

Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio

Prevalencia de factores de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio

Prevalence of risk factors in patients with acute myocardial infarction

-
- Simone Mathioni Mertins¹ • Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz² •
 - Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli³ • Marli Maria Loro⁴ •
 - Gilmar Poli⁵ • Eliane Roseli Winkelmann⁶ • Jeferson Minello Pannebecker⁷ •
-

•1• Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Hospital de Caridade de Ijuí (HCI). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: smathioni@hci.org.br

•2• Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Mestre em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•6• Doutora em Cardiologia. Docente do Curso de Fisioterapia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Rio Grande do Sul, Brasil.

•7• Médico Cardiologista, Hospital de Caridade de Ijuí (HCI). Rio Grande do Sul, Brasil.

Recibido: 15/02/2013 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125>



Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul Brasil.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado no período compreendido entre 25 de abril a 25 de junho de 2012 com 48 pacientes. As variáveis de interesse para este estudo foram as condições sociodemográficas, dados antropométricos, hábitos alimentares e fatores de risco cardiovascular.

Resultados: A idade média foi de 59,9 ± 11,55 anos, com predominância do sexo masculino (81,3%), de cor branca (83,3%), casados (70,8%), ensino fundamental incompleto (72,9%), aposentados (37,5%), renda menor que três salários mínimos (58,3%) e procedentes da região urbana (72,9%). A prevalência dos fatores de risco se distribuiu da seguinte forma: sedentarismo (91,7%), hipertensão arterial sistêmica (63,8%), estresse (50%), circunferência abdominal alterada (50%), história familiar (43,7%), tabagismo (41,7%), sobrepeso (35,5%), obesidade (33,4%), dislipidemia (23%), diabetes mellitus (20,8%) e consumo de álcool (12,5%).

Conclusões: Os dados apresentados mostram a elevada prevalência de fatores de risco em pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio e nos direcionam a entender o papel da educação em saúde como estratégia para reduzir as causas de morbimortalidade, além de propor ações de cuidado e autocuidado e mudanças nos hábitos de vida.

Descritores: Fatores de Risco; Infarto do Miocárdio; Educação em Saúde (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Identificar la prevalencia de factores de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio, ingresados en una Unidad Coronaria de Cuidados Intensivos de un hospital de la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul/Brasil.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado durante el período comprendido entre el 25 de abril y el 25 de junio de 2012 con 48 pacientes. Las variables de interés para este estudio fueron las condiciones sociodemográficas, datos antropométricos, hábitos dietéticos y factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: La edad media fue de 59,9 ± 11,55 años, con predominio del sexo masculino (81,3%), color blanco (83,3%), casados (70,8%), enseñanza básica incompleta (72,9%), jubilados (37,5%), con ingresos de menos de tres salarios mínimos (58,3%) y procedentes de la región urbana (72,9%). La prevalencia de los factores de riesgo se distribuyó de la siguiente manera: sedentarismo (91,7%), hipertensión arterial sistémica (63,8%), estrés (50%), circunferencia abdominal modificada (50%), antecedentes familiares (43,7%), tabaquismo (41,7%), sobrepeso (35,5%), obesidad (33,4%), dislipidemia (23%), diabetes mellitus (20,8%) y consumo de alcohol (12,5%).

Conclusiones: Los datos presentados muestran la alta prevalencia de factores de riesgo en pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio y nos motivan a entender el rol de la educación en salud como una estrategia para reducir las causas de morbilidad y mortalidad, además de proponer acciones de atención y autoatención, y cambios en los hábitos de vida.

Descritores: Factores de Riesgo; Infarto del Miocardio; Educación en Salud (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To identify the prevalence of risk factors in patients with acute myocardial infarction, treated in a Coronary Intensive Care Unit of a hospital in the northwestern region at the state of Rio Grande do Sul/Brazil.

Methodology: Quantitative, descriptive and cross-sectional study, performed in the period from April 25 to June 25, 2012, with 48 patients. The variables of interest for this study were sociodemographic conditions, anthropometric data, dietary habits and cardiovascular risk factors.

Results: The mean age was 59,9 ± 11,55 years, with predominance of males (81.3%), white skin (83.3%), married (70.8%), incomplete elementary school (72.9%), retired (37.5%), income less than three minimum wages (58.3%), and from the urban area (72.9%). The prevalence of risk factors was distributed as follows: sedentary lifestyle (91.7%), systemic arterial hypertension (63.8%), stress (50%), change in waist circumference (50%), family background (43.7%), smoking (41.7%), overweight (35.5%), obesity (33.4%), dyslipidemia (23%), diabetes mellitus (20.8%), and alcohol consumption (12.5%).

Conclusions: Data shows the high prevalence of risk factors in patients who had acute myocardial infarction and leads us to understand the role of health education as a strategy to reduce the causes of morbidity and mortality, in addition to proposing care and self-care actions along with changes in lifestyle habits.

Descriptors: Risk Factors; Myocardial Infarction; Health Education (source: DECS BIREME).

Introdução

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade nos países industrializados e em desenvolvimento (1). A doença cardíaca isquêmica é a causa mais frequente de morte nos Estados Unidos e Europa Ocidental (2). No Brasil, a sua incidência nos últimos anos diminuiu, mas a mortalidade permanece alta, dados apontam que é responsável por 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos (3).

No Brasil, o custo das doenças cardiovasculares é significativamente impactante no orçamento das agências financiadoras de saúde, com elevado custo devido ao uso de medicações e internações, que exigem usufruir serviços de alta complexidade (4). 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 sem utilização de *stent* e com sua utilização o custo se elevou para R\$23.461,87 (5). Ainda em relação aos custos, segundo o Ministério da Saúde, em novembro de 2009, foram registradas 91 970 internações por DCV, totalizando um custo de R\$165.461.644,33 (4).

O IAM é considerado uma Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável (SIMI), sua principal causa é a ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica com a formação de um trombo e ou êmbolo, o que leva à diminuição ou ausência da perfusão ao tecido cardíaco (6). É um desafio dos profissionais de saúde identificar precocemente a placa vulnerável antes das manifestações clínicas, entretanto esta etapa oferece benefícios, no sentido de orientar uma terapia preventiva a um número de pacientes que desenvolvem síndrome coronariana aguda (6).

Certas condições aumentam o risco de ocorrência de doenças cardíacas isquêmicas e estas doenças podem estar atribuídas a Fatores de Risco conhecidos (FR). Os fatores de risco modificáveis sobre os quais o paciente e equipe de saúde podem atuar são a dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, estresse; e os fatores de risco não modificáveis são sexo, idade, raça, história familiar positiva de doença arterial coronariana (7).

O conhecimento e o controle dos fatores de risco para a ocorrência das doenças cardiovasculares são fundamentais para diminuir a sua ocorrência de doença isquêmica. As equipes de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) precisam estar atentas aos fatores de risco que os usuários apresentam, bem como mapear aqueles com maior risco e vulnerabilidade, com vistas a considerar os benefícios da proximidade, vínculo, das habilidades da comunicação e relacionamento afetivo entre profissionais de saúde e pacientes e/ou familiares (8).

Portanto, o conhecimento e o controle dos fatores de risco são fundamentais para diminuir a ocorrência das doenças cardiovasculares. A partir desse contexto, este estudo tem como questão norteadora: *Qual é a prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana?* Portanto, a pesquisa visa identificar a prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTIC) de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Foram incluídos no estudo os pacientes com diagnóstico médico confirmado em prontuário de infarto agudo do miocárdio, quadro clínico estável, orientação auto e alopsíquica que permitisse responder ao instrumento, de ambos os sexos, idade igual ou superior a 20 anos, pois o estudo centrou-se com a população adulta e idosa.

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 eletrocardiograma de repouso sugestivas de isquemia aguda. De acordo com o eletrocardiograma de repouso, o IAM foi classificado em Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) (6). Foi considerada idade igual ou superior a 20 anos de idade.

A coleta de dados foi delimitada por conveniência consecutiva, no período compreendido entre 25 de abril a 25 de junho de 2012. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (9) adaptado para melhor enquadrar os objetivos da referida pesquisa. O instrumento foi aplicado pela enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva a pacientes à beira do leito, após as 48 horas do diagnóstico, ou àqueles pacientes com alta prescrita da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Também foi realizada consulta aos prontuários para informações complementares e realizada pela pesquisadora a aferição da circunferência da cintura abdominal (CA) e com relação ao peso e altura foram utilizados os dados autorreferidos.

As variáveis de interesse para este estudo foram as condições sociodemográficas, dados antropométricos, hábitos alimentares e fatores de risco cardiovascular. A seguir está explicitada a forma de obtenção dos resultados para cada item:

Dados sociodemográficos: sexo, idade, cor, escolaridade, ocupação, procedência e renda. *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) (10). Para a medida da circunferência abdominal (CA) foi solicitado para a pessoa ficar de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas.

A roupa foi afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida. A medida não foi feita sobre a roupa ou cinto. O avaliador realizou uma marcação pequena com caneta no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), visualizado na frente da pessoa, do lado direito ou esquerdo. Após assegurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre a marcação realizada, verificou-se que a fita estivesse no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deveria ficar larga, nem apertada. Após, pediu à pessoa que inspirasse e, em seguida, que expirasse totalmente. Realizou a leitura imediata antes que a pessoa inspirasse novamente e anotou o resultado (10). Utilizou-se fita métrica de 1,50 m, flexível, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm.

Os hábitos alimentares foram avaliados conforme relato dos pacientes de acordo com o consumo diário, mais de três vezes por semana, menos de três vezes por semana, raramente ou se não consome. Os alimentos que integraram a lista foram os energéticos, aqueles que fornecem energia ao corpo para os processos metabólicos e atividades físicas, e os construtores que são responsáveis pela construção ou formação do corpo (11). Dentre os alimentos construtores, estão: ovo (com e sem gema), leite (integral, semi-desnatado, desnatado), queijo (amarelo, branco), manteiga, margarina, maionese, nata, requeijão e patê, carne bovina (gorda, magra), carne suína, carne de aves (com pele, sem pele), frituras, doces e refrigerantes, hábito de tomar café. Também foi questionada a gordura utilizada no preparo de suas refeições (vegetal, animal e vegetal associado ao animal).

Fatores de risco:

a) A hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e o diabetes mellitus (DM) foram os fatores de risco questionados na entrevista e confirmados em prontuário.

b) Sobrepeso/obesidade: foram avaliados através do IMC e circunferência abdominal. Para um IMC maior ou igual a 25 kg/m² e menor que 30 kg/m², foi considerado sobrepeso maior e igual a 30 kg/m² obesidade (12). O ponto de corte para a cintura abdominal foi maior e igual a 80 cm para mulheres e maior e igual a 94 cm para homens e foi classificada conforme World Health Organization (13).

c) 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 (9).

d) Sedentarismo: foi considerado sedentário aquele que não realizava atividade física no mínimo trinta minutos, três vezes na semana (9).

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 fumaram no ano anterior à pesquisa, 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 (9).

f) História familiar: considerada história familiar positiva para doença arterial coronariana quando o paciente referir ter um familiar direto (pais ou irmãos) que apresentaram cardiopatia isquêmica (9).

g) Estresse: presença de algum evento estressor ocorrido na semana anterior à internação, nos últimos seis meses, e se considera ou não sua vida estressante (9).

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 18.0, Chicago, IL, EUA). As variáveis qualitativas são apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as quantitativas por média e desvio padrão (média \pm DP).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí) com o parecer consubstanciado n° 15354/2012 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, estando de acordo com as diretrizes da Resolução n. 466/2012 (14).

Resultados

Participaram do estudo 48 pacientes com idade média de 59,9 \pm 11,55 anos, sendo que a idade variou de 38 a 85 anos. Em relação às características sociodemográficas, prevaleceu 81,3% do sexo masculino, dos quais a maioria (41,7%) ocupava a faixa etária de 50 a 60 anos, 83,3% de cor branca, 70,8%, eram casados, 72,9%, de escolaridade ensino fundamental incompleto, 37,5% eram aposentados e 58,3% com renda menor que três salários mínimos (ver Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio. Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Características	n	%
Sexo (Masculino/Feminino)	39/9	81,2/18,8
Idade (anos)		
Menor de 50	6	12,5
50 — 60	20	41,7
60 — 70	13	27,1
70 — 80	3	6,3
80 anos ou mais	6	12,5
Cor		
Branca	40	83,3
Parda	7	14,6
Negra	1	2,1
Estado Civil		
Casado/União	34	70,8
Solteiro	6	12,5
Viúvo	5	10,4
Divorciado	3	6,3
Escolaridade		
Não letrado	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
3 e 6 salários mínimos	16	33,3
6 e 10 salários mínimos	3	6,3
Não sabe referir	1	2,1

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

Fuente: Dados da pesquisa.

O tipo de alteração eletrocardiográfica mais incidente nos pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana foi o infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento (70%), seguido sem supradesnívelamento (22,9%), sendo que em 6,25% não foi determinado devido à ausência de dados nos prontuários.

O fator de risco mais prevalente neste estudo foi o sedentarismo (91,7%), número expressivo de sujeitos que não realizam nenhuma atividade física regular. Em ordem decrescente de incidência, os demais fatores de riscos, como a hipertensão

arterial sistêmica, estresse, circunferência abdominal alterada, tabagismo, sobrepeso e obesidade, estiveram presentes em 63,8%, 50%, 50%, 41,7%, 35,5%, 33,4%, respectivamente. A média do índice de massa corporal foi de $28,09 \pm 5,67$, sendo o limite inferior (Li) 18,1 e limite superior (Ls) de 47,7.

A ingestão de bebida alcoólica teve menor incidência (12,5%). Em relação ao histórico familiar, 43,7% referiram ter um familiar direto (pais/irmãos) com infarto agudo do miocárdio e 27,1% referiram história de acidente vascular encefálico, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Prevalência de fatores de risco para Infarto Agudo do Miocárdio e prevalência segundo o sexo. Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Fatores de risco	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica*	23 (48,9)	7 (14,9)	30 (63,8)
Diabetes Mellitus	6 (12,5)	4 (8,3)	10 (20,8)
Dislipidemias	8 (16,7)	3 (6,3)	11 (23,0)
Ingesta de álcool	6 (12,5)	0 (0,0)	6 (12,5)
Tabagismo			
Fumante ativo	15 (31,3)	5 (10,4)	20 (41,7)
Ex-fumante	6 (12,5)	—	—
Não fumante	18 (37,5)	4 (8,3)	—
Índice de Massa Corporal			
Peso normal	11 (22,9)	4 (8,3)	15 (31,2)
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 (50,0)
Normal	21 (43,8)	3 (6,3)	24 (50,1)
Sedentarismo	36 (75,0)	8 (16,7)	44 (91,7)
Estresse	18 (37,5)	6 (12,5)	24 (50,0)
Histórico familiar de Infarto Agudo do Miocárdio	16 (33,3)	5 (10,4)	21 (43,7)

Legenda: *1 não respondeu.

Fuente: Dados da pesquisa.

Quanto aos hábitos alimentares, os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre o consumo semanal de alimentos. Os alimentos avaliados pertencem ao grupo dos construtores e energéticos. Não foram questionados sobre o consumo de alimentos reguladores, como frutas e verduras. Ao analisar o consumo de alimentos construtores, o que mais se destaca nesta pesquisa é a o consumo diário de carne vermelha (56,3%) e leite integral (41,7%). Quanto ao consumo de alimentos fritos, 37,5% dos entrevistados referiram fazer consumo na semana. O consumo de doces e refrigerantes com uma frequência maior ou igual a três vezes na semana e diariamente foi apontado por 10,4% e 20,8%, respectivamente. Na análise do consumo de alimentos energéticos, as fontes de gordura mais utilizadas foram o óleo vegetal (56,3%) e o consumo diário de outras fontes, margarina (29,2 %) e nata (12,5%) também foram expressivas, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Hábitos alimentares dos pacientes de uma UTI Coronariana que apresentam diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio. Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Alimentos abaixo fazem parte da sua alimentação	Diariamente n (%)	Mais de 3x por semana n (%)	Menos de 3x por semana n (%)	Raramente 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)
Semidesnatado	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 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	Animal	Vegetal e Animal		
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		
	27 (56,3)	15 (31,1)	6 (12,5)		

Legenda: *6 não responderam; **1 não respondeu.

Fuente: Dados da pesquisa.

Discussão

Na população estudada prevaleceram indivíduos do sexo masculino com idade média de sessenta anos, baixa escolaridade e renda, casados, cor branca, aposentados e residentes em área urbana. Estes dados se assemelham a um estudo realizado em Porto Alegre, no ano de 2008, com pacientes que apresentaram síndrome coronariana aguda (15).

A menor incidência de eventos cardiovasculares em mulheres pode estar associada à função protetora do estradiol, mas, no entanto, a diminuição abrupta dos níveis estrogênicos no período pós-menopausa está associada com um risco cardiovascular aumentado (16).

A maioria dos pesquisados apresenta baixa escolaridade e renda, são casados, de cor branca e aposentados. Baixas condições socioeconômicas podem estar associadas a risco aumentado de doença cardiovascular. Uma revisão de estudos aponta que hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hábito de fumar, dislipidemia, obesidade, alcoolismo e estresse psicossocial são mais frequentes em indivíduos de menor nível socioeconômico e, dentre os marcadores de nível socioeconômico, a escolaridade é a que melhor se correlaciona com a frequência e a intensidade dos fatores de risco cardiovascular (17).

Outro estudo realizado para avaliar as crenças e comportamentos sobre causas e medidas de controle da doença arterial coronária mostrou que os participantes da pesquisa viviam em

condições de desigualdade social evidenciada pela baixa escolaridade e renda familiar e inatividade profissional em razão de aposentadoria ou desemprego (18). Este estudo confirma que essas características são potencializadoras do risco de doença cardiovascular. O que significa que possuir uma renda e escolaridade maior pode ser considerado um fator de proteção.

Com relação à procedência dos sujeitos, a maioria reside em região urbana, dado que pode ser explicado pelo processo de urbanização na população brasileira, um impacto importante na incidência das doenças cardiovasculares (3). Os pacientes do estudo, em sua maioria, apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio com alteração eletrocardiográfica indicando um supradesnívelamento (70%). Este dado diferiu do estudo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia em Minas Gerais/Brasil em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, em que a alteração sem supra desnívelamento foi mais prevalente (19).

Quanto aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, observou-se que os de maior prevalência foram o sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, estresse e circunferência abdominal aumentada. Secundários a estes, mas não menos expressivos, estão a história familiar, tabagismo, sobrepeso e obesidade. Com menor incidência, o diabetes mellitus, a dislipidemia e a ingestão de álcool. No estudo de Lemos *et al.* (15), o sedentarismo também ocorreu pela maioria dos participantes (86,8%) e, em seguida, a hipertensão arterial sistêmica (75,7%). O estudo de Coelho e Resende (19) refere-se à 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.

Na população em estudo, a média do índice de massa corporal ($28,09 \pm 5,67$) e o elevado percentual da circunferência abdominal (50%) são significativos e condizem com a presença de sobrepeso (35,5%) e obesidade (33,4%). Estudo avaliou parâmetros clínicos e antropométricos em 100 indivíduos com doença arterial coronariana, atendidos em um ambulatório de cardiologia preventiva em um hospital público, em Salvador/Bahia/Brasil, e observou-se que todas as mulheres e 82% dos homens tinham circunferência abdominal aumentada, 36% apresentavam sobrepeso e 28% obesidade (18).

A história familiar positiva de parentes de primeiro grau esteve presente em 43,7% dos sujeitos. No estudo de Gama *et al.* (18), esteve presente em 64% dos familiares de primeiro grau e mais presente no sexo masculino. Um estudo (20) realizado com estudantes de enfermagem verificou que os mesmos possuíam possíveis fatores associados a doenças cardiovasculares, sendo que a maioria já tinha um histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (72,6%) e diabetes mellitus (57,1%), além de possuir hipertensão arterial (14,3%) e circunferência abdominal aumentada (36,9%). Outro fator de risco investigado foi a dislipidemia e esta foi observada em 23% dos pesquisados. Este dado foi inferior à pesquisa de Gama *et al.* (18), uma vez que a alteração do colesterol foi informada por 83% dos participantes.

A prevalência de diabetes mellitus (20,8%) foi menor que a encontrada em outros estudos (15, 18, 19). A ingestão de álcool foi o fator de risco com menor prevalência nesta pesquisa, sendo que apenas seis (12,5%) fazem o consumo mais de três vezes/semana, frequência considerada por Lemos *et al.* (15) como risco. Em relação à alimentação, observou-se o consumo expressivo de alimentos construtores, entre eles o leite (41,7%) e a carne vermelha (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 (15). O consumo de óleo vegetal foi consumido por 56,3% dos pacientes.

Estes dados são importantes para o conhecimento dos hábitos alimentares dos sujeitos em estudo que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio e a partir disto os profissionais terem embasamento teórico epidemiológico para propor medidas educativas e mudanças nos hábitos de vida da população a fim de prevenir a doença cardiovascular. É fundamental aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, em especial o gestor, saber o que a população entende que seja um fator de risco para sua saúde com o objetivo de planejar e desenvolver ações educativas. Observa-se a partir deste estudo que são necessárias ações de educação em saúde pelas equipes de saúde a fim de que a população tenha autonomia de escolha e responsabilidade para o cuidado de sua saúde.

As limitações do estudo referem-se à possibilidade de vies de informação devido ao fato de as respostas serem autorrelatadas. Neste sentido, os pacientes podem referir comportamentos saudáveis, mesmo quando não os adotam. Outro fator limitante do estudo foi que a coleta de dados foi delimitada por

conveniência consecutiva, em um período curto de dois meses, o que pode não refletir toda a realidade da ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio do hospital na região em que o estudo foi realizado. Outros tipos de erros podem estar relacionados à realização dos testes e medidas, porém visando reduzir a possibilidade de erro na coleta dos dados, foi realizado treinamento dos avaliadores.

Conclusões

Este estudo mostra a elevada prevalência de fatores de risco em pacientes que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. A prevalência dos fatores de risco se distribuiu em forma decrescente da seguinte forma: sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, estresse, circunferência abdominal alterada, história familiar, tabagismo, sobrepeso, obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus e etilismo.

Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde tenham o conhecimento dos fatores de risco, tracem o perfil destes sujeitos e saibam os indicadores epidemiológicos da população que prestam atendimento. Isto é necessário para planejar ações de educação em saúde propondo ações de cuidado, autocuidado, mudanças e ou reeducação nos hábitos de vida para a redução do desenvolvimento da doença arterial coronariana. A proposição de estratégias deve contemplar a realidade local, sendo fundamental a equipe de saúde criar um vínculo para que haja a extensão do cuidado. A gestão em saúde deve dar apoio e viabilidade e trabalhar em consonância com os profissionais, levando em consideração as necessidades locais aliadas às estaduais e federais. Todas estas medidas são necessárias para redução da incidência desta doença.

Referências

- (1) Marcadenti A, Oliveira VG, Bertoni VM, Wittke E, Dourado LP, Souza RB *et al.* Resistência à insulina e indicadores antropométricos em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Rev Bras Cardiol.* 2013;26(4):259-266.
- (2) Cunningham S, Bene SD, Vaughan AF. Tratamento da doença cardíaca. Em: Woods SL, Froelicher ES, Motzer SU. *Enfermagem em cardiologia.* 4ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

- (3) Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(2):755-761.
- (4) Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D *et al.* Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1 Supl. 1):1-33.
- (5) Marques 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.* 2012;58(1):104-111.
- (6) Souza CF, Alves CM, Carvalho AC, Bonfim AV, Silva EO, Junior EC *et al.* Estudo iWONDER (*imaging whole vessel coronary tree with intravascular ultrasound and iMap® in patients with acute myocardial infarction*): racional e desenho do estudo. *Rev Bras Cardiol Invasiva* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2016 fev 06]; 20(2):199-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-83972012000200015>
- (7) Martins LN, Souza LS, Silva CF, Machado RS, Silva CE, Vilagra MM, Carvalho CV *et al.* Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(5):299-307.
- (8) Kolankiewicz AC, Loro MM, Magnago TS, Rosanelli CL, Domenico EB. Demandas de cuidado de pacientes oncológicos: proposta de intervenção pela convergência e prática educativa. *Rev Enferm UFPE Online.* 2015;9(12):1370-1375.
- (9) Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana Aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):129-135.
- (10) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- (11) Sass A, Marcon SS. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2016 fev 11];65(6):955-961. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600011>
- (12) World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry.* Geneva: World Health Organization (WHO); 1995.
- (13) World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity.* Geneva: World Health Organization (WHO); 2000.
- (14) República Federativa do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
- (15) Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana Aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):129-135.
- (16) Pappa T, Alevizaki M. Endogenous sex steroids and cardio-and cerebro-vascular disease in the postmenopausal period. *Eur J Endocrinol.* 2012;167(2):145-156.
- (17) Martin RS, Godoy I, Franco RJ, Martin LC, Martins AS. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. *JBM.* 2014;102(2):34-37.
- (18) Gama GG, Mussi FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):624-631.
- (19) Coelho LM, Resende ES. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. *Rev Méd Minas Gerais.* 2010;20(3):323-328.
- (20) Santos JS, Patrício AC, Alves KL, Albuquerque KF, Pereira IL, Félix IV. Avaliação para riscos cardiovasculares em estudantes de enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2015;19(4):842-847.