20(41,7)	11(22,9)
Sem gema	-	-	-	1(2,1)	47(97,9)
Leite					
Integral	20(41,7)	3(6,3)	3(6,3)	5(10,4)	17(35,4)
Semi-desnatado	1(2,1)	1(2,1)	1(2,1)	-	45(93,8)
Desnatado	4(8,3)	-	-	-	44(91,7)
Queijo					
Queijo amarelo	9(18,8)	2(4,2)	5(10,4)	9(18,8)	23(47,9)
Queijo branco	3(6,3)	2(4,2)	1(2,1)	3(6,3)	39(81,3)
Manteiga	1(2,1)	-	1(2,1)	4(8,3)	42(87,5)
Margarina	14(29,2)	2(4,2)	-	6(12,5)	22(45,8)
Maionese	3(6,3)	3(6,3)	5(10,4)	19(39,6)	18(37,5)
Nata	6(12,5)	2(4,2)	-	-	40(83,3)
Requeijão e Patê	1(2,1)	-	-	-	47(97,9)
Carne Bovina					
Gorda	15(31,3)	2(4,2)	5(10,4)	2(4,2)	24(50,0)
Magra	12(25,0)	8(16,7)	8(16,7)	3(6,3)	17(35,4)
Carne Suína	2(4,2)	1(2,1)	13(27,1)	24(50,0)	8(16,7)
Carne Aves					
Com pele	3(6,3)	7(14,6)	15(31,3)	1(2,1)	22(45,8)
Sem pele	4(8,3)	6(12,5)	9(18,8)	2(4,2)	27(56,3)
Frituras	3(6,3)	5(10,4)	10(20,8)	29(60,4)	1(2,1)
Doces e de refrigerantes	10(20,8)	5(10,4)	9(18,8)	24(50,0)	-
Hábito de tomar café	14(29,2)	-	2(4,2)	-	32(66,7)
Gordura utilizada no preparo de suas refeições	Vegetal n(%)		Animal n(%)		Vegetal e Animal n(%)
	27(56,3)		15(31,1)		6(12,5)

4 DISCUSSÃO

Na população estudada prevaleceram adultos do sexo masculino com idade média de 59,9, desvio padrão de $\pm 11,55$. Estes dados se assemelham a um estudo realizado em Porto Alegre em 2008, com pacientes que apresentaram síndrome coronariana aguda (SCA), em que a média de idade foi de 61 anos $\pm 10,3$, com prevalência também para o sexo masculino (63,8%)⁽¹¹⁾. As explicações encontradas na literatura para a maior prevalência em homens estão relacionadas a aspectos biológicos, culturais, estilo de vida.⁽¹⁸⁾ A menor incidência de eventos cardiovasculares em mulheres pode estar associada à função protetora do estradiol, mas, no entanto, após a menopausa e durante os dez anos subseqüentes a incidência de doenças coronarianas em mulheres tende a aproximar-se a nos homens^(19,20).

A maioria dos pesquisados apresenta baixa escolaridade e renda, são casados, de cor branca e aposentados, o que vai de encontro de outras pesquisas^(8,11). A OMS destaca a associação de baixa condição sócio-econômica e risco aumentado de DCV⁽⁷⁾. O estudo caso-controle AFIRMAR conduzido no Brasil para avaliar FR para IAM mostrou interação significativa entre renda familiar e nível de escolaridade. Este estudo apontou que indivíduos com melhor escolaridade e renda apresentaram menor incidência de IAM⁽²¹⁾ o que quer dizer que possuir uma renda e escolaridade maior pode ser um fator de proteção.

Com relação à procedência dos sujeitos a maioria reside em região urbana. Este dado pode ser explicado pela acelerada urbanização que promove a transferência de grande número de pessoas das áreas rurais para as cidades em busca de melhores condições de vida, fato que contribui para disseminar um estilo de vida sedentário que, aliado à globalização e oferta abundante de alimentos processados a baixo custo e de fácil acesso, ricos em carboidratos e gorduras saturadas, colaboram também para o alta incidência de obesidade⁽²²⁾.

O diagnóstico de maior incidência foi IAMCSST 70%, dado que difere de um estudo que avaliou 45 pacientes com IAM no Hospital de Clínicas em Uberlândia (UCU)/MG, em que o IAMSSST foi mais representativo 37,8%⁽²³⁾. Com relação ao uso de medicação no domicílio as mais referidas foram os anti-hipertensivos 56,2%, seguido de diuréticos 16,6%, antiagregantes plaquetário e antilipêmicos 14,5 % respectivamente.

Quanto aos FR observou-se que os mais prevalentes neste estudo foram o sedentarismo, HAS, estresse, CA aumentada. Secundários a estes, mas não menos expressivos estão a história familiar, tabagismo, sobrepeso e obesidade. Com menor incidência a DM, dislipidemia e ingestão de álcool.

O número expressivo de sujeitos que não realizam nenhuma atividade física regular foi semelhante a um estudo realizado com o objetivo de avaliar o paciente portador de SCA atendido na emergência de um hospital público e geral da cidade de Porto Alegre/RS, em que o sedentarismo esteve presente em 86,8%⁽¹¹⁾. Esse estudo ressalta que essa alta prevalência pode estar relacionada pelo fato da maioria dos pacientes serem idosos e aposentados, características que vão ao encontro do nosso estudo.

A HAS foi o segundo FR mais prevalente 30 (63,8%) neste estudo. Os achados são semelhantes ao estudo citado anteriormente em que a HAS esteve presente em 75,7% da população estudada⁽¹¹⁾. Sabe-se que a HAS pode causar ao longo do tempo estresse na parede arterial, hipertrofia ventricular esquerda, e comprometimento da perfusão coronária o que aumenta o risco de isquemia miocárdica⁽¹⁹⁾. Neste contexto ressalta-se a importância de seu controle na população estudada e medidas para redução de sua incidência e conseqüente risco cardiovascular.

Outro FR relevante no nosso estudo foi o estresse que esteve presente em 50% dos sujeitos (segundo afirmação dos próprios sujeitos em considerar ou não sua vida estressante). Estudos têm demonstrado que o estresse mental pode agir como causador de doenças cardiovasculares de forma crônica e aguda e causar alterações fisiológicas entre elas, hemostase e metabolismo intermediário⁽²⁴⁾. Segundo os autores ele pode estar acrescido à hiperatividade simpática e a inibição vagal e estas podem desencadear um desequilíbrio na atuação do sistema nervoso autônomo, e ocasionar eventos isquêmicos e arrítmicos.

O estudo realizado no HCU/MG com pacientes com IAM, faz referência para a alta prevalência do estresse psicossocial na população estudada 38,5% no sexo feminino e 68,8% no sexo masculino. Os autores pontuam a necessidade de controle e ações preventivas de saúde, bem como a utilização de recursos terapêuticos disponíveis⁽²³⁾.

Na população em estudo a média do IMC foi de 28,09, desvio padrão de $\pm 5,67$ sendo o limite inferior (Li) 18,1 e limite superior (Ls) de 47,7, e a CA apresentou-se alterada em 50% da amostra. Estas alterações são significativas e condizem com a presença de sobrepeso 17(35,5%), e obesidade 16(33,4%). Um estudo que avaliou parâmetros clínicos e antropométricos em 100 indivíduos com DAC, atendidos em um ambulatório de cardiologia preventiva em um hospital público, em Salvador/BA foi observado que todas as mulheres e 82% dos homens tinham CA aumentada, 36% apresentavam sobrepeso e 28% obesidade⁽¹⁶⁾. Estudos têm demonstrado que os valores alterados da CA como indicador de obesidade abdominal apresenta maior relação com o risco coronário^(16,25).

O FR tabagismo se mostrou semelhante a outros estudos^(8,11,26). A nicotina presente no tabaco além de causar dano arterial, também pode auxiliar na diminuição do HDL- colesterol e no aumento da adesão plaquetária⁽¹⁹⁾. Quanto ao hábito de fumar a maioria dos sujeitos fumantes do nosso estudo 14(29,2%) fumam de 10 a 30 cigarros/dia. O estudo caso-controle INTERHEART realizado em 52 países para avaliar a importância dos FR e seus efeitos para doença coronariana em todo o mundo, mostrou que o consumo de até cinco cigarros/dia aumenta o risco de evento isquêmico. Os autores sugerem que o risco de IAM pode ser reduzido se houver uma redução no número de cigarros fumados⁽²⁷⁾.

A história familiar positiva de parentes de 1º grau esteve presente em 21(43,7%) dos sujeitos, o que contribui significativamente para o desenvolvimento de DCV⁽¹⁹⁾. O estudo que avaliou parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença DAC, constatou a presença de história familiar em 64% dos familiares de primeiro grau dos indivíduos estudados, estando mais presente no gênero masculino⁽¹⁶⁾.

Neste estudo a dislipidemia foi observada em 11(23%) dos pesquisados. Este dado ficou inferior a pesquisa citada anteriormente, em que a alteração da gordura no sangue foi informada por 83% dos participantes⁽¹⁶⁾. Em nosso estudo a maioria desconhecia ou nunca haviam realizado exames laboratoriais prévios para esta condição.

Este estudo mostra que a prevalência de DM 10(20,8%), foi menor que a apresentada por outras pesquisas^(16,23). O estudo realizado com pacientes com SCA em emergência de um hospital público e geral da cidade de Porto Alegre/RS mostrou a prevalência de DM em 40,1% dos pacientes⁽¹¹⁾.

A ingesta de álcool foi o FR que teve menor prevalência neste estudo sendo que apenas 6 (12,5%) fazem o consumo mais de três vezes/semana, frequência considerada por outros estudos como risco^(11,21). O estudo AFIRMAR ressalta que o consumo de álcool até duas vezes na semana pode diminuir o risco de IAM⁽²¹⁾. Contudo estes dados não condizem totalmente à realidade já que não foram avaliados o tipo e quantidade de bebida em ambos os estudos citados anteriormente e também no nosso estudo.

Em relação à alimentação, observou-se o consumo expressivo de alimentos construtores, entre eles o leite 20(41,7%), carne vermelha 27(56,3%) com frequência diária. Estes alimentos entre outros de seu grupo devem ter seu consumo diminuído, para evitar o aumento dos níveis séricos de colesterol⁽¹¹⁾. A ingesta de gorduras animais como o leite foi apontado pelo estudo referido anteriormente por 63,2% que fazem seu consumo \geq que três vezes/semana. Destaca-se no nosso estudo o consumo de óleo vegetal 27 (56,3%), dado que

se assemelha a outro estudo realizado em Campinas em que o óleo de soja foi consumido por 62,8% dos pacientes, constata-se que o seu consumo constitui menor risco em relação a DAC⁽⁸⁾. Estes dados são importantes para conhecermos os hábitos alimentares dos sujeitos em estudo e a partir destes propor medidas educativas e mudanças na sua alimentação.

Observa-se a partir deste estudo que são necessárias ações de educação em saúde pelas equipes de saúde em especial dos enfermeiros, para que se possa diminuir a incidência destes FR e desta forma evitar a morbimortalidade. Elaborar estratégias nos municípios que permeiam as ações de todas as equipes de saúde daquele município, e o plano municipal de saúde é e pode ser o instrumento norteador e guia para estes profissionais.

5 CONCLUSÃO

No estudo prevaleceram adultos do sexo masculino com idade média de 59,9, desvio padrão de $\pm 11,55$ de baixa escolaridade e renda, casados, de cor branca e aposentados.

Percebe-se neste estudo alta prevalência dos FR modificáveis e não modificáveis. Os FR modificáveis mais prevalentes foram sedentarismo, HAS, estresse, CA alterada, tabagismo e sobrepeso/obesidade. Com relação ao FR não modificáveis observou-se maior incidência de pacientes do sexo masculino, e a ocorrência do IAM aumentou com a idade, com prevalência em sujeitos com idade acima dos 50 anos, e a história familiar também foi representativa.

Neste contexto, é importante o conhecimento dos FR pelos profissionais de saúde e população, visto que é necessário planejar ações de educação em saúde em conjunto com o paciente. Elaborar estratégias para prevenir a ocorrência destes FR e o planejamento de ações que visam à promoção da saúde, o que irá contribuir para redução e desenvolvimento da DAC.

Os dados apresentados acima nos direcionam a entender a importância da educação em saúde como estratégia para reduzir as causas de morbimortalidade. É necessário propor ações de cuidado e auto-cuidado, mudanças nos hábitos de vida e reeducação. Ações estas que devem ser realizadas na atenção primária de saúde, que é sua referência e local em que os profissionais de saúde, e principalmente o enfermeiro podem atuar de maneira integral.

Para tanto se faz necessário e relevante para a enfermagem e equipe multiprofissional conhecer sua população, traçar o perfil destes sujeitos, saber dos indicadores epidemiológicos, para propor medidas de prevenção para o IAM e demais DCV. Propor estratégias de forma que contemple a realidade local, sendo fundamental que a equipe de saúde conheça sua

população e propicie a criação de um vínculo para que haja a extensão do cuidado. Todas estas medidas são necessárias para redução da incidência desta doença, e seu acometimento precoce, e importante também o conhecimento da gestão local destas informações para que consiga proporcionar meios para desenvolver a atenção destes sujeitos.

6 REFERÊNCIAS

¹Andrade MD, Rosa LV, Filho RK. Infarto com supradesnível de ST: diagnóstico e estratificação de risco. In: Nicolau JC, Tarasoutchi F, Rosa LV, Machado FP. *Condutas práticas em cardiologia*. 1. ed. São Paulo: Manole; 2010. p. 138-145.

²Cunningham S, Bene SD, Vaughan AF. Tratamento da doença cardíaca. In: Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. *Enfermagem em cardiologia*. 4. ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 559.

³Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Séries [periódico on line]*. 2011 [acesso 2012 Abr 19]; 6736(11): 60135-9. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>.

⁴Garcia N. Taxa de mortalidade por doenças crônicas cai 26%. *Portal da Saúde [periódico on line]*. 2011 [acesso 2012 Mai 20]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1498&CO_NOTICIA=13449.

⁵Marques R, Mendes A, Leite MG, Barbosa EC. Custos da cadeia de procedimentos no tratamento do infarto agudo do miocárdio em hospitais brasileiros de excelência e especializados. *Rev Assoc Med Bras [periódico on line]*. 2012 [acesso 2012 Mai 21]; 58(1):104-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a22.pdf>.

⁶Goldstein P, Wiel E. Management of prehospital thrombolytic therapy in ST-segment elevation acute coronary syndrome (<12 hours). *Min Anestesiologia*. 2005; 71(6):297-302.

⁷Mackay J, Mensah GA. *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization. 2004. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

⁸Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev Latino-am Enf. [periódico on line]*. 1997 [acesso 2012 Jun 02]; 5 (2):69-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a09>.

⁹Souza NAS. Saúde Cardiovascular na Era Tecnológica. *Arq Bras Cardiol. [periódico on line]*. 2004 [acesso 2012 Jun 10]; 83(6):453-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001800001&script=sci_arttext.

¹⁰Araújo APS, Silva PCF, Moreira RCPS, Bonilha SF. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR, campus sede. *Arq. Ciênc. Saud Unip.* [periódico on line]. 2008 [acesso 2012 Jun 14];12(1):35-42. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2226/1838>>.

¹¹Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gau Enferm.* [periódico on line]. 2010 [acesso 2012 Jun 22];31(1):129-35. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11067/8446>>.

¹² Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

¹³Eyken EBBDOV, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad. Saud Pub.* [periódico on line]. 2009 [acesso 2012 Jun 27]; 25(1):111-123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/12.pdf>>.

¹⁴Hulley SB, Newman TB, Cummings SR. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artimed; 2008. p. 50.

¹⁵Martins LN, Souza LS, Silva CF, Machado RS, Silva CEF, Vilagra MM, Carvalho CVA, Pereira ABCNG. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica em Vassouras, RJ. *Rev Bras Cardiol* [periódico on line]. 2011 [acesso 2012 Jun 28]; 24(5): 299-307. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_04prevalencia.pdf

¹⁶Gama GGG, Mussi FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Rev Esc Enferm USP* [periódico on line]. 2011 [acesso 2012 Jun 30]; 45(3):624-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a11.pdf>

¹⁷Morettin PA, Bussab WO. *Estatística básica*. 5. ed. São Paulo: Saraiva; 2006.

¹⁸Barreto SM, Passos VMA, Cardoso ARA, Lima-Costa MF. Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade. Projeto Bambuí. *Arq Bras Cardiol.* [periódico on line]. 2003 [acesso 2012 Jul 02]; 81(6):549-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v81n6/18377.pdf>

¹⁹Farret, J.F. *Nutrição e doenças cardiovasculares*. São Paulo: Atheneu; 2005. p 3-15.

²⁰Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 87-88.

- ²¹Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR, Neto JMR, Hoepfner C, Farran JA, Ramos RF, Timerman A, Esteves JP. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J*. 2003;146(2):331-8.
- ²²Kaiser SE. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. *Revista da SOCERJ* [periódico on line]. 2004 [acesso 2012 Jul 06]; 17(1):11-18. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004_01/a2004_v17_n01_art01.pdf
- ²³Coelho LM, Rezende ES. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. *Rev Med Min Ger*. [periódico on line]. 2010 [acesso 2012 Jul 08]; 20(3):323-328. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/271/254>
- ²⁴Loures DL, Sant'anna I, Baldotto CSR, Sousa EB, Nóbrega AC.L. Estresse mental e sistema cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol*. [periódico on line] 2002 [acesso 2012 Jul 08]; 78(5):525-530. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002000500012
- ²⁵Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, Carvalho CR. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. [periódico on line]. 2006 [acesso 2012 Jul 08]; 87(6):728-734. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/08.pdf>
- ²⁶Manfroi WC, Peukert C, Berti CB, Noer C, Gutierrez DA, Silva FTBGC. Infarto agudo do miocárdio. Primeira manifestação da cardiopatia isquêmica e relação com fatores de risco. *Arq Bras Cardiol*. [periódico on line]. 2002 [acesso 2012 Jul 08]; 78(4):388-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n4/p06v78n4.pdf>
- ²⁷Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanans F et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364:937-52.