UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL PRIVADO
DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Kelli Cristina Silva de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de investigação intitulada **Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas**, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

RIBEIRÃO PRETO

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL PRIVADO
DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Kelli Cristina Silva de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de investigação intitulada **Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas**, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Zanetti

RIBEIRÃO PRETO

2004

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Kelli Cristina Silva de

Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2004.

100 p. : il.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Zanetti, Maria Lúcia.

1. Fatores de Risco. 2. Infarto do Miocárdio. 3. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Kelli Cristina Silva de Oliveira

Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de
Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem Fundamental

Aprovado em: 27/04/2004

Banca Examinadora

Profa Dra Maria Lúcia Zanetti

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Orientadora

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Evandro José Cesarino

Professor Doutor do Departamento de Análises Clínicas, Bromatológicas e Toxicológicas
da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa Dra Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

"Só reconhecendo a situação humana, as dicotomias inerentes a sua existência e sua capacidade para ampliar suas forças serão capazes de ter êxito nessa missão: a de ser ele próprio e por si próprio, e de conseguir a felicidade por meio da concretização total das faculdades que lhe são peculiares: a razão, o amor e o trabalho produtivo".

ERIC FROMM (1978)

Dedicatória

Aos meus pais Francisco Roberto e Maria Helena,

pelo exemplo de vida, dedicação, aprovação, compreensão, incentivo, e me ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional. **Meu muito obrigado.**

Ao meu esposo Mauro,

amigo e companheiro, pela paciência, estímulo em abrir mão de seus próprios sonhos para partilhar os meus. Você estará para sempre na minha vida. **Minha eterna gratidão.**

Aos meus queridos filhos, Karolina e Leonardo,

na ausência da mamãe, uniram-se, não se permitindo destruir, oferecendo carinho, alegria e cooperação, e me ensinaram a lutar, e crescer como mãe, esposa e enfermeira. Vocês são a minha luz e vida. Obrigado por vocês existirem.

À minha irmã Sandra,

por compartilhar em toda trajetória da minha vida, incentivando e valorizando cada ato de esforço e conquista, para tornar possível a conclusão deste estudo. Meu muito obrigado.

Meu cunhado Sandro e sobrinho Raphael,

pela colaboração e apoio durante esta trajetória.

Aos meus sogros Shirley e Wanderley,

pelo carinho e atenção que tiveram com meus filhos durante minha ausência para realização deste estudo. Meu muito obrigado.

Agradeço a Deus

pela existência, alegria, saúde, pela oportunidade que me proporcionou, por atender as minhas orações, por me proteger nesta caminhada e me

fortalecer na fé, foram elementos necessários para superar todas as dificuldades encontradas durante este trabalho.

**A Prof^a Dr^a Maria Lúcia Zanetti,
amiga e orientadora,**

pela competência, dedicação e incentivo constante no transcorrer destes anos, que tornaram possíveis a conclusão deste estudo.

Obrigado por ter acreditado no meu profissional e com seus exemplos me ensinaram a lutar e realizar meu sonho de docência.

Agradecimentos

Agradeço aos que, explícita ou implicitamente contribuíram para que esta pesquisa chegasse ao final

Ao Prof^o Dr. Evandro José Cesarino e Prof^a Dr^a Rosana Aparecida Spadoti Dantas, pelo empenho, colaboração e sugestões dadas para o aprimoramento do estudo.

A Prof^a Dr^a Ana Emilia Pace, pelas sugestões na fase de qualificação.

A Prof^a Dr^a Maria Helena Pessini de Oliveira, por acreditar em mim, proporcionando-me a oportunidade de crescer e alcançar a docência.

Ao Prof^o Dr. José Ivan de Andrade, por ter autorizado a investigação deste estudo.

Aos Enfermeiros e Amigos Divani, Silvana, Silvia, Mara Rúbia, Roberta, Érika, Cristina, Sebastiana, Daniela e Maria Ivone, pela colaboração e apoio para concretização deste estudo. Meu muito obrigado.

Á Maria Goreti e Edna, pelo carinho, dedicação que tiveram com meus filhos, cuidando e educando-os durante minha ausência para realização deste estudo.

Aos amigos do Hospital São Francisco e Hospital do Coração, pela colaboração e incentivo constante, que tornaram possível a conclusão desta pesquisa.

Ao Dr^o Francisco F. Moreira Neto, pelo empenho, sugestões dadas para o aprimoramento do estudo.

Aos enfermeiros, funcionários e médicos da Unidade Coronariana, pela colaboração fornecida na fase de coleta de dados.

Ao **Jorge**, pela paciência, dedicação e auxílio na digitação.

À **Ludmila**, pelo auxílio nas análises estatísticas.

À **Maria Bernadete**, pela pronta disposição na correção bibliográfica e na edição final da dissertação.

À **Deolinda e Lurdes**, sala de leitura Gleite de Alcântara, pela paciência e carinho prestado a minha pessoa.

Aos **meus alunos do Curso de Enfermagem da Unaerp e Fafibe**, pelo carinho, compreensão e incentivadores para o meu aprimoramento. **Minha eterna gratidão**

Aos **meus pacientes** pelo consentimento em participar do estudo, pois sem eles, não seria possível a concretização deste estudo.

SUMÁRIO

Apresentação	
Abreviaturas	
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Resumo	
Abstract	
Resumen	

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Doenças crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares	01
1.2 Infarto agudo do miocárdio	08
1.3 Fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares	12
1.4 O modelo de Campo de Saúde, proposto por Lalonde (1974)	19
2 OBJETIVOS	26
3 METODOLOGIA	27
3.1 Tipo de estudo	27
3.2 Local do estudo	27
3.3 Período do estudo	28
3.4 População do estudo	28
3.5 Critérios de inclusão e exclusão	29
3.6 Amostra do estudo	29
3.7 Variáveis estudadas	29
3.8 Definição das variáveis	30
3.8.1 Variáveis relacionadas à identificação	30
3.8.2 Variáveis relacionadas ao meio ambiente	30
3.8.3 Variáveis relacionadas à biologia humana	31
3.8.4 Variáveis relacionadas ao estilo de vida	32
3.8.5 Variáveis relacionados ao sistema de saúde	33
3.9 Elaboração e validação do instrumento de coleta de dados	33
3.10 Coleta de dados	34
3.11 Organização dos dados para análise	35
3.12 Aspectos éticos	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 Análise das variáveis relacionadas a identificação	36
4.2 Análise das variáveis relacionadas ao meio ambiente	36
4.3 Análise das variáveis relacionadas a biologia humana	44
4.4 Análise das variáveis relacionadas ao estilo de vida	53
4.5 Análise das variáveis relacionadas ao sistema de saúde	64
5 CONCLUSÕES	72
5.1 Variáveis relacionadas ao meio ambiente	72
5.2 Variáveis relacionadas a biologia humana	73

5.3 Variáveis relacionadas ao estilo de vida	73
5.4 Variáveis relacionadas ao sistema de saúde	73

6 REFERÊNCIAS	75
----------------------	-----------

APÊNDICES

APÊNDICE A

APÊNDICE B

ANEXO

APRESENTAÇÃO

Após o término do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), em 1992, já tínhamos grande interesse pela assistência de enfermagem a pacientes que necessitavam de cuidados intensivos. Esse interesse ocorreu após a realização de estágio voluntário no Centro de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto-SP, durante o quarto ano do Curso de Graduação em Enfermagem.

Nesse estágio, com duração aproximada de um mês, tivemos a oportunidade de conhecer, de forma mais próxima, a complexidade tecnológica, a importância da racionalidade das ações de enfermagem, a necessidade de competência técnico-científica e do desenvolvimento de habilidades no relacionamento interpessoal, dentre outras características necessárias que envolvem o cuidado prestado a pacientes em estado crítico.

A partir desse momento, percebemos a necessidade iminente de adquirir e aprofundar nossos conhecimentos sobre a assistência de enfermagem a pacientes críticos, que requeriam cuidado qualificado, individualizado, pautado pela precisão das intervenções, dinamismo das ações, habilidade no manuseio de diferentes equipamentos de elevada complexidade e fundamentalmente, respaldados pela competência técnico-científica.

No final de 1992, fui admitida no Hospital São Francisco e Hospital do Coração de Ribeirão Preto-SP, na função de enfermeira assistencial para atuação no Centro de Terapia Intensiva, onde tivemos a oportunidade de observar que a assistência a pacientes críticos com coronariopatias centrava-se, predominantemente, nos aspectos biológicos. Todo um aparato tecnológico era utilizado para se chegar com precisão ao diagnóstico da doença isquêmica cardíaca, tais como o estudo hemodinâmico, como a angioplastia transluminal coronária e a cirurgia de revascularização do miocárdio em pacientes submetidos a tratamento invasivos.

Nossa vivência profissional com pessoas portadoras de doença isquêmica cardíaca foi e continua sendo fonte de inquietação e de rico aprendizado. Essas pessoas, em sua grande maioria, tiveram suas vidas alteradas abruptamente pela manifestação da doença, mediante o surgimento de crises de angina e ocorrência do infarto agudo do miocárdio.

Essa condição leva as pessoas a terem necessidade de cuidados de saúde integral, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos e psicológicos.

Por outro lado, os aspectos biológicos eram priorizados na determinação do diagnóstico, tratamento e prognóstico em detrimento dos aspectos culturais e psicológicos considerados nesse processo.

Inerente a esse contexto era freqüente o retorno dos pacientes com recidivas decorrentes da não adesão ao tratamento proposto, devido a necessidade da ocorrência de mudanças comportamentais, tais como alterações dos hábitos alimentares, eliminação do tabagismo, prática regular de exercícios físicos, além da necessidade de manutenção do tratamento medicamentoso, alterando o estilo de vida dessas pessoas.

Desde então, pude observar poucas mudanças no atendimento do Centro de Terapia Intensiva onde estava atuando profissionalmente. As rotinas estabelecidas para a assistência de enfermagem a pessoas com coronariopatias, ainda, continuam sendo feitas de

forma mecanicista e impessoal, envolvendo, predominantemente, a assistência voltada aos seus aspectos biológicos. As justificativas para tal procedimento pautavam-se em: falta de recursos humanos para um atendimento mais global à demanda da clientela, capacitação e motivação dos profissionais envolvidos para abordar o paciente de maneira integral e resistência a implantação de um protocolo de atendimento por uma equipe multiprofissional devido elevação de custos para a entidade mantenedora da instituição.

Havia uma certa insatisfação pela forma como os pacientes com doença isquêmica cardíaca eram cuidados, o que acarretou o nosso interesse em investigar os diversos problemas das pessoas acometidas por infarto agudo do miocárdio, incentivando-nos a buscar conhecimentos técnico-científicos no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, com a finalidade específica de proporcionar melhor assistência a esses pacientes.

O Curso de Pós-Graduação proporcionou uma melhor reflexão acerca do conhecimento de enfermagem, contribuindo para a fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem. Acreditamos que a formação - Nível Mestrado - contribuiu, também, para uma melhor compreensão dos problemas vivenciados pela pessoa com infarto agudo do miocárdio, possibilitando-nos conhecer os fatores preponderantes para o alcance e manutenção da qualidade de vida dessas pessoas. Reconhecemos que dentre os fatores vivenciados, aqueles que predis põem as pessoas ao infarto agudo do miocárdio, estão relacionados principalmente ao estilo de vida e a história familiar da doença. Portanto, a identificação precoce desses fatores poderá fornecer aos profissionais de saúde, elementos importantes para traçar estratégias efetivas para prevenção do infarto agudo do miocárdio e/ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por esta doença.

Desta forma, este trabalho teve por objetivo identificar os principais fatores de risco presentes em pacientes com infarto agudo do miocárdio de um hospital privado de Ribeirão Preto-SP. Para tanto, utilizamos o referencial de Lalonde (1974), que permite a compreensão não só de aspectos biológicos, mas também do estilo de vida, do ambiente social, desses pacientes, além da organização do sistema de saúde, que podem estar relacionados direta ou indiretamente ao surgimento do infarto agudo do miocárdio, possibilitando-nos fornecer subsídios para implementação de uma assistência de enfermagem mais qualificada a estes pacientes e seus familiares.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

USP	Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
sm	Salário mínimo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Fatores de risco para as doenças não transmissíveis, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003).....	13
Quadro 2. Aspectos relacionados aos elementos do meio ambiente, biologia humana, estilo de vida, e organização do sistema de saúde, a partir do modelo proposto por Lalonde (1974), Colombo (1995) e Dantas (1996).....	21
Quadro 3. Classificação de obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde OMS, 1998.....	32
Quadro 4. Caracterização de pacientes infartados em hospital público (DANTAS, 1996) e em hospital privado (OLIVEIRA, 2003) segundo os fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo nível de instrução. Ribeirão Preto - SP, 2003.....	37
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo ocupação. Ribeirão Preto - SP, 2003.....	38
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo o número de empregos. Ribeirão Preto - SP, 2003.....	40
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo a renda familiar em salários-mínimos (sm). Ribeirão Preto-SP, 2003.....	41
Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo o estado civil. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	42
Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo sexo e faixa etária. Ribeirão Preto - SP, 2003.....	44
Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo sexo e índice de massa corporal. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	46

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, Internados em um hospital privado, segundo os antecedentes familiares de Hipertensão Arterial. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	48
Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo antecedentes familiares de Diabetes Mellitus. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	49
Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo antecedentes familiares de infarto agudo do miocárdio. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	51
Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo tabagismo e sexo. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	59
Tabela 12- Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo tipo de bebida alcoólica. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	62
Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo o tratamento médico para outras doenças. Ribeirão Preto-SP, 2003.....	66

RESUMO

OLIVEIRA, K.C.S. **Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP** 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem-se nas principais causas de mortalidade, sendo o infarto agudo do miocárdio a entidade nosológica mais freqüente dentre as doenças isquêmicas do coração. Os fatores de risco que predis põem as pessoas a essa doença estão relacionados a hábitos do estilo de vida e história familiar. Assim, esta investigação, de natureza descritiva, pretende identificar os fatores de risco relacionados ao meio ambiente, à biologia humana, estilo de vida, e sistema de saúde de pacientes internados em um hospital privado, até 48 horas após a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, identificar o conhecimento quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento de novos problemas de saúde e verificar se algumas variáveis, relacionadas aos fatores de risco de pacientes infartados em hospital público e privado, são semelhantes. O referencial teórico foi o Modelo de Campo de Saúde que compõe elementos relacionados ao meio ambiente, biologia humana, estilo de vida e sistema de saúde. Foram entrevistados 31 pacientes internados, em um hospital privado de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, no período de janeiro a julho de 2003, após assinatura do termo de consentimento informado. Os resultados revelam que, quanto ao meio ambiente, a maioria dos pacientes era alfabetizada, 11 (35,5%) tinha o primeiro grau completo, 10 (32,2%) eram aposentados e donas-de-casa, 24 (77,4%) trabalhavam em torno de 8 a 10 horas por dia e tinham somente um emprego, e a renda familiar mensal, para 19 (61,3%), encontrava-se na faixa de 5 a 15 ou mais salários-mínimos, 22 (70,9%) eram casados e 15 (48,3%) tinham três ou mais filhos, 21 (67,7%) eram procedentes de Ribeirão Preto e região e todos residiam em zona urbana. Em relação à biologia humana, 19 (61,3%) eram do sexo masculino, aproximadamente metade 17 (54,8%) encontrava-se na faixa etária de 40 a 59 anos, 18 (58,1%) encontravam-se com sobrepeso ou obesidade classes I e II. Quanto aos antecedentes familiares, os dados mais expressivos apontam que 23 (74,2%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 15 (48,3%) diabetes melittus, 17 (54,8%) infarto agudo do miocárdio e 6 (19,3%) acidente vascular cerebral. Das mulheres entrevistadas, 7 (22,6%) faziam uso algum tipo de terapia de reposição hormonal. No tocante ao estilo de vida relacionado aos hábitos alimentares, 29 (93,6%) utilizavam frituras nas refeições, 14 (45,2%) ingeriam doces e refrigerantes diariamente e 13 (41,9%) tomavam três xícaras ou mais de café ao dia, 18 (58,1%) faziam uso de bebidas alcoólicas, 10 (32,2%) eram fumantes, 9 (29,0%) ex-fumantes e 18 (58,1%) sedentários. Quanto ao estresse, 12 (38,7%) sentiam-se estressados no local de trabalho e 19 (61,3%) dormiam menos que oito horas por noite. Em relação ao sistema de saúde, 16 (51,6%) conheciam o diagnóstico, 12 (38,7%) apresentaram dúvidas acerca da doença, 21 (67,7%) utilizavam os serviços de saúde oferecidos pelo plano de saúde e 17 (54,8%) realizavam tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melittus. Os dados revelam que os pacientes infartados estão expostos a hábitos autocriados que são passíveis de modificação havendo a necessidade de iniciar este processo educativo inclusive no período de internação hospitalar.

Unitermos: fatores de risco, infarto do miocárdio, enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, K.C.S. Risk factors in patients with myocardial infarction in a Ribeirão Preto's private hospital 2004. Dissertation (masters) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

The cardiovascular diseases in Brazil, constitute nowadays death's first cause and myocardial infarction is the most frequent nosological entity among heart isquematical diseases. Among risk factors which predispose people committed by this disease are their life style's and familiar history's habits. This descriptive investigation intended to identify the risk factors related to the environment, human biology, life style and health systems of patients admitted in a private hospital, until 48 hours after the myocardial infarction; identify the knowledge's blanket concerning to the risk factors related to new health problems' development and verify if some variables are related to the risk factors which are similar to those of admitted patients in private and public hospitals. The theoretical referential used was the Health Model Field which constitutes the elements linked to the environment, human biology, life style and health system. We interviewed 31 interneer patients in a private hospital in São Paulo's interior, from January through July, 2003. Concerning to the environment 93,5% of the patients were literate; among them 11 (35,5%) had completed high school; related to their occupation 10 (32,2%) were retired and housewives; concerning to their working hours and job numbers, 24 (77,4%) work around 8 or 10 hours a day and have only one job; when referring to their familiar monthly income, 19 (61,3%) obtained from 5 to or more minimum salaries; 22 (70,9%) were married and 15 (48,3%) had three or more children; 21 (67,7%) were from Ribeirão Preto and its region and all of them lived in urban areas. When referring to the human biology, 19 (61,3%) were masculine and their ages varied between 40 and 59 years old; 18 (58,1%) were over weighted or fat, belonging to classes I and II; concerned to the familiar preceding, the most expressive data showed that 23 (74,2%) presented systemic arterial hypertension; 15 (48,3%) mellitus diabetes; 17 (54,8%) myocardial infarction and 6 (19,3%) cerebral vascular accident; 7 (22,6%) were feminine and were using hormones. Concerned to their life style, related to the feeding habits, 29 (93,6%) were accustomed to eat fried food; 14 (45,2%) used to eat sweets and drink soft drinks daily; 13 (41,9%) used to drink 3 or more cups of coffee a day. When referring to the use of alcoholic drinks, 18 (58,1%) used to drink it; 10 (32,2%) were smokers and 9 (29,0%) were ex-smokers; 18 (58,1%) were sedentary. When referring to the stressing environment and sleeping patterns, 12 (38,7%) mention the work place and 19 (61,3%) sleep less than 8 hours a day. Concerning to the health system, 16 (51,6%) knew their diagnosis; 12 (38,7%) presented doubts about their diseases; 21 (67,7%) used the health services offered by their health insurance and 17 (54,8%) were under arterial hypertension and mellitus diabetes treatment. The data showed the patients who suffered by myocardial infarction are exposed to "selfcreated" habits, which may be modified and it is important to mention the necessity of raising educative programs including the patient's permanence at the hospital.

Uniterms: risk factors, myocardial infarction, nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, K.C.S. Factores de riesgo en pacientes con infarto agudo del miocardio, en un hospital privado de Ribeirao Preto-SP 2004. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo, Ribeirao Preto, 2004.

En Brasil, las enfermedades cardiovasculares constituyen, las primeras causas de mortalidad, siendo el infarto agudo del miocardio la entidad nosológica más frecuente entre las enfermedades isquémicas del corazón. Los factores de riesgo que predisponen las personas a esa enfermedad están relacionados con los hábitos, estilo de vida e historia familiar. Así, esta investigación de naturaleza descriptiva pretende identificar los factores de riesgo relacionados al medio ambiente, a la biología humana, al estilo de vida, y al sistema de salud de los pacientes internados en un hospital privado, hasta las 48 horas después del infarto agudo del miocardio, identificar el conocimiento acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de nuevos problemas de salud y verificar si algunas variables relacionadas con los factores de riesgo de pacientes infartados internados en un hospital público son semejantes a las de pacientes infartados internados en hospital privado. El referencial teórico utilizado fue el Modelo de Campo de Salud que compone elementos relacionados al medio ambiente, a la biología humana, al estilo de vida y al sistema de salud. Fueron entrevistados 31 pacientes internados, en un hospital privado, de una ciudad del interior del Estado de San Pablo, en el período de enero a julio de 2003, después de la firma del consentimiento informado. Los resultados mostraron que, con relación al medio ambiente, la mayoría de los pacientes eran alfabetizados, 11 (35,5%) tenían nivel primario completo, 10 (32,2%) eran jubilados y amas de casa, 24 (77,4%) trabajaban alrededor de 8 a 10 horas por día, solamente en un empleo, el ingreso familiar mensual para 19 (61,3%) era de 5 a 15 salarios mínimos o más, 22 (70,9%) eran casados y 15 (48,3%) tenían tres o más hijos, 21 (67,7%) eran procedentes de Ribeirao Preto y región, todos residentes en zona urbana. Al analizar los aspectos relacionados a la biología humana encontramos que 19 (61,3%) eran del sexo masculino, aproximadamente la mitad, 17 (54,8%) se encontraba en las edades entre 40 y 59 años, 18 (58,1%) presentaban sobrepeso u obesidad clase I y II. Entre los antecedentes familiares, los datos más expresivos apuntaron que 23 (74,2%) presentaban hipertensión arterial sistémica; 15 (48,3%) diabetes mellitus, 17 (54,8%) infarto agudo del miocardio y 6 (19,3%) accidente vascular cerebral, de las mujeres estudiadas 7 (22,6%) hacían uso de algún tipo de tratamiento de reposición hormonal. Con relación al estilo de vida relacionado con los hábitos alimentarios, 29 (93,6%) consumían alimentos fritos, 14 (45,2%) ingerían dulces y refrescos diariamente y 13 (41,9%) refirieron tomar tres tasas de café al día o más, 18 (58,1%) hacían uso de bebidas alcohólicas, 10 (32,2%) eran fumantes, 9 (29,0%) ex-fumantes y 18 (58,1%) sedentarios. En cuanto al estrés, 12 (38,7%) refirieron sentirse estresados en su local de trabajo y 19 (61,3%) dormir menos de ocho horas por noche. Al analizar el sistema de salud obtuvimos que, 16 (51,6%) conocían el diagnóstico, 12 (38,7%) presentaron dudas con relación a la enfermedad, 21 (67,7%) utilizaban los servicios de salud ofrecidos por el seguro médico y 17 (54,8%) realizaban tratamiento de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. Los datos rebelan que los pacientes infartados crean sus propios hábitos, los cuales pueden ser modificados, siendo necesario iniciar este proceso educativo inclusive en el período de internación en el hospital.

Uní términos: factores de riesgo, infarto del miocardio, enfermería

1.1 Doenças crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade no mundo e representam um grande desafio para o setor saúde no que se refere ao seu desenvolvimento global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 2003; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, OPAS, 2003).

Na América Latina e Caribe as doenças crônicas não transmissíveis de maior importância para a saúde pública são as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes mellitus. As principais doenças cardiovasculares compreendem a doença isquêmica cardíaca, doença cérebro-vascular, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva e doença cardíaca reumática (SMELTZER; BARE, 2000; OMS, 2003; OPAS, 2003).

A contribuição das doenças cardiovasculares em relação à mortalidade é reconhecida, pois 16,6 milhões de pessoas, ou seja, um terço do total de óbitos no mundo, resultam de várias formas de doenças cardiovasculares. Desses, 16,6 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, 7,2 milhões são por doença isquêmica cardíaca, 5,5 milhões por doenças cérebro-vasculares e 3, 9 milhões por hipertensão arterial sistêmica e outras doenças cardíacas (OMS, 2003; OPAS, 2003).

Alguns estudos têm revelado uma diminuição na mortalidade decorrente da doença isquêmica cardíaca e da doença cérebro-vascular, nos últimos anos (REGO et al., 1990). No entanto, verifica-se que a doença isquêmica cardíaca, ainda, acarreta elevada mortalidade na maior parte dos países industrializados do mundo (NOGUEIRA, 2003).

Nesta direção, as doenças isquêmicas, associadas ao acidente vascular cerebral, representam as causas mais freqüentes de morte nos países industrializados, tendo como substrato etiopatogênico, a aterosclerose (MANFROI et al., 1998; BRAUNWALD et al., 2000; TIMERMAN; SOUZA; SERRANO, 2001).

Por outro lado, sabe-se que muitos desses óbitos poderiam ter sido evitados quando se interfere precocemente em alguns fatores de risco, tais como, alimentação não saudável, inatividade física e tabagismo.

O incremento das doenças cardiovasculares, no mundo, atualmente é uma consequência da mudança significativa nos hábitos alimentares, nível de atividade física e tabagismo, como resultado da industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do padrão alimentar. Verifica-se que as pessoas, de um modo geral, estão consumindo mais carboidratos de absorção rápida, alimentação pobre em nutrientes e estão menos ativas fisicamente. Assim, o resultado da alimentação pouco saudável, redução da atividade física e o tabagismo constituem fatores chaves, que caracterizam o que chamamos de estilo de vida. Compreende-se por alimentação pouco saudável, aquela que inclui alto consumo de gorduras saturadas, sal e carboidratos de absorção rápida, bem como baixo consumo de alimentos reguladores, tais como frutas e vegetais (OPAS, 2003).

Por outro lado, a hipertensão arterial sistêmica, o aumento do nível de colesterol no sangue, sobrepeso ou obesidade e os diabetes mellitus, constituem os principais fatores de risco cardiovasculares denominados biológicos (OPAS, 2003).

Importa ressaltar que os efeitos dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares envolvem toda a exposição ocorrida no passado, decorrente do estilo de vida, especialmente em crianças, efeitos que somente serão percebidos no futuro.

Apesar das pessoas estarem expostas, aos fatores de risco ao longo da sua vida, as doenças cardiovasculares afetam as pessoas na sua idade adulta independente de sua condição econômica.

Cabe mencionar que em países desenvolvidos os grupos de indivíduos de classe econômica mais baixa, geralmente, têm maior prevalência de fatores de risco, doenças e mortalidade por doenças cardiovasculares (OMS, 2003).

No Brasil, nas últimas décadas, com o crescimento da produção industrial e diminuição da oferta da mão-de-obra na agricultura; o processo de migração interna tornou-se intenso, aumentando a proporção da população das áreas urbanas, de um para dois terços, entre 1960 e 1980. O processo de industrialização e urbanização modificou os hábitos dos indivíduos, com relação aos riscos à sua saúde, refletindo na diminuição do número de óbitos associados a doenças transmissíveis e no aumento desses por algumas doenças crônicas não transmissíveis (BANCO MUNDIAL, 1991).

As doenças cardiovasculares, no Brasil, são responsáveis por cerca de 300 mil óbitos anuais, pois, além de acometer os idosos, apresentam-se, também, como a principal causa de morte entre a população adulta em idade produtiva. Cabe ressaltar, também, que cerca de 30% dessa população será acometida pelas doenças cardiovasculares entre 15 e 65 anos de idade (BANCO MUNDIAL, 1991; BRASIL. MS, 1993 a).

Ocorreram 946392 óbitos no Brasil, no ano de 2000, sendo que 260555 (27,5%) foram decorrentes das doenças cardiovasculares, dos quais 78442 (30,10%) foram por doença isquêmica do coração (DATASUS, 2000).

Estima-se que haja 12900000 de indivíduos com doença arterial coronariana nos Estados Unidos (BRASIL. MS, 2000).

A mortalidade nas cidades brasileiras, na segunda metade da década de 80, quando comparada à de países desenvolvidos, demonstra que tanto a doença cérebro-vascular,

como a doença arterial coronariana ou as doenças isquêmicas do coração apresentaram taxas maiores entre as mulheres brasileiras do que aquelas de outros países, na faixa etária dos 45 aos 64 anos (LOTUFO, 1996).

Estudo realizado em Framingham, EUA, demonstrou que na população masculina a doença isquêmica cardíaca predomina na meia-idade, enquanto na feminina, predomina após a menopausa, passando a ser a principal causa de morte acima de 50 anos (LERNER; KANNEL, 1986).

A explicação para a proteção das mulheres em relação à doença isquêmica cardíaca, antes da ocorrência da menopausa, parece estar relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsáveis por menor tendência trombolítica e proteção hormonal (KANNEL, 1987).

A doença isquêmica cardíaca, está intimamente ligada ao processo de aterosclerose, e sua ocorrência tem se elevado devido ao aumento da vida média e ao envelhecimento da população. Esse fenômeno foi observado, principalmente, nos países desenvolvidos, e atualmente vem ocorrendo, também, nas áreas mais desenvolvidas dos chamados países de terceiro mundo (LAURENTI, 1982; LUEPKER, 1997).

Com relação aos aspectos fisiopatológicos, a doença isquêmica cardíaca tem como principais manifestações clínicas a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio, miocardiopatias isquêmicas e morte súbita (BATLOUNI, 1993; SMELTZER; BARE, 2000). Essas condições surgem como resultado da falência das coronárias em satisfazer às necessidades metabólicas do trabalho cardíaco. Essa falência, ocorre em cerca de 90% dos casos, e se deve à aterosclerose, que é responsável pela oclusão das artérias associada a fenômenos trombolíticos (WHIPPLE; HAINES; McKINNON, 1980).

A importância das artérias coronárias direita e esquerda e seus ramos para o suprimento sangüíneo do coração, é evidente porque pacientes com doença destas artérias

desenvolvem isquemia miocárdica devido ao suprimento inadequado de oxigênio quando ocorre aumento da frequência cardíaca (SMELTZER; BARE, 2000).

Os fatores de risco que predisõem as pessoas a tais doenças estão relacionados aos hábitos do estilo de vida, tais como aumento da ingestão de gordura saturada, colesterol, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, intolerância à glicose, resistência à insulina - história familiar de doença cardiovascular prematura - obesidade, alcoolismo e estresse (KANDEL, 1995).

Assim, quando as pessoas se expõem aos fatores de risco acima mencionados, ficam sujeitas à essas doenças. No entanto, há de se considerar que a exposição aos fatores de risco, também, são decorrentes da pobreza, baixos níveis de escolaridade, alimentação inadequada, falta de saneamento básico e qualidade do ambiente em que se vive, que levam à maior exposição de agentes patológicos (OMS, 2003).

Por outro lado, estudos epidemiológicos, realizados de forma sistemática, identificaram vários fatores relacionados à gravidade da doença, destacando-se, entre eles, a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo, a idade, sexo, diabetes mellitus, o número de artérias comprometidas e o comportamento funcional do ventrículo esquerdo (KANDEL, 1961).

Desse modo, a dislipidemias, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são considerados as principais entidades mórbidas com implicações nos maiores índices de morbidade e mortalidade cardiovascular. Tal fato acontece porque os fatores de risco cardiovasculares determinam acelerado processo de envelhecimento dos vasos, fazendo com que mais precocemente ocorra resposta endotelial alterada, acarretando disfunção (AMODEO; LIMA, 1996).

As doenças cardíacas levam com frequência a pessoa ao afastamento temporário do trabalho e, conseqüentemente, à perda de sua produtividade (OMS, 2003).

Os pacientes com doença cardiovascular, portanto, necessitam de um programa permanente de acompanhamento por equipe multidisciplinar com o propósito de melhorar o autocuidado quanto à alimentação, medicação, atividade física e retornos médicos, a fim de reduzir a reincidência de internação hospitalar tais como a insuficiência cardíaca (RICH; BECKHAM; WITTENBERG, 1995).

Reconhecendo a importância dos benefícios da atividade física para a prevenção das doenças cardiovasculares, no final da década de 80 e início de 90, os programas de condicionamento físico começaram a ser implantados para modificação de fatores de risco tais como hiperlipidemia, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, obesidade e vida sedentária (MILLER; DEIDRE; MEYERS, 1996).

Uma revisão da literatura através de estudos com pacientes com aterosclerose coronária, revelou que, quando estes pacientes foram submetidos a intervenções comportamentais e/ou psicossociais, reduziram o risco de morrer ou de terem um ataque cardíaco não fatal. Também se observou redução de 41% na mortalidade cardíaca e 46% nos eventos cardíacos não fatais (LINDEN; STOSSEL, 1996).

Apesar das doenças cardiovasculares serem passíveis de prevenção, poucos programas têm sido implementados, no Brasil (CARVALHO, 1988). Essa situação pode estar relacionada à escassez de recursos humanos na área da saúde, qualificados para atenção à saúde, com enfoque para os fatores de risco relacionados ao estilo de vida ou falta de incentivo dos organismos governamentais para manutenção de programas preventivos no âmbito de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde, preocupada com o aumento assustador das condições crônicas de saúde, as quais incluem as doenças cardiovasculares, recomenda que devem ser envidados esforços coordenados e sustentados pelo governo e profissionais da

área da saúde, utilizando-se de estratégias que envolvam, além do indivíduo, a família e a comunidade em todos níveis (micro, meso e macro) do Sistema de Saúde (OMS , 2003).

Assim, várias estratégias são recomendadas para lidar com as condições crônicas de saúde. No nível **micro** do Sistema de Saúde, é preciso que os profissionais da saúde enfoquem o comportamento dos pacientes e aumentem as suas habilidades comunicativas para viabilizar os cuidados para as condições crônicas. No nível **meso**, destaca-se que a atenção aos problemas crônicos deve ser conduzida por meio de evidências científicas para orientar a prática. Outro elemento importante é estabelecer parceria com a comunidade para a obtenção de resultados efetivos. Também, a racionalização dos serviços, capacitação dos trabalhadores da saúde e ênfase na prevenção são recomendados. O estabelecimento de um sistema de seguimento e informação dos pacientes atendidos, também, facilitará a atenção planejada para as complicações previsíveis. No nível **macro**, as tomadas de decisão pelos governantes precisam ser baseadas nas necessidades das populações com estabelecimento de padrões de qualidade e incentivo para a saúde. Por fim, cabe ressaltar que o financiamento deve ser coordenado e os vínculos intersetoriais fortalecidos (OMS, 2003).

Cuidar de pacientes com condições crônicas, portanto, exige mudança de paradigma, pois essas condições crônicas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes, requerendo gerenciamento contínuo por período de vários anos ou décadas.

Desse modo, cabe aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros, desenvolver habilidades e ferramentas que orientem as ações de enfermagem para esses pacientes, com vistas a incentivá-los na manutenção de estilo de vida mais saudável, evitando exposição a novos fatores de risco para a doença isquêmica do coração.

Dentre as doenças cardiovasculares, neste estudo, em particular é enfocado o infarto agudo do miocárdio, considerando a sua prevalência e as repercussões sociais e econômicas para o indivíduo, as famílias e as instituições de saúde.

1.2 Infarto agudo do miocárdio

Infarto agudo do miocárdio é uma afecção isquêmica do miocárdio, acarretando necrose geralmente secundária à redução do fluxo sanguíneo coronário de um segmento do miocárdio. Apresenta-se, geralmente, sintomas tais como uma dor visceral profunda subesternal intensa com uma sensação de pressão ou desconforto, irradiando-se para as costas, mandíbula ou membro superior esquerdo, acrescida de dispnéia, fadiga, entre outros. Ao exame clínico, o paciente mostra-se inquieto, apreensivo, pálido, cianose periférica e pele fria. Pode ocorrer arritmia cardíaca (SMELTZER; BARE, 2000).

O diagnóstico é realizado obtendo-se a história clínica do paciente e confirmado pelo eletrocardiograma e alterações enzimáticas. A evolução do infarto agudo do miocárdio é acompanhada pelas alterações dos exames laboratoriais de creatina fosfoquinase-CPK, com as suas isoenzimas e a desidrogenase láctica-DHL. Existem três isoenzimas CK utilizadas para acompanhar a evolução do infarto agudo do miocárdio, ou seja, a enzima CK-MM no músculo esquelético, CK-MB no músculo cardíaco, CK-BB no tecido cerebral. No entanto, a mais utilizada para a evolução diagnóstica são as isoenzimas CK-MB no músculo cardíaco (SMELTZER; BARE, 2000). Atualmente utiliza-se a dosagem de CK-MB massa mioglobina e tropomina como marcadores de necrose (ANTMAN; BRAUNWALD, 2001).

O infarto agudo do miocárdio é caracterizado como emergência médica, necessitando de diagnóstico correto e tratamento rápido e preciso. Para tanto, na tentativa de preservar o miocárdio e diminuir a área em risco, administra-se uma substância

trombolítica como a estreptoquinase. A estreptoquinase é uma proteína não enzimática, produzida por várias cepas de estreptococos hemolíticos, com peso molecular de 47000 a 50000. Esse medicamento também é utilizado em pacientes que apresentam trombose venosa profunda, embolia pulmonar maciça aguda, ou subaguda, e doença arterial oclusiva crônica, pois aumenta a quantidade de ativador do plasminogênio.

Em 1987, nos Estados Unidos foi aprovada a utilização de estreptoquinase, dentro das seis primeiras horas após o infarto agudo do miocárdio, a fim de dissolver o trombo, prevenir a necrose miocárdica e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade (SMELTZER; BARE, 2000).

No entanto, existem algumas contra-indicações absolutas para o uso de estreptoquinase, tais como a predisposição ao sangramento por traumas - cirurgias recentes, compressão cardíaca externa, entubação orotraqueal – acidente vascular cerebral, úlcera péptica ativa, gravidez e dissecação aguda da aorta.

A indicação do estreptoquinase à dor sugestiva de infarto agudo do miocárdio, com duração mínima de vinte minutos não responsiva ao nitrato sublingual, deve ser administrada no máximo até doze horas. Porém, os melhores resultados são demonstrados quando é administrada até seis horas do início da dor, em unidade de tratamento intensivo coronariano. A administração dessa droga deve ser realizada por profissionais especializados e treinados, pois o paciente pode apresentar reações ao medicamento, tais como hipotensão, náuseas e parada cardiorrespiratória. Para tanto, o suporte de aparelhos e materiais, tais como ventiladores mecânicos, desfibriladores, marcapasso cardíaco e carrinho de urgência, contendo material de intubação e medicações de urgências, devem sempre acompanhar esse procedimento. O ambiente onde se realiza o tratamento deve ser tranquilo, arejado e livre de ruídos, com o objetivo de diminuir o estresse do paciente.

Na pré-infusão da estreptoquinase, o pulso do paciente é verificado para controle da frequência cardíaca, amostras de sangue são coletadas para exame de enzimas e realiza-se o eletrocardiograma. Durante a infusão, verifica-se a pressão arterial e o pulso de 10 em 10 minutos, até o término da administração da droga.

Deve-se tomar cuidado com o extravasamento da droga para o tecido subcutâneo, evitando, assim, a formação de hematomas, os quais também podem surgir ao se verificar a pressão arterial ou durante a coleta de amostra de sangue no membro superior esquerdo do paciente. Além de hematomas e eritemas, que podem levar à inflamação e necrose do membro, o paciente poderá apresentar náuseas ou vômitos com a administração do medicamento. Devem ser observados, ainda, o aparecimento de hematúria, epistaxe, hipotensão arterial, alergia, hemorragias intracranianas e menstruação precoce em mulheres (SMELTZER; BARE, 2000).

Em contrapartida, a administração de estreptoquinase possibilita a diminuição da intensidade da dor torácica ou seu desaparecimento, redução do supradesnivelamento do segmento ST e melhora da curva enzimática.

As condutas terapêuticas, frente ao infarto agudo do miocárdio, dependem dos protocolos estabelecidos pela instituição de saúde. Geralmente, após três dias de evolução do infarto agudo do miocárdio, dependendo da estabilidade do quadro clínico do paciente, poderá ser encaminhado ao estudo hemodinâmico. Esse exame tem como objetivo estudar a anatomia coronária, avaliar o grau de obstrução das artérias coronarianas e o estudo da contratilidade segmentar e da função ventricular. A conduta preferencial no infarto agudo do miocárdio refere-se à angioplastia primária, indicada também nas situações em que o paciente apresenta choque cardiogênico e contra-indicações para o uso de agente trombolítico por via venosa, entretanto, nem sempre é possível termos um serviço de hemodinâmica disponível 24 horas por dia.

A cirurgia cardíaca é indicada nos casos em que ocorreram resultados insatisfatórios da terapêutica, com medicação trombolítica, angioplastia primária e com deterioração clínica do paciente.

A doença coronariana é progressiva e a abordagem realizada, durante a reabilitação cardíaca, visa restabelecer a capacidade funcional comprometida pelo evento coronário, ou seja, infarto agudo do miocárdio ou após angioplastia coronariana ou revascularização do miocárdio. Essa abordagem tem como objetivo evitar a progressão da doença e sua recorrência através dos benefícios dos exercícios e modificações nos fatores de risco (PASHKOW, 1993).

Atualmente, a reabilitação cardíaca é definida como um processo de desenvolvimento e manutenção de níveis desejáveis de atividade física, social e psicológica, após o início da doença cardiovascular (SQUIRES et al., 1990). Especificamente, envolve a combinação de programa de condicionamento físico e de propostas educacionais voltadas para a modificação de fatores de risco, através de mudanças de comportamento, de aconselhamento dietético, manejo do estresse, além da otimização da terapia medicamentosa (GULANICK, 1991; CUNDEY; FRANK, 1995; MILLER; DEIDRE; MEYERS, 1996; COLLINS; RICE, 1997).

Vários estudos referem os benefícios da reabilitação cardíaca após a cirurgia de revascularização do miocárdio, pois, durante a cirurgia cardíaca, vários fatores contribuem para a incapacidade física, além do trauma cirúrgico e de suas conseqüências psicológicas para o paciente (PASHKOW, 1993; BUCHLER; FERRAZ; MENEGHELO, 1996). A inatividade física prévia e o repouso prolongado, após a cirurgia, podem predispor às complicações pulmonares e tromboembólicas. Assim, o condicionamento físico, na primeira fase da reabilitação, visa promover o desenvolvimento da capacidade respiratória e é importante na prevenção dos processos vasculares venosos e das tromboflebitas.

A reabilitação cardíaca, portanto, inclui a estratificação de risco, a limitação das consequências fisiológicas, psicológicas e sociais impostas pela doença, a modificação de fatores de risco, o alívio dos sintomas, a melhora da função cardiovascular e, conseqüentemente, a redução da morbi-mortalidade .

Diante do exposto, pode-se observar a complexidade que envolve o trabalho da equipe de saúde na assistência ao paciente com infarto agudo do miocárdio.

1.3 Fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, os conhecimentos atuais derrubaram um mito quanto à prevenção das doenças não transmissíveis, e demonstraram que a maioria delas pode ser prevenida ou retardada pela prevenção primária. No entanto, para que isso ocorra, é preciso identificar e controlar os principais fatores de risco envolvidos no desencadeamento dessas doenças (OPAS, 2003).

Assim, torna-se necessário que o profissional de saúde e os tomadores de decisão na área da saúde compreendam o conceito de risco. O termo risco surgiu em 1961 e é definido como a **probabilidade de um resultado adverso, ou fator, que aumenta essa probabilidade** (KANNEL, 1961; OMS, 2003).

Dessa forma, fatores de risco referem a qualquer atributo de exposição do indivíduo, que aumenta a probabilidade de que ele padeça de enfermidade não transmissível. No contexto da Saúde Pública, as verificações desses fatores são utilizadas para descrever a distribuição de uma enfermidade futura em uma população, e não para prever a saúde de uma pessoa em particular (OPAS, 2003).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), os riscos podem ser classificados em fatores individuais e fatores comunitários ou contextuais (Quadro 1).

Quadro 1 – Fatores de risco para as doenças não transmissíveis, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003)

FATORES INDIVIDUAIS	FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS: idade, sexo, nível de instrução, composição genética; FATORES DE RISCOS COMPORTAMENTAIS: tabagismo, má alimentação e inatividade física; FATORES DE RISCO INTERMEDIÁRIOS: níveis séricos de colesterol, diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade.
FATORES COMUNITÁRIOS (CONTEXTUAIS)	SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA: pobreza, emprego, composição familiar; MEIO AMBIENTE: clima, poluição do ar; CULTURA: práticas, normas e valores; URBANIZAÇÃO: que influencia a habitação, o acesso a produtos e serviços.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003

Cabe ressaltar que a construção do risco tem caráter coletivo e, portanto, a associação de condições de risco faz parte do processo de geração de doenças. Outro ponto a considerar é que a concepção de risco difere de pessoa para pessoa, pois a percepção de risco é influenciada pela cultura, meio ambiente, mídia, grupos de interesse e acesso aos produtos devido ao processo de globalização, ocorrido nas últimas décadas (OPAS, 2003).

Mesmo considerando que não é possível modificar muitos dos fatores de risco associados com as doenças, os pesquisadores têm procurado identificar e quantificar os riscos para a saúde.

Em relação, à doença cardíaca, doenças cérebro-vasculares e hipertensão arterial sistêmica, oito fatores de risco foram selecionados, ou seja, tabagismo, consumo de álcool, nutrição, inatividade física, obesidade, pressão arterial elevada, glicemia elevada e níveis elevados dos lipídios sanguíneos, que são passíveis de intervenção (OPAS, 2003).

Isso se justifica, pois alimentação inadequada e inatividade física acompanhada de elevado índice de massa corporal, hipertensão arterial sistêmica e alterações dos valores dos lipídios sanguíneos, e o tabagismo, tem sido responsável pelo surgimento de 75% das doenças cardiovasculares.

Tem sido observado atualmente que a classificação dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, em particular o infarto agudo do miocárdio, tem sido revista e ampliada.

A Organização Pan-Americana de Saúde (1984) considera como fatores de risco para o desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a hipercolesterolemia, o hábito de fumar, o uso de anticoncepcionais e a história familiar positiva para esta patologia.

Além dos fatores de risco acima mencionados, diversos autores referem que os fatores de risco de maior prevalência para a doença coronariana e infarto agudo do miocárdio são a dislipidemia, sedentarismo, estilo de vida, tabagismo, estresse e história familiar (KOCH; SALERNO DE MINA, 1992; KANNEL, 1995; BODANESE, 1999; PASSOS et al., 1999; BERTUZZI et al., 2003).

Outros fatores de risco têm sido considerados como responsáveis pelo desenvolvimento de doenças isquêmicas cardíacas, o atendimento médico inadequado, a dificuldade financeira para escolher um estilo de vida saudável e o meio ambiente estressante e desfavorável (BANCO MUNDIAL, 1991; BITTAR, 1992).

O estudo de Framingham, EUA, tem identificado os fatores de risco que predis põem as pessoas às doenças cardiovasculares sendo classificados em: hábitos do estilo de vida - aumento da ingestão de gordura saturada, colesterol elevado, sedentarismo e tabagismo; hipertensão arterial sistêmica, intolerância à glicose, resistência à insulina;

história familiar de doença cardiovascular, obesidade, alcoolismo e estresse (KANDEL, 1995).

A alimentação, o nível sócioeconômico e a intolerância à glicose, além do tabagismo, o álcool, diabetes mellitus, a intolerância à glicose também tem sido considerados fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio (PAIS et al., 1996).

Estudo realizado, no Brasil, revelou também associação de fatores de risco como hipercolesterolemia, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, história familiar, situação econômica, atividade física, hábitos alimentares e o risco de desenvolver o infarto agudo do miocárdio (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998; PIEGAS et al., 2003).

A história familiar prematura de doença isquêmica cardíaca ou seja homens abaixo de 55 anos e mulheres abaixo de 65 anos tem sido considerada como um importante fator de risco para desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio (BERTUZZI et al., 2003).

O tabagismo é uma das principais ameaças à saúde, e suas conseqüências negativas são reconhecidas há mais de 40 anos. O hábito de fumar leva a ocorrência de diversas condições crônicas, tais como, por exemplo, as cardiopatias e os acidentes vasculares cerebrais (OMS, 2003). Também há evidências que o hábito de fumar está associado à morte prematura, à incapacidade física e ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas (MOREIRA et al., 1995).

Apesar da existência de muitos programas de controle ao tabagismo, os mesmos têm-se mostrado inadequados na maior parte do mundo, revelando que o consumo de cigarro diminuiu nos países desenvolvidos, entretanto, está aumentando nos países em desenvolvimento. Acresce-se que o tabagismo tem sido muito prevalente em indivíduos jovens, sobretudo em menores de 40 anos (ROSENBERG et al., 1983). Nos Estados Unidos 25% da população com idade superior a 18 anos são fumantes (BRAUNWALD, 1999).

Os dados do Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 1993 a), no Brasil, revelam que cerca de 63% dos homens e 33% das mulheres adultas são fumantes.

Além do tabagismo, tem sido identificada a relação do consumo do álcool com o surgimento da doença coronariana (JOMINI et al., 2002). Há também evidências da relação da ingestão de bebida alcoólica com o incremento dos níveis pressóricos (ROSITO, 1998).

Já foi demonstrado que o álcool pode causar lesão no músculo cardíaco. Entretanto existem estudos que tem sugerido que pequenas doses de bebida alcoólica podem prevenir a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (YAZBEK; BATTISTELLA, 1996).

Quanto à classe social, estudos realizados na Índia, no período de 1995 a 1996, demonstraram que o fumo e o abuso de bebidas alcoólicas são 20% mais prevalentes nos grupos de pessoas de baixa renda (OMS, 2003).

Tem sido verificado que o uso de anticoncepcionais associado ao hábito de fumar aceleram o desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio em mulheres (JICK et al., 1978; SHAPIRO et al., 1979).

Maior índice de mortalidade por infarto agudo do miocárdio tem sido encontrado em mulheres do que em homens com o incremento da idade. Esse fato deve-se à influência de fatores hormonais, associados a maior ocorrência de hipotireoidismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, anemia ou coagulopatia nas mulheres (PASSOS et al., 1999).

A intervenção nos fatores de risco relacionados à nutrição, ingestão de álcool e obesidade consiste na redução de açúcares, consumo de álcool e perda de peso, através de dieta e exercício físico determinando reduções significativas, também, da trigliceridemia. As mudanças de estilo de vida devem ser implementadas de maneira gradual, pois somente assim podem ser duradouras (FERNANDES et al., 2000).

A atividade física programada é muito importante para a prevenção das doenças cardiovasculares, pois estimula a retomada de alguns hábitos de vida e constitui-se na principal forma de combate ao sedentarismo (HALPERN; MANCINI, 2000).

O sedentarismo tem sido freqüentemente associado à obesidade, sendo assim a atividade física regular contribui para a perda do peso corporal, especialmente quando associada a dieta hipocalórica (GALVÃO; KOHLMAN, 2002).

A obesidade constitui-se num fator de risco independente para as doenças cardiovasculares, onde o excesso de adiposidade corporal e a resistência a insulina constituem-se nos fatores predisponentes para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica e da síndrome metabólica. Assim, modificação nos hábitos de vida são imprescindíveis para o tratamento da obesidade e a conseqüente redução da pressão arterial (GALVÃO; KOHLMAN, 2002).

A hipertensão arterial é mais prevalente na população obesa (CHIANG; PERLMAN; EPSTEIN, 1969). A ocorrência de sobrepeso e obesidade têm se elevado de maneira contínua nas últimas décadas em quase todo mundo e em todas as faixas etárias (WHO EXPERT COMMITTEE, 1996).

A hipertensão arterial é um fator de risco importante para o desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio, com evidentes implicações diagnósticas e terapêutica, levando à piora prognóstica, tanto a curto como a longo prazo após o infarto agudo do miocárdio (NICOLAU et al., 1999).

Tem sido relacionado a ocorrência de depressão e ansiedade com os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo que o tratamento da depressão e ansiedade podem acarretar uma possível redução das doenças do coração (CARNEY, 1998).

Por outro lado, há de se considerar o estresse emocional como um dos fatores que estão afetando a qualidade de vida das pessoas e o seu papel contribuinte para o surgimento das doenças cardiovasculares (LIPP, 1996).

Desse modo, a hipertensão arterial, idade, sexo, tabagismo, dislipidemias, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade e história familiar prematura para as doenças cardíacas são os principais fatores para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (TAVARES, 2000).

O estudo de Framingham, EUA, demonstrou que os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica têm maior risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana quando comparados com aqueles com pressão arterial normal, tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino (KANDEL, 2000).

Alguns fatores de risco modificáveis e não modificáveis foram identificados entre os pacientes infartados de um hospital público, tais como baixo nível educacional, tabagismo, sedentarismo, falta de recreação e relaxamento das tensões diárias (DANTAS; AGUILLAR, 1998).

Outro estudo, identificou, além dos fatores de risco modificáveis – hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e os não modificáveis - sexo, idade e história familiar positiva para doença cardiovascular; o nível social e educacional baixo, tabagismo, sedentarismo, falta de recreação e relaxamento das tensões diárias como elementos desencadeantes do infarto agudo do miocárdio (DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999).

Elevada prevalência de fatores de risco como a hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, obesidade e estilo de vida, foram observados em pacientes infartados, de um hospital público (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Outro importante fator de risco é a glicemia alterada, cuja principal manifestação clínica é o diabetes mellitus, constituindo-se em patologia que afeta em proporção crescente as populações de regiões, que estão se tornando progressivamente mais industrializadas (FERNANDES et al., 2000).

A relação socioeconômica com a morbi-mortalidade da doença cardíaca isquêmica do coração tem revelado que a renda e a educação estão inversamente correlacionadas com a doença. Há indícios que a renda adequada possibilita um estilo de vida mais saudável, ambiente físico mais seguro e melhores condições de atendimento médico. Por outro lado, os autores referem que a presença de um ou de vários fatores de risco é maior entre indivíduos com menor escolaridade (DEVER, 1988; BANCO MUNDIAL, 1991; BITTAR, 1992).

Partindo dessas considerações, procurou-se identificar mais detalhadamente, através deste estudo, os fatores de risco de pacientes com infarto agudo do miocárdio, tendo em vista os avanços tecnológicos e terapêuticos que auxiliam no tratamento da doença isquêmica do coração, proporcionando, assim, o prolongamento da vida do paciente.

1.4 O modelo de CAMPO DE SAÚDE, proposto por LALONDE (1974)

Diante da abrangência dos fatores de risco que envolve os pacientes com infarto agudo do miocárdio, ou seja, os fatores biológicos, sociais, culturais e o sistema de saúde, optou-se por utilizar o referencial teórico de Campo de Saúde (LALONDE, 1974). Essa escolha irá possibilitar a análise de aspectos que abrangem o processo de doença dos pacientes que apresentam essa condição crônica sob, diferentes formas, ou seja, meio ambiente, biologia humana, estilo de vida e organização do sistema de saúde.

Esse modelo teve sua estrutura conceitual descrita inicialmente por Laframboise, 1973, como modelo de causas de doença, tornando-se reconhecido pela comunidade científica quando utilizado para traçar políticas de Saúde no Canadá (DEVER, 1988).

O conceito de Campo de Saúde é composto por quatro elementos principais: meio ambiente, biologia humana, estilo de vida e organização do sistema de saúde. Esses elementos foram construídos a partir da identificação das causas e dos fatores que desencadeavam as doenças e mortes no Canadá. Esse estudo, posteriormente, possibilitou estabelecer o nível de saúde da população, naquele país (DANTAS, 1999).

Serão apresentados, a seguir, as definições dos quatro conceitos de Campo de Saúde, proposto por Lalonde (1974).

O conceito de **meio ambiente** inclui todos os aspectos relacionados à saúde e que estão externos ao corpo humano, relacionados ao ambiente físico e social que envolvem os indivíduos.

A **biologia humana** inclui aqueles aspectos da saúde, física e mental, no que se refere ao corpo humano, e à constituição orgânica do indivíduo. Relaciona-se à herança genética do indivíduo e aos processos de maturidade e envelhecimento e aos diferentes sistemas internos do organismo. Estes aspectos são considerados para compreendermos que o corpo humano é complexo e que as repercussões das alterações são variadas, sérias e podem contribuir para a morbi-mortalidade.

O **estilo de vida** consiste no conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo, e sobre as quais ele possui maior ou menor controle, que afetam sua saúde. Do ponto de vista da saúde, decisões e hábitos pessoais insatisfatórios criam os riscos autocriados.

Por fim, a **organização do sistema de saúde** é definido quanto à qualidade, quantidade, administração, natureza e relações de pessoas e recursos no oferecimento do cuidado de saúde. Inclui a equipe de saúde e instituições de saúde.

No Quadro 2 estão relacionados os elementos do meio ambiente, biologia humana, estilo de vida, e organização do sistema de saúde, proposto por Lalonde (1974) e adaptado por Colombo (1995) e Dantas (1996).

Quadro 2 - Aspectos relacionados aos elementos do meio ambiente, biologia humana, estilo de vida, e organização do sistema de saúde, a partir do modelo proposto por Lalonde (1974), Colombo (1995) e Dantas (1996)

BIOLOGIA HUMANA	Sexo, idade Índice de Massa Corporal (IMC) História clínica (doenças associadas, história familiar positiva para doença isquêmica cardíaca) História familiar para doença cardiovascular Uso de hormônio feminino
ESTILO DE VIDA	Causas atribuídas pelo paciente para ocorrência do infarto agudo do miocárdio Hábitos alimentares Bebidas alcoólicas e cafeína Tabagismo Atividade física Estresse Padrão do sono
MEIO AMBIENTE	Nível de instrução Ocupação Turno de trabalho Número de empregos Renda familiar Estado civil Número de filhos Procedência e local de residência
SISTEMA DE SAÚDE (atendimento de saúde)	Informações referentes à patologia atual Conhecimento do diagnóstico Dúvidas quanto à doença Tratamentos médicos realizados Utilização de outros sistemas de saúde

Dentre os conceitos de Campo de Saúde, proposto por Lalonde (1974), é de interesse, neste estudo, em particular, os riscos autocriados, decorrentes do conjunto de

decisões adotadas pelo indivíduo que influenciam o seu estado de saúde, ou seja, o seu estilo de vida.

Os efeitos dos riscos autocriados relacionados às doenças cardiovasculares e outros grupos de enfermidades estão refletidos nos hábitos destrutivos presentes no estilo de vida (LALONDE, 1974). Esses hábitos relacionam-se a: **1) drogas:** **a) ingestão excessiva de bebidas alcoólicas**, levando à cirrose, encefalopatias, obesidade e má nutrição; **b) tabagismo**: causando bronquite crônica, enfisema e câncer pulmonar, e agravando a doença arterial coronariana; **c) abuso de medicamentos**: levando à dependência e ao surgimento de efeitos colaterais e **2) dieta e exercício:** **a) super-alimentação**: resultando em obesidade e suas conseqüências; **b) alta ingestão de gordura**: possivelmente contribuindo para a aterosclerose e doença arterial coronariana; **c) alta ingestão de carboidratos**: contribuindo para a obesidade e cáries dentárias; **d) falta de exercícios**: agravando doença arterial coronariana, levando à obesidade e causando falta de condicionamento físico; **e) falta de recreação e de relaxamento de tensões diárias**: associadas com doenças ligadas ao estresse como a hipertensão arterial, doença arterial coronariana e úlceras pépticas.

Para compreender os diferentes aspectos que envolvem o processo de doença dos pacientes que sofreram de infarto agudo do miocárdio é necessário que a equipe de saúde e o enfermeiro, em particular, desenvolvam ações educativas visando ajudar o paciente a modificar os seus hábitos destrutivos.

Assim, a educação de pacientes tem sido identificada como função do enfermeiro ao longo desses anos. O papel educativo do enfermeiro, em hospital privado, também, pauta-se por educar e proporcionar um grau maior no aprendizado do paciente, atendendo aquilo que ele necessita aprender.

Com relação ao papel do paciente no processo ensino-aprendizagem, identificou a importância da sua motivação em aprender, para que ele seja capaz de praticar ações voltadas à sua saúde. Cabe ressaltar que o paciente precisa acreditar que é susceptível à doença em questão, que a doença acarretará sérias consequências sobre sua vida, caso ele venha a adoecer, estar consciente que certas ações possam ser tomadas, que essas ações podem reduzir sua probabilidade de adquirir a doença ou reduzir a gravidade da mesma e que a ameaça de praticar a ação proposta não é maior que a ameaça da doença em si (BILLE, 1981).

O objetivo final no processo de educação é capacitar o indivíduo ao desenvolvimento de habilidades que visam a promoção, manutenção e modificações de comportamentos relacionados à saúde (MOYNINHAM, 1984). Nas doenças cardiovasculares, em particular, no infarto agudo do miocárdio, temos como objetivo assistir o paciente para obtenção de comportamentos ajustados, no que se refere ao seu estilo de vida, os quais são necessários para atingir e manter o seu estado de saúde.

Nessa direção, a reabilitação cardíaca consiste em um conjunto de atividades necessárias para assegurar as condições físicas, mentais e sociais do paciente, possibilitando seu retorno à sociedade de forma ativa e produtiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995).

A Organização Pan-Americana da Saúde (1984), reconhecendo a importância dos conceitos propostos por Lalonde (1974), acrescida à transição demográfica e as mudanças nos padrões de consumo e estilo de vida, relata que as doenças cardiovasculares surgem como um dos componentes importantes do perfil de saúde de vários países latino-americanos. Foi descrito que o elemento mais importante na ocorrência das doenças cardiovasculares é o estilo de vida (DEVER, 1988). Essa situação levou a OPAS (1984) a recomendar que cada país implemente programas preventivos de atenção à saúde que

impliquem na eliminação e/ou redução dos comportamentos prejudiciais à saúde e aumento e/ou manutenção de hábitos saudáveis para a população. Nesta direção, o Centro de Pesquisa da Petrobrás-RJ, investigou a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares e desenvolveu um programa de saúde preventiva enfocando medidas para adoção de mudanças no estilo de vida de seus funcionários. (MATOS et al., 2004).

A qualidade de vida de pacientes coronarianos tem motivado pesquisadores a buscarem, incessantemente, estratégias que levem à redução da mortalidade por doença isquêmica cardíaca e suas principais formas de manifestações clínicas. Estudos recentes têm revelado redução da incidência, bem como da mortalidade relacionada à doença isquêmica cardíaca, mediante emprego permanente de medidas preventivas em nível primário e secundário e interesse no desenvolvimento de ações que efetivamente levem à redução e/ou controle de fatores de risco, intimamente relacionados ao desenvolvimento da doença (BITTAR, 1992; COLOMBO, 1995; CUNDEY; FRANK, 1995; OMS, 1995; DANTAS, 1996; MCGOVERN et al., 1996; MILLER; DEIDRE; MEYERS, 1996; COLLINS; RICE, 1997; DANTAS, 1999).

Os estudos realizados por Colombo (1995) e Dantas (1996) com pacientes que sofreram primeiro infarto agudo do miocárdio, utilizaram o Modelo de Campo de Saúde para traçar o perfil desses pacientes, em hospitais públicos do Estado de São Paulo. É sabido que a caracterização sócio econômica dos pacientes, atendidos em instituições públicas de saúde, é marcada por precárias condições de renda e escolaridade. Uma vez que já conhecemos a relação encontrada entre doenças cardiovasculares, educação e condições sociais em um hospital público, inquietou-nos investigar qual seria a caracterização dos indivíduos infartados, atendidos em uma instituição privada, utilizando, também, modelo conceitual proposto por Lalonde (1974).

Para tanto, pretende-se identificar os fatores de risco presentes em pacientes com infarto agudo do miocárdio atendido em rede privada, analisando os aspectos relacionados aos elementos do meio ambiente, biologia humana, estilo de vida e serviço de saúde.

Dentre os quatro elementos que compõem o Modelo de Campo de Saúde, concordamos com outros autores (DEVER, 1988; COLOMBO, 1995; DANTAS, 1996; DANTAS, 1999) quando afirmam que no elemento estilo de vida há a presença de fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares e que são passíveis de intervenção por parte dos profissionais de saúde.

Diante do exposto nos propomos a traçar o perfil de pacientes infartados, internados num hospital privado para posteriormente, elaborarmos um protocolo de assistência de enfermagem.

Isso se justifica, pois o paciente, na maioria das vezes, apresenta dificuldade em aceitar o tratamento por desconhecer seu quadro clínico e o seu real significado. Entende-se que mudar o comportamento de um indivíduo é um processo longo e tampouco corresponde à simples aquisição de informações, mas se relaciona, de modo desafiador, ao desenvolvimento de estratégias que o auxiliem a compreender a necessidade de mudança, passando por processo modificador da intenção, que irá ajudá-lo na concretização da mudança desejada. Portanto, o desafio consiste em conseguir que o paciente infartado incorpore alterações no seu estilo de vida e consiga realizar o tratamento de maneira apropriada. Desse modo, cumpre ressaltar que o enfermeiro assistencial deve buscar fundamentação teórica que auxilie o paciente na sua trajetória, para que ele consiga modificar seus hábitos de vida, evitando, assim, os riscos para o desenvolvimento de novos problemas de saúde.

1. Identificar os fatores de risco relacionados ao meio ambiente, à biologia humana, ao estilo de vida e à organização do serviço de saúde de pacientes internados, após o infarto agudo do miocárdio, num hospital privado, de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.
2. Identificar o conhecimento dos pacientes com infarto agudo do miocárdio quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento de novos problemas de saúde.
3. Comparar se algumas variáveis, relacionadas aos fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio são semelhantes ou diferentes, em pacientes internados em hospital público e privado de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório. O estudo exploratório é caracterizado por sua natureza rica em dados descritivos, por ter um plano aberto e flexível e por focalizar a realidade de forma aberta, complexa e contextualizada (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital São Francisco e Hospital do Coração de Ribeirão Preto-SP, que atende uma clientela de pacientes clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais. Também são atendidos pacientes que necessitam de internação e/ou procedimento cirúrgico de pequeno porte, em atendimento denominado hospital dia.

O hospital é composto por sete unidades de internação e tem 166 leitos para internação de pacientes clínicos e cirúrgicos com infecções agudas e crônicas, de média e grande complexidade; Unidade Coronariana responsável pelo atendimento de pacientes com problemas cardíacos; Centro de Terapia Intensiva para atendimento de pacientes em situação crítica de alta complexidade e cirurgia torácica; ambulatório para pacientes com problemas cardíacos, em seguimento na cardiologia ou em outras especialidades, tais como pneumologia, proctologia, urologia, entre outras, e, também, pelo atendimento de urgências e emergências e Hospital Dia onde se realizam pequenas cirurgias com alta dos pacientes no mesmo dia.

O local eleito no hospital para realizar este estudo foi a Unidade Coronariana, justificado pelas características de atendimento especializado a pacientes com problemas cardiovasculares num hospital privado.

A Unidade Coronariana atende pacientes com problemas cardiovasculares, de ambos os sexos, sem discriminação de faixa etária, que sofreram infarto agudo do miocárdio, e outros problemas cardíacos e também aqueles que foram submetidos a tratamento clínico e cirúrgico, tais como estudo hemodinâmico ou angioplastia transluminal coronária. Conta com equipe de saúde altamente especializada em cardiologia constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Atualmente, a Unidade Coronariana é composta por 10 leitos amplamente equipados com aparelhos de monitorização cardíaca, respiradores mecânicos, desfibriladores, marca passo cardíaco, entre outros. Além desses, a unidade mantém disponível todo o material necessário para atendimento de urgência. A Unidade Coronariana está localizada no primeiro andar do hospital e o ambiente é tranquilo, arejado e livre de ruídos, com vistas a favorecer a recuperação do paciente durante sua internação.

3.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de janeiro a julho de 2003.

3.4 População do estudo

No período de janeiro a julho de 2003 foram internados na Unidade Coronariana 42 pacientes com suspeita diagnóstica de infarto agudo do miocárdio.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão, adotados para a presente investigação são os seguintes: o paciente apresentar diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, confirmado mediante a realização do exame clínico pelo médico, eletrocardiograma e alterações dos exames laboratoriais através da dosagem de enzimas como creatina-fosfoquinase-CPK, isoenzimas, desidrogenase láctica-LDH e creatino fosfoquinase do músculo cardíaco-CKMB; no dia de evolução do infarto agudo do miocárdio, ou seja, até 48 horas após o infarto agudo do miocárdio não complicado, estar sem dor e concordar em participar da pesquisa com assinatura do termo de consentimento informado (APÊNDICE B).

Dos 42 pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, foram excluídos 11 pacientes que não atenderam os critérios de inclusão do estudo. Dentre os motivos de exclusão temos a recusa do paciente em participar da pesquisa, diagnóstico não confirmado pelo exame clínico realizado pelo médico, eletrocardiograma e exames laboratoriais tais como a dosagem de enzimas, o paciente apresentar-se em período de confusão, dispnéia, entubado no respirador e evoluindo com dor precordial.

3.6 Amostra do estudo

A amostra foi constituída por 31 pacientes internados com infarto agudo do miocárdio, na Unidade Coronariana do Hospital São Francisco e Hospital do Coração de Ribeirão Preto-SP.

3.7 Variáveis estudadas

Variáveis relacionadas à identificação: iniciais, endereço completo e tipo de plano de saúde.

Variáveis relacionadas ao meio ambiente: nível de instrução, ocupação, turno de trabalho, número de empregos, renda familiar, estado civil, número de filhos, procedência e local de residência.

Variáveis relacionadas à biologia humana: sexo, idade, peso, altura, índice de massa corporal, história familiar de doenças cardiovasculares, antecedentes familiares de morte por doença cardiovascular e uso de hormônio feminino.

Variáveis relacionadas ao estilo de vida: causas atribuídas pelo paciente para ocorrência do infarto agudo do miocárdio, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, tabagismo, estresse e padrão do sono.

Variáveis relacionadas ao sistema de saúde: informações referentes à patologia atual, conhecimento do diagnóstico, dúvidas quanto à doença, tratamentos médicos e utilização de outro sistema de saúde.

3.8 Definição das variáveis

3.8.1 Variáveis relacionadas à identificação

Plano de saúde – foi considerado o tipo de plano particular - contratado pelo próprio paciente ou oferecido por uma empresa da qual faz parte como trabalhador, em pré-pagamento, ou seja, tem direito à cobertura dos eventos prescritos no contrato.

3.8.2 Variáveis relacionadas ao meio ambiente

Nível de instrução - foi considerada a escolaridade conforme o nível educacional em primeiro, segundo, terceiro grau completo ou incompleto.

Ocupação - foram consideradas todas as ocupações referidas pelo paciente.

Turno de trabalho - foi considerado o turno de trabalho referido, sendo, diurno (das 8 às 18 horas), vespertino (das 17 às 22 horas) e noturno (das 19 às 7 horas).

Número de empregos - foi considerado o número de empregos referidos com ou sem registro em carteira de trabalho.

Renda familiar - foi considerado o valor em reais da renda de todos os membros da família e agrupados em faixas salariais em termos de salários mínimos, vigentes na época, da realização do trabalho.

Estado civil - foi classificado em casado, amasiado, separado, divorciado, viúvo e solteiro, conforme referido pelo paciente.

Número de filhos - foi considerado o número de filhos vivos e falecidos, referidos pelo paciente.

Procedência - foram classificados como procedentes das cidades da região de Ribeirão Preto-SP, outras cidades do Estado de São Paulo e outros Estados do país.

Local de residência - foi considerado se o paciente residia em zona urbana ou rural.

3.8.3 Variáveis relacionadas à biologia humana

Sexo - foram considerados indivíduos de ambos os sexos, feminino e masculino.

Idade - a idade foi agrupada segundo as faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, e mais de 80 anos, sendo expressa em anos completos.

Peso corporal e altura - foi considerado o peso em quilograma (kg) e altura em metros (m), registrados no prontuário do paciente.

Índice de massa corporal - obtido pela divisão entre o peso (quilograma) pela altura (metros) ao quadrado. A classificação utilizada foi aquela recomendada pela World Health Organization (1998).

Quadro 3 – Classificação de obesidade, segundo a World Health Organization, 1998.

CLASSIFICAÇÃO	IMC(KG/M2)	RISCO DE COMORBIDADE
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30,0 – 34,9	Moderado
Obeso classe II	35,0 – 39,9	Grave
Obeso classe III	> 40	Muito grave

Historia familiar de doenças cardiovasculares - foram consideradas as seguintes doenças na família em homens abaixo de 55 anos e mulheres abaixo de 65 anos, tais: hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte súbita.

Antecedentes familiares de morte por doenças cardiovasculares - foi considerado a causa mortis dos parentes de primeiro grau (pais e irmãos).

Uso de hormônio feminino - foi considerado o tipo e o tempo de hormônio utilizado.

3.8.4 Variáveis relacionadas ao estilo de vida

Causas atribuídas pelo paciente para ocorrência do infarto agudo do miocárdio – foram consideradas as causas que o paciente referiu para o desencadeamento do infarto agudo do miocárdio.

Hábitos alimentares - foi considerado o tipo de alimento utilizado no dia anterior ao infarto agudo do miocárdio, número de refeições, uso de frituras, tipo de gordura utilizada, ingestão de doces, refrigerantes e café.

Neste estudo foi considerada alimentação correta quando o paciente ingeriu todos os alimentos contidos na lista abaixo relacionada.

Desjejum: pão, leite, café e frutas.

Almoço: arroz, feijão, carnes brancas e vermelhas, legumes e salada.

Jantar: sopa, arroz, feijão, carnes brancas e vermelhas, legumes, e salada.

Lanche noturno: leite e fruta.

Consumo de bebidas alcoólicas - foi considerado o tipo de bebida alcoólica ingerida e a sua frequência.

Atividade física - foram considerados o tipo e duração de atividade física referida pelo paciente.

Tabagismo - foi considerado se o paciente era fumante, não fumante, ex-fumante, tempo de utilização do cigarro e quantidade de cigarros fumados por dia.

Estresse e padrão do sono - foram considerados em qual ambiente o paciente se sentia estressado e quantidade de horas de sono durante a noite.

3.8.5 Variáveis relacionados ao sistema de saúde

Foi considerado o conhecimento que o paciente tem em relação ao infarto agudo do miocárdio quanto aos fatores de risco, conhecimento do diagnóstico, dúvidas quanto à doença, tratamentos médicos realizados e utilização de outros serviços de saúde.

3.9 Elaboração e validação do instrumento de coleta de dados

Um roteiro sistematizado foi construído e adaptado a partir das variáveis do estudo e do instrumento proposto por Colombo (1995) e Dantas (1996). O instrumento contém cinco partes: 1) dados de identificação; 2) dados referentes ao meio ambiente; 3) à biologia humana; 4) ao estilo de vida; 5) relativos ao sistema de saúde, totalizando 40 questões, sendo duas abertas e 38 semi-abertas (APÊNDICE A).

O estudo piloto foi realizado na Unidade Coronariana no hospital em estudo, em janeiro de 2003. Participaram cinco pacientes com infarto agudo do miocárdio, mediante entrevista dirigida, a fim de adequar o instrumento de coleta de dados aos propósitos da pesquisa. Após a realização do estudo piloto, algumas questões foram reformuladas referentes à alimentação e história familiar para melhor adequação do instrumento aos objetivos propostos no presente estudo. Essa reformulação permitiu que os pacientes compreendessem melhor as questões formuladas.

3.10 Coleta de dados

Primeiramente a pesquisadora iniciava o contato por telefone com a enfermeira ou médico responsável pela Unidade Coronariana nos períodos da manhã, tarde e noturno para obter informações sobre internação de pacientes com suspeita diagnóstica de infarto agudo do miocárdio. As informações referiam-se ao tempo de ocorrência do infarto agudo do miocárdio, realização do exame clínico, eletrocardiograma e exames laboratoriais pelo médico. De posse dessas informações, a pesquisadora dirigia-se à Unidade Coronariana e,

mediante consulta ao prontuário do paciente, confirmava o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Após a confirmação do diagnóstico, a pesquisadora dirigia-se ao paciente e realizava a avaliação das condições físicas e psicológicas do paciente para verificar se havia condições de responder as questões contidas no instrumento de coleta de dados. Finalmente, para aqueles pacientes com boas condições clínicas e psicológicas eram explicados a natureza e os objetivos da pesquisa. A assinatura do termo de consentimento informado somente foi solicitado para aqueles pacientes que demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista dirigida através de perguntas precisas, pré-formuladas e com ordem pré-estabelecida (RICHARDSON et al., 1989). As entrevistas foram realizadas somente pelo pesquisador, na unidade coronariana, em horário previamente estabelecido, garantindo-se, desse modo, tranquilidade na emissão de respostas. As respostas às questões fechadas e semi-abertas foram registradas no próprio instrumento, concomitantemente à entrevista.

3.11 Organização dos dados para análise

Os dados obtidos na entrevista foram categorizados e digitados em uma base de banco de dados do Programa Excel, versão do Office 2000 Microsoft. Os dados foram transportados para o programa SPSS 9.0 for Windows. Para elaboração das tabelas, utilizou-se de números absolutos e porcentagem. A análise obedeceu aos critérios preconizados para um estudo descritivo, fundamentado no referencial teórico, o Modelo de Campo de Saúde, proposto por Lalonde (1974) e adaptado por Colombo (1995) e Dantas (1996).

3.12 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 19 de setembro de 2001 (ANEXO A) e pelo Diretor Clínico da instituição do estudo, em 25 de junho de 2001 e foram seguidas as normas da Resolução 196/96, do Ministério da Saúde referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL. MS, 1997).

4 Resultados e Discussão

4.1 Análise das variáveis relacionadas à identificação, segundo plano de saúde

Dos 31 (100,0%) pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, 21 (67,7%) foram atendidos na Unidade Coronariana pelo plano de saúde São Francisco Clínicas, 2 (6,5%) pela Cooperativa de Trabalho Médico - Unimed - Ribeirão Preto-SP, 1 (3,2%) particular e 7 (22,6%) por outros planos de saúde.

4.2 Análise das variáveis relacionadas ao meio ambiente, segundo nível de instrução, ocupação, turno de trabalho, número de empregos, renda familiar, estado civil, número de filhos, procedência e local de residência

Em relação ao nível de instrução, dos 31 (100,0%) pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, 2 (6,5%) eram analfabetos, 5 (16,1%) cursaram o primeiro grau incompleto, 11 (35,5%) primeiro grau completo, 3 (9,7%) segundo grau incompleto, 6 (19,3%) segundo grau completo, 1 (3,2%) nível superior incompleto, e apenas 3 (9,7%) nível superior completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo nível de instrução. Ribeirão Preto - SP, 2003

Nível de instrução	Total	
	Nº	%
Analfabeto	2	6,5
Primeiro grau incompleto	5	16,1
Primeiro grau completo	11	35,5
Segundo grau incompleto	3	9,7
Segundo grau completo	6	19,3
Nível superior incompleto	1	3,2
Nível superior completo	3	9,7
Total	31	100,0

Estudo randomizado sobre os fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio, revelou que o grau de instrução dos pacientes com esta patologia eram em sua maioria, analfabetos ou com baixo grau de escolaridade (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998). Esse estudo, ainda, demonstrou que não houve diferenças significativas entre os pacientes investigados em relação ao nível de escolaridade e risco para o desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio.

Estudo realizado para investigação dos fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em mulheres, verificou que a maioria dos pacientes era analfabetas (DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999). Outro estudo utilizando o mesmo Modelo de Campo de Saúde de Lalonde (1974), com trabalhadores de uma destilaria no interior paulista, identificou que o nível de instrução predominante foi o primeiro grau incompleto (SIMÃO, 2001). Os dados encontrados neste trabalho estão em concordância com os estudos de Silva; Sousa; Schargodsky (1998); Dantas; Colombo; Aguillar (1999); Simão (2001).

Nessa direção, o Banco Mundial (1991), ao analisar as pesquisas acerca do nível de instrução em relação às doenças cardiovasculares, aponta tendência de maior presença de fatores de risco entre os indivíduos com menor número de anos de estudo. Ainda, segundo

o Banco Mundial (1991), parece que há associação inversa entre estrato social, nível educacional e doenças isquêmicas do coração. Essa situação é preocupante, uma vez que os pacientes que mais necessitam assimilar as informações acerca dos fatores de risco para prevenir o infarto agudo do miocárdio têm maior dificuldade de compreensão da necessidade de mudança de estilo de vida.

Em relação à ocupação dos 31 (100,0%) pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, havia 1 (3,2%) médico, 1 (3,2%) professor, 1 (3,2%) administrador de empresas, 6 (19,3%) eram donas-de-casa, 5 (16,1%) aposentados, 4 (12,9%) empresários e 3 (9,7%) comerciantes (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo ocupação. Ribeirão Preto - SP, 2003

Ocupação	Nº	%
Dona-de-casa	6	19,3
Aposentado	5	16,1
Empresário	4	12,9
Comerciante	3	9,7
Representante comercial	2	6,5
Artesão	2	6,5
Trabalhador rural	2	6,5
Vendedor	2	6,5
Bordadeira	1	3,2
Cirurgião geral	1	3,2
Costureira	1	3,2
Diretor técnico serviço	1	3,2
Dona escritório contabilidade	1	3,2
Total	31	100,0

Desde a metade do século XX alguns estudos apontam a importância de investigar a correlação entre o tipo de trabalho e o risco de desenvolver doença arterial coronariana (BRUNER; MANELIS, 1950; MORRIS; CRAWFORD, 1953). A década de 80 trouxe grandes avanços para compreender essa correlação. Estudo de investigação a cerca dos fatores de risco ocupacionais e comportamentais em mulheres, constata maior prevalência

de doença arterial coronariana entre as mulheres que trabalhavam externamente, em comparação com as donas-de-casa, principalmente aquelas situadas na faixa etária dos 45 aos 64 anos de idade (HAYNES; FEINLEB, 1980).

Em concordância, outro estudo também demonstrou que o risco de desenvolver doença arterial coronariana foi significativamente maior entre os trabalhadores manuais (POCOCK et al., 1987). Cabe ressaltar que, embora essa diferença tenha sido atribuída à maior prevalência de tabagismo entre os trabalhadores que desenvolviam trabalho manual, quando removido esse fator, o excesso de risco permaneceu significativo.

Estudo realizado no Brasil, não mostrou diferença significativa em relação à atividade profissional/ou atividade física e risco para o infarto agudo do miocárdio (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

Os autores destes estudos referem que, ao investigar a ocupação como fator de risco para a doença arterial coronariana, encontram dificuldades para isolar os outros fatores envolvidos, ou seja, a atividade física, condição econômica, educacional e grau ou tipo de estresse ocupacional.

Os dados encontrados nesta pesquisa, em relação à ocupação, apontam que 12,9 e 9,7% dos pacientes eram respectivamente empresários e comerciantes, o que nos leva a sugerir que esses indivíduos podem estar de alguma forma sob estresse ocupacional.

Em relação ao turno de trabalho, 24 (77,4%) dos pacientes com infarto agudo do miocárdio desenvolviam o seu trabalho no período diurno, 1 (3,2%) vespertino, 4 (12,9%) referiram que se encontravam desempregados e 2 (6,5%) em outras situações.

Estudo semelhante identificou que a maioria dos pacientes infartados investigados, em um hospital público, eram economicamente ativos, com jornada de trabalho de 40 a 48 horas/semanais (DANTAS, 1996). Novo estudo com a mesma metodologia revelou que a

maioria dos trabalhadores de uma destilaria no interior paulista possuía jornada de trabalho de oito horas/diárias (SIMÃO, 2001).

Quanto ao número de empregos, dos 31 (100,0%) pacientes com infarto agudo do miocárdio, 24 (77,4%) tinham um emprego, 2 (6,5%) dois, 1 (3,2%) quatro ou mais, e 4 (12,9%) referiram que estavam desempregados (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo o número de empregos. Ribeirão Preto - SP, 2003

Empregos	Nº	%
Um	24	77,4
Dois	2	6,5
Quatro ou mais	1	3,2
Sem emprego/desempregado	4	12,9
Total	31	100,0

Estudo brasileiro que analisou o número de empregos como fator de risco para o infarto agudo do miocárdio, não observou diferenças significativas nos sujeitos investigados (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

Estudo realizado em trabalhadores de uma destilaria, do interior paulista, identificou que 97,6% destes indivíduos tinham apenas um emprego (SIMÃO, 2001).

Um bom estado de saúde é influenciado pelo estilo de vida que guarda relação com a qualidade de vida, clima harmonioso no ambiente de trabalho e social e consigo mesmo (SILVA; MARCHI, 1997). Portanto, consideramos que essa variável, ainda, carece de outras investigações para estabelecer se há, de fato, relação como fator de risco para o infarto agudo do miocárdio.

Quanto à renda familiar dos pacientes com infarto agudo do miocárdio, esta variou de 2 a 15 salários-mínimos (sm) ou mais. A maioria 10 (32,2%) encontra-se entre 3 e 5 sm, 10 (32,2%) entre 5 e 10 sm, 7 (22,6%) com 15 ou mais salários-mínimos (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo a renda familiar em salários-mínimos (sm). Ribeirão Preto-SP, 2003

Salário-Mínimo - sm		Nº	%
≤ 2	sm	2	6,5
3 — 5	sm	10	32,2
5 — 10	sm	10	32,2
10 — 15	sm	2	6,5
> 15	sm	7	22,6
Total		31	100,0

Estudo semelhante revela que a renda familiar para a maioria dos pacientes com infarto agudo do miocárdio, em um hospital público, foi inferior a 3 salários-mínimos (DANTAS, 1996) e outro estudo realizado em trabalhadores de uma destilaria paulista, identificou a renda familiar predominantemente entre 3 e 4 salários-mínimos (SIMÃO, 2001). Assim, nossos resultados quanto a renda familiar diferem dos dois estudos, acima mencionados. Isso pode ser um aspecto favorável se levarmos em conta que uma renda maior favorece um estilo de vida mais saudável.

Um estudo brasileiro existente sobre este assunto avaliou a renda familiar dos pacientes com fatores risco para o infarto agudo do miocárdio, utilizando a estratificação social, considerando a aquisição de casa própria e/ou automóvel. Os autores deste estudo encontraram maior prevalência para o infarto agudo do miocárdio entre os pacientes com melhor situação econômica (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

A associação entre situação econômica e risco para o desenvolvimento da doença aguda coronariana tem sido questionada nas últimas décadas. A associação entre um pobre estado de saúde e baixo nível socioeconômico tem sido observada no último século. No entanto, há forte evidência que aponta para a constatação de que baixa condição econômica constitui fator independente de risco para as doenças cardiovasculares (KAPLAN; KEIL, 1993).

Estudos revelam que na China e Índia existem mais óbitos atribuídos a cardiopatias do que em qualquer outro país industrializado. De fato, em 1998, 77% do total de óbitos em decorrência de doenças não transmissíveis ocorreram em regiões de baixa e média renda (OMS, 2003).

Cabe mencionar que o Ministério da Saúde considera que a classe socialmente baixa é um fator de risco independente para a cardiopatia, uma vez que a pobreza está associada com maior prevalência em todas as doenças, bem como à maior mortalidade por todas as causas e em faixas etárias mais jovens (BRASIL. MS, 1993 a).

Em relação ao estado civil dos pacientes com infarto agudo do miocárdio, 22 (70,9%) eram casados/amasiados, 4 (12,9%) viúvos, 3 (9,7%) desquitados/divorciados e 2 (6,5%) solteiros (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo o estado civil. Ribeirão Preto-SP, 2003

Estado Civil	Nº	%
Casado/amasiado	22	70,9
Viúvo	4	12,9
Desquitado/divorciado	3	9,7
Solteiro	2	6,5
Total	31	100,0

Ao estudar os fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em um hospital público universitário de grande porte, foi verificado que a maioria era casada e tinham filhos, em concordância com o estudo realizado com trabalhadores de uma destilaria do interior paulista (DANTAS, 1996; SIMÃO, 2001).

O estudo brasileiro relativo a este assunto não encontrou diferenças significativas em relação ao estado civil como fator de risco para o infarto agudo do miocárdio no Brasil (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

No entanto, foi demonstrado que o estado civil, muitas vezes, pode estar relacionado com taxas elevadas de morbi-mortalidade por doença isquêmica cardíaca, sendo o maior coeficiente entre viúvos, solteiros e separados (KOSKENVUO et al., 1980).

Nessa direção, além da relação entre situação conjugal do indivíduo com os índices de morbidade e mortalidade por doença isquêmica cardíaca, a família assume um papel importante no processo de reabilitação da pessoa acometida de infarto agudo do miocárdio para a sua reintegração social (KELLERMANN, 1993).

No que se refere ao número de filhos, 8 (25,8%) dos pacientes com infarto agudo do miocárdio tinham mais de três filhos, 7 (22,6%) três filhos, 7 (22,6%) dois filhos, 6 (19,3%) um filho e 3 (9,7%) não tiveram filhos.

Um dos estudos que utilizou a mesma metodologia também encontrou que a maioria dos pacientes infartados, em um hospital público, tinha mais de três filhos (DANTAS, 1996).

Em concordância, dentro deste mesmo método de pesquisa, os trabalhadores de uma destilaria do interior paulista possuíam, em sua maioria, um a três filhos (SIMÃO, 2001).

Em relação ao número de filhos, cabe ressaltar que, em todo o mundo, as taxas de natalidade estão diminuindo, a expectativa de vida está aumentando e as populações estão

envelhecendo. Na década de 50, por exemplo, o número de filhos que uma mulher teria, em média, era seis, hoje a taxa média de fecundidade total diminuiu para três filhos (OPAS, 2003). Os dados encontrados neste estudo estão condizentes com esta tendência mundial.

Quanto ao local de residência 31 (100,0%) pacientes residiam em área urbana, com infra-estrutura de rede de energia elétrica/esgoto, água tratada e pavimentação das ruas. Os dados encontrados estão em concordância com os dois estudos semelhantes realizados anteriormente, onde a maioria dos pacientes investigados residia em área urbana (DANTAS, 1996; SIMÃO, 2001).

Quanto à procedência dos 31 (100,0%) pacientes com infarto agudo do miocárdio, 14 (45,2%) eram procedentes da cidade de Ribeirão Preto-SP, 7 (22,6%) eram procedentes de outras cidades da região de Ribeirão Preto-SP pertencentes ao DIR XVIII e 10 (32,2%) eram oriundas de outras cidades do Estado de São Paulo.

4.3 Análise das variáveis relacionadas à biologia humana, segundo sexo, faixa etária, índice de massa corporal, história familiar de doença cardiovascular, antecedentes familiares de morte por doença cardiovascular e uso de hormônio feminino

Em relação à faixa etária obteve-se que, dos 31 (100,0%) pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, 2 (6,5%) pacientes encontravam-se na faixa etária de 30 a 39 anos, 7 (22,6%) situavam entre 40 a 49 anos, 10 (32,2%) de 50 a 59 anos, 6 (19,3%) de 60 a 69 anos, 5 (16,1%) de 70 a 79 anos e 1 (3,2%) com mais de 80 anos. Quanto ao sexo, constatou-se que 19 (61,3%) pacientes eram do sexo masculino e 12 (38,7%) do sexo feminino (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo sexo e faixa etária. Ribeirão Preto- SP, 2003

Faixa etária (em anos) Sexo	30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 ou mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	1	3,2	5	16,1	7	22,6	3	9,7	2	6,5	1	3,2	19	61,3
Feminino	1	3,2	2	6,5	3	9,7	3	9,7	3	9,7	0	0,0	12	38,7
Total	2	6,5	7	22,6	10	32,2	6	19,3	5	16,1	1	3,2	31	100,0

A idade e o sexo como fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio no estudo realizado no Brasil, mostrou predominância do sexo masculino, ou seja, 2,98 homens para 1 mulher, e a idade média foi de $58 \pm 12,07$ anos, ou seja, quase três vezes mais prevalente entre os homens na meia-idade. Esse estudo, ainda, mostrou que a idade média mais prevalente para a ocorrência do infarto agudo do miocárdio foi de 58 anos (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

Outro estudo revelou que a maior frequência de pacientes infartados foi do sexo masculino e ocorreu na faixa etária dos 40 aos 70 anos. Em relação ao sexo feminino, o infarto agudo do miocárdio ocorreu mais frequentemente na faixa etária situada entre 60 e 80 anos, sendo que na faixa etária superior a 80 anos de idade a frequência entre os sexos foi semelhante (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Os dados do presente estudo apontam que 41,9% dos homens e 19,4% das mulheres, ou seja, 61,3% dos pacientes infartados encontravam-se na faixa etária de 30 a 59 anos de idade. Cabe destacar que 2 (6,5%) pacientes infartados encontravam-se na faixa etária de 30 a 39 anos.

Ocorreram 229 óbitos em Ribeirão Preto, no ano de 2002, decorrentes do infarto agudo do miocárdio, sendo que, 139 (60,7%) encontravam-se na faixa etária de 25 a 74 anos de idade (SISTEMA INFORMAÇÕES ESTATÍSTICAS VITAIS-SICA EV, 2004).

Considerando que a maior frequência de pacientes infartados é do sexo masculino, e que tradicionalmente são as mulheres que mais procuram os serviços de saúde para os cuidados de prevenção e/ou tratamento, estratégias efetivas são necessárias para atingir a população masculina na busca de práticas de saúde saudáveis. As estratégias utilizadas podem incluir intervenções comportamentais e técnicas para aumentar a aderência ao autocuidado, visando diminuir os fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio. Por outro lado, é preciso que, para aqueles pacientes que já sofreram o primeiro infarto agudo do miocárdio, os enfermeiros busquem estratégias educativas que dêem autonomia ao paciente, envolvendo-o e responsabilizando-o pelo seu cuidado, mediante interação efetiva paciente-enfermeiro.

No que se refere ao índice de massa corporal, constatou-se que 13 (41,9%) dos pacientes com infarto agudo do miocárdio apresentaram índice de massa corporal normal; 8 (25,8%) estavam com sobrepeso, 8 (25,8%) com obesidade classe I, e 2 (6,5%) com obesidade classe II. Cabe ressaltar que dos 31 (100,0%) pacientes com infarto agudo do miocárdio, 10 (32,2%) pacientes estavam em obesidade classe I e classe II (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo sexo e índice de massa corporal. Ribeirão Preto-SP, 2003

Índice de massa corporal (kg/m ²) Sexo	Normal		Sobrepeso		Obesidade classe I		Obesidade classe II		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	9	29,0	5	16,1	5	16,1	0	0,0	19	61,3
	4	12,9	3	9,7	3	9,7	2	6,5	12	38,7
Feminino										
Total	13	41,9	8	25,8	8	25,8	2	6,5	31	100,0

Também podemos verificar, que a obesidade classe II foi encontrada somente em 2 (6,5%) pacientes com infarto agudo do miocárdio no sexo feminino (Tabela 7).

O estudo semelhante realizado em um hospital público revelou que a maioria dos pacientes, apresentou índice de massa corporal normal (DANTAS, 1996). Entretanto quando foram estudados os fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em mulheres, foi constatado a presença de sobrepeso e obesidade (DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999). Esses dados também foram observados em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista (SIMÃO, 2001).

Considerando que os pacientes em sobrepeso ou obesidade apresentam aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular, quando comparados com pacientes com índice de massa corporal normal, e que 58,1% dos pacientes estudados encontram-se em sobrepeso ou obesidade, torna-se imperioso estabelecer protocolos de orientação que contemplem a obesidade como fator de risco para infarto agudo do miocárdio. No caso, essas orientações devem ser iniciadas nos pacientes que já sofreram o infarto agudo do miocárdio no período de internação, e acompanhadas durante o processo de reabilitação para evitar novas recidivas.

Para tanto, os profissionais devem orientar a sua prática baseada em evidências científicas, as quais apontam que a obesidade, pressão arterial elevada e adiposidade central, elementos constituintes da síndrome metabólica, fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio e acreditar que os programas de saúde com enfoque interdisciplinar proporcionam aconselhamento, educação, retroalimentação e outros auxílios aos pacientes podem oferecer resultados satisfatórios.

Outro ponto a considerar, refere-se à organização dos serviços de saúde, a sua estrutura física, material didático criativo e atualizado e a importância dos trabalhadores de saúde estarem preparados para ações que visem modificar comportamentos do paciente na busca de práticas de saúde efetivas.

Quanto ao preparo dos profissionais de saúde para atender essa clientela, a experiência mostra que os profissionais precisam passar por uma capacitação profissional para desempenhar o papel de educador em saúde, considerando as diferenças educacionais e necessidades psicossociais dos pacientes e de seus familiares.

Nos 31 (100,0%) pacientes investigados, que sofreram infarto agudo do miocárdio, as principais doenças referidas na família estavam relacionadas à hipertensão arterial, diabetes mellitus, angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte súbita.

Em relação aos antecedentes familiares para doença cardiovascular, a hipertensão arterial foi referida por 23 (74,2%) dos pacientes para parentes de primeiro grau (mãe, pai e irmãos). Apenas 7 (22,6%) pacientes referiram que nenhum integrante da família apresenta hipertensão arterial e apenas 1 (3,2%) paciente desconhece essa informação (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo os antecedentes familiares com hipertensão arterial. Ribeirão Preto-SP, 2003

Antecedentes familiares com hipertensão arterial	Nº	%
Mãe	11	35,5
Irmãos	5	16,1
Pais	4	12,9
Pais/mães/irmãos	1	3,2
Filho	1	3,2
Mãe/filho	1	3,2
Não apresenta antecedentes familiares	7	22,6
Não soube referir	1	3,2
Total	31	100,0

O estudo realizado em hospital público, utilizando a mesma metodologia, revela que a hipertensão arterial sistêmica como antecedente familiar foi a patologia mais prevalente nos pacientes com infarto agudo do miocárdio (DANTAS; AGUILLAR, 1998).

Estes dados, também, foram corroborados pelo estudo brasileiro realizado no mesmo ano que refere, também, que a hipertensão arterial é um fator de risco importante para o desenvolvimento da doença arterial coronariana (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998; PIEGAS et al., 2003).

Ao analisar os antecedentes familiares dos pacientes infartados, encontramos que 16 (51,6%) dos pacientes referiram que os pais eram hipertensos.

Nessa direção, filhos de pais hipertensos são mais propensos a desenvolver a doença do que aqueles de pais normotensos. Quando pai e mãe são hipertensos, a chance do filho desenvolver hipertensão arterial sistêmica situa-se em torno de 50% (BARTOSH; ARONSON, 1999; LOPES, 2000).

Quanto aos antecedentes familiares para diabetes mellitus, 15 (48,3%) pacientes referiram a presença de diabetes mellitus entre seus familiares. Desses, 6 (19,3%) pacientes tinham mãe diabética, 3 (9,7%) irmãos, 3 (9,7%) mãe/irmãos, 2 (6,5%) o pai e 17 (54,8%) desconheciam a presença de diabetes mellitus na família (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo antecedentes familiares com diabetes mellitus. Ribeirão Preto-SP, 2003

Antecedentes familiares para diabetes mellitus	Nº	Frequência %
Pai	2	6,5
Mãe	6	19,3
Irmãos	3	9,7
Mãe/irmãos	3	9,7
Não souberam referir	17	54,8
Total	31	100,0

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morbidade e mortalidade entre indivíduos diabéticos (KANDEL; MCGEE, 1979). Dentre as doenças

cardiovasculares, o infarto agudo do miocárdio representa a primeira causa mortis em pacientes diabéticos com idade inferior a 50 anos (FERNANDES et al., 2000).

A mortalidade de pacientes diabéticos com infarto agudo do miocárdio é maior do que os não diabéticos, devido à extensão da área de necrose, frequência de choque cardiogênico e maior ocorrência de insuficiência cardíaca (BRAUNWALD, 1992).

Ao planejar um cuidado especializado a pacientes infartados, portanto, temos que considerar que o diabetes melittus é um dos principais fatores de risco para cardiopatias e doença cérebro-vasculares que freqüentemente ocorre associada à hipertensão arterial sistêmica.

Cabe ressaltar que 17 (54,8%) dos pacientes investigados não souberam referir a presença ou não de diabetes melittus na família. Isso pode levar a pensar que os pacientes infartados desconheciam a importância de diabetes melittus como fator de risco para ocorrência do infarto agudo do miocárdio.

A importância da educação em saúde sobre esse fator de risco justifica-se, pois os indivíduos diabéticos apresentam risco 4 a 5 vezes maior de desenvolver insuficiência cardíaca, quando comparados com a população em geral (ABBOTT; DONAHUE; KANNEL, 1988).

Ao considerar que 29,0% dos pacientes infartados, nesta investigação se encontravam na faixa etária de 30 a 49 anos, e que 48,3% dos pacientes investigados apresentavam o diabetes mellitus como antecedente familiar, é necessário maior atenção para os cuidados com as doenças associadas às doenças cardiovasculares, no que se refere à prevenção, quanto à exposição a novos fatores de risco e o que pode ser alcançado mediante a implementação permanente de programas educativos específicos para essa população.

Quanto à angina pectoris, apenas 7 (22,6%) pacientes referiram antecedentes familiares, sendo 1 (3,2%) paciente com o pai, 5 (16,1%) com a mãe, 1 (3,2%) com o irmão, 22 (70,9%) pacientes não apresentavam história familiar de angina pectoris e 2 (6,5%) não souberam informar. No que se refere ao infarto agudo do miocárdio, 17 (54,8%) pacientes referiram ocorrência de infarto agudo do miocárdio na família, sendo 5 (16,1%) pacientes com a mãe, 8 (25,8%) com o pai, 2 (6,5%) com os irmãos, 1 (3,2%) com o pai e o irmão, 1 (3,2%) com a mãe e o irmão e 14 (45,2%) pacientes não tiveram história de infarto agudo do miocárdio na família (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo antecedentes familiares para o infarto agudo do miocárdio. Ribeirão Preto-SP, 2003

Antecedentes familiares para infarto agudo do miocárdio mulheres com < 55 anos e homens < 65 anos	Nº	%
Não	14	45,2
Pai	8	25,8
Mãe	5	16,1
Irmãos	2	6,5
Pai/irmãos	1	3,2
Mãe/irmão	1	3,2
Total	31	100,0

Na Tabela 10, verifica-se que 15 (48,4%) dos pacientes infartados investigados, em hospital privado, apresentavam história familiar para o infarto agudo do miocárdio, sendo o pai com o antecedente mais freqüente. Esses dados estão de acordo com aqueles encontrados por Dantas (1996); Silva; Sousa; Schargodsky (1998).

Com relação aos antecedentes familiares para acidente vascular cerebral, encontrou-se apenas 6 (19,3%) pacientes com história familiar para acidente vascular cerebral, 3 (9,7%) referiram o irmão, 2 (6,5%) a mãe, 1 (3,2%) o pai, 24 (77,4 %) não tinham antecedentes familiares para acidente vascular cerebral e 1 (3,2%) não soube referir.

Dos dados obtidos neste estudo, apenas 19,3% dos pacientes infartados, em hospital privado, referiram antecedente familiar para doença cérebro-vascular, o que é plenamente justificado pois, no Brasil, a ocorrência de doença cérebro-vascular predomina sobre a ocorrência de doença coronariana, exceto em cidades como São Paulo-SP, onde a doença arterial coronariana apresenta contingente maior de vítimas do que a afecção cérebro-vascular (BRASIL. MS, 1996).

Dos 31 (100,0%) pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, 10 (32,2%) pacientes referiram morte súbita do pai, mãe e irmãos, 8 (25,8%) pai e mãe, 5 (16,1%) pai, 3 (9,7%) irmãos, 1 (3,2%) pai e irmão, 1 (3,2%) mãe e irmão e 3 (9,7%) não referiram morte súbita na família.

No presente estudo, também, verifica-se que dos 31 (100,0%) pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, 25 (80,6%) pacientes referiram ser órfãos de pai e 20 (64,5%) de mãe. As principais causas referidas de morte do pai foram: para 6 (19,3%) pacientes foi infarto agudo do miocárdio, 3 (9,7%) câncer e 3 (9,7%) referiram desconhecer a causa mortis de pai. As principais causas de morte referidas da mãe foram: para 5 (16,1%) pacientes foi câncer, 4 (12,9%) infarto agudo do miocárdio, 2 (6,5%) angina pectoris, 2 (6,5%) doença de Chagas e, 1 (3,2%) acidente vascular cerebral, 1 (3,2%) embolia pulmonar, 2 (6,5%) não souberam referir a causa mortis da mãe e 3 (9,7%) referiram outras causas.

No que se refere ao uso de hormônio feminino, constatamos que das 12 (38,7%) pacientes do sexo feminino com infarto agudo do miocárdio, 7 (22,6%) faziam uso de hormônio feminino. Quanto ao tipo de hormônio, 3 (9,7%) pacientes não souberam referir o nome, 2 (6,5%) referiram fazer uso de tibolona, e 1 (3,2%) de estrogênio e 1 (3,2%) não souberam referir. Cabe mencionar que todas as mulheres em uso de hormônio feminino referiram encontrar-se na menopausa.

Quanto ao tempo de início da menopausa, 4 (12,9%) pacientes referiram de 1 a 9 anos, 4 (12,9%) de 20 a 29 anos, 1 (3,2%) de 10 a 19 anos e 1 (3,2%) 30 anos ou mais.

A investigação deste provável fator de risco é importante, pois a proteção das mulheres em relação aos homens para o surgimento do infarto agudo do miocárdio antes da menopausa parece estar relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsável por menor tendência a trombose e proteção hormonal (KANDEL, 1987).

A incidência de problemas cardiovasculares em mulheres, após a menopausa, também, está relacionada à deficiência estrogênica, pois esta constatação tem sido constituída como fator de risco de importância significativa (SA; AZEVEDO, 2001). Nesse sentido, há relatos de que mulheres em uso de estrógeno como substituição terapêutica também estão expostas às doenças coronarianas (SIDNEY; PETITI; QUESENBERRY, 1997). Na atualidade há controversia a respeito da utilização de hormônio feminino e suas implicações para a saúde. Assim, a indicação de hormônio feminino como fator de proteção para as doenças cardiovasculares deve atender os critérios específicos para cada caso, particularmente para os pacientes que apresentam outros fatores de risco concomitantes para ocorrência de infarto agudo do miocárdio.

Desse modo, o conhecimento da história familiar do paciente é um dado extremamente importante, uma vez que através destes dados pode-se estimar maiores riscos para a ocorrência do infarto agudo do miocárdio e, conseqüentemente, a implementação imediata da adoção de medidas que visam prioritariamente a sua prevenção.

4.4 Análise das variáveis relacionadas ao estilo de vida, segundo causas atribuídas pelo paciente para ocorrência do infarto agudo do miocárdio,

hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, atividade física, estresse e padrão do sono

O estilo de vida adotado pelas pessoas tais como padrões alimentares, de sono, de atividade física determinam a sua qualidade de vida e de saúde em anos futuros. Várias doenças conhecidas na sociedade contemporânea decorrem do modo de viver (OLIVEIRA; MARTINEZ, 2002).

Quando se investiga as principais causas atribuídas para ocorrência do infarto agudo do miocárdio, 9 (29,0%) pacientes referiram o estresse, 5 (16,1%) não souberam referir, 3 (9,7%) indicaram sedentarismo e estresse, 2 (6,5%) referiram somente estresse. Os dados obtidos apontam que o estresse foi a causa referida mais freqüente para o desencadeamento do infarto agudo do miocárdio pelos pacientes investigados.

As principais causas atribuídas pelos pacientes infartados, de um hospital público, foram estresse e tabagismo (DANTAS, 1996).

Assim, torna-se necessário realizar outros estudos para conhecer o significado da palavra **estresse** pelos pacientes e quais as implicações deste fator de risco para a sua qualidade de vida, considerando que as evidências científicas acerca do estresse, como fator de risco para o desencadeamento do infarto agudo do miocárdio, ainda são controversas.

Na investigação das causas atribuídas pelos trabalhadores de uma destilaria, no interior paulista para ocorrência de doenças cardiovasculares, a maioria referiu que tinha algum conhecimento sobre os fatores de risco para estas doenças, tais como a dieta inadequada, falta de exercícios, tabagismo, ingestão excessiva de sal, álcool, estresse e obesidade (SIMÃO, 2001). Desse modo, constata-se que os riscos mais referidos pelos pacientes investigados estão ligados aos hábitos do estilo de vida. Cabe ressaltar que nesse

mesmo estudo, a raça também foi referida como fator de risco para doenças cardiovasculares (SIMÃO, 2001). Portanto, parece que, para alguns grupos específicos, os hábitos autocriados são conhecidos.

Reconhecendo a importância da dieta inadequada como fator de risco para o desencadeamento da obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica, investigamos alguns aspectos relacionados aos hábitos alimentares. Quanto ao número de refeições realizadas no dia anterior ao infarto agudo do miocárdio encontrou-se que dos 31 (100,0%) pacientes infartados, 24 (77,4%) pacientes realizavam o desjejum corretamente, 5 (16,1%) incorretamente e 2 (6,5%) não ingeriram o desjejum. No almoço, 24 (77,4%) pacientes realizavam corretamente, 7 (22,6%) incorretamente. No jantar 16 (51,6%) pacientes realizavam corretamente, 11 (35,5%) incorretamente e 4 (12,9%) não jantaram.

Com relação o hábito de fazer lanche noturno, observamos que 18 (58,1%) dos pacientes investigados não realizavam lanche noturno, 9 (29,0%) pacientes faziam de forma correta, 4 (12,9%) realizavam de forma incorreta. O estudo realizado em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista constatou que a maioria destes indivíduos faziam somente duas refeições ao dia (SIMÃO, 2001). Outro estudo identificou que a maioria dos pacientes com história do primeiro infarto agudo do miocárdio fazia uma refeição considerada equilibrada no almoço, e apresentavam dificuldade para uma dieta saudável durante o jantar (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

A maioria das mulheres portadoras de infarto agudo do miocárdio oriundas de um hospital público não apresentava hábitos alimentares de risco para o desenvolvimento da doença isquêmica cardíaca (DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999).

Estudo realizado no Brasil demonstrou poucas influências dos hábitos alimentares, com exceção do consumo habitual de embutidos, como fator de risco para o

desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

No entanto, uma alimentação saudável é importante para manutenção da qualidade de vida, redução do peso corporal e, conseqüentemente, ao bem-estar (SILVA; MARCHI, 1997). Privilegiar o consumo de peixes e aves sem pele, reduzir e/ou evitar o consumo exagerado de carne bovina e suína e de frios, é um objetivo a ser almejado. Portanto, a alimentação saudável relaciona-se ao bem-estar social, melhora do estilo de vida e traz benefícios à saúde (SILVA; MARCHI, 1997).

Em relação ao consumo de gordura, dos 31 (100,0%) pacientes infartados, 27 (87,1%) pacientes faziam uso de frituras e apenas 4 (12,9%) não consumiam alimentos gordurosos. Quando indagados da inclusão de frituras nas refeições, 12 (38,7%) pacientes referiram 2 ou mais vezes por semana, 8 (25,8%) raramente e 7 (22,6%) consumiam diariamente.

Quanto ao tipo de gordura utilizado no preparo das refeições, 27 (87,1%) pacientes referiram utilizar gordura vegetal, 2 (6,5%) gordura animal e 2 (6,5%) não utilizavam gordura no preparo das refeições.

A importância de investigar o consumo e tipo de gordura utilizada pelos pacientes deve-se ao fato de que o elevado consumo de gordura saturada está associado ao desenvolvimento de doença isquêmica cardíaca, enquanto o consumo de gorduras insaturadas parece relacionar-se com a diminuição desse risco (HADLEY; SAAMANN, 1991).

É recomendado uma dieta balanceada, rica em frutas, verduras e laticínios desnatados e pobre em gorduras saturadas e colesterol, para ajudar na redução dos níveis pressóricos e possivelmente até da utilização de medicação anti-hipertensiva. A redução do peso corporal, diminuição da ingestão de sal e consumo de álcool podem trazer

benefícios na prevenção e tratamento da hipertensão arterial (OLMOS; BENSENOR, 2001).

Quando se investiga a ingestão de doces e refrigerantes, dos 31 (100,0%) pacientes infartados, 27 (87,1%) pacientes referiram ingerir regularmente doces e refrigerantes e 4 (12,9%) não faziam uso destes alimentos. Quanto à frequência dos doces e refrigerantes, 14 (45,2%) pacientes referiram ingerir diariamente, 10 (32,2%) ingerem às vezes, 3 (9,7%) semanalmente.

Em relação à ingestão de café, dos 31 (100,0%) pacientes infartados, 28 (90,3%) pacientes tomavam café e apenas 3 (9,7%) não faziam uso desta bebida. Em relação à quantidade de café consumido por dia, 13 (41,9%) referiram ingerir mais de três vezes por dia, 4 (12,9%) pacientes ingeriam duas vezes ao dia e 2 (6,5%) três vezes ao dia.

Os dados obtidos nesta investigação acerca dos hábitos alimentares dos pacientes infartados, em um hospital privado, levam a pensar que a estratégia para a prevenção a ser adotada deve ter como foco um modelo preventivo voltado para a população em geral. No entanto, proporcionar atenção à saúde e educação a um membro da família, durante o período de internação, pode resultar na redução dos riscos para todos os membros próximos, visto que os fatores de risco tendem a se concentrar em toda a família.

A inatividade física, também, é considerada um importante fator de risco que pode interferir no surgimento e complicação da doença arterial coronariana. Em nosso estudo no que se refere à atividade física, dos 31 (100,0%) pacientes com infarto agudo do miocárdio, verificou-se que 13 (41,9%) pacientes realizavam algum tipo de atividade física, sendo que o tipo de atividade física realizada por 9 (29,0%) pacientes era a caminhada, 1 (3,2%) paciente fazia caminhada e andava de bicicleta, 1 (3,2%) musculação, 1 (3,2%) fazia caminhada e hidroginástica, 1 (3,2%) karatê e 18 (58,1%) pacientes não praticavam nenhum tipo de atividade física. Quanto à frequência e duração da atividade física, 7

(22,6%) dos pacientes realizavam atividade física uma vez por dia, com duração de 60 minutos ou mais, 4 (12,9%) praticavam atividade física três vezes ao dia com duração de 30 a 39 minutos, e 2 (6,5%) duas vezes por semana de 40 a 49 minutos.

Nessa direção, a prática adequada e regular de atividade física têm sido admitida como uma das mais importantes e eficazes medidas para a prevenção da doença arterial coronariana e a preservação da saúde e da qualidade de vida das pessoas, considerando que um dos fatores de risco para as doenças coronarianas é o sedentarismo (PASSOS et al., 1999).

Mesmo considerando a importância da atividade física na prevenção da doença arterial coronariana, somente 40,7% dos trabalhadores de uma destilaria no interior paulista referiram realizar algum tipo de atividade física (SIMÃO, 2001). Os resultados obtidos neste estudo mostram que os pacientes têm uma renda superior aquelas encontradas por Colombo (1995) e Dantas (1996). Este fato talvez esclareça a diferença em relação frequência de realização de atividade física pelos pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado.

A falta de exercícios físicos regulares, caracterizando o sedentarismo, foi o fator de risco mais prevalente, atingindo a maioria dos pacientes infartados, em um hospital público (DANTAS; AGUILLAR, 1998) .

Em outro estudo realizado com mulheres infartadas também ficou evidenciado que o sedentarismo foi o fator de risco mais prevalente (DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999).

Ao estudar o estilo de vida de paciente com primeiro infarto agudo do miocárdio, verificou-se que poucos exerciam atividade física como fator de proteção em relação à doença arterial coronariana (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Esses estudos demonstram que há necessidade de incrementar a atividade física no cotidiano das pessoas, pois até a atividade física não programada, ou seja, as atividades domésticas estão deixando de ser praticadas como consequência do estilo de vida atual, que inclui o uso excessivo do automóvel, controles remotos e aparelhos automáticos. Por outro lado, a atividade física programada, também, é importante, pois estimula a retomada de alguns hábitos, como forma de combate ao sedentarismo (HALPERN; MANCINI, 2000).

Dentre as vantagens da atividade física regular verifica-se a sua contribuição para a perda do peso corporal, especialmente associado a dieta hipocalórica (GALVÃO; KOHLMAN, 2002). Assim, a atividade física regular traz múltiplos benefícios para a saúde, incluindo também a redução da incidência de doença cardiovascular (BERLIN; COLDITZ, 1990).

Ao considerar o estudo realizado no Brasil em 1998, onde ficou evidenciado que a prevalência de infarto agudo do miocárdio foi significativamente menor entre os indivíduos que cultivavam, há mais de um ano, o hábito de caminhar (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998) e que os dados da presente investigação mostram que mais da metade 18 (58,1%) dos pacientes infartados são sedentários, esforços devem ser envidados para estabelecimento de programa de orientação para atividade física aos pacientes antes da alta hospitalar, bem como, motivá-los a buscar apoio e engajamento em programas de atividade física, oferecidos na comunidade.

Outro fator de risco autocriado que se investigou foi o tabagismo. Dos 31 (100,0%) pacientes com infarto agudo do miocárdio, 10 (32,2%) pacientes eram fumantes, sendo 6 (19,3%) do sexo masculino e 4 (12,9%) do sexo feminino, 12 (38,7%) referiram não ser fumantes e 9 (29,0%) eram ex-fumantes (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo tabagismo e sexo. Ribeirão Preto-SP 2003

Tabagismo	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Feminino	%		
Sim	6		4		10	32,2
Não	5		7		12	38,7
Ex-fumante	8		1		9	29,0
Total	19	61,3	12	38,7	31	100,0

Quanto à quantidade de cigarros consumidos, 6 (19,3%) pacientes referiram fumar um maço de cigarros por dia, 4 (12,9%) dois maços de cigarros por dia. Em relação ao tempo que faziam uso de cigarro, 5 (16,1%) pacientes referiram um período de 30 a 39 anos, 3 (9,7%) de 20 a 29 anos, e 2 (6,5%) de 10 a 19 anos. Em relação ao tempo de abandono do cigarro, 2 (6,5%) pacientes referiram parar de fumar num período de 1 a 9 anos, 3 (9,7%) de 10 a 19 anos, 2 (6,5%) de 20 a 29 anos, 1 (3,2%) de 30 a 39 anos, e 1 (3,2%) referiu parar de fumar a mais de 40 anos.

Quando se investigou qual o motivo que levaram os ex-tabagistas a parar de fumar, todos (100%) apontaram como justificativa o prejuízo que o cigarro trazia para a saúde. Essa preocupação encontra respaldo pelo fato de que o fumo é um dos fatores de risco mais importantes para a deterioração do estado de saúde e está associado ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas (MOREIRA et al., 1995).

Estudo que avaliou a influência do tabagismo como fator de risco para o infarto agudo do miocárdio, demonstrou que não houve diferenças significativas entre os não fumantes e fumantes, embora a ocorrência de infarto agudo do miocárdio tenha sido mais freqüente entre os ex-fumantes, destacando a importância da exposição deste fator de risco para o desencadeamento da doença (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

Estudo com pacientes com infarto agudo do miocárdio, mostram que os fumantes encontram-se, predominantemente, na faixa etária dos 50-70 anos, sendo que um quarto deles (25%) eram ex-fumantes e haviam parado de fumar há mais de cinco anos

(DANTAS; AGUILLAR, 1998). Estudo utilizando a mesma metodologia evidenciou que a maioria dos trabalhadores de uma destilaria do interior paulista não eram fumantes (SIMÃO, 2001).

Segundo OPAS (2003), tabagismo é mais prevalente entre os homens do que entre as mulheres, tanto para os fumantes quanto para os ex-fumantes. Em contrapartida, o risco de primeiro infarto agudo do miocárdio para as mulheres fumantes é de 3,6 vezes maior quando comparado ao risco de mulheres não fumantes (MCBRIDE, 1992). Nossos resultados mostram que a porcentagem de mulheres fumantes é ligeiramente maior que a dos homens.

Ainda, em relação ao risco de infarto agudo do miocárdio em ex-fumantes, esse decresce rapidamente nos primeiros cinco anos. Naqueles que consomem mais de 20 cigarros por dia, o risco só se iguala ao dos não fumantes após 15 anos de abandono do vício (ROSENBERG, 1987).

Dentre os benefícios durante a tentativa do abandono do tabagismo temos o declínio imediato na frequência cardíaca (WARD; GARVEY; BLISS, 1992; GIDDING et al., 1995).

Ao considerar que 10 (32,2%) dos pacientes investigados eram fumantes e que o hábito de fumar tem uma forte associação com a ocorrência do infarto agudo do miocárdio, é necessário que o período de internação hospitalar seja utilizado para motivar o abandono do tabagismo. No entanto, temos que considerar que resultados efetivos poderão ser conseguidos somente através de intervenções a longo prazo.

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, dos 31 (100,0%) pacientes investigados, 18 (58,1%) faziam uso de algum tipo de bebida alcoólica. Desses, 5 (16,1%) ingeriam todos os dias, 6 (19,3%) nos finais de semana, 4 (12,9%) semanalmente, 3 (9,7%) esporadicamente e 13 (41,9%) não faziam uso de bebida alcoólica.

Quanto ao tipo de bebida alcoólica utilizada, 11 (35,5%) pacientes referiram cerveja, 3 (9,7%) cerveja e vinho, 2 (6,5%) chope e cerveja, 1 (3,2%) cerveja e batidas, 1 (3,2%) cerveja, whisky e vinho, 13 (41,9%) não faziam uso de bebida alcoólicas (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital privado, segundo tipo de bebida alcoólica. Ribeirão Preto-SP, 2003

Tipos de bebida alcoólica	Nº	%
Nenhuma	13	41,9
Cerveja	11	35,5
Cerveja/vinho	3	9,7
Chope/cerveja	2	6,5
Cerveja/batidas	1	3,2
Cerveja/whisky/vinho	1	3,2
Total	31	100,0

O alcoolismo representa um importante problema de Saúde Pública, na atualidade, devido à sua alta prevalência, que é cerca de 10%. Segundo dados do Ministério da Saúde, 32,0% de leitos ocupados em diversos hospitais são por pacientes que apresentam doenças decorrentes do abuso de bebida alcoólica (BRASIL. MS, 1990).

No entanto, segundo o Banco Mundial (1991), os fatores de risco para doença isquêmica cardíaca, relacionado ao consumo de álcool, parecem existir apenas para os grandes consumidores. O aumento do consumo de álcool eleva os níveis pressóricos os quais constituem importante fator de risco de morte (KELBAEK et al., 1985).

A maioria dos pacientes infartados investigados, em um hospital público, raramente consomem bebidas alcoólicas (DANTAS; AGUILLAR, 1998). Esse dado, leva a pensar que o álcool, para esse grupo de pacientes, não esteve presente como fator de risco ou risco autocriado para o desencadeamento da doença isquêmica cardíaca.

Os dados obtidos em relação ao consumo de bebida alcoólica, pelos pacientes infartados em hospital privado, apontam que, também, esse fator de risco deve estar contemplado no programa educativo para prevenção dos fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio.

Considera-se que a abordagem com o paciente deve ser pautada pelo valor calórico da bebida alcoólica e sua contribuição para o ganho de peso corporal e no risco de hipoglicemia naqueles com diagnóstico concomitante de diabetes mellitus. A interação com a família, também, é fundamental para a busca de ajuda nos grupos de apoio oferecidos pela comunidade.

Outro fator de risco a ser considerado é o estresse. Para este estudo o estresse foi o elemento gerador de estresse. No que se refere ao local em que o paciente se sente mais estressado, dos 31 (100,0%) pacientes infartados, 12 (38,7%) pacientes referiram o local de trabalho, 7 (22,6%) referiram na própria casa, 6 (19,3%) na rua, 1 (3,2%) tanto em casa como no local de trabalho, 1 (3,2%) sente-se estressado o tempo todo e 4 (12,9%) não se sentem estressados.

O estresse, tem se constituído num fator de risco, discutível, para doença isquêmica cardíaca. Entretanto outros autores consideram o estresse como fator desencadeador de angina pectoris, infarto agudo do miocárdio e morte súbita (MANCILHA-CARVALHO, 1992).

Os pacientes infartados têm denominado o estresse como tensão nervosa, nervosismo e angústia (DANTAS; AGUILLAR, 1998; DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999). Esses autores, também, encontraram que os fatores relatados pelos pacientes infartados que desencadeiam o estresse foram o ambiente doméstico, insônia e recordar fatos que acreditam terem propiciado ou contribuído para o desencadeamento da doença.

Os nossos resultados reforçam os achados anteriores, uma vez que o estresse foi uma das causas mais atribuídas, pelos pacientes, para a ocorrência do infarto.

O estresse, também, tem sido apontado como fator importante para o desenvolvimento da hipertensão arterial (TAVARES; KOHLMANN, 1998), e um dos fatores que afeta a qualidade de vida, estando relacionado com doenças cardiovasculares (LIPP, 1996).

Em relação ao padrão do sono, 10 (32,2%) pacientes referiram o hábito de dormir em torno de 6 a 7 horas por noite, 10 (32,2%) de 8 a 9 horas, 6 (19,3%) de 4 a 6 horas, 2 (6,5%) de 3 a 4 horas, 1 (3,2%) 2 a 3 horas e 2 (6,5%) dormiam 9 horas ou mais.

O padrão do sono poder ser constituído como um fator de risco psicossocial para a doença isquêmica cardíaca (KANDEL, 1987).

4.5 Variáveis relacionadas ao sistema de saúde, conhecimento da doença, dúvidas quanto ao infarto agudo do miocárdio, tratamento médico utilizados e utilização de outros serviços de saúde

Ao investigar o conhecimento que os pacientes infartados têm a respeito da doença, dos 31 (100,0%) pacientes investigados, a maioria, 16 (51,6%) pacientes referiam algum conhecimento sobre a doença e 15 (48,4%) pacientes relataram não ter conhecimento suficiente sobre o infarto agudo do miocárdio.

Os conhecimentos referidos reportaram-se à obstrução das veias, problemas graves no coração, estreita relação com hipertensão arterial e diabetes mellitus, vida sedentária, má circulação sanguínea, abuso na alimentação, ingestão de alimentos gordurosos, dor no peito e doença fatal.

Os dados obtidos, na presente investigação, apontam que alguns dos conhecimentos relatados pelos pacientes referem-se a sinais e sintomas e doenças associadas.

Mesmo considerando que vários fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio foram referidos, é preciso salientar que somente o conhecimento desses fatores não modifica os hábitos de estilo de vida, torna-se necessárias intervenções mediante um processo educativo contínuo e permanente com o paciente.

Nessa direção, o processo educativo tem como objetivo capacitar e desenvolver habilidades que visam a promoção, manutenção e modificação de comportamentos, relacionados à saúde, pelos pacientes (MOYNINHAM, 1984).

Ao se investigar as dúvidas que os pacientes infartados têm em relação à doença, dos 31 (100,0%) pacientes, 12 (38,7%) pacientes relataram ter dúvidas acerca do processo de doença, e 11 (35,5%) pacientes afirmaram não possuir dúvidas relativas à doença

As dúvidas mais freqüentes estavam relacionadas aos fatores desencadeantes e as ações pelas quais os pacientes foram acometidos pelo infarto agudo do miocárdio.

O interesse demonstrado pelos pacientes quanto aos aspectos relacionados à fisiopatologia da doença, prognóstico e recuperação, após a ocorrência do infarto agudo do miocárdio, também, foram encontrados por Dantas; Aguillar (1998).

Outro estudo realizado demonstrou que a maioria dos pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio apresentaram conhecimentos relacionados ao diagnóstico desta doença (COLOMBO, 1995). Cabe ressaltar que os estudos semelhantes foram realizados em instituições públicas que têm, pelas peculiaridades de hospital escola, forte componente na educação de pacientes (COLOMBO, 1995; DANTAS; AGUILLAR, 1998).

Assim, conhecer as dúvidas dos pacientes acerca de determinada doença, em particular, o infarto agudo do miocárdio, também, em hospital privado, pode levar os enfermeiros a buscarem conhecimentos específicos para lidar com as condições crônicas. Esse conhecimento fornecerá subsídios para iniciar o processo educativo, atendendo as

necessidades imediatas do paciente com infarto agudo do miocárdio já no período de internação.

A importância de iniciar o processo educativo, durante a internação, coloca o paciente com infarto agudo do miocárdio como co-participante no gerenciamento de sua doença, envolvendo-o e responsabilizando-o para o seu autocuidado. Como a doença isquêmica cardíaca costuma vir associado à outras comorbidades, tal gerenciamento torna-se ainda mais complexo.

Quanto ao tratamento médico para outras doenças, 6 (19,3%) pacientes realizavam tratamento para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, 6 (19,3%) pacientes tratavam apenas a hipertensão arterial, 2 (6,5%) o diabetes mellitus, 2 (6,5%) faziam tratamento para o hipertireoidismo, 1 (3,2%) catarata e diabetes mellitus, 1 (3,2%) doença de Chagas e diabetes mellitus, 1 (3,2%) hipertensão arterial e enfisema pulmonar, 5 (16,1%) faziam tratamento para outras doenças e 7 (22,6%) não faziam nenhum tipo de tratamento (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição numérica e percentual de pacientes com infarto agudo do miocárdio, Internados em um hospital privado, segundo o tratamento médico para outras doenças. Ribeirão Preto-SP, 2003

Tratamento Médico	Nº	%
Diabetes mellitus/Hipertensão arterial	6	19,3
Hipertensão arterial	6	19,3
Hipertireoidismo	2	6,5
Diabetes mellitus	2	6,5
Catarata/Diabetes Mellitus	1	3,2
Doenças chagas/Diabetes mellitus	1	3,2
Enfisema pulmonar/Hipertensão arterial	1	3,2
Outras doenças	5	16,1
Não faziam tratamento	7	22,6
Total	31	100,0

Verifica-se que, dos 31 (100,0%) pacientes infartados investigados, 8 (25,8%) pacientes, além do diabetes melittus, também, eram portadores de outras patologias. Por outro lado, os dados mostram que 7 (22,6%) pacientes apresentavam a hipertensão arterial em conjunto com outras doenças (Tabela 13).

Cabe, ainda, ressaltar que dos 31 (100,0%) pacientes infartados, 17 pacientes (54,8%) eram portadores de diabetes melittus e/ou hipertensão arterial, consideradas doenças desencadeadas pela exposição aos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

A maioria dos pacientes infartados, internados em hospitais públicos do Estado de São Paulo, apresentavam doenças associadas à doença isquêmica cardíaca, tais como hipertensão arterial, diabetes melittus e dislipidemia (COLOMBO, 1995; DANTAS, 1996; DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999).

O estudo realizado com trabalhadores de uma destilaria no interior paulista demonstrou que estes pacientes realizavam tratamento para hipertensão arterial e diabetes melittus, dentre outras (SIMÃO, 2001).

A importância do tratamento e manutenção dos níveis pressóricos e glicêmicos, dentro dos valores de normalidade, devem constituir-se numa preocupação constante da equipe de saúde e dos pacientes, pois, a ocorrência de hipertensão arterial e diabetes melittus multiplica os fatores de risco para a doença micro e macrovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cérebro-vascular e doença vascular periférica (FARIA et al., 2002).

Quando foi inquerido a respeito da utilização de outro serviço de saúde, além dos serviços prestados pelo seu plano de saúde, a maioria, 21 (67,7%) pacientes referiam que utilizam somente os serviços oferecidos pelo plano de saúde e 10 (32,2%) referiram utilizar outros serviços.

Dos 10 (32,2%) pacientes infartados que utilizam outros serviços, 5 (16,1%) referiram utilizá-los em situações de urgência, e 5 (16,1%) pacientes o fazem esporadicamente.

O estudo dos trabalhadores de uma destilaria do interior paulista evidenciou que a maioria dos indivíduos procuravam pelos serviços de saúde, somente para tratamento de saúde (SIMÃO, 2001).

O estudo realizado em hospital público constatou que os pacientes com infarto agudo do miocárdio utilizavam os serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde tanto para seguimento quanto para situações emergenciais (DANTAS; AGUILLAR, 1998).

O hospital onde foi realizado este estudo possui serviço especializado para o acompanhamento dos portadores de condições crônicas de saúde. Entretanto, verifica-se que esse serviço tem sido pouco indicado pelos profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes infartados no referido hospital. As possíveis razões para justificar esta situação, talvez seja decorrente da falta de capacitação dos profissionais de saúde em reconhecer a importância da educação contínua e permanente de pacientes que apresentam patologias desencadeadas por exposição aos fatores de risco.

É de se esperar que o papel do enfermeiro, em uma unidade coronariana, consista em motivar o paciente a buscar ajuda para o gerenciamento de sua doença, aproveitando o serviço especializado oferecido hospital. Isso se justifica, pois, no período de internação do paciente com infarto agudo do miocárdio, ele se encontra fragilizado, sem condições de elaborar as mudanças comportamentais necessárias para uma mudança no seu estilo de vida, visando prioritariamente manutenção da sua qualidade de vida.

Cabe destacar, um dos objetivos deste trabalho seria buscar uma via de comunicação entre os enfermeiros e os pacientes com infarto agudo do miocárdio,

fornecendo subsídios para elaboração futura de um protocolo educativo específico para essa população, durante o período de internação.

Para melhor visualização, a seguir, apresentamos os fatores de exposição de risco encontrados em pacientes infartados em hospital público (DANTAS, 1996) e os achados em hospital privado (OLIVEIRA, 2003).

Quadro 4 - Caracterização de pacientes infartados em hospital público (DANTAS, 1996) e em hospital privado (OLIVEIRA, 2003) segundo os fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio. Ribeirão Preto-SP, 2003

Hospital público n = 45 Masc = 30 Fem = 15	Hospital privado n = 31 Masc = 19 Fem = 12
Biologia Humana	
66,7% sexo masculino	61,3% sexo masculino
Faixa etária 51,0% 50 a 70 anos	Faixa etária 54,9% 40 a 59 anos
Antecedente familiar	Antecedente familiar
HAS – 51,1% IAM – 6,6% AVC- 24,5%	HAS – 74,2% DM – 48,3% IAM – 54,8% AVC – 19,3%
IMC 40,0% com sobrepeso ou obesidade classes I, II e III	IMC 58,1% com sobrepeso ou obesidade classes I e II
Antecedente pessoal 55,5% são hipertensos	Antecedente pessoal 22,5% são hipertensos 25,8% são diabéticos
Meio Ambiente	
Nível de instrução 28,9% analfabetos 53,3% primeiro grau incompleto	Nível de instrução 35,5% primeiro grau completo 19,3% segundo grau completo
Ocupação 53,0% aposentados e donas-de-casa	Ocupação 32,2% aposentados e donas-de-casa
Turno de trabalho 56,6% oito a dez horas /dia	Turno de trabalho 77,4% oito a dez horas /dia
Nº de empregos 23,8% mais de um emprego	Nº de empregos 77,4% um emprego
Estado civil 68,8% casados	Estado civil 70,9% casados

Nº de filhos 75,6% mais de 3 filhos	Nº de filhos 48,4% 3 ou mais filhos
Renda familiar 71,1% < 6 salários-mínimos	Renda familiar 61,3% > 5 salários-mínimos
Procedência 84,4% Ribeirão Preto e região	Procedência 67,8% Ribeirão Preto e região
Local de residência 95,5% zona urbana	Local de residência 100% zona urbana
Atendimento de saúde	
75,5% conheciam o diagnóstico de IAM	51,6% conheciam o diagnóstico de IAM
32,3% tinham dúvidas sobre a doença	38,7% tinham dúvida sobre a doença
77,7% buscaram, outro serviço de saúde	67,7% utilizam os serviços oferecidos pelo plano
68,8% estavam em tratamento de HAS	54,8% em tratamento de HAS e DM

**continua
conclusão**

Hospital público n = 45 Masc = 30 Fem = 15	Hospital privado n = 31 Masc = 19 Fem = 12
Estilo de Vida	
Conhecimento do diagnóstico e causas atribuídas 75,5% conheciam o motivo internação/atribuição ao tabagismo e estresse	Conhecimento do diagnóstico e causas atribuídas 29,0% estresse 9,7% sedentarismo e estresse
Hábitos alimentares 80% refeições balanceadas no almoço e 55,5% no jantar 4,4% utilizam somente gordura de origem animal 33,3% consomem doces e refrigerantes + 3x/semana 93,3% consumiam café diariamente	Hábitos alimentares 77,7% desjejum constantemente 77,4% almoço constantemente 51,6% jantar constantemente 93,6% utilizam frituras na refeição 6,5% utilizam gordura de origem animal 45,2% ingerem doces e refrigerantes diariamente 41,9% ingerem café mais de 3 vezes ao dia
Bebidas alcoólicas 28,8% bebidas alcoólicas + 3/semanas	Bebidas alcoólicas 58,1% utilizam bebidas alcoólicas 16,1% utilizam todos os dias
Tabagismo 55,6% fumantes 24,5% ex-fumantes 48,8% iniciaram antes dos 24 anos nº de cigarros fumados > sexo masculino	Tabagismo 32,2% fumantes 38,7% não fumantes 29,0% ex-fumantes
Atividades físicas 88,8% sedentários	Atividades físicas 58,1% sedentários
Ambiente estressante 55,4% ambiente doméstico 37,7% alterações no padrão de sono	Ambiente estressante 38,7% local de trabalho 61,2% dormem menos que 8 horas/noite
Hormônio feminino 3,3% usam hormônio	Hormônio feminino 22,6% usam hormônio

A seguir, apresentamos as principais diferenças e semelhanças dos fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio, em pacientes internados em hospital público e privado em relação a biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e atendimento de saúde.

Em relação a biologia humana e meio ambiente destacamos que o infarto agudo do miocárdio em pacientes internados em hospital privado ocorreu na faixa etária mais jovens, ou seja, entre 40 a 59 anos; os pacientes tinham nível instrucional mais elevado; maior renda familiar, e a maioria encontrava-se em obesidade e sobrepeso. Em contrapartida, os antecedentes familiares para hipertensão arterial sistêmica ocorreram com maior frequência em pacientes internados em hospital público.

Quanto ao atendimento de saúde e estilo de vida, os dados revelam que os pacientes internados em hospital público tinham mais conhecimento do diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, quando comparados com os pacientes internados em hospital privado. Outro dado que merece destaque é a porcentagem de pacientes infartados em hospital privado que utilizam bebidas alcoólicas. Por outro lado, os pacientes internados em hospital público apresentaram maior frequência de tabagismo. Chamou-nos atenção, a frequência de pacientes internados em hospital público quanto ao sedentarismo. Cabe destacar, ainda, a porcentagem de mulheres infartadas em hospital privado que utilizam hormônio feminino.

A importância de conhecer os fatores de risco mais prevalentes para o infarto agudo do miocárdio em pacientes internados em hospital público e privado constituem elementos importantes para a elaboração de um plano educativo para estes pacientes.

Serão apresentados as conclusões desta investigação de acordo com a seqüência dos objetivos propostos considerados para a realização deste estudo. Através da utilização do Modelo de Campo de Saúde, proposto por Lalonde (1974), foi possível identificar os fatores de risco que envolvem os pacientes com infarto agudo do miocárdio, ou seja, os fatores biológicos, sociais, culturais e o sistema de saúde, em um hospital privado de uma cidade do interior do Estado São Paulo.

Assim sendo, esta investigação permitiu as seguintes conclusões.

5.1 Variáveis relacionadas ao meio ambiente

Os pacientes infartados deste estudo, em sua maioria, eram alfabetizados (93,5%). Desses, 35,5% tinha o primeiro grau completo e 19,3%, o segundo grau completo, respectivamente. Quanto à ocupação, 32,2% dos pacientes eram aposentados e donas-de-casa. No que se refere ao turno de trabalho e número de empregos, 77,4% trabalhavam em torno de 8 a 10 horas por dia e tinham somente um emprego. No que tange à renda familiar mensal, 61,3% dos pacientes recebiam na faixa de 5 a 15 ou mais salários-mínimos. No que se refere ao estado civil, a maioria (70,9%) era casada, 48,4% tinham três ou mais filhos e 67,8% eram procedentes de Ribeirão Preto e região, e todos (100%) residiam em zona urbana.

5.2 Variáveis relacionadas à biologia humana

Em relação ao sexo, a maioria (61,3%) dos pacientes infartados, em um hospital privado de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, era do sexo masculino, mais da metade (54,9%) encontrava-se na faixa etária de 40 a 59 anos, 58,1% encontravam-se em sobrepeso ou obesidade classes I e II. Quanto aos antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, os dados mais expressivos apontam que 74,2% apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 48,3% diabetes melittus, 54,8% infarto agudo do miocárdio, 19,3% acidente vascular cerebral e 22,6% das mulheres faziam uso de hormônio feminino.

5.3 Variáveis relacionadas ao estilo de vida

As principais causas atribuídas pelos pacientes para a ocorrência do infarto agudo do miocárdio foram estresse (29,0%) e estresse e sedentarismo (9,7%). Quanto aos hábitos alimentares, 93,6% utilizavam frituras nas refeições, 45,2% ingeriam doces e refrigerantes diariamente e 41,9% tomavam três ou mais xícaras de café ao dia, 58,1% faziam uso de bebida alcoólica, sendo que 16,1% bebiam todos os dias. Dos pacientes investigados 32,2% eram fumantes e 29,0% ex-fumantes, sendo que 58,1% não praticavam atividade física. Em relação ao ambiente estressante e padrão de sono, 38,7% referiram que o local de trabalho era o mais estressante e 61,2% dormiam menos que oito horas de sono por noite.

5.4 Variáveis relacionadas ao sistema de saúde

Dos pacientes investigados com infarto agudo do miocárdio, em um hospital privado, numa cidade do interior do Estado de São Paulo, mais da metade (51,6%) conhecia o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e 38,7% apresentaram dúvidas

acerca da doença. A maioria (67,7%) utilizava os serviços de saúde oferecidos pelo plano de saúde e 54,8% estavam realizando tratamento para hipertensão arterial e diabetes melittus.

Com base no referencial teórico adotado neste estudo, pode-se identificar alguns fatores, ligados aos quatro elementos do Modelo de Campo de Saúde, que estavam presentes nos indivíduos estudados, tais como os hábitos autocriados que se constituem em agravos para a ocorrência da doença.

Por outro lado, identificou-se que os pacientes infartados de um hospital privado possuíam certo conhecimento dos fatores de risco cardiovasculares. Mesmo considerando que os pacientes conheciam estes fatores de risco, os dados obtidos evidenciam que estavam expostos aos mesmos, e que a incorporação de atitudes saudáveis ao seu cotidiano são, ainda, necessárias. Isso leva a ressaltar a importância de implementação de programas educativos específicos permanentes para essa população, ainda no ambiente hospitalar.

Porém, a implementação do programa educativo deve conter ações de enfermagem, enfocando a gravidade do infarto agudo do miocárdio e a importância da aquisição de hábitos mais saudáveis.

ABBOTT, R. D.; DONAHUE, R. P.; KANNEL, W. B. The impact of diabetes on survival following myocardial infarction in men versus women: the Framingham study. **JAMA**, v. 260, p. 3456-60, 1988.

ANTMAN, E. M.; BRAUNWALD, E. Acute myocardial infarction. In: Braunwald, E, Zipes, D.P., Libby, P. editors. **Heart Disease**: in text book of cardiovascular medicine. Philadelphia: W.B. Saunders Company, v. 6, p. 1114 -219, 2001.

AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 2-3, p. 239-43, 1996.

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

BARTOSH, S. M.; ARONSON, A. J. Childhood hypertension: an update on etiology, diagnosis and treatment. **Pediatr. Clin. North Am.**, v. 46, p. 235-52, 1999.

BATLOUNI, M. Interação placa, endotélio, coagulação e isquemia aguda. **RSCESP**, v. 3, n. 2, p. 6-13, 1993.

BERLIN, J. A.; COLDITZ, G. A. A metanalysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. **Am. J. Epidemiol.**, v. 132, n. 4, p. 612-28, 1990.

BERTUZZI, M.; NEGRI, E.; TAVANI, A.; VECCHIA, C. A. Family history of ischemic heart disease and risk of acute myocardial infarction. **Preventive Med.**, v. 37, p. 183-7, 2003.

BILLE, D. **Pratical approaches to patient teaching**. USA: Litte & Brown, 1981. 366p.

BITTAR, O. J. N. V. **Retorno ao trabalho após revascularização do miocárdio**. 1992. 84 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

BODANESE, L. C. Hipertensão arterial – Enfoque atual. **Rev. ILIB**, v. 1, n. 1, p. 8-10, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília: MS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programa de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos; assistência médica**. Brasília: MS, 1993a. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatística de Mortalidade- CENEPI**. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 1997. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. CENEP. **Sistema de informações de mortalidade (SIM) e IBGE**. Brasília, 2000. Disponível em: 25 de março de 2001
<http://www.datasus.gov.br>, 2000

BRAUNWALD, E. **Heart disease**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992.

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 5. ed. São Paulo: Roca, 1999, v.2, p. 1179 – 1460.

BRAUNWALD, E. et al. ACC/AHA Guidelines for Unstable Angina. **J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 36, p. 970-1072, 2000.

BRUNER, D; MANELIS, G. Myocardial infarction among members of communal settlement in Israel. **Lancet**, v. 3, p. 1049-57, 1950.

BUCHLER, R. D. D.; FERRAZ, A. S.; MENEGHELO, R. S. Princípios gerais e aplicações de reabilitação. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 6, n. 1, p. 11-2, 1996.

CARNEY, R. M. Psychological risk factors for cardiac events: could there be just one? **Circulation**, v. 97, n. 2, p. 128-9, 1998.

CARVALHO, J. J. M. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 50, n. 1, p. 59-67, 1988.

CHIANG, B. N.; PERLMAN, L.V.; EPSTEIN, Z. H. Overweight and hypertension. **Circulation**, v. 39, p. 403-21, 1969.

COLLINS, J. A.; RICE, V. H. Effects of relaxation intervention in phase II cardiac rehabilitation: replication and extension. **Heart & Lung**, v. 26, n. 1, p. 31-44, 1997.

COLOMBO, R. C. R. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio**. 1995. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, 1997.

CUNDEY, P. E.; FRANK, M. J. Cardiac rehabilitation and secondary prevention after a myocardial event. **Clin. Cardiol.**, v. 18, p. 547-53, 1995.

DANTAS, R. A. S. **Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de “Campo de Saúde”**. 1996. 156 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do Modelo de “Campo de Saúde”. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 571-88, 1998.

DANTAS, R. A. S. **Reabilitação de pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio**. 1999. 178 f. Dissertação (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Programa Interunidades, Ribeirão Preto, 1999.

DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de Campo de Saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 63-8, 1999.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração de serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. 394 p.

FARIA, A. N.; ZANELLA, M. T.; KOHLMAN, O.; RIBEIRO, A. B. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2002.

FERNANDES, I. C.; SÁ, S. V. de; SILVA, A. M. S. P.; CURI, A. N.; FREIRE, C. R. S.; ALMEIDA, M. L.; PERS, M.C. M.; DINIZ, S. M. F.; ALENCAR, V. M. R.; BORGES, Z. M. Diabetes mellitus e dislipidemia. **J. Med.**, v. 79, n. 3, p. 39-44, set. 2000.

GALVÃO, R.; KOHLMAN, O. Hipertensão arterial no paciente obeso. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 262-7, 2002.

GIDDING, S. S.; XIE, X; LIN, K. et al. Função cardíaca em tabagista e não-tabagistas: o estudo CARDIA. **J. Am. Coll. Cardiol.** (Ed Bras), v. 1, p. 378-81, 1995.

GULANICK, M. Is phase 2 cardiac rehabilitation necessary for early recovery of patients with cardiac disease? A randomized, controlled study. **Heart & Lung**, v. 20, n. 1, p. 9-15, 1991.

HADLEY, S. A; SAAMANN, L. Lipid physiology and nutritional consideration in coronary heart disease. **Crit. Care Nurs.**, v. 11, n. 10, p.28-39, 1991.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 7, p. 2, 2000.

HAYNES, S. G.; FEINLEB, M. Women, work and coronary heart disease prospective findings from the Framingham Heart Study. **Am. J. Public Health**, v. 70, p. 133-41, 1980.

JICK, H.; DINAN, B.; HERMAN.; R.; ROTHMAN, K. J. Myocardial infarction and other vascular disease in young women. Role of strogens and other factors. **JAMA**, v. 240, p. 2548, 1978.

JOMINI, V.; PASQUALI, S. O.; WIETLISBACH, V.; RODONDI, N.; JOTTERNAND, V.; PACCAUD, F.; DARIOLI, R.; NICOD, P.; MOOSER, V. Contribution of major cardiovascular risk factors to familial premature coronary artery disease. **J. Am. Coll. Cardiol.**, Lausanne, v. 40, n. 4, p. 676- 84, 2002.

KANNEL, W. B.; DAWBER, T. R.; KAGAN, A.; REVOTSKIE, N.; STOKES 3rd., J. Factors of risk in the development of coronary heart disease – six – year follow-up experience: the Framingham study. **Ann. Intern. Med.**, v. 55, n. 1, p. 33-50, 1961.

KANNEL, W. B.; McGEE, D.L. Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study. **J. Am. Med. Assoc.**, v. 241, p. 2035-8, 1979.

KANNEL, W.B. New perspectives on cardiovascular risk factors. **Am. Heart J.**, v. 114, n. 1, p. 213-9, 1987.

KANNEL, W. B. Natural history of cardiovascular risk. In: HOLLENBERG, N. K. (ed.). **Hypertension: mechanisms and therapy**. Philadelphia: Current Medicine, 1995. Cap. 5, p. 2-22.

KANNEL, W.B. Epidemiologic contributions to preventive cardiology and challenges for the twenty-first century. In: WONG, N. D.; BLACK, H. R.; GARDIN, J. M. (Ed.) **Preventive cardiology**. New York: McGraw-Hill, 2000. p.3-20.

KAPLAN, G. A.; KEIL, J. E. Socioeconomic factor and cardiovascular disease: review of the literature. **Circulation**, v. 88, p. 1973-88, 1993.

KELBAEK, H.; GJORUP, T.; BRYNJOLF, I.; CHRISTENSEN, N. J.; GODTFREDSSEN, J. Acute effects of alcohol in left ventricular function in healthy subjects at rest and during upright exercise. **Am. J. Cardiol.**, n.55, p. 164, 1985.

KELLERMAN, J. J. Long-term comprehensive cardiac care: the perspectives and tasks of cardiac rehabilitation./Editorial/ **Eur. Heart J.**, v. 14, p. 1441-4, 1993.

KOCH, F.; SALERMO DE MINA, M. R. Los factores de riesgo coronário en la población adulta sana de San Miguel de Tucumán. **Ci. Méd.**, v. 7, n. 4, p. 223-34, jul./ago. 1992.

KOSKENVUO, M. et al. Differences in mortality from ischemic heart disease by marital status and social class. **J. Chron. Dis.**, v. 33, p. 95-106, 1980.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: National Health and Welfare, 1974. 76 p.

LAURENTI, R. Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 38, n. 4, p. 243-8, 1982.

LERNER, D. J.; KANNEL, W. B. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality the sexes: a 26 year follow-up of the Framingham popul. **Am. Heart J.**, v. 111, p. 383-90, 1986.

LINDEN, W.; STOSSEL, C.; MAURICE, J. psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. **Arch. Intern Méd.**, v. 156, p. 745-52, 1996.

LIPP, M. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**: um guia de tratamento para o hipertenso. 2. ed. Campinas: Papirus, 1996. 130p.

LOPES, H.F. Patogênese da hipertensão em filhos de hipertensos. **Rev. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.2, n.1, p.14-22, 2000.

LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil: porque altas taxas de mortalidade entre as mulheres? **Rev. Bras. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 667 – 71, 1996.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D .A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUEPKER, R. V. Epidemiologia das enfermidades aterosclerose em grupos populacionais. In: AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Compêndio de cardiologia preventiva**: 1. São Paulo: Publicações Científicas, 1997. p. 143-57.

MANCILHA-CARVALHO, J. J. Antecedentes da doença coronariana: os fatores de risco. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 58, n. 4, p. 263-7, 1992.

MANFROI, W.C.; ZAGO, A. J.; LEITÃO, C. B.; ORDOVÁS, K. G.; RIBEIRO, L. W.; SOUZA, J.; KIRSCHNICK, L.; CANDIAGO, R. H.; CRUZ, R.; GOELLNER, A.; DIAS, I. Comparação da aterosclerose coronária em pacientes com infarto do miocárdio e angina do peito. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n. 1, p. 25-29, jul. 1998.

MATOS, M. F. D.; SILVA, N. A S.; PIMENTA, A J. M.; CUNHA, J. L. A. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionário do Centro de Pesquisa da Petrobrás. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 82, n. 1, p.1-9, 2004.

McBRIDE, P. E. The health consequences of smoking cardiovascular diseases. **Med. Clin. North Am.**, v. 76, n. 2, p.333-53, 1992.

McGOVERN, P. G.; PANKOW, J. S.; SHAHAR, E.; DOLISZNY, K. M.; FOLSOM, A. R.; BLACKBURN, H.; LUEPKER, R. V. Recent trends in acute coronary heart disease: mortality, morbidity, medical care and risk factors. **N. Engl. J. Med.**, v. 334, n. 14, p. 884-90, 1996.

MILLER, N. H.; DEIDRE, W.; MEYERS. D. Home-based cardiac rehabilitation and lifestyle modification: the MULTIFIT model. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 11, n. 1, p. 76-87, 1996.

MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D.; MORAES, R. S. et al. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 46-51, 1995.

MORRIS, J. N.; CRAWFORD, M. D. Coronary heart disease and physical activity of work. Evidence of a national necropsy survey. **Br. Med. J.**, v. 2, p. 1485-91, 1953.

MOYNINHAM, M. Assessing the educational needs of post-myocardial infarction patients. **Nurs. Clin. North Am.**, v. 19, n. 3, p. 441-7, 1984.

NICOLAU, J. C.; BARACIOLI, L. M.; COSTA, O. M. C.; HERNANDES, M. E. Infarto do miocárdio em hipertensos. **Rev. Hiper Ativo**, São Paulo, v.6, n. 1, p. 38-41, 1999.

NOGUEIRA, P. R.; NOGUEIRA, C. M. O.; VILLAFANHA, D. F.; TAKEUSHI, L. F. Angina estável: apresentação e classificação. **Rev. Soc. Cardiol.**, v. 13, n. 2, p. 260-7, 2003.

OLIVEIRA, A. L. B.; MARTINEZ, V. L. C. A importância da fase de aquecimento em programas ambulatoriais de exercícios físicos para pacientes cardíacos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 12, n. 5, p. 10-15, set./out. 2002.

OLMOS, R. D.; BENSON, I. M. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 221-4, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Disability prevention and rehabilitation**. A guide for strengthening the basic nursing curriculum. Genebra, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde (OMS)/MS, 2003. 105p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Enfermidades cardiovasculares. **Bol. Epidemiol.**, v. 5, n. 1, p. 5-8, 1984.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. **CARMEN**: iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas. Brasília: OMS, 2003. 32p.

PAIS, P.; POGUE, J.; GERSTEIN, H.; ZACHARIAH, E.; SAVITHA, D.; JAYPRAKASH, S.; NAYAK, P.R.; YUSUF, S. Risk factors for acute myocardial infarction in Indians: a case-control study. **Lancet**, v. 348, p. 358-63, 1996.

PASHKOW, F. J. Issues in contemporary cardiac rehabilitation: a historical perspective. **J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 21, p. 822-34, 1993.

PASSOS, L .C. S.; LOPES, A. A. COSTA. U., LOBO, N., RABELO, A. Difference in the in-hospital mortality of unstable angina pectoris between men and women. **Arq. Bras. Cardiol.**, Salvador, v. 72, n. 6, p.1-7, 1999.

PIEGAS, L. S.; AVEZUM, A.; PEREIRA, J. C. R.; NETO, J. M. R.; HOEPFNER, C.; FARRAN, J. A; RAMOS, R. F.; TIMERMAN, A; ESTEVES, J. P. Risk factors for myocardial infarction in Brazil: on behalf of the AFIRMAR Study Investigators São Paulo, Joinville, and Salvador. **American Heart Journal**, Brazil, v. 146, n. 2, p.331-38, 2003.

POCOCK, S. J.; SHAPER, A. G.; COOK, D. G.; PHILLIPS, N. A.; WALKER, M. Social class differences in ischaemic heart disease in british men. **Lancet** , v. 2, p. 197-201, 1987.

REGO, R. A.; BERALDO, F. A. N.; ROGRIGUES, S. S. R OLIVEIRA, Z. M. A.; OLIVEIRA, M. B.; VASCONCELLOS, C.; AVENTURATO, L. V. O.; MONCAU, J. E. C.; RAMOS L. R.. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 277-85, 1990.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. S.; CORREIA, L. M.; PERES, M. H. M.; WANDERLEY, J. C. V. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RICH, M. W.; BECKHAM, V.; WITTENBERG, C. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **N. Engl. J. Med.**, v. 333, p. 1190-5, 1995.

ROSENBERG, J. **Tabagismo e saúde**: informações para profissionais da saúde. Brasília: Brasília: Ministerio da Saude, 1987. 75 p.

ROSENBERG, L.; SHAPIRO, S.; KAUFMAN, D. W.; SLONE, B.; MIETTINEN, O S.; STOLLEY, P. D. Cigarette smoking in relation to the risk of myocardial infarction in young women. Modifying influence of age and predisposing factors. **Int. J. Epidemiol.**, v. 9, p. 57, 1983.

ROSITO, G. A. Efeitos do consumo de álcool na pressão arterial ambulatorial In: MION JR, D.; NOBRE, F.; OIGMAN, W. **MAPA**: monitorização ambulatorial da pressão arterial. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. cap. 8, p. 81-85.

SÁ, M. F. S.; AZEVEDO, G. D. Terapia de reposição hormonal em hipertensos: associação permitida ou indesejável? **Rev. Bras. Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 234-7, abril/junho 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Sistema Informações Estatísticas Vitais (SICAEV). Divisão Vigilância Epidemiológica – SMS-RP, 2004. Disponível em: <http://www..sauderibeiraopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 8 abril 2004.

SHAPIRO, S.; SLONE, D.; ROSENBERG, L.; KAUFMAN, D. W.; STOLLEY, P. D.; MIETTINEN, O. S. Oral contraceptive use in relation to myocardial infarction. **Lancet**, v. 1, p. 743, 1979.

SIDNEY, S.; PETITI, D. B.; QUESENBERRY, C. P. Myocardial infarction and the use of estrogen and estrogen-progestogen in postmenopausal women. **Am. Coll. Physicians**, California, v. 127, n. 1, p. 501-8, 1997.

SILVA, M.A.; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Editora Best Seller, 1997. 181 p.

SILVA, M. A. D.; SOUSA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo de FRICAS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 5, p.1-22, 1998.

SIMÃO, M. **Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista**. 2001. 88f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem medica e cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. v.1-4

SQUIRES, R. W.; GAU, G. T.; MILLER, T. D.; ALLISON, T. G.; LAVIE, C. J. Cardiovascular rehabilitation: status, 1990. **Mayo Clin. Proc.**, v. 65, p. 731-55, 1990.

TAVARES, A.; KOHLMANN, O. Tratamento da crise hipertensiva. **Rev. Hiper Ativo**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 120-5, 1998.

TAVARES, A. Polimorfismos dos genes do sistema renina-angiotensina-aldosterona e as moléstias cardiovasculares. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 237-42, 2000.

TIMERMAN, R. S.; SOUZA, M. F. M.; SERRANO, C. V. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1979 a 1996. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 11, n. 4, p. 715-223, jul./ago. 2001.

YAZBEK, P. J.; BATTISTELLA, L. R. Álcool e coração. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 452-4, 1996.

WARD, K. D.; GARVEY, A. J.; BLISS, R. E. Evidence of transient heart rate change after smoking cessation. **Psychopharmacology**, v. 106, p. 337-40, 1992.

WHIPPLE, G. H.; HAINES, V.; McKINNON, E. L. **Insuficiência coronariana: assistência e tratamento**. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1980. Cap. 5, p. 39-53: Infarto agudo do miocárdio.

WHO EXPERT COMMITTEE. **Hypertension control**: report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization, 1996. p.83

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity – Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 1998.

APÊNDICE A**Instrumento de coleta de dados: fatores de risco em pacientes com infarto
agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP****ROTEIRO PARA ENTREVISTA****A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Iniciais:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP: _____ Telefone: _____

1) Tipo de plano de saúde: 1 - SUS

2 - SFC

3 - Unimed

4 - Particular

5 - Outro. Especificar: _____

☐☐**B) DADOS DO MEIO AMBIENTE**

2) Nível de instrução: 1- analfabeto (a)

2 - 1º grau incompleto

3 - 1º grau completo

4 - 2º grau incompleto

5 - 2º grau completo

6 - nível superior incompleto

7 - nível superior completo

☐☐

3) Ocupação: _____

4) Turno de trabalho: 1- Diurno

2 - Vespertino

3 - Noturno

4 - Outro. Especificar: _____

☐☐

5) Número de empregos: 1 - um

2 - dois

3 - três

4 - mais de três

☐☐

6) Renda familiar: _____ reais

1 - 1 a 2 salários-mínimos

2 - 3 a 5 salários-mínimos

3 - 5 a 10 salários-mínimos

4 - 10 a 15 salários-mínimos

5 - maior que 15 salários-mínimos

6 - Outro. Especificar: _____

☐☐

7) Estado Civil: 1- solteiro

2 - casado/amasiado

3 - desquitado/divorciado

4 - viúvo

☐☐

8) Número de filhos: vivos: _____ falecidos: _____

1 - nenhum

2 - um

3 - dois

4 -- três

5 - mais de três

☐☐

9) Procedência: _____

1 - Ribeirão Preto

2 - Cidade do Estado de São Paulo

☐☐

3 - Outros Estados do país

10) Local residência: 1 - Zona Urbana ☐ ☐

2 - Zona Rural

C) DADOS RELACIONADOS À BIOLOGIA HUMANA

11) Sexo: 1 - Masculino ☐ ☐

2 - Feminino

12) Idade: _____

- 1 - 20 a 29 anos
- 2 - 30 a 39 anos
- 3 - 40 a 49 anos
- 4 - 50 a 59 anos
- 5 - 60 a 69 anos
- 6 - 70 a 79 anos
- 7 - mais de 80 anos

☐ ☐

13) Peso: _____, _____ kg _____, ____

14) Altura: _____, _____ m2 _____, ____

15) IMC: _____ 1 - normal (18,5 - 24,9) ☐ ☐

2 - sobrepeso (25,0 - 29,9)

3 - obeso classe I (30,0 - 34,9)

4 - obeso classe II (35,0 - 39,9)

5 - obeso classe III (> ou = 40,0)

16) Tem alguém na família com ou que teve alguma das doenças descritas abaixo?

HAS	DM	ANGINA	INFARTO	AVC	MORTE SÚBITA
☐ Sim	☐ Sim	☐ Sim	☐ Sim	☐ Sim	☐ Sim
☐ Não	☐ Não	☐ Não	☐ Não	☐ Não	☐ Não
☐ Não sabe	☐ Não sabe	☐ Não sabe	☐ Não sabe	☐ Não sabe	☐ Não sabe
☐ Pai	☐ Pai	☐ Pai	☐ Pai	☐ Pai	☐ Pai
☐ Mãe	☐ Mãe	☐ Mãe	☐ Mãe	☐ Mãe	☐ Mãe
☐ Irmãos n°	☐ Irmãos n°	☐ Irmãos n°	☐ Irmãos n°	☐ Irmãos n°	☐ Irmãos n°
☐ Outros____	☐ Outros____	☐ Outros____	☐ Outros____	☐ Outros____	☐ Outros____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

17) Antecedentes familiares:

Pai: () vivo () falecido Causa da morte: _____ Mãe ()
viva () falecida Causa da
morte: _____

Total de irmãos: _____ irmão(s) vivo(s):

Irmãos: () () falecidos Causa da
morte: _____

**Uso de hormônios (para respondentes do sexo feminino, se masculino pule para
questão 21)**

18) Você faz uso de hormônio?

1-sim

2-não

3-se sim. Especificar: _____

19) Você já entrou na menopausa?

1-sim

2-não

3-se sim. Há quanto tempo: _____ anos

D) DADOS RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA

20) O que o Sr (a) acha que ocasionou o IAM?

- 1- dieta incorreta
- 2- falta de exercício físico
- 3- tabagismo
- 4- ingestão excessiva de álcool
- 5- estresse
- 6- idade
- 7- obesidade
- 8- historia familiar
- 9- Outros. Especificar: _____

☐☐**Hábitos Alimentares:**

21) O que você come no dia: _____

Café da manhã: _____

Almoço: _____

Jantar: _____

Lanches: _____

22) O Sr (a) faz uso de frituras?

1-sim

2-não

☐☐

23) Que frequência?

1-diariamente

2- 2 ou mais vezes por semana

3- raramente

24) Que tipo de gordura é usado para preparar seus alimentos:

1-gordura animal

2-gordura vegetal

3-gordura animal e vegetal

☐☐

25) Ingere doces e refrigerantes?

1- sim

☐
☐

2- não

26) Que frequência?

1- diariamente

☐
☐

2- semanalmente

3- às vezes

27) Hábito de tomar café:

1-sim

☐
☐

2-não

3- Se sim. Quantas vezes ao dia: _____

Consumo de bebida alcoólica

28) Faz uso de bebida alcoólica atualmente?

1-sim

☐
☐

2- não

29) Caso afirmativo, responder as seguintes questões:

Tipo de bebida Frequência Quantidade

Atividade física

30) Sr (a) faz atividade física ?

1-sim

☐
☐

2-não

Tipo (s) de atividade física Frequência Duração diária

31) Tabagismo

1-Fumante

☐☐

2-não fumante

32) Quantidade de cigarros fumados por dia: _____

33) Há quanto tempo que fuma: _____

3-ex-fumante

☐☐**Estresse**

34) Em quais ambientes o Sr (a) sente mais estressado?

1-doméstico

2-trabalho

3-na rua

4-nenhum

☐☐

35) Quantas horas Sr (a) dormem por noite?

1- 1 a 2 horas

2- 2 a 3 horas

3- 3 a 4 horas

4- 4 a 6 horas

5- 6 a 7 horas

6- 8 a 9 horas

7- 9 horas ou mais

☐☐**E) DADOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO DE SAÚDE**

36) O que o Sr (a) sabe sobre a doença?

37) O que gostaria de saber sobre a doença?

38) Faz tratamento para algum tipo de doença?

1- sim

☐☐

2- não

3 - Se sim. Especificar: _____

39) O Sr (a) utiliza outro tipo de serviço de saúde?

1- sim

☐☐

2- não

3- Se sim. Especificar: _____

40) Em que ocasiões:

1- periodicamente

☐☐

2 - em caso de urgências

3 - Outros. Especificar: _____

APÊNDICE B

**FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO
MIOCARDIO, EM UM HOSPITAL PRIVADO DE RIBEIRÃO PRETO-SP
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: KELLI CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA
Nº COREn-SP 58063**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____, RG _____, residente a
R. _____

concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por objetivo identificar os fatores de risco que contribuem para o surgimento do infarto agudo do miocárdio a fim de melhorar a assistência de enfermagem prestada a pacientes que apresentam essa doença.

Estou ciente que terei:

- 1 – a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
- 2 – a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso me traga prejuízo de alguma forma;
- 3 – a segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
- 4 – o compromisso de proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que essa possa afetar minha vontade de continuar participando;
- 5 – que se existirem gastos adicionais esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Assino, e recebo uma cópia deste documento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ 2003.

Assinatura do paciente