

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**ANGINA PECTORIS INSTÁVEL: PERFIL DE CLIENTES DE  
UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA**

**Sílvia Sidnéia Da Silva**

**Ribeirão Preto**

**2003**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E  
ESPECIALIZADA**

**ANGINA PECTORIS INSTÁVEL: PERFIL DE CLIENTES DE  
UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA**

**SÍLVIA SIDNÉIA DA  
SILVA**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem Fundamental. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar do Adulto com Doenças Agudas e Crônico-Degenerativas.

Orientadora

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> MARIA SUELY NOGUEIRA**

**Ribeirão Preto**

**2003**

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Silva, Silvia Sidnéia da

Angina pectoris instável: perfil de clientes de uma instituição privada. Ribeirão Preto, 2003.

102 p. : il. ; 30cm

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

Orientadora: Nogueira, Maria Suely.

1. Angina pectoris instável. 2. Fatores de risco. 3. Doenças cardiovasculares.

Data da Defesa: 19/12/2003

## **BANCA EXAMINADORA**

Profª Drª Maria Suely Nogueira

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 Eugênia Velludo Veiga

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

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*"O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher"*

*(Cora Coralina)*

*Deus*

*por ter me oferecido a vida e com ela a  
coragem, o amor, a sabedoria, a  
humildade, o respeito; meus pais, meus  
irmãos, meus sobrinhos, meus mestres,  
meus amigos, meus alunos, meus clientes.  
Pessoas e situações tão importantes, que  
em qualquer momento, me fazem viver,  
refletir e buscar ser melhor.*

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais, Sebastião e Maria  
(In memoriam), pelos inúmeros esforços*

para o meu crescimento pessoal e profissional, em detrimento, muitas vezes, de suas necessidades! Minha eterna gratidão.

*Meus irmãos, Wilson e Márcia,* por estarem comigo em todas as caminhadas, incentivando e valorizando cada ato de esforço e conquista. Meu muito obrigada.

*Meu cunhado Adriano, meus sobrinhos Henrique e Fernando,* por fazerem parte de minha vida e suportarem todas as dificuldades junto comigo, sem reclamar minha ausência. Minhas desculpas, e obrigada.

*Meu professor, amigo e companheiro de todas as horas, Edílson,* você estará para sempre em minha vida. Obrigada pelo compartilhar.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*A Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Suely Nogueira* pela competência e compartilhar de seu saber na orientação deste estudo. Obrigada por ter acreditado na realização desta investigação e partilhado momentos tão difíceis de serem suportados.

*A Prof<sup>ª</sup> Dra. Isabel Amélia Costa Mendes* por ter acreditado em meu potencial e estimulado meu crescimento.

*Ao Prof. Dr. Evandro José Cesarino e Prof<sup>ª</sup> Dra. Eugênia Velludo Veiga* pelo carinho e apreço na avaliação deste estudo.

*A Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Helena Pessini de Oliveira* por acreditar em mim e ceder a possibilidade de mostrar meu trabalho e iniciar meu sonho de docência.

*Ao Prof. Dr. José Ivan de Andrade* pelo incentivo para que buscasse meus ideais: pessoal e profissional. Grata pela doação de seus saberes científicos e de vida.

*Ao Dr. Marcus Vinícius Papa* por ter autorizado a investigação e proporcionado o contato com os clientes que tornou realidade este estudo.

*À Enf<sup>ª</sup> Flávia Bevilacqua Nassur* pela incansável forma de ser enfermeira e amiga.

*Às Enf<sup>ª</sup>. Zigmara, Cristina, Sebastiana, Kelli, Mara Rúbia e Sandra* amigas de trabalho, de luta e vida. Vocês são luzes nesta caminhada de meu viver.

*Aos amigos do Hospital São Francisco e São Francisco Pediatria* que sempre me apoiaram e compartilharam meus sonhos.

*Aos amigos Rosi, Tati, Cléber, Rosângela e Júlio* pelo apoio constante e incentivo em momentos tão difíceis.



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

*Aos meus alunos* que me apresentam desafios diários e constantes, num convite contínuo de crescimento.

*Aos meus clientes e familiares* que mesmo em momentos difíceis de suas vidas, possibilitou a concretização deste estudo.

*A todos* que de forma direta e indiretamente contribuíram para a realização deste estudo. Muito obrigada.

## SUMÁRIO

**Lista de abreviaturas e siglas**

**Lista de tabelas**

**Resumo**

**Abstract**

**Resumen**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
2.1 História natural da angina <i>pectoris</i> .....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
4.1 Geral .....	22
4.2 Específico .....	22
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
5.1 Natureza do estudo .....	23
5.2 Local do estudo .....	23
5.3 População e amostra .....	23
5.4 Aspectos éticos e legais .....	24
5.5 Coleta de dados .....	25
5.6 Procedimento e análise dos dados .....	26
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>27</b>
6.1 Dados relativos à biologia do indivíduo .....	27
6.2 Dados relacionados ao meio ambiente .....	38
6.3 Dados relacionados ao estilo de vida .....	44
6.4 Dados relacionados ao atendimento da saúde .....	57
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>66</b>
7.1 Quanto à biologia do indivíduo .....	66
7.2 Quanto ao meio ambiente .....	67
7.3 Quanto ao estilo de vida .....	67
7.4 Quanto ao atendimento da saúde .....	69
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>71</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO B – Contato telefônico para agendamento de entrevista no domicílio .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO D – Roteiro para entrevista .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO E – Distribuição dos medicamentos segundo utilização diária e custo mensal .....</b>	<b>101</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AE</b>	- Angina Estável
<b>AI</b>	- Angina Instável
<b>AP</b>	- Angina Pectoris
<b>AVC</b>	- Acidente Vascular Cerebral
<b>DAC</b>	- Doença Arterial Coronariana
<b>CM</b>	- Custo Mensal
<b>DIC</b>	- Doença Isquêmica Cardíaca
<b>DM</b>	- Diabetes Mellitus
<b>DVP</b>	- Doença Vascular Periférica
<b>HAS</b>	- Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HDL</b>	- Lipoproteína de alta densidade
<b>IAM</b>	- Infarto Agudo do Miocárdio
<b>IMC</b>	- Índice de Massa Corporal
<b>LDL</b>	- Lipoproteína da baixa densidade
<b>mg</b>	- miligrama
<b>mg/dl</b>	- miligrama por decilitro
<b>MS</b>	- Morte Súbita
<b>PAD</b>	- Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	- Pressão Arterial Sistólica
<b>TRH</b>	-Terapia de reposição hormonal
<b>TVP</b>	- Trombose Venosa Profunda

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> Distribuição de clientes segundo sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2003.....	28
<b>TABELA 2</b> Distribuição de clientes segundo índice de massa corporal (IMC). Ribeirão Preto, 2003.....	29
<b>TABELA 3</b> Distribuição de clientes segundo índice de massa corporal, sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2003.....	30
<b>TABELA 4</b> Distribuição de clientes segundo a história familiar com relação à causa <i>mortis</i> dos pais e irmãos. Ribeirão Preto, 2003.....	32
<b>TABELA 5</b> Distribuição de clientes segundo o grau de parentesco indicado para o antecedente familiar de patologias. Ribeirão Preto, 2003.....	33
<b>TABELA 6</b> Distribuição dos clientes segundo sexo e valores de pressão arterial sistólica (PAS) (mmHg). Ribeirão Preto, 2003.....	34
<b>TABELA 7</b> Distribuição dos clientes segundo sexo e valores de pressão arterial diastólica (PAD) (mmHg).Ribeirão Preto, 2003.....	35
<b>TABELA 8</b> Distribuição de clientes segundo o sexo e intervalos de valores de glicemia de jejum detectados na internação e reinternação (mg/dl). Ribeirão Preto, 2003.....	37
<b>TABELA 9</b> Distribuição de clientes segundo sexo e nível de instrução. Ribeirão Preto, 2003.....	38
<b>TABELA 10</b> Distribuição dos clientes segundo ocupação agrupadas conforme a classificação Brasileira de Ocupações-2002. Ribeirão Preto, 2003.....	39
<b>TABELA 11</b> Distribuição de clientes segundo sexo e a renda familiar em salários mínimos. Ribeirão Preto, 2003.....	40
<b>TABELA 12</b> Distribuição de clientes segundo valores mensais gastos na terapêutica da angina <i>pectoris</i> . Ribeirão Preto, 2003.....	42
<b>TABELA 13</b> Distribuição de clientes segundo número de filhos vivos. Ribeirão Preto, 2003.....	43
<b>TABELA 14</b> Distribuição dos clientes segundo procedência (Estado). Ribeirão Preto, 2003.....	44
<b>TABELA 15</b> Distribuição dos clientes segundo as causas referidas para a ocorrência da angina <i>pectoris</i> . Ribeirão Preto, 2003.....	45
<b>TABELA 16</b> Distribuição dos clientes segundo a frequência de consumo dos alimentos. Ribeirão Preto, 2003.....	47
<b>TABELA 17</b> Distribuição de clientes segundo a frequência de consumo	

de bebida alcoólica. Ribeirão Preto, 2003.....	51
<b>TABELA 18</b> Distribuição de clientes segundo a frequência e duração de atividade física. Ribeirão Preto, 2003.....	53
<b>TABELA 19</b> Distribuição dos clientes segundo a prática da atividade sexual. Ribeirão Preto, 2003.....	55
<b>TABELA 20</b> Distribuição de clientes segundo sexo e o conhecimento do diagnóstico da angina <i>pectoris</i> . Ribeirão Preto, 2003.....	59
<b>TABELA 21</b> Distribuição dos clientes quanto ao que gostariam de saber a respeito da angina <i>pectoris</i> . Ribeirão Preto, 2003.....	60
<b>TABELA 22</b> Distribuição de clientes segundo co-morbidades associadas com angina <i>pectoris</i> . Ribeirão Preto, 2003.....	62
<b>TABELA 23</b> Distribuição de clientes segundo a quantidade de medicamentos genéricos ingeridos em 24 horas e seu custo mensal. Ribeirão Preto, 2003.....	64

## **RESUMO**

**SILVA, S.S. Angina pectoris instável: perfil de clientes de uma instituição privada.** Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Trata-se de estudo descritivo com abordagem de análise quantitativa que tem por objetivo identificar o perfil de clientes portadores de angina pectoris instável atendidos numa instituição privada, de um município do interior paulista. O referencial teórico utilizado foi o modelo de “Campo de Saúde” de Lalonde que analisa elementos como a biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde diante da ocorrência de patologias. A amostra constituiu-se de 58 clientes, com idade entre 34 e 88 anos, de ambos os sexos, a maioria aposentados, que reinternaram na Unidade Coronariana da referida instituição, no período de 01 de setembro de 2002 a 31 de março de 2003. A coleta de dados se deu no domicílio dos clientes, através de entrevista semi-estruturada; aplicada pela pesquisadora. Quanto à biologia humana 32,7% clientes apresentaram obesidade; os pais destes tiveram como causa *mortis* o infarto agudo do miocárdio e angina pectoris com índices de 24,1% e 20,7%, respectivamente; os antecedentes familiares mais frequentes quanto às patologias foram a ocorrência de infarto agudo do miocárdio em 22,4% dos pais e hipertensão arterial sistêmica em 41,3% dos parentes próximos; 84,4% clientes possuíam hipertensão arterial sistêmica; 46,5% eram hipercolesterolêmicos; 27,5% tiveram doença vascular periférica e 17,2% apresentaram quadro de acidente vascular cerebral; valores de PAS $\geq$ 140 mmHg e PAD $\geq$ 90 mmHg, identificados em 71,1% e 55,7% dos clientes, respectivamente; além de valores de glicemia de jejum  $>110$  mg/dl apresentados por 34,5% da amostra. Com relação ao meio ambiente, 55,1% dos clientes possuíam 1º grau incompleto e 8,6% eram analfabetos; 82,7% dos clientes eram casados, 65,5% não exerciam atividade remunerada e tinham renda familiar entre 03 e 06 salários mínimos. No que concerne ao estilo de vida, 100% dos clientes relacionaram a doença com fatores de risco como a hipertensão arterial sistêmica, o estresse, história familiar, dieta inadequada, tabagismo e falta de atividade física; 24,1% referiram o consumo de bebida alcoólica; 55,2% eram ex-fumantes; 37,9% dos clientes realizavam atividade física; 48,3% referiram fatos ocorridos antes da dor anginosa; 55,2% dos clientes relataram alterações de sono; inatividade sexual em 43,1% dos clientes sendo que 88,0% das clientes já estavam na menopausa e apenas 13,6% faziam terapia de reposição hormonal. No tocante ao atendimento de saúde, todos os clientes eram conveniados mas apenas 13,8% dos clientes utilizavam o serviço de medicina preventiva disponibilizado pelo convênio para prevenir doenças; o serviço de saúde pública é referência para a amostra no tocante à aquisição de medicamentos. Os achados confirmaram a interferência dos elementos referenciados pelo modelo de “Campo de Saúde” na ocorrência das patologias e identificaram a necessidade de trabalhar a mudança no estilo de vida dos clientes, através da prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares e promoção da saúde, em geral.

Unitermos: 1. Angina pectoris 2. Doenças cardiovasculares 3. Fatores de risco.

## **ABSTRACT**

SILVA, S. S. **Unstable pectoris angina: customer's profile of a private institution.** Dissertation (masters). School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto.

Descriptive study which was carried out in order to identify customer's profiles with unstable pectoris angina attended in a Sao Paulo's state's town. The theoretical model used was the "Lalonde's Health Field Model", which analyses elements like human biology, environment, lifestyle, and health services' organization ahead diseases occurrences. The sample was composed by 58 customers, aged between 34 and 88 year old, masculine and feminine, most of them retired, which were re-admitted in a the mentioned Coronary Unity's institution. The data were collected at the customer's residences and a semi- structured interview was used. Concerning about human biology, 32.7% male customers presented obesity; the parents died under acute infarct and pectoris angina and the percentual was 24,1% and 20,7%, respectively. The most common relatives' diseases were related to the parent's acute infarct (22,4%) and systemic arterial hypertension for the near relatives; 84.4% of the costumers suffered by systemic arterial hypertension; 46.5% had high cholesterol; 27.5% had peripheral vascular diseases and 17.2% demonstrated cerebral vascular accidents. Values like  $PAS \geq 140$ mmHg and  $PAD \geq 90$  mmHg, identified in 71,1% and 55,7% among the customers, respectively; beyond glycemia's values over 110mg/d, presented by 34,4% among the costumers. According to the environment, 55,1% customers didn't study high school and 8,6% were illiterate; 82,7% were married and among them 65.5% didn't have remunerate activity and their familiar remuneration was between 03 and 06 Brazil's minimum salary. Related to the life style, 100% customers related the disease with risk factors' diseases as systemic arterial hypertension, stress, family history, inadequate diet, smoking and physical activity's lack; 24,1% referred alcoholics drinks consume; 55,2% were ex-smokers; 37,9% practiced physical activity; 55.2% related sleeping problems; 43,1% related sexual inactivity and among them 88,0% female costumers already had menopause and only 13.6% were doing hormonal replacement therapy. About health services, all the costumers were had health policies but only 13.8% customers had used preventive medicine. The public health service is a reference in medicines' acquisition. The data confirm the mentioned health field model elements in the happening of diseases and identify the need of working on changes in the costumers' life style, through risk factors prevention for the cardiovascular diseases and health promotion.

Uniterms: pectoris angina, cardiovascular disease, risk factors.



## RESUMEN

SILVA, S. S. **Angina Pectoris Inestable: perfil de pacientes de una institución particular**. Disertación de Maestría – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, ciudad de Ribeirão Preto.

Se trata de estudio descriptivo con abordaje de análisis cuantitativa que tiene por objetivo identificar el perfil de los pacientes portadores de angina pectoris inestable, atendidos en institución particular de un municipio del interior paulista. El referencial teórico utilizado fue el modelo de “campo de salud” de Lalonde que analiza elementos como: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud perante de las ocurrencias de las enfermedades. La muestra es de 58 pacientes con edad variando entre los 34 y los 88 años, de ambos sexos, la mayoría jubilados que se reinternaron en la Unidad Coronaria de la referida institución en el periodo de 01 de septiembre del 2002 al 31 de marzo del 2003. La colecta de los datos se hizo en los hogares de los pacientes a través de entrevista semi estructurada aplicada por la investigadora. Cuanto a la biología humana, 32,7% de los pacientes del sexo masculino presentaron obesidad; los padres de estos tuvieron como “causa mortis”, el infarto agudo del miocardio y la angina pectoris com índices de 24,1% e 20,7% respectivamente; los antecedentes familiares mas frecuentes, cuanto a las patologías fueron la ocurrencia de infarto agudo del miocardio en 22,4% de los padres e hipertensión arterial sistémica en 41,3% de los pacientes cercanos, siendo que 84,4% de los pacientes tenían hipertensión arterial sistémica; 46,5% eran hipercolesterolemicos; 27,5% tuvieron enfermedades vasculares perifericas; 17,2% presentaron cuadros de accidente vascular cerebral com valores de PAS (Presión Arterial Sistólica) de  $\geq 140$  mmHg y PAD (Presión Arterial Diastolica)  $\geq 90$  mmHg, identificado en 71,1% y 55,7% de los pacientes respectivamente; ademas de los valores de glicemia en ayuno de 110mg/dl presentado por 34,5% de la muestra. Com relación al medio ambiente, 55,1% tenían el estudio incompleto y 8,6% eran analfabetos; 82,7 eran casados, siendo que 65,5% no ejercian actividade remunerada y tenían la renda familiar entre los 03 a los 06 salarios mínimos. En lo respectal al estilo de vida 100% de los pacientes relacionaron la enfermedad a los factores del riesgo como la hipertensión arterial sistémica, el stress, la historia familiar, la alimentación inadecuada, el tabagismo y la falta de actividad física; 24,1% se refirieron al consumo de bebidas alcohólicas; 55,2% eran exfumantes; 37,9% de los pacientes hacían actividad física; 48,3% se referían a hechos antes del dolor anginoso; 55,2% de los pacientes relataron alteraciones del sueno; había inactividad sexual en 43,1% de los pacientes siendo que los 88,0% de las pacientes ya estaban en la menopausia y apenas 13,6% hacían terapia de reposición hormonal. En lo que toca a la atención de la salud, todos los pacientes tienen plano de salud privado pero apenas 13,8% de ellos utilizan el Departamento de Medicina Preventiva que es mantenido por el plano de salud para prevenir enfermedades; el servicio de salud publica es referencia para la muestra en lo que toca para la adquisición de medicamentos, los datos aquí encontrados confirman la interferencia de los elementos referenciados por el modelos de “Campo de Salud” de Lalonde en la ocurrencia de las patologías e identifica la necesidad de trabajar por la mudanza del estilo de vida de los pacientes, ya sea en la prevención de los factores de

riesgo para el no apareamiento de enfermedades cardiovasculares y de la promoción de la salud en general.

Unitérminos: 1. angina pectoris 2. enfermedades cardiovasculares 3. factores de riesgo

## **AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra,  
por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

Sílvia Sidnéia da Silva

Assinatura da autora: \_\_\_\_\_

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Ribeirão Preto

Avenida dos Bandeirantes, 3900

[sssv3@ig.com.br](mailto:sssv3@ig.com.br)



Durante a vivência profissional, enquanto enfermeira assistencial prestando serviços em setor de urgências e emergências de uma instituição privada, pude identificar o alto índice de atendimentos entre os clientes portadores de angina *pectoris* (AP), bem como a ocorrência de reinternações. Na referida instituição estes clientes são atendidos de imediato na sala de emergência, onde recebem a assistência médica e de enfermagem, preconizadas para o cliente com queixa de dor precordial. Apresentam-se geralmente com quadro de ansiedade, mal estar geral, dor torácica e sudorese fria, e quando avaliados, na maioria das vezes, estão com níveis tensionais elevados e com alterações glicêmicas. Estes achados estão de acordo com a I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, também no âmbito internacional, quando assinalam que há ocorrência de 5 a 8 milhões de atendimentos anuais a clientes com dor torácica ou outros sintomas sugestivos de isquemia miocárdica que passam pelas salas de emergências nos Estados Unidos da América (EUA). As internações destes clientes ocorrem naqueles países, entre outras razões, pelo fato de 15% a 30% dos indivíduos com dor torácica terem angina instável (AI) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) ( Bassan et al., 2002).

Muitas vezes, no momento da coleta da história clínica entre estes clientes, observa-se que embora residam com familiares ou responsáveis; muitas vezes a alimentação, as atividades diárias e a ingestão de medicamentos ocorrem sem

acompanhamento efetivo destes responsáveis, sendo que os sinais e sintomas de suas patologias comumente não são percebidos antes que atinjam agudização. São oriundos de diversas classes sociais, com idades superiores a 20 anos, na maioria fumantes e referem estar em tratamento para outras patologias concomitantes.

Embora retornem ao hospital com frequência, saibam nomear e identificar sinais e sintomas da angina *pectoris* (AP), neste momento, é difícil investigar quanto se familiarizam com o aspecto preventivo, o estilo de vida que adotam e ainda o que entendem por qualidade de vida. Respostas que poderiam explicar as reinternações e sugerir as possíveis intervenções de saúde que seriam necessárias. Daí a necessidade de conhecer mais detalhadamente este cliente, com queixa de dor torácica e suas relações com o meio ambiente.

A AP é o equivalente clínico da isquemia miocárdica. A dor torácica precordial isquêmica ocorre tipicamente numa situação de maior consumo de oxigênio, tal como ocorre no exercício e em situações de taquicardia, ou decorrente de diminuição de oferta como a obstrução relacionada com o estreitamento da luz arterial por aterosclerose (Whipple Haines & Mckinnon, 1980; Hurst, 1990; Braunwald, 1999; Neto et al., 1999; Batlouni, 2000). A dor anginosa caracteriza-se pela ocorrência de dor ou desconforto na região precordial ou retroesternal, descrita como sensação de peso ou de pressão sobre o esterno. Esta pode irradiar-se para o membro superior esquerdo, ombro e face interna do braço, mandíbula, pescoço, costelas e dentes. A duração da dor é de 3 a 5 minutos, sendo desencadeada por esforço físico ou situações de estresse, e que alivia com repouso e administração de medicamentos específicos do tipo dos nitratos (Braunwald, 1999; Ribeiro, 2000).

A doença isquêmica cardíaca (DIC), também conhecida como doença arterial coronariana (DAC), tem papel de destaque dentre as doenças cardiovasculares (DCV). Representam, em países desenvolvidos, cerca de 50% das mortes entre homens e mulheres com mais de 30 anos e são responsáveis por um terço de todas as mortes na América Latina. As DCV se constituem na maior causa de mortalidade, correspondendo a 35% do total de óbitos no país (Ministério da Saúde, 1993). Em 1930 representavam 11,8%; em 1980 30,8% e em 1994 constituíam 28% de todas as mortes (Timerman et al., 2001). Outro estudo revelou índice de 45% em 1998 (Neto et al., 1999). Estudos demonstram que as doenças isquêmicas, associadas ao acidente vascular cerebral (AVC), representam as causas mais frequentes de morte nos países industrializados, tendo como substrato etiopatogênico, a aterosclerose (Manfroi, 1998; Braunwald et al, 2000; Timerman et al, 2003). A aterosclerose é um processo progressivo que afeta um quarto da população mundial principalmente nos países industrializados e está intimamente ligada ao estilo de vida e seus hábitos alimentares (Campos, 1988).

Doença reconhecida como problema significativo de saúde desde o início do século, a expressão aterosclerose é utilizada para descrever “lesão das grandes e médias artérias com depósito na íntima de placas amarelas que contêm colesterol e material lipóide” (Introcaso, 2001). A aterosclerose foi constatada sob formas severas, em múmias egípcias com mais de 3.500 anos de existência (Ruffter, 1911). Estudos de sua gênese têm provado tratar-se de uma proliferação de células musculares lisas, deposição de colesterol e infiltração de células mononucleares. A palavra derivou do grego *Athera* que significa “papa de aveia” e de *Sclerose* que quer dizer endurecimento (Arteriosclerosis, 1981; Campos, 1988).

A aterosclerose pode promover a isquemia, que é uma condição de privação de oxigênio acompanhada pela remoção inadequada dos metabólitos conseqüente à redução na perfusão, podendo ser manifestada clinicamente como um desconforto anginoso, desvio no segmento S-T no eletrocardiograma, redução da captação de Tálío-201 nas imagens de perfusão do miocárdio ou prejuízo regional ou global da função ventricular. Durante a isquemia ocorre um desequilíbrio entre o suprimento e a demanda do oxigênio miocárdico (Braunwald, 1999; Timerman et al., 2003).

A DIC tem epidemiologia que recebe influência da cultura, sexo, e possivelmente da raça do indivíduo. Estudos comparativos realizados em comunidades indígenas demonstram que a ocorrência de DCV no Brasil, assim como em qualquer outra região, está ligado ao estilo de vida envolvendo o tipo de alimentação, ingestão de sal e açúcar, o estresse, o hábito de fumar e a falta de exercícios físicos (Dantas, 1996; Coelho & Toledo, 2001).

Os processos de industrialização e urbanização provocaram e induziram transformações demográficas e epidemiológicas no país. Os avanços científicos e tecnológicos alcançados a partir de 1940, tornaram possível tratar e prevenir as doenças infecciosas levando a um aumento da expectativa de vida e assim a um maior tempo de exposição da população aos fatores de risco para desenvolvimento de coronariopatias (Kalache, 1996; Lotufo, 1996; OMS, 2003). A sociedade teria que mudar seu conceito de atendimento, saindo do foco emergencial para viver a experiência da assistência ao cliente portador de doenças crônicas (OMS, 2003). O Banco Mundial, em 1991, publicou o trabalho “Brasil novo desafio à saúde do adulto”, no qual há indicação de que as mudanças do padrão de vida rural para a vida em centros urbanos colocaram a

população em contato com novas ameaças como o uso de alimentos industrializados, cigarros, bebidas alcoólicas, trânsito e falta de exercício físico (Banco Mundial, 1991).

As doenças crônico-degenerativas nesta década de 90 eram definidas como aquelas caracterizadas por história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco, complexas interações de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão, evolução para graus variados de incapacidades ou para a morte (Lessa, 1998). A DAC diante da alta incidência e prevalência incluiu-se neste grupo de atenção.

Ao assumir caráter de epidemia nos EUA, a DAC mereceu investigação visando detecção de suas causas, controle e prevenção. O desenvolvimento do conceito de “fatores de risco” e suas relações com a incidência de coronariopatias decorreu de estudos epidemiológicos prospectivos realizados nestes países (Braunwald, 1999). No início da década de 60, do século passado, o Estudo de Framingham realizado nos EUA, começou a estabelecer relação entre estilo de vida e DAC (Lessa, 1999). Estes estudos demonstram uma associação consistente entre as características observadas num dado momento, em indivíduos aparentemente saudáveis e a incidência subsequente de coronariopatia. As associações incluem um aumento de concentração de colesterol plasmático, tabagismo, HAS, diabetes mellitus (DM), obesidade, idade, sexo e a ocorrência de coronariopatia (Braunwald, 1999). É importante lembrar que a presença de um fator de risco não implica necessariamente em uma relação causal direta, podendo ser um traço associado com o risco aumentado de desenvolver doenças (Mancilha – Carvalho, 1992; Braunwald, 1999; Loures & Martinez, 2001).



A definição de “fator de risco”, relacionado às DCV, considerando a etiologia da doença e as características genéticas do indivíduo como história familiar de coronariopatia prematura, considerada abaixo de 55 anos no sexo masculino e 65 anos no sexo feminino, tem caráter abrangente se traduzindo em *“qualquer hábito ou característica que possa ser usada para prever a probabilidade de um indivíduo desenvolver a doença”* (Stamler, 1991). A modificação dos fatores de risco em clientes de programas de reabilitação cardíaca diminuiu a mortalidade (Kunik, 1994). Há redução de episódios de morbi-mortalidade quando controlamos os fatores de risco (Manfroi et al, 1998).

Sabe-se que alguns indivíduos são mais vulneráveis que outros e os fatores de risco que predisõem às DCV podem ser classificados em hábitos do estilo de vida: ingestão aumentada de gorduras saturadas, colesterol e calorias, sedentarismo, tabagismo, padrão de comportamento do tipo A (indivíduo ambicioso, competitivo e impaciente) e ganho de peso irrestrito; traços individuais aterogênicos: HAS, dislipidemias, intolerância à glicose e resistência à insulina; susceptibilidade inata: predisposição genética para dislipidemia, HAS e DM, e história familiar de DCV prematura, além de parâmetros preditores aterogênicos ativos (leucocitose e fibrinogênio elevado) (Kannel, 1995).

Os fatores de risco cardiovasculares relacionados à aterosclerose também podem ser divididos de acordo com suas possibilidades de modificação, quer seja através de mudanças de comportamento ou tipos de tratamento indicados. Assim, temos os grupos de fatores de risco modificáveis e os não modificáveis (Kannel, 1995; Dantas, 1996; Braunwald, 1999).

Os fatores de risco modificáveis incluem tabagismo, a HAS, a intolerância à glicose e DM não insulino-dependente, sedentarismo, obesidade, uso de anticoncepcionais hormonais, estresse e dislipidemia.

O tabagismo se traduz na maior causa isolada de morte prematura no mundo desenvolvido, entre indivíduos na faixa etária de 35 a 69 anos, contribuindo para ampliar o efeito de outros fatores de risco coronários. Nos EUA 25% da população com idade a partir dos 18 anos fumam (Braunwald, 1999). No Brasil estudos revelam que o tabagismo é o único fator de risco independente correlacionado com o IAM e que tem alta prevalência entre os portadores desta patologia (Manfroi et al, 1998). Estudos de necropsias acusam a relação direta entre o número de cigarros consumidos e a extensão da lesão. Indivíduos com HAS, dislipidêmicos e fumantes com mais de 40 anos, têm probabilidade de ocorrência de evento coronariano de 40%, num período de 10 anos (Armaganijan & Batlouni, 2000).

A HAS é uma patologia com alta prevalência nos EUA e outros países ocidentais, tendo característica de aumentar com a idade. O terceiro “National Health and Nutrition Examination Survey” (NHANES III), conduzido entre 1988 e 1991, documentou uma prevalência geral de HAS em adultos americanos de 24% (Braunwald, 1999). Esta prevalência varia conforme a população estudada e também em função de diferentes critérios de diagnóstico (Sousa, 1996). A estimativa para o Brasil é de que 15% a 20% da população adulta (considerada acima de 18 anos) possa ser rotulada como hipertensa, se constituindo na maior causa de mortalidade, correspondendo a 35% dos óbitos totais no País (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002). Estudos assinalam a prevalência da HAS em cerca de 50 milhões entre os norte-americanos e,

índices de 12% a 35% em diferentes regiões brasileiras (Brandão et al., 2003). Sendo então uma doença com alta prevalência em faixa etária produtiva, tem se apresentado como importante problema de saúde pública, havendo necessidade de estímulo para o seu controle (JOINT 7, 2003).

Em clientes diabéticos, o risco para o desencadeamento de cardiopatia coronária está aumentado em 2 a 4 vezes. A DAC é a principal complicação de DM insulino-dependente ou não. Aproximadamente 80% dos adultos diabéticos morrem por DCV e, como fator complicador cerca de 95% dos portadores de DM não insulino-dependentes, nem sabem que possuem a doença. No Brasil cerca de 05 milhões de pessoas são portadores da doença, que acomete principalmente a faixa etária entre 30 e 69 anos. Nestes clientes a AP e o IAM são freqüentes, porém de manifestação atípica, dificultando o diagnóstico (Fernandes et al, 2000).

Outro fator modificável é o sedentarismo, sendo que o estudo “Behavioral Risk Factor Surveillance System” do “Centers for Disease Control, 1991” demonstrou que a inatividade física está diretamente relacionada com a idade, variando de 55% em indivíduos com idade entre 18 e 34 anos e 62% naqueles com idade a partir de 55 anos. Estudo revela que 81,1% da população sadia de São Miguel de Tucuman (Argentina) não praticavam atividade física freqüente (Koch, 1992); estes dados preocupam, pois entre indivíduos mais ativos há uma menor morbi-mortalidade de origem cardiovascular e maior expectativa de vida já constatada nos estudos de Framingham (Fonseca et al., 1999).

Estudos epidemiológicos observacionais têm demonstrado que a atividade física regular reduz o risco de eventos de DAC (Koch, 1992; Braunwald, 1999). A

inatividade física, associada a outros fatores de risco coronarianos têm duplicado o risco de DAC com efeito similar em magnitude ao do tabagismo, HAS ou do colesterol (Nieman, 1999).

A obesidade é um problema de saúde pública nos países desenvolvidos (Bronstein, 1996). Dados encontrados no “National Health and Nutrition Examination Survey” (NHANES III, 1991) confirmam esta afirmação, quando indicam que um terço dos americanos com idade a partir de 20 anos estão acima do peso (Kuczmarski, 1994). A obesidade caracteriza-se por acúmulo de gordura no tecido adiposo, que pode chegar a aumento de 20%, ou mais no peso ideal, sendo medida, freqüentemente, pelo índice de massa corporal (IMC) (Fonseca, 1999).

No “Framingham Heart Study” foi observado que a obesidade é um fator de risco independente de DCV em homens e mulheres. Quando associada a outros fatores de risco cardiovasculares como hipercolesterolemia, HAS e DM, recomenda-se intervenção com exercício e dieta para obtenção do peso ideal (Guimarães, 1992; Braunwald, 1999).

Nos estudos de Koifman (1987) foram feitas avaliações sobre o uso de anticoncepcional Norplant, no município do Rio de Janeiro e ficou constatado que há aumento significativo dos riscos relativos entre as usuárias deste método anticoncepcional para desenvolvimento de HAS, além de achados não significantes para a AP; porém a investigação de Urruty Aizpun (1993) mostrou que uma mulher portadora de DIC e hipotireoidismo primário severo apresentou angina instável e IAM, após iniciar tratamento com hormônios tireoidianos. Anormalidades contráteis após IAM são maiores em mulheres diabéticas no período pós-menopausa (Fernandes et al, 2000).

Em relação ao “stress”, termo inglês com adaptação espanhola, significa força, violência, tensão e vem sendo explorado com ênfase desde a segunda metade do século passado, principalmente pelos reflexos da vida contemporânea, havendo relação deste com a AP e o IAM, ocorrendo após situações de conflito pessoal grave (Morales Calatayud, 1991). A depressão e ansiedade têm contribuído para o aumento da morbimortalidade em clientes portadores de DAC (Devon & Zerwick, 2003). Há evidências de que a depressão tem forte associação com aumento da frequência de episódios de angina (Rumsfeld et al, 2003).

A dislipidemia, outro fator de risco importante, é maior entre indivíduos com DM comparados aos não diabéticos, com mesmo grau de obesidade; levando também à ocorrência frequente de AP e IAM (Fernandes et al, 2000). Estudos realizados em sete países constataram que naqueles onde o consumo de gordura saturada é superior a 15% de calorias diárias, os indivíduos apresentam maior concentração de colesterol e maior mortalidade por DAC (Fonseca, 1999). O estudo REGRESS comprovou que a redução significativa de colesterol total e LDL-colesterol decorrente do uso de hipolipemiantes, leva a diminuição do número e duração dos episódios isquêmicos nestes clientes (Solimene, 2000).

A orientação terapêutica quanto à dislipidemia em clientes sem comprometimento das artérias coronarianas, reduz o risco de eventos coronários a partir de 06 meses de tratamento. Naqueles com evidências clínicas de DAC o tratamento interfere na evolução das placas, retarda sua progressão, promove sua estabilização e impede novas lesões; reduzindo então a prevalência e incidência da doença (Forti et al., 1999).

A hipertrigliceridemia pós-prandial se correlaciona com vários fatores de risco cardiovasculares, mesmo em clientes normotrigliceridêmicos, daí a importância de obedecer uma dieta adequada (Lima, 2002).

No grupo dos fatores de risco não modificáveis temos a raça, sexo e idade; história familiar e ocorrência da menopausa (Coon et al., 1992; Mancilha – Carvalho, 1992; Kannel, 1995).

A história familiar de DAC influencia o risco aterosclerótico que pode se iniciar na infância, como tem sido evidenciado em estudos que confirmam a presença de aterosclerose coronariana nas famílias (Kannel, 1972; Braunwald, 1999; Armaganijan, 2000). Nos períodos de vida que compreendem a infância e adolescência é possível trabalhar na atenção primária no sentido de evitar o surgimento de DAC futura.

Devido ao aumento da morbi-mortalidade por DCV com elevação da idade, a redução dos fatores de risco modificáveis em populações jovens de meia-idade e idosos pode diminuir eventos de doença arterial coronariana (Azevedo et al., 1991). *A evolução da lesão aterosclerótica é lenta, inicia-se cedo e dura dezenas de anos* (Campos, 1988). Clientes idosos têm maior incidência de apresentar AI, levando-se em consideração a influência da idade na morbi-mortalidade da cirurgia arterial coronária (Moraes, 1989).

O sexo é um fator de risco para a DAC que vem apresentando significativas alterações. No “Framingham Heart Study” identificou-se que o início da DAC sintomática ocorre tipicamente cerca de 10 anos antes em homens, mas a incidência aumenta rapidamente em mulheres na menopausa (Braunwald, 1999). Estes dados conferem com os achados de Vogels (1999). É relativamente freqüente em mulheres de

idade média, a ocorrência de AP com coronárias normais (Soto et al., 1998). A morbidade hospitalar da AI se apresenta de maneira mais freqüente em mulheres do que nos homens, havendo escassos estudos comparativos de prognóstico da AI entre homens e mulheres (Passos, 1999). A mulher tem falência cardíaca em maior extensão quando portadoras de DM, independente de DAC (Fernandes et al, 2000); entretanto o DM é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de DCV nas mulheres quando comparadas aos homens (Devon & Zerwick, 2003).

Outros fatores de risco também têm sido apontados como a proteína C-reativa ultra-sensível, alteração de fatores trombogênicos como o fibrinogênio, elevação de homocisteína sérica, uso do álcool, personalidade do tipo A e baixos níveis de antioxidantes (Mancilha – Carvalho, 1992; Braunwald, 1999; Chagas, 2001).

As mudanças no estilo de vida parecem ser uma forma segura e compatível de tratamento para a DAC (Ornish et al.,1990). Há índices de que as taxas de mortalidade por DAC e AVC declinaram, 50 e 60% respectivamente no período de 1970 – 1994, em consequência do controle de vários fatores de risco para a aterosclerose, principalmente da HAS no Brasil (Introcaso, 2001).

## 2.1 HISTÓRIA NATURAL DA ANGINA *PECTORIS*

Os estudos pioneiros relacionados à AP preocupavam-se basicamente com a sobrevivência dos clientes portadores de AP e não com a redução clínica de seus sintomas; podendo afirmar que até a década de 50, os autores referiam a história natural da AP baseados apenas nas taxas de sobrevida e mortalidade por DAC (Introcaso, 2001). Estudos de Framingham, no entanto, esclareceram definitivamente seu surgimento, evolução, complicação e as manifestações clínicas (Kannel, 1995).

O primeiro relato de AP, com descrição clínica como sendo de origem coronariana foi mencionado por Willian Heberden, em 1786. Estudiosos como Herrich, White, Parker, Bloch, Richards e Kannel continuaram a investigação acerca da história natural da AP considerando sobrevida, morbidade, mortalidade e fatores de risco envolvidos (Hurst, 1990; Introcaso, 2001).

Muitas vezes diagnosticar a DAC torna-se difícil, dada a semelhança de sinais e sintomas com outras afecções relacionadas aos distúrbios musculares, gastrointestinais e mesmo doenças de origem psicossomáticas como a ansiedade e depressão. As síndromes coronarianas agudas representam quase 1/5 das causas de dor torácica na sala de emergência devido o elevado índice de morbi-mortalidade, assim sendo, afastar ou confirmar o diagnóstico é fundamental (Bassan et al., 2002).



Segundo dados da literatura, mesmo com múltiplos recursos para pesquisa diagnóstica, a avaliação clínica do cliente deve ser priorizada. A anamnese permite avaliação minuciosa do estado emocional do cliente, a caracterização da dor com identificação do tipo e sua localização, fatores desencadeantes e aliviadores, frequência, tempo de duração e ainda relações com alimentação, emoções e esforços (Ribeiro, 2000).

A AP pode ser classificada em três tipos: estável, variante ou de *Prinzmetal* e instável. O grau de AP está correlacionado com a extensão da doença vascular (Baxendale, 1992). A AP pode ser classificada, considerando sua gravidade, circunstâncias clínicas, presença de alterações eletrocardiográficas e intensidade da terapia antianginosa (Braunwald, 1999).

A angina estável (AE) tem sintomas mais frequentes e constantes no inverno (Batlouni, 2000). Os sintomas são decorrentes do desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio, no início de esforço físico. Estima-se que 90% da população adulta com AE seja portadora de coronariopatia obstrutiva (Armaganijan, 2000).

Descrita em 1959 por *Prinzmetal* e cols., a AP variante ou de *Prinzmetal* é uma síndrome incomum de dor cardíaca secundária à isquemia do miocárdio, ocorrendo quase exclusivamente em repouso, associada à elevação do segmento S-T no eletrocardiograma. Esta síndrome pode estar associada a graves arritmias cardíacas, como a taquicardia e a fibrilação ventricular, IAM e à morte súbita (MS). A AP variante pode ocorrer devido a um espasmo da artéria coronária (Hurst, 1990; Braunwald, 1999).

Também conhecida como angina pré-infarto, insuficiência isquêmica aguda e síndrome coronária intermediária, a angina instável (AI) é um distúrbio cardiovascular

grave bastante comum. Sua definição depende de uma ou mais das seguintes características: angina em crescendo comparada ao padrão preexistente de AE relacionada aos esforços; AP de início recente (dentro de um mês) que ocorre por esforços mínimos; ou AP em repouso ou aos mínimos esforços (Braunwald, 1999). Cerca de 30% a 60% de clientes que apresentaram IAM tiveram um pródromo de AI e, quando a angina ocorreu após o infarto representou alto risco para complicações miocárdicas, pois seu mecanismo de instabilidade pode ir desde o espasmo da artéria coronária à formação de trombo (Coelho & Ueti, 2000).

A AI pode ser classificada quanto à *gravidade* em: classe I - angina de início recente, grave ou acelerada; com menos de dois meses de duração, com frequência de três ou mais vezes por dia; ou aquela que é distintamente mais freqüente e precipitada por esforço mínimo sem nenhuma dor em repouso nos últimos dois meses; classe II – angina em repouso, subaguda, com um ou mais episódios de angina em repouso durante o mês precedente, mas não nas quarenta e oito horas precedentes; e a de classe III - angina em repouso, aguda, com um ou mais episódios em repouso nas quarenta e oito horas precedentes (Braunwald, 1999).

Com relação às *circunstâncias clínicas* pode ser classificada da seguinte forma: classe A - AI secundária com uma condição extrínseca ao leito vascular coronário, claramente identificada, apresentando isquemia miocárdica intensificada, como nos casos de anemia, infecção, febre, hipotensão, taquiarritmia, hipoxemia secundária à insuficiência respiratória; classe B - AI primária; e classe C - AI pós-infarto que ocorre duas semanas após o infarto do miocárdio documentado (Braunwald, 1999).

Em relação à *intensidade do tratamento* pode-se ter ausência de tratamento ou tratamento mínimo; onde a terapia padrão para AE crônica envolve doses convencionais de beta bloqueadores orais, nitratos e antagonistas de cálcio; e se mesmo assim ocorrer dor, apesar das doses máximas toleradas de todas as três categorias de terapia oral, estará indicada a utilização de nitroglicerina endovenosa (Braunwald, 1999).

De acordo com as Diretrizes estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em 2001, a AP tem prognóstico variável em relação a eventos desfavoráveis como IAM, óbito, recorrência de angina e necessidade de revascularização miocárdica. O prognóstico é determinado pela presença de lesões anatômicas e isquemia nos testes funcionais (Ribeiro, 2000). Referenciando-se à classificação de Braunwald (1999) é possível avaliar riscos e prognóstico. Anginas de classes II e III em que o cliente apresenta dor precordial em repouso possuem pior prognóstico que as de classe I. A angina de classe A tem melhor prognóstico que a de classe B. AI que surge logo após a ocorrência de IAM tem oferecido maiores riscos de agravos à musculatura cardíaca (Coelho & Ueti, 2000).

Com relação ao tratamento e considerando o aumento da demanda miocárdica, os clientes portadores de AI de baixo risco de complicações são aqueles que apresentam eletrocardiograma normal ou inalterado; a AP se relaciona com os esforços devido à isquemia, mas não apresentam dor, prolongada ou grave, em repouso. A dor tem alívio com uso de nitroglicerina sublingual. Clientes com AI de médio risco ou risco intermediário têm traçado eletrocardiográfico com alterações dinâmicas de ondas T; apresentam angina com duração maior que 20 minutos, mesmo em repouso. O alívio ocorre com nitroglicerina sublingual e repouso, dependendo seu tratamento do juízo

médico e dos recursos disponíveis. Aqueles clientes de alto risco possuem quadro persistente de AP, com dor em repouso e vigência maior ou igual a 20 minutos; apresentam elevação das enzimas cardíacas ou de níveis de troponinas, instabilidade hemodinâmica e alteração do traçado eletrocardiográfico em segmento ST, devendo ser monitorizados em unidades coronarianas (Braunwald, 1999; Coelho et al., 1999; Coelho & Ueti, 2000).

Dentre as terapêuticas não medicamentosa e medicamentosa que devem ser instituídas, destacam-se o tratamento clínico com a restrição de atividades, controle da ansiedade e uso de terapias antiisquêmicas (nitroglicerinas, beta bloqueadoras, antagonistas de cálcio); antitrombóticas (aspirina, ticlopidina, inibidores de glicoproteína IIb/ IIIa, heparina e inibidores da enzima de conversão da angiotensina). Para tratamento intervencionista utiliza-se balão aórtico e revascularização periférica (Coelho & Ueti, 2000). Em clientes com AI de baixo risco investiga-se causas não cardíacas de dor para afastar o diagnóstico de DIC, os clientes podem ser seguidos ambulatorialmente, utilizando-se de aspirina e medicação antianginosa. Aqueles com risco intermediário ou alto risco recebem terapia medicamentosa intensiva para alívio da dor, monitorizado no leito, onde deve permanecer em repouso, com remoção de sobrecargas emocionais, oferecendo repouso emocional e físico, através de sedação leve e ansiolíticos, além da inalação de oxigênio a 100% nos períodos de dor (Braunwald, 1999). Observar o cliente, aumentando as atividades num nível em que permitam o desenvolvimento de suas atividades diárias, são ações que aproximam e propiciam conhecimento da realidade de vida deste cliente que poderá ser assistido e orientado junto com sua família, iniciando um trabalho quanto aos fatores de risco e modificações de objetivos.

Diante do exposto e compreendendo que a assistência constitui-se em momento fundamental para que o enfermeiro identifique junto ao cliente as necessidades com a incumbência de estimulá-lo para o auto cuidado, vislumbra-se a possibilidade, neste estudo, de identificar o perfil deste cliente com vistas a organizar intervenção educativa a partir de seu contexto de vida. Esta estratégia inovadora de relações cliente-família-profissional permite discussões e avaliações deste novo perfil epidemiológico, pelos envolvidos no processo, no âmbito primário, onde as condições crônicas surgem e devem ser tratadas, visando o controle do quadro clínico e a prevenção e/ou retardamento de seus agravos.

Assim, no presente estudo, busca-se identificar o perfil de clientes portadores de AI, segundo o Modelo de Campo de Saúde de Lalonde. Este modelo foi adotado por trazer a possibilidade de analisar e discutir a ocorrência da DAC considerando a história de antecedentes familiares e o estilo de vida que o cliente adota. Permite avaliar a ocorrência da DIC em questão, relacionando aspectos internos e externos ao ser humano, dando a conotação correta de que o ser humano reside num contexto de mundo dinâmico; onde atitudes e estilos de vida são resultantes da relação ser vivo/existência.

## O MODELO DE “CAMPO DE SAÚDE”

Visando uma interpretação holística dos problemas dos portadores de coronariopatias, mais especificamente do cliente portador de AI, optou-se por adotar o referencial de Campo de Saúde (Lalonde, 1974).

Este modelo tem sua estrutura conceitual descrita por Laframboise em 1973, mas foi desenvolvido em 1974 por Marc Lalonde, no Canadá, que publicou um documento “*Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*”, onde relatou preocupação em relação à ausência de uma estrutura conceitual para analisar a área da saúde. Este modelo tornou-se popular quando foi aplicado na Política de Saúde no Canadá, uma vez que ocorriam mudanças no perfil epidemiológico das doenças e havia necessidade de ampliar este modelo, enfatizando os fatores ambientais e do hospedeiro, além do agente etiológico (Dever, 1988; Dantas, 1999; Siqueira, 2002).

Trata-se de um referencial que analisa os problemas de saúde não só pela ótica dos aspectos biológicos, estabelecendo-se o conceito de “Campo de Saúde” que seria constituído por quatro elementos principais compreendendo a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde (Dantas, 1999; Simão, 2001, Siqueira, 2002). Tais elementos foram estabelecidos analisando-se as causas e fatores básicos de doenças e morte no Canadá, além do levantamento da influência destes elementos na instalação de saúde naquele país (Siqueira, 2002).

A *biologia humana* comporta aspectos da saúde física e mental pertencentes ao corpo humano e a constituição orgânica do indivíduo. Herança genética como antecedentes familiares, processos de maturidade e envelhecimento e os diferentes sistemas internos do organismo 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 *meio ambiente* compreende todos os aspectos relacionados à saúde externos ao corpo humano; incluindo ambientes físico e social. Nestes ambientes os indivíduos têm pouco ou nenhum controle, como da qualidade da água, do ar, do meio ambiente, no ambiente físico e nas mudanças ocorridas no ambiente social. Muitas vezes o indivíduo contribui para o agravamento da situação deste meio ambiente como na poluição do ar e das águas.

O *estilo de vida* é o conjunto de decisões e hábitos de cada indivíduo, sobre os quais possui maior ou menor controle, que afeta a sua saúde. Decisões e hábitos inadequados podem levar a riscos ditos autocriados segundo Simão (2001) resultando em doenças ou mortes, podendo-se então afirmar que o “estilo de vida” do indivíduo contribuiu ou causou as ocorrências; como o sedentarismo, a alimentação inadequada, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, entre outros.

A *organização dos serviços de saúde* é o último elemento deste referencial e define-se como sistema de atenção à saúde consistindo na qualidade, quantidade, administração, natureza e relação de pessoas e recursos na oferta de cuidados à saúde. Incluem profissionais como médicos e enfermeiros; além dos serviços de saúde públicos e privados, ambulatoriais, farmácias, hospitais, entre outros. Profissionais do sistema de

atenção à saúde envolvidos com a realidade de sua clientela permitem discussões, criam canais para esclarecimentos de dúvidas e orientações; aspectos que educam ou convidam a refletir e conseqüentemente podem levar à aquisição de estilos de vida que possam determinar uma melhor qualidade de vida.



## **4.1-Geral:**

. identificar o perfil de clientes portadores de AI, atendidos numa instituição privada do interior paulista, segundo o modelo de “Campo de Saúde” de Lalonde.

## **4.2- Específico:**

. identificar os fatores de risco atribuídos, pelos clientes, que possam contribuir para o aparecimento de DCV e AI, com vistas a organizar intervenção educativa que atenda a sua realidade.

## **5.1 Natureza do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem de análise quantitativa.

## **5.2 Local do estudo**

O presente estudo foi realizado em domicílios de clientes conveniados, atendidos em uma instituição privada de um município do interior paulista, após alta de internação em unidade coronariana.

A referida instituição possui 149 leitos, oferecendo atendimentos de diversas especialidades médicas (clínica médica, angiologia, cardiologia, oftalmologia, nefrologia, reumatologia, dermatologia, entre outras) para 32 tipos diferentes de convênios de saúde. A unidade coronariana deste hospital conta com 10 leitos para atendimento intensivo realizado por equipe constituída de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de fisioterapeuta. Conta também com monitorização contínua de eletrocardiograma, exames laboratoriais e disponibilização de área e equipamentos para procedimentos de urgência/emergência em setor de hemodinâmica e centro cirúrgico.

## **5.3 População e amostra**

A população do estudo constitui-se de 102 clientes atendidos na referida instituição no período de 01 de setembro de 2002 a 31 de março de 2003, com diagnóstico de AI. Estes clientes foram selecionados a partir da consulta realizada no

livro de internações de clientes da Unidade Coronariana e, posterior investigação no Sistema de Informação Hospitalar, identificando endereços e telefones dos mesmos. Somente aqueles residentes em Ribeirão Preto, com reinternações na Unidade Coronariana, fizeram parte do estudo.

A amostra final foi constituída de 58 clientes, pois 04 não mais residiam em Ribeirão Preto (informaram endereços de familiares quando foram submetidos à internação), 2 recusaram-se a participar, 6 mudaram do endereço cadastrado no hospital, 6 foram a óbito anteriormente e durante o período de coleta de dados e 3 deles, embora autorizassem a visita no domicílio não conseguiram informar os dados solicitados e moravam sozinhos. Para a amostra estudada não delimitou-se a faixa etária e não houve distinção quanto ao sexo.

## **5.4 Aspectos éticos e legais**

Primeiramente obteve-se autorização para execução deste projeto com o coordenador da Unidade Coronariana e com o Diretor Técnico da Instituição em questão, para levantar junto ao livro de registro, o número de clientes atendidos com diagnóstico de AI no período de 01 de setembro de 2002 a 31 de março de 2003. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO A). A obtenção dos dados se deu, no período de sessenta dias, após a aprovação do Projeto por este Comitê de Ética em Pesquisa.

### 5.5 Coleta de dados

Após delimitação da amostra, o cliente foi contatado via telefone (ANEXO B) e solicitada permissão para marcar data, no domicílio do mesmo para informar o objetivo do estudo e solicitar sua aquiescência na participação. Posteriormente o cliente determinava o horário para o encontro. Após esclarecimentos sobre o estudo e a concordância dos clientes em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), deu início a coleta de dados; a qual foi realizada pela própria pesquisadora mediante a utilização de formulário (ANEXO D). O tempo médio de duração de cada encontro foi de noventa minutos.

A técnica utilizada para a coleta de informações foi a entrevista semi-estruturada, com utilização de um roteiro preestabelecido adaptado do estudo de Dantas (1996) e Simão (2001), ANEXO D. Este formulário foi composto de dados relacionados à biologia do indivíduo contendo dados de antecedentes familiares para a patologia em questão, bem como a história clínica de cada cliente; dados do meio ambiente onde foram enfocados a formação e atividade profissional do cliente, além de sua renda familiar; dados do estilo de vida, investigando fatores de risco para as doenças, hábitos inadequados como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, inatividade física, estresse e ainda o uso de hormônios; além de indagar sobre a relação do cliente com o serviços de saúde pública e privada. O começo da entrevista foi marcado por uma série de fases prévias, como conhecer o cliente e família; saber de suas dificuldades e queixas para posteriormente iniciar as perguntas. Esse contato preliminar entre o pesquisador e

família permitiu proximidade e espaço para expressar intenções de pesquisa e aceitação em colaborar para agendar novos encontros e visitá-lo no domicílio.

Dados do prontuário foram considerados como os valores de pressão arterial sistólica e diastólica, além de valores glicemia visando confrontar relatos dos clientes e valores reais. Os valores de pressão arterial adotados foram aqueles registrados por ocasião da admissão do cliente na unidade coronariana e os valores glicêmicos, aqueles identificados após 8 horas de jejum, na manhã seguinte à internação na unidade coronariana.

Foram determinados os intervalos de tempo entre as reinternações, quando estes ocorreram.

### **5.6 Procedimento e análise dos dados**

Posteriormente à coleta os dados, elaborou-se um banco de dados que foi registrado no gerenciador *Access 2000*, da *Microsoft*. Após codificação dos mesmos foram geradas consultas e exportadas para a base de dados do Programa *Excel 2000*, da *Microsoft*.

Para análise dos dados foram consideradas as frequências relativas e absolutas, que resultaram nas tabelas expostas nos resultados e discussões.

Os valores de média e desvio padrão foram obtidos a partir de cálculos realizados pelo programa *Excel 2000*, da *Microsoft*.

### **6.1 Dados relacionados à biologia do indivíduo**

A amostra composta de 58 indivíduos, sendo 33 (56,9%) do sexo masculino e 25 (43,1%) do feminino, com idade variando entre 34 e 88 anos; média de 61 anos e desvio-padrão de 38,18.

A tabela 1 mostra a distribuição dos clientes de acordo com o sexo e faixa etária, onde observa-se maior frequência de sujeitos na faixa etária de 50 a 60 anos (31,0%) e 60 a 70 anos (29,3%), respectivamente. Estes dados estão de acordo com aqueles descritos na literatura referente ao aumento da morbidade com a idade (Azevedo et al., 1991; Moraes, 1999); e a incidência, entre os sexos masculino e feminino, tendendo a se igualar entre homens e mulheres com idade superior a 70 anos (Vale & Martinez, 2000). Ainda com relação à idade, constatou-se em estudos realizados com portadores de HA, um dos fatores de risco para a AI, que em diferentes regiões brasileiras houve aumento da prevalência com o avançar da idade, com predomínio no sexo feminino (Siqueira, 2002; Lolio, 1988). Esta realidade encontrada em nossas investigações coincide com o relatório da Organização Mundial de Saúde (2003) onde menciona, quadro epidemiológico atual com diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis; ausência de políticas públicas voltadas para o atendimento a clientes com doenças crônicas, e aumento do envelhecimento populacional com a ascensão destas doenças crônicas que são responsáveis atualmente, por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo; com previsão para 2020 de representar, 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento.

Observa-se também, ao analisar a tabela 1, que há predomínio do sexo feminino com idade superior a 80 anos; situação que pode ser justificada pelos diferentes níveis de exposição aos riscos como o uso de tabaco, álcool e acidentes; com a mortalidade masculina se apresentando mais elevada em todas as faixas etárias, quando comparada à mortalidade feminina (Veras, 1994; Siqueira, 2002). Além desses aspectos, pode-se dizer que as mulheres possuem maior conhecimento das doenças e seus sintomas, procurando os serviços de saúde com maior frequência, evitando a ocorrência e complicações dessas patologias; garantindo, portanto, maior longevidade.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA. RIBEIRÃO PRETO, 2003

FAIXA ETÁRIA	SEXO		Nº	%
	FEMININO	MASCULINO		
34  — 40	01	01	02	3,4
40  — 50	03	01	04	6,8
50  — 60	05	13	18	31,0
60  — 70	05	12	17	29,4
70  — 80	05	05	10	17,3
80  — 88	05	01	06	10,4
≥ 88	01	—	01	1,7
TOTAL	25	33	58	100,0

Em relação aos dados antropométricos, identifica-se entre os clientes estudados, peso que oscila entre 42 e 105 Kg com desvio-padrão de 44,5 e média de 73,5 kg; a altura variou entre 1,50m e 1,83m, com desvio-padrão de 0,23 e média de 1,6 m. A partir desses dados, foram calculados os valores de IMC, apresentados na tabela 2, classificados segundo a International Lipid Information Bureau Latino America (1994), tendo por objetivo identificar a presença de alterações de peso entre os clientes da amostra, por ser a obesidade fator de risco para as DCV (Bronstein, 1996; Vale & Martinez, 2000; Dorea & Lotufo, 2001).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC).  
RIBEIRÃO PRETO, 2003

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL ( Kg/m <sup>2</sup> )	Nº	%
< 25 (NORMAL)	39	67,2
25 A 27,4 (SOBREPESO)	10	17,2
27,5 A 29,9 (OBESIDADE GRAU I OU LEVE)	05	8,6
30 A 39,9 (OBESIDADE GRAU II OU MODERADA)	04	6,9
≥ 40 (OBESIDADE GRAU III OU GRAVE)	-	-
TOTAL	58	100,0

Na análise dos dados da tabela 2, observa-se que 39 (67,2%) clientes apresentaram peso corporal dentro dos limites de normalidade e 10 (17,2%) apresentaram sobrepeso. A obesidade leve ou grau I foi constatado em 5 (8,6%) clientes e 4 (6,9%) deles possuíam obesidade moderada ou grau II. Embora os clientes demonstrem melhora do padrão alimentar após a síndrome isquêmica aguda, a intervenção no processo de aquisição de peso se faz necessária para 19 (32,7%) clientes,



através de orientações dietéticas e programas de exercícios físicos supervisionados (DHA 4, 2002; Oliveira & Vanderlei, 2002; Macedo et al., 2003).

Os dados da tabela 3 permitem identificar o IMC de acordo com a idade, onde é possível verificar que a ocorrência de sobrepeso, obesidade grau I e obesidade grau II estão presentes entre 10 (17,2%) clientes, na faixa etária de 50 a 60 anos; idade em que comumente se dá o término de sua atividade laboral com diminuição importante das atividades exercidas em idade produtiva. Na amostra, 15 (13,8%) homens classificam-se com sobrepeso, de acordo com a incidência de obesidade grau I e II, enquanto 4 (6,9%) mulheres foram classificadas nessa mesma situação.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, SEXO E FAIXA ETÁRIA. RIBEIRÃO PRETO, 2003

IMC (Kg/M <sup>2</sup> )	FAIXA ETÁRIA						SEXO		TOTAL	
	34-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-88	FEM	MASC	Nº	%
< 25	02	-	08	15	08	06	21	18	36	62,1
25 – 27,4	-	04	03	01	02	-	03	07	10	17,3
27,5 – 29.9	-	-	03	01	-	01	01	04	05	8,7
30 – 39,9	-	-	04	-	-	-	-	04	04	6,9
≥ 40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>07</b>	<b>25</b>	<b>33</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

Para identificação de história familiar foi investigada a causa *mortis* de familiares como pais e parentes de 1º e 2º graus (irmãos, avós e tios), cujos resultados estão apresentados na tabela 4. Em relação à causa *mortis* dos pais, o IAM foi indicado por 14 (24,1%) clientes, a AP por 12 (20,7%), a senilidade por 9 (15,5%), o AVC na

mesma proporção da senilidade, 9 (15,5%), MS por 5 (8,6%) e a trombose venosa profunda (TVP) por 2 (3,4%) cliente.

Quanto aos irmãos, temos os cânceres malignos como primeira causa de morte, 13 (44,8%); seguida pelas causas cardíacas, 12 (41,4%) e AVC, 04 (13,8%).

Os pais faleceram, em sua maioria, entre 60 e 70 anos e os irmãos entre 50 e 60 anos.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO A HISTÓRIA FAMILIAR QUANTO À CAUSA *MORTIS* DOS PAIS E IRMÃOS. RIBEIRÃO PRETO, 2003

GRAU DE PARENTESCO	CAUSA <i>MORTIS</i>	Nº	%
PAIS	ANGINA <i>PECTORIS</i>	12	20,7
	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	14	24,1
	SENILIDADE	09	15,5

	DESCONHECIDA	06	12,5
	CÂNCERES (INTESTINO, ESTÔMAGO E PULMÃO)	10	17,2
	ASMA	06	10,3
	CAUSA HEPÁTICA	03	6,2
	MORTE SÚBITA	05	8,6
	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	09	15,5
	TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	02	3,4
	DIABETES MELLITUS	02	5,5
	CÓLERA	01	2,7
IRMÃOS	CÂNCERES	13	44,8
	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	09	31,0
	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	04	13,8
	ANGINA <i>PECTORIS</i>	03	10,3

Ainda investigou-se junto aos pais e parentes de 1º grau e 2º graus (irmãos, tios, tias, avós) dos clientes a existência ou ocorrência de patologias como a HAS, o DM, a MS, o IAM e o AVC, conforme dados identificados na tabela 5.

Quanto aos pais, 54 (93,1%) da amostra referiram a ocorrência destas patologias, sendo que 13 (22,4%) indicaram IAM; seguido de AVC, 12 (20,7%), MS 10 (17,2%) e DM, 9 (15,5%). Com relação aos parentes de 1º grau e 2º graus, a HAS foi a doença predominante em 24 (41,4%) dos casos; seguida do IAM e AVC que ocorreram na proporção de 12 (20,7%) e 13 (22,4%), respectivamente; além de MS, indicada por 11 (18,9%) e DM 10 (17,2%) clientes. Diante destes dados vale comentar a dificuldade que a equipe de saúde possui ao lidar com o tema morte; situação que traz obstáculos para orientar e discorrer sobre a possibilidade de ocorrência de morte súbita ou ainda quanto à gravidade da AI, com o cliente e/ou família. Ainda cabe salientar que história familiar de HAS é fator predisponente para a elevação da pressão arterial, logo clientes filhos de

pais hipertensos possuem maior probabilidade de desenvolver HAS (Almeida et al., 1998; Simão, 2001).

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO O GRAU DE PARENTESCO INDICADO PARA ANTECEDENTE FAMILIAR DE PATOLOGIAS. RIBEIRÃO PRETO, 2003

GRAU DE PARENTESCO	PATOLOGIAS				
	HAS	DM	MS	IAM	AVC
PAIS	10	09	10	13	12
PARENTES 1º e 2º	24	10	11	12	13
GRAUS NÃO INDICOU	24	39	37	33	33

Quando questionados acerca de sua história clínica, considerando a ocorrência/existência de HAS, 49 (84,4%) clientes referiram ser portadores, indicando antecedentes familiares da doença em 39 casos; 27 (46,5%) clientes afirmaram ter tido dislipidemia, mas que atualmente já controlam os níveis de colesterol e triglicérides através da dieta e hipolipemiantes; 16 (27,5%) clientes referiram ter apresentado algumas manifestações da doença vascular periférica; 15 (25,9%) deles têm DM, com história familiar para DM em 19 casos relatados e 10 (17,2%) indicaram história de AVC, com 26 familiares, tendo apresentado a mesma patologia.

Segundo recomendações da IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), é necessário ser criterioso para diagnosticar e classificar um indivíduo como hipertenso. O caráter multifatorial da doença, bem como a técnica de mensuração das cifras tensionais e condições de equipamentos para tal procedimento, exigem estes cuidados específicos. Com esta preocupação foram investigados nos prontuários dos

clientes os níveis tensionais registrados no momento de cada internação, durante a admissão na unidade coronariana, buscando confrontar a informação coletada junto ao cliente e o dado real (tabelas 6 e 7). Os níveis tensionais considerados foram obtidos do prontuário após verificação do número de reinternações dos clientes; para aqueles reinternados uma vez efetuou-se a média dos dois valores de cifras tensionais, chegando aos valores de PAS e PAD, registrados neste estudo. Os intervalos de tempo entre as reinternações foram, em média, de 59 dias (quando possuíam uma reinternação) e de 35 dias para duas reinternações.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO SEXO E VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) (mmHg). RIBEIRÃO PRETO, 2003

SEXO	*PAS (mmHg)						TOTAL
	<120	<130	130-139	140-159	160-179	≥180	
MASCULINO	04	05	03	13	05	03	33
FEMININO	03	02	03	14	02	01	25
TOTAL	07	07	06	27	07	04	58

\* Valores de PAS (mmHg) adotados pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002).

Os valores de PAS observados na tabela 6, indicam que 38 (65,5%) clientes encontravam-se na categoria de hipertensos com PAS  $\geq$ 140 mmHg; destes 27 (71,1%) estavam com PAS de 140-159 mmHg; valor considerado como hipertensão leve ou estágio 1; 7 (12,1%) com hipertensão moderada ou estágio 2 e, 4 (6,9%) com hipertensão grave ou grau 3.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO SEXO E VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD) (mmHg). RIBEIRÃO PRETO, 2003

SEXO	*PAD (mmHg)						TOTAL
	<80	<85	85-89	90-99	100-109	≥110	
MASCULINO	06	09	-	09	06	03	33
FEMININO	05	06	-	10	02	02	25
TOTAL	11	15	-	19	08	05	58

\* valores de PAD (mmHg) adotados pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002).

Quanto aos valores de PAD, encontramos 32 (55,7%) clientes com PAD  $\geq$ 90 mmHg, 19 (59,4%) deles no intervalo de 90-99 mmHg; 8 (13,8%) com hipertensão moderada ou estágio 2 e, 5 (8,6%) com hipertensão grave-estágio 3, conforme dados da tabela 7. Estes valores de pressão arterial sugerem a necessidade de tratamento mais intensivo e controle mais rigoroso da HAS uma vez que a doença está presente em 84,4% dos clientes da amostra.

O diagnóstico de DM não muda com a idade, a glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl ou ao acaso maior que 200 mg/dl, em duas ocasiões de verificação, determina a doença (Forti & Martins, 2001). Ao investigar, valores de glicemia com jejum de 8 horas nos períodos de internações e reinternações verifica-se que 48,3% dos clientes, de ambos os sexos, estavam no intervalo preconizado como de valores normais (70-110mg/dl), 34,5% apresentavam valores glicêmicos acima de 110 mg/dl; cabendo ressaltar conforme dados da tabela 8, que há neste intervalo valores elevados de glicemia, especialmente de clientes do sexo feminino; como exemplo 214, 228 e 271 mg/dl de glicose sérica; tanto na internação como na reinternação, sendo que os limites superiores dos valores glicêmicos aumentaram de 228 mg/dl na internação para 271 mg/dl na reinternação. Os clientes do sexo masculino tiveram média de 74,9 mg/dl e desvio-padrão de 121, na internação; e 67,1 mg/dl e desvio-padrão de 127,5 na reinternação. As clientes tiveram média de 99,7 mg/dl e desvio-padrão de 157,5 na

internação; e média de 142,1 mg/dl e desvio-padrão de 170,5 na reinternação. Nesta situação, a terapêutica com exercícios e recomendações dietéticas é insuficiente e o uso de hipoglicemiantes está indicado, levando-se em consideração a existência de comorbidades e a necessidade de utilização de medicamentos associados, além do nível de hiperglicemia. Em clientes coronariopatas, onde a hipoglicemia pode desencadear um evento isquêmico, deve-se evitar antidiabéticos de ação prolongada como a clorpropamida (Forti & Martins, 2001). Estes resultados são preocupantes uma vez que o DM é um fator de risco significativo nas mulheres quando comparadas aos homens (Devon & Zerwick, 2003), ocasionando comprometimentos miocárdicos importantes (Fernandes et al, 2000). Os intervalos de valores de glicemia, citados na tabela 8, foram obtidos considerando o menor e o maior valor de glicemia da internação e reinternação, tanto para o sexo feminino como para o sexo masculino. Os valores considerados foram aqueles registrados, no prontuário, após admissão na Unidade Coronariana, considerando jejum de 8 horas. Cabe comentar a importância do enfermeiro estar apto a interpretar resultados de exames laboratoriais dos clientes, uma vez que o mesmo é membro da equipe multiprofissional e assim poderá contribuir na tomada de condutas como investigar situações de risco para a AI, orientar hábitos de vida saudável e agilizar encaminhamentos aos demais profissionais, em casos de maior gravidade.

TABELA 8-DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO O SEXO E INTERVALOS DE VALORES DE GLICEMIA DE JEJUM DETECTADOS NA INTERNAÇÃO E REINTERNAÇÃO (mg/dl). RIBEIRÃO PRETO, 2003

SEXO	*GLICEMIA (mg/dl)	
	INTERNAÇÃO	REINTERNAÇÃO
MASCULINO	68-174	80-175
FEMININO	87-228	70-271

\*Valores de glicose sérica adotados pela labtest para indivíduos normais.

Os fatores de risco para as DCV estão presentes na morbi-mortalidade de familiares dos clientes da amostra estudada. Os antecedentes familiares, conforme dados da literatura, contribuem para o aumento da ocorrência de DCV em familiares de 1º e 2º graus de parentesco (Vale & Martinez, 2000; Armaganijan, 2000). Valendo lembrar que por tratar-se de um fator de risco não modificável, os clientes devem ser orientados a controlar de forma criteriosa os fatores de risco modificáveis.

## 6.2 Dados relacionados ao meio ambiente

Os dados do meio ambiente dos clientes foram investigados a partir do levantamento de seu nível de instrução e situação sócio-econômica-cultural, buscando relacionar estes aspectos com seu quadro clínico.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO SEXO E NÍVEL DE INSTRUÇÃO.  
RIBEIRÃO PRETO, 2003

NÍVEL DE INSTRUÇÃO	SEXO		TOTAL	Nº
	FEMININO	MASCULINO		
ANALFABETO (A)	05	00	05	8,6
1º GRAU INCOMPLETO	13	19	32	55,3
1º GRAU COMPLETO	02	03	05	8,6
2º GRAU INCOMPLETO	02	03	05	8,6
2º GRAU COMPLETO	01	04	05	8,6
NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO	01	01	02	3,4



NÍVEL SUPERIOR COMPLETO	01	03	04	6,9
TOTAL	25	33	58	100,0

Na tabela 9 verifica-se o nível de instrução dos clientes do estudo, indicando que 5 (8,6%) são analfabetas, com maior número de indivíduos com 1º grau incompleto, 32 (55,1%). Estes dados permitem-nos inferir que o nível de escolaridade dos clientes estudados é baixo e que talvez este fator pode influenciar suas condições sócio-econômicas e culturais, uma vez que poderá determinar a profissão ou ocupação destes e conseqüentemente sua renda familiar. Quanto menor o nível sócio-econômico maior a morbidade para as doenças em geral, enfatizando que principalmente em clientes do sexo feminino, o status sócio-econômico baixo está associado a risco relativamente maior de morbidade para a AP do que em clientes do sexo masculino (Vogels et al., 1999; OMS, 2003).

A abordagem nas orientações destes clientes quanto às suas patologias deverá ocorrer de forma criteriosa, a esgotar suas dúvidas, facilitando ao cliente adquirir conhecimentos que por vezes, poderão apresentar dificuldades para assimilá-los, em decorrência de terem comprometido seu entendimento e compreensão do processo saúde-doença e sua relação no contexto vital.

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO OCUPAÇÃO AGRUPADAS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES-2002. RIBEIRÃO PRETO, 2003

OCUPAÇÕES	Nº	%
ADMINISTRADOR, INDUSTRIAL E ANALISTA DE SISTEMAS	03	15,0

MECÂNICO DE MAQUINAS, ENCANADOR E	04	20,0
TORNEIRO MECÂNICO		
OURIVES	02	10,0
COSTUREIRA, DOMÉSTICA, SEGURANÇA,	09	45,0
TAXISTA, VIGIA E ZELADOR		
REPRESENTANTE COMERCIAL	02	10,0
TOTAL	20	100,0

Quanto à ocupação, 20 (34,4%) clientes realizam atividades remuneradas que foram agrupadas conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-2002), descritas na tabela 10, possuindo jornada de trabalho diária, com uma média de 10 horas, possuindo um vínculo empregatício. Não exercem atividades remuneradas 38 (65,5%) clientes, sendo 20 (52,6%) aposentados, 05 (13,1%) pensionistas e 13 (34,2%), do lar. Dados da literatura referentes às aposentadorias por invalidez enfocando a DAC e a ocupação dos indivíduos, constatam que os homens se aposentaram mais que as mulheres; que a HAS foi a patologia mais freqüente, seguida do AVC e DIC, como a AP (Oliveira, 2000). Há uma relação entre a DCV com a ocupação; indicando que o vigia, faxineira, motorista, pedreiro, ajudantes gerais, segurança, costureira exercem tais ocupações tendo baixo poder de decisão e alta demanda psicológica, o que denomina de alta carga/estresse no trabalho (Oliveira, 2000).

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO SEXO E A RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS . RIBEIRÃO PRETO, 2003

RENDA FAMILIAR	SEXO		TOTAL	Nº
	FEMININO	MASCULINO		
< 03 SALÁRIOS	06	06	12	20,6
03  — 06 SALÁRIOS	13	13	26	44,9
06  — 10 SALÁRIOS	03	03	06	10,3

≥ 10 SALÁRIOS	03	13	16	27,5
NÃO SABE REFERIR	00	01	01	1,7
TOTAL	25	33	58	100,0

Outro aspecto analisado foi a renda familiar dos clientes da amostra. É sabido que mulheres com nível sócio-econômico baixo tem aumento relativo da morbidade de AP e IAM quando comparadas aos homens (Vogels et al., 1999; OMS, 2003). Na tabela 11 identifica-se a distribuição da renda familiar segundo sexo, onde observa-se que 26 (44,9 %) clientes indicaram renda na faixa salarial de 3 a 6 salários mínimos; com 13 (22,4%) homens possuindo faixa salarial igual ou acima de 10 salários mínimos, e apenas 3 (5,2%) mulheres, no mesmo intervalo. Este dado permite-nos inferir que as clientes do sexo feminino têm poder aquisitivo menor quando comparadas aos homens; situação que pode ser explicada pelo número de clientes analfabetas (8,6%) e de viúvas (17,3%). Grupo etário de baixa escolaridade, com ocupações em estratos inferiores; além de menores rendas, apresentaram também maior incidência de HAS (Lólio et al., 1985; Klein et al., 1993). Esta situação ocorre igualmente em nossa amostra.

Na tabela 12 observa-se que 52 (89,7%) clientes possuem gastos mensais com o tratamento da AP variando entre um e cento e cinqüenta reais; a maioria, 32 (55,2) clientes gastam entre cinqüenta e um e cem reais, mensalmente; numa amostra onde a maioria dos clientes recebe entre três e seis salários mínimos (um mil e quatrocentos e quarenta reais, no máximo); fato que demonstra um gasto de 10% de renda mensal, regularmente, apenas para a terapêutica da patologia em questão.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO VALORES MENSAIS GASTOS NA TERAPÊUTICA DA ANGINA *PECTORIS*. RIBEIRÃO PRETO, 2003

VALORES MENSAIS (\$)	Nº CLIENTES	%
01  — 50	13	22,4
50  — 100	32	55,2
100  — 150	07	12,1
150  — 200	01	1,7
200  — 250	03	5,2
≥ 250	02	3,4

Quanto ao estado civil, 48 (82,7%) clientes são casados, sendo 33 (56,9%) do sexo masculino e 15 (25,8%) do sexo feminino; além de 10 (17,3%) clientes viúvas. A estes clientes foi indagado o número de filhos que possuíam e de acordo com a tabela 13 constata-se que, a maioria tem entre dois e cinco filhos vivos. Referiram ainda que perderam filhos em período neonatal e infantil, sendo que um cliente teve 16 filhos e 11 faleceram. A referência de óbitos dos filhos vinha acrescida das informações de que não sabiam o motivo das mortes e que os recursos naquele tempo eram escassos. Quanto aos filhos vivos, a maioria é casada ou mora fora do lar de seus pais e assim segundo relatos dos clientes, a maioria não contribui para a renda familiar e gastos com despesas domésticas.

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO NÚMERO DE FILHOS VIVOS.  
RIBEIRÃO PRETO, 2003

CLIENTES		FILHOS VIVOS
No.	%	
06	10,4	00-01
41	70,7	02-05
11	18,9	06-11

Todos os clientes, 58 (100%) são procedentes e residentes da zona urbana, sendo que na tabela 14 identifica-se que a maioria é procedente do Estado de São Paulo, 49 (84,5%); e 01 (1,7%) cliente é do Chile. Conforme investigações sobre a tendência de mortalidade por DIC no Brasil de 1979 a 1996, temos que a região sudeste, sul e norte do país vem apresentando queda da ocorrência de doença isquêmica do coração, em todas as faixas etárias; situação que segundo os pesquisadores, pode ser explicada pela preocupação nestas regiões bem como em países desenvolvidos, em identificar precocemente e controlar os fatores de risco para a DAC (Lotufo & Lolio, 1993; Timerman et al., 2001). Nossa amostra, mesmo com maioria procedente do Estado de São Paulo (região sudeste), apresenta condições sócio-econômicas e nível de instrução baixas, o que poderia estar interferindo no processo ensino aprendizagem com relação à saúde e doenças, às medidas de tratamento e controle de sua doença bem como às questões relacionadas à promoção da saúde.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO PROCEDÊNCIA (ESTADO). RIBEIRÃO PRETO, 2003

PROCEDÊNCIA	Nº	%
SÃO PAULO	49	84,5
ESPIRITO SANTO	01	1,7
MINAS GERAIS	04	6,9
PARANÁ	02	3,4
ALAGOAS	01	1,7
OUTROS	01	1,7
TOTAL	58	100,0

### 6.3 Dados relacionados ao estilo de vida

O estilo de vida que se adota como padrões alimentares, de sono, de exercício físico determinam como será nossa qualidade de vida e saúde em anos futuros. Patologias já conhecidas pela sociedade decorrem de nosso modo de viver e dentre elas podemos citar as DCV, que podem acometer a partir da exposição a fatores de risco (Oliveira & Martinez, 2002).

Quando interrogados quanto às causas que poderiam ter levado à ocorrência da AP, indicaram como fator de risco a HAS em 52 (89,6%) dos casos; seguida do estresse, 45 (77,6%); 41 (70,7%) indicaram a história familiar; 36 (62,0%) a dieta inadequada; o tabagismo foi apontado com percentual igual ao da dieta por 36 (62,0%) clientes e 35 (60,3%) a falta de exercícios físicos, segundo dados da tabela 15. Ao comentarem os fatores de risco para a ocorrência da AP faziam referência, inclusive, aos antecedentes familiares, porém com superficialidade de conhecimento quanto a AP.

Estas afirmativas levam-nos a concluir que os clientes têm conhecimentos dos fatores de risco, embora tenham dificuldades para controlá-los ou evitá-los; impedindo assim mudanças de hábitos e de estilo de vida. Os clientes conhecem os fatores de risco, entretanto, de forma insuficiente comprometendo a prevenção da DAC (Duarte e Gorayeb, 2002). Os dados obtidos neste estudo confirmam estes achados.

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO CAUSAS REFERIDAS PARA OCORRÊNCIA DA ANGINA *PECTORIS*. RIBEIRÃO PRETO, 2003

CAUSAS	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
DIETA INADEQUADA	36	62,0	22	37,9
FALTA DE EXERCÍCIO FÍSICO	35	60,3	23	39,6
TABAGISMO	36	62,0	22	37,9
INGESTÃO EXCESSIVA DE	18	31,0	40	68,9
ÁLCOOL				
ESTRESSE	45	77,6	13	22,4
USO DE ESTRÓGENOS	-	-	58	100,0
IDADE	-	-	58	100,0
RAÇA	-	-	58	100,0
HISTÓRIA FAMILIAR	41	70,7	17	29,3
DIABETES MELLITUS	24	41,4	34	58,6
HIPERCOLESTEROLEMIA	25	43,1	33	56,9
HIPERTENSÃO ARTERIAL	52	89,6	06	10,3
OBESIDADE	20	34,5	38	65,5

Quanto aos hábitos alimentares, investigou-se quais os alimentos presentes em refeições diárias e registrou a ingesta em quatro delas. No café da manhã 46 (79,3%) clientes tomam leite. A ingesta de pão francês com margarina é realizada por 45 (77,6%) clientes. Iogurte, frutas e queijos são ingeridos por apenas 06 (10,3%) da amostra estudada.

No almoço, 43 (74,1%) clientes referiram o hábito de ingerir arroz, feijão, carne vermelha e saladas; 9 (15,5%) dos clientes consomem carne branca como aves e peixes; e 6 (10,3%) não comem carne vermelha. O hábito de se alimentarem com carnes assadas ou cozidas é resultante da ocorrência da AP, conforme relatos dos clientes.

No jantar, 14 (24,1%) repetem a alimentação consumida no almoço; 40 (68,9%) não jantam ou fazem refeições leves e 4 (7,0%) se alimentam de peixes ou frangos grelhados. Quanto ao hábito de lanchar, 32 (55,2%) referem fazê-lo; e 26 (44,8%) não comem lanches.

Cientes dos tipos de alimentos que ingeriam, indagou-se a frequência de consumo, pelos clientes, relacionando-os na tabela 16.



TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO A FREQUÊNCIA DE CONSUMO DOS ALIMENTOS. RIBEIRÃO PRETO, 2003

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA DE CONSUMO											
	NÃO USA		DIÁRIA		≥ 3 X SEM		< 3 X SEM		RARA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OVO COM GEMA	23	39,6	-	-	04	6,9	30	51,7	01	1,7	58	100,0
OVO SEM GEMA	57	98,3	-	-	01	1,7	-	-	-	-	58	100,0
LEITE INTEGRAL	22	37,9	36	62,1	-	-	-	-	-	-	58	100,0
LEITE DESNAT.	47	81,0	11	18,9	-	-	-	-	-	-	58	100,0
QUEIJO AM. QUEIJO BRANCO	55	94,8	-	-	-	-	-	-	03	5,2	58	100,0
CARNE V. GORDA	22	37,9	-	-	-	-	36	62,1	-	-	58	100,0
CARNE V. MAGRA	53	91,4	-	-	-	-	04	-	01	-	58	100,0
AVES COM PELE	08	13,8	04	6,9	46	79,3	-	-	-	-	58	100,0
AVES SEM PELE	40	68,9	-	-	-	-	-	-	18	31,0	58	100,0
FRITURAS	48	82,7	-	-	-	-	10	17,2	-	-	58	100,0
GORDURA SAT.	15	25,9	-	-	-	-	43	74,1	-	-	58	100,0
GORDURA INSAT.	50	86,2	-	-	08	13,8	-	-	-	-	58	100,0
DOCES E REFRIG.	20	34,5	06	10,3	27	46,5	-	-	05	8,6	58	100,0
MANTEIGA	57	98,3	01	1,7	-	-	-	-	-	-	58	100,0
MARGARINA	01	1,7	57	98,2	-	-	-	-	-	-	58	100,0
	24	41,4	04	6,9	-	-	11	18,9	19	32,7	58	100,0
	51	87,9	-	-	-	-	-	-	07	12,1	58	100,0
	08	13,8	50	86,2	-	-	-	-	-	-	58	100,0

Observando os dados na tabela 16, verificou-se que o ovo é consumido por 36 (62,0%) dos clientes, sendo que o consumo com gema é feito pela maioria da amostra, numa frequência menor que três vezes por semana. Dados da literatura fazem restrição ao uso de ovos em até 02 unidades por semana devido a grande quantidade de colesterol existente na gema (Silva & Marchi, 1997). Na placa aterosclerótica tem-se o

colesterol como substância prevalente e taxas elevadas de colesterol total (acima de 200 mg/dl) e LDL-c (acima de 130 mg/dl) predispõem ao desenvolvimento de doenças coronarianas (Pollock & Wilmore, 1993; CBHA 3, 1999; Vale & Martinez, 2000; Zaffari et al., 2002).

Quanto ao uso de leite, 11(18,9%) clientes não consomem o alimento por não gostar de seu cheiro ou gosto; 47 (81,0%) o ingerem diariamente. O leite integral é o mais utilizado entre 36 (62,0%) clientes. Observou-se também que, 36 (62,0%) clientes referiram ingerir queijo branco menos que três vezes por semana.

Alimentos de origem animal possuem elevados níveis de colesterol e assim devem ser evitados, a utilização do leite integral e do queijo amarelo são preocupantes devido seus altos teores de gordura (CBHA 3, 1999; Zaffari et al., 2002; DBHA 4, 2002).

Com relação às carnes, temos a carne vermelha magra sendo consumida por 50 (86,2%) clientes numa frequência diária ou maior que três vezes por semana; além de 4 (6,9%) clientes que ingerem carne vermelha gorda, mais que três vezes por semana e 18 (31,0%) indicaram comer raramente carne suína. Estes dados são preocupantes devido às recomendações para redução ou extinção do consumo destes tipos de carne, por serem ricos em ácidos graxos saturados, contribuindo para o aumento de LDL-c e até de triglicérides, assim deve ser priorizada a utilização de carnes brancas como aves sem pele e peixes. Este último contém ácido graxo poliinsaturado, que atua na diminuição dos níveis sanguíneos de LDL-c e colesterol total (Zaffari et al., 2002; Lopes et al., 2003; Guimarães, 2003).

A alimentação com aves é adotada por 53 (91,4%) clientes, numa frequência menor que três vezes na semana, acrescentando que priorizam, por hábito, a ingestão de carne vermelha. A carne branca com pele é consumida por 10 (17,2 %) clientes, que enfatizam tratar da porção mais saborosa do frango, mesmo cientes do alto teor de colesterol existente na pele (Zaffari et al., 2002).

O peixe é utilizado por apenas 8 (13,8 %) clientes, com frequência igual ou superior a três vezes na semana e destes clientes, 6 (75%) não comem carne vermelha.

Apenas 4 (6,9%) da amostra não gostam de verduras. Ingerem fibras do tipo solúvel (feijão, frutas, farelo de aveia), além das insolúveis (cereais e vegetais); estas últimas em maior quantidade, as quais atuam atrasando a absorção de glicose e diminuindo níveis de colesterol total e LDL-c, além de apresentarem efeitos protetores contra o DM nas mulheres. Para o adulto recomenda-se a ingestão diária de fibras alimentares entre 20 e 30 g (Zaffari et al., 2002; Macedo et al., 2003). As fibras são alimentos essenciais para uma dieta saudável (CBHA 3, 1999; Guimarães, 2003; Macedo et al., 2003).

As frituras são utilizadas por 38 (65,5%) dos clientes, sendo que 27 (70,1%) as consomem com frequência igual ou superior a três vezes por semana. Evitar frituras é uma das recomendações dietéticas para o tratamento das dislipidemias (CBHA 3, 1999).

A gordura insaturada, mais especificamente o óleo de soja e milho, são utilizados por 98,2% dos clientes no preparo dos alimentos em substituição à gordura saturada, por entenderem ser mais saudável. De fato, qualitativamente, óleos vegetais são alimentos de uma dieta saudável desde que consumidos no valor energético total recomendado (Guimarães, 2003).

Os doces e refrigerantes são raramente consumidos por 34 (58,6%) clientes da amostra; ressaltando sua utilização uma vez ao mês.

As bebidas alcoólicas não são utilizadas por 44 (75,9%) clientes. Dados da tabela 17 mostram que a cerveja é consumida por 12 (20,7%) clientes, numa quantidade média de 350 ml/dia; seguida do vinho tinto - um cálice diariamente, ingerido por 2 (3,4%) clientes. Os clientes que fazem uso do vinho acreditam que esta bebida faz bem, que afina o sangue. O consumo de bebida alcoólica para redução da DCV é ainda motivo de controvérsias. Mesmo havendo relação com a redução de eventos cardiovasculares por apresentar substâncias antioxidantes, além de aumentar o nível de HDL-c; a ingestão de bebida alcoólica poderá levar ao alcoolismo, ser prejudicial às funções hepáticas e miocárdicas; ainda que utilizada na quantidade recomendada de 75ml de bebidas destiladas, 600ml de cerveja ou 250ml de vinho (Zaffari et al., 2002; DBHA 4, 2002; Guimarães, 2003). No suco de uva e vinho tinto temos a miricitina, que é um tipo de flavonóide que tem como função a diminuição da aterogenicidade do LDL-c por inibição oxidativa, além de melhorar a reatividade vascular endotélio-dependente em clientes hipercolesterolêmicos (Zaffari et al., 2003; Coimbra et al., 2002). A utilização do álcool como profilaxia aterosclerótica é discutida, pois a utilização de vegetais e frutas ofertaria o flavonóide, sem a possibilidade de outras complicações (Luz & Coimbra, 2000).

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO A FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA. RIBEIRÃO PRETO, 2003

USO DE BEBIDA	FREQUÊNCIA DE CONSUMO				
	DIÁRIA	< 3 X SEM	RARA	Nº	%
ALCOÓLICA CERVEJA	04	03	05	12	85,7

VINHO TINTO	01	01	-	02	14,3
TOTAL	05	04	05	14	100,0

Também em relação ao estilo de vida investigou-se a situação dos clientes quanto ao hábito de fumar e constatou-se que 4 (6,9 %) eram fumantes, consumindo uma média de 20 cigarros de papel por dia, há cerca de 30 anos.

A amostra contou com 32 (55,2%) clientes na condição de ex-fumantes no período da coleta de dados; sendo que 15 (46,8%) deles interromperam o uso do tabaco por ocasião da ocorrência da dor anginosa, entre 6 meses e 4 anos atrás; 17 (53,1%) entre 5 e 40 anos e 8 (25,0%) deles ainda referiram ter fumado por mais de 60 anos.

Os clientes ex-fumantes relataram grande dificuldade para manterem-se em abstinência ao tabaco, pois faziam uso há anos e tiveram muita vontade de voltar a fumar. Situações como a ocorrência da dor precordial, dificuldades para respirar e a consciência de estar sendo nocivos a eles mesmos; determinaram a interrupção do vício.

A quantidade de cigarros utilizada, tanto pelos fumantes quanto pelos ex-fumantes, foi em média de 20 cigarros por dia. O risco do tabagista para desenvolver DCV está relacionado ao número de cigarros utilizados e ainda com a profundidade da inalação; havendo maior proporção nas mulheres após menopausa (DBHA 4, 2002; Vale & Martinez, 2000).

Apenas 7 (21,8%) dos clientes ex-fumantes relataram ganho ponderal após a suspensão do uso de cigarros; circunstância diferente daquela descrita em literatura quando investiga-se o abandono do tabagismo e a existência de ganho de peso (Nakasato et al., 2002).

Na amostra, 5 (15,6%) ex-fumantes e 6 (27,3%) não fumantes, compartilham locais fechados com fumantes, em seu cotidiano; este dado é preocupante porque os fumantes passivos têm risco aumentado de desenvolverem DCV (Pollock & Wilmore, 1993; CBHA 3, 1999; Vale & Martinez, 2001).

A inatividade física foi considerada por ser um importante fator de risco que pode interferir no aparecimento e complicação da DAC. Em nosso estudo a caminhada foi a atividade física realizada por 22 (37,9%) clientes da amostra e apenas 1 (1,7%) cliente, faz musculação. O restante, 35 (60,3 %) não praticam nenhum tipo de atividade física, regularmente. A tabela 18 indica a atividade física segundo a frequência e sua duração.

TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO A FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA. RIBEIRÃO PRETO, 2003

ATIVIDADE FÍSICA	FREQUÊNCIA/ DURAÇÃO	Nº	%
CAMINHADA	3 X SEM/ 60'	10	17,2
	3 X SEM/ 45'	09	15,5
	5 X SEM/ 60'	03	5,2
MUSCULAÇÃO	3 X SEM/ 60'	01	1,8
NÃO PRÁTICA		35	60,3

O alto índice de clientes que não pratica atividade física, 60,3% da amostra é preocupante, pois a prática regular de atividade física, principalmente de atividades aeróbicas como a caminhada, é hábito saudável que impede, associado a outros fatores, o

desenvolvimento das DCV; contribuindo no controle do peso corporal e exercendo um efeito favorável no perfil lipídico, melhorando a eficiência miocárdica e a distribuição do sangue pelo corpo, além de diminuir o estresse psicológico (Oliveira & Vanderlei, 2002; Guimarães, 2003).

A frequência para a realização das atividades aeróbicas recomendada é de três a seis vezes por semana, com sessões de trinta a sessenta minutos de duração, obedecendo a um programa adequado de atividade física, compreendendo fases de aquecimento, após avaliação clínica (Oliveira & Vanderlei, 2002; Guimarães, 2003).

Ao serem indagados sobre em que ambientes consideravam ter situações mais estressantes, 26 (44,8%) clientes referiram que no ambiente doméstico; 11 (18,9%) no trabalho e 8 (13,8%) clientes, em ambos. O restante da amostra, 13 (22,4%) negaram vivências de situações estressantes nos ambientes citados. Vale comentar que 38 (65,5%) clientes não exercem atividades remuneradas fora do domicílio e relataram ter ociosidade de seu tempo; situação que pode ajudar a explicar o alto índice de estresse no ambiente doméstico.

Quando indagados a cerca de algum fato importante que ocorreu antes da dor anginosa com conseqüente preocupação e tristeza, os clientes relataram suas histórias clínicas e 30 (51,7%) negaram quaisquer intercorrências, porém 28 (48,3%) clientes fizeram referência a fatos vividos como óbitos de um amigo ou familiar, a perda de um animal, a doença de um familiar ou ainda a vivência de um acidente. Fatos que acrescentaram ter sido angustiantes. Têm sido descritas que situações de angústia, tristeza e preocupação podem desencadear a dor anginosa (Morales Calatayud, 1991;

Vale & Martinez, 2000; Macleod et al, 2002; Devon & Zerwick, 2003; Rumsfeld et al, 2003).

As alterações no sono estiveram presentes em 32 (55,2 %) dos clientes; sendo atribuídas ao uso de drogas como os diuréticos em 12 (37,5%) dos casos e 20 (62,5%) devido ao estado emocional, pois relataram se sentirem inseguros após o primeiro evento de dor anginosa e não conseguem relaxar no momento do sono.

Dos clientes que relataram dificuldade de relaxamento para o sono devido estado emocional, 15 (75,0%) fazem uso de ansiolíticos. A ansiedade advinda da existência da angina é fator que interfere na qualidade de vida do cliente havendo necessidade de suporte educacional e psicológico, enfatizando que a modificação dos fatores de risco devem ser trabalhados pela equipe multiprofissional (Alisson et al, 2000; Burke et al, 2002).

TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO A PRÁTICA DA ATIVIDADE SEXUAL.  
RIBEIRÃO PRETO, 2003

ATIVIDADE SEXUAL	PRÁTICA	
	Nº	%
PRESENTE	33	56,9
AUSENTE	25	43,1
TOTAL	58	100,0

Quanto à atividade sexual, 25 (43,1%) clientes relataram ausência da prática (tabela 19); sendo que 18 (72,0%) referiram insegurança para o exercício do ato sexual e 7 (28,0%) afirmaram falta de interesse ou vontade. O indivíduo cardiopata, assim como



em qualquer outro processo de adoecer, sofre com a interferência da doença em sua sexualidade. A idade, o sexo do cliente, a terapêutica medicamentosa utilizada, a qualidade da vida sexual, a relação com o parceiro e o tipo de orientação que recebe da equipe de saúde; bem como o sentimento que nutre e o conhecimento que possui com relação a sua patologia, interferem em sua vida sexual. Sentimentos como ansiedade, medo de morrer, depressão e baixa auto-estima, levam a alterações do desempenho na vida sexual do indivíduo (Romano et al., 1998). Dados de nossa amostra mostram ausência da prática de atividade sexual feminina em 40% das clientes; índice ainda menor do que aquele apresentado por Rosa (2002), onde 46,4% das mulheres estudadas referiram perda de interesse pela vida sexual. Tanto no estudo citado quanto em nossa investigação o motivo informado tem relação com a limitação imposta pela cardiopatia. Nossos clientes, de acordo com os dados levantados, necessitam de um suporte profissional para enfrentamento destas questões.

A amostra feminina referiu a ocorrência de menopausa em 22 (88,0%) dos casos; sendo que 20 (90,9%) tiveram-na naturalmente, com uma média de idade, de 45 anos; e 2 (9,1%) realizaram procedimentos cirúrgicos com 40 e 42 anos. Dados da literatura mencionam que temos redução de produção de estrógeno pelos ovários no climatério (período entre 35 e 65 anos), e que a ocorrência da menopausa se dá, geralmente, por volta dos 51,3 anos (Mckin & Posner, 1992). As clientes de nossa amostra apresentaram a menopausa num período mais precoce (média de 45 anos). Apenas 03 (13,6%), fazem uso de terapia de reposição hormonal (TRH), através de fitoestrógenos, mais especificamente a isoflavona. Utilizada para diminuir os eventos coronarianos no sexo feminino em fase pós-menopausa, a isoflavona é um composto

difenólico advindo de vegetais, que atualmente tem seu uso discutido quando vislumbra-se a prevenção de DAC; ressaltando que há evidências da melhora da qualidade de vida da cliente quando empregadas neste período, porém sem comprovação da proteção para ocorrência de eventos coronarianos (Diament, 2003). A TRH em mulheres pós-menopausa, após o episódio agudo coronariano, além de não conferir proteção cardiovascular pode aumentar o risco de tromboembolismo (Gorodeski, 2002). A TRH, muitas vezes, é iniciada pela insegurança da cliente em decorrência do processo de envelhecimento, além de buscar minimizar os sintomas causados pela deficiência hormonal como as ondas de calor, depressão, nervosismo, ansiedade e aumento da ocorrência de DCV (Rosa, 2002). O estrógeno é utilizado para efeito contraceptivo por 2 (8,0%) mulheres; e 12 (48,0%) clientes relataram o uso de hormônios para efeito contraceptivo, mais especificamente a pílula. As pílulas anticoncepcionais utilizadas atualmente têm efeitos adversos menores quando comparadas com aquelas usadas na década de 60. As baixas dosagens de estrogênio (o etinilestradiol), neste contraceptivo, têm trazido vários benefícios. Mesmo mantendo-se os riscos de desenvolvimento de HAS (por ativar o sistema renina-angiotensina-aldosterona) e interferindo no processo de coagulação sanguínea (aumentando a possibilidade de tromboembolismo), os anticoncepcionais atualmente tem apresentado menor incidência de efeitos adversos (Lopes & Andrade, 2002).

#### **6.4 Dados relacionados ao atendimento da saúde**

Procurando entender quais as relações deste cliente com a Instituição privada onde é conveniado e a Instituição pública, vale lembrar que o hospital onde o estudo foi

iniciado é uma instituição privada, fundada em 1945 por um grupo de médicos e desde então vem se tornando referência no estímulo à pesquisa, aprimoramento da assistência e inovação no âmbito tecnológico.

Atualmente possui 149 leitos, oferecendo atendimentos em diversas especialidades médicas a seus clientes, atendendo a trinta e dois tipos de convênios. A unidade coronariana (UCOR), é um dos serviços especializados, contando com dez leitos assistidos por médicos, enfermeiras, fisioterapeuta, auxiliares e técnicos de enfermagem de forma intensiva, com monitorização contínua de eletrocardiograma, além de exames laboratoriais e disponibilização para procedimentos de urgência/emergência em setor de hemodinâmica e centro cirúrgico. O cliente com quadro de isquemia miocárdica aguda é atendido no setor de emergência e quando necessário, é internado na UCOR.

O hospital presta atendimentos particulares a clientes conveniados, sendo que os últimos têm direitos de descontos, que variam entre 20 e 22%, na compra de medicamentos na farmácia da Instituição do convênio, além de terem disponibilizado também as medicações de marca e genéricos.

Os clientes contam ainda com serviços de atendimento domiciliar e pré-hospitalar (extensivo àqueles que fazem adesão); com atendimento eletivo em consultórios externos e serviço de medicina preventiva que dispõe de programas de controle de DM, colesterol, obesidade, apoio ao tabagista e de atividade física, no período das 7:00h às 19:00h, sem necessidade de agendamento; existindo também os protocolos de detecção precoce de doenças, com atendimento realizado por equipe multiprofissional constituída de médicos, enfermeiras, nutricionista e auxiliares de enfermagem.

Quando questionados se tinham conhecimento do diagnóstico da AP constatou-se que 58 (100%) clientes faz referência à patologia pelo nome, dados da fisiopatologia (tipo, local e tempo de ocorrência da dor) ou associação de ambos (tabela 20).

TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO SEXO E O CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO DA ANGINA PECTORIS. RIBEIRÃO PRETO, 2003

FAZ REFERÊNCIA:	MASCULINO	FEMININO	Nº	%
NOME DA PATOLOGIA	21	15	36	62
DADOS DA FISIOPATOLOGIA	01	-	01	1,7
NOME DA PATOLOGIA/ DADOS DA FISIOPATOLOGIA	11	10	21	36,2
FISIOPATOLOGIA				
TOTAL	33	25	58	100,0

Apesar de referirem algum conhecimento com relação à AP quando indagados sobre o que gostariam de saber sobre a patologia, 12 (20,7%) dos clientes colocaram dúvidas com relação à evolução da doença, 15 (25,9%) perguntaram do estilo de vida que poderiam adotar a partir da ocorrência da dor anginosa; 16 (27,6%) quanto à utilização dos medicamentos prescritos e 15 (25,9%) não apresentarem dúvidas, conforme dados da tabela 21.

TABELA 21– DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES QUANTO AO QUE GOSTARIAM DE SABER A RESPEITO DA ANGINA *PECTORIS*. RIBEIRÃO PRETO, 2003

DÚVIDAS	Nº	%
SINAIS, SINTOMAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA	12	20,7
ESTILO DE VIDA APÓS OCORRÊNCIA DA ANGINA	15	25,9
USO DE MEDICAMENTOS	16	27,6
NÃO TIVERAM DÚVIDAS	15	25,9
TOTAL	58	100,0

A clientela apresentou dúvidas quanto “*como será a minha vida daqui para frente?*” “*a angina é para sempre?*”, “*esta doença pode me matar?*”, “*fiquei doente por causa do tipo de vida que levava?*”, “*o uso do fumo, prejudicou?*”, “*o que posso comer e quanto de atividade física posso realizar?*”, “*para a vida toda terei que tomar remédio?*”, “*por quê dói tanto?*”. Estas dúvidas levantadas pelo cliente e comentadas durante a entrevista, vinham acompanhadas das dificuldades que referiam ter quanto à forma de esclarecê-las no serviço de saúde, principalmente quando da ocorrência da AP pela primeira vez. Relataram medo, angústia, depressão ainda no período de internação bem como seus familiares tiveram dúvidas semelhantes. Dados como a falta de conhecimentos ou conhecimento limitado com relação à doença e fatores de risco

fizeram com que alguns clientes ficassem limitados após a alta hospitalar, quanto ao retorno médico, possuíam dúvidas quanto à atividade que poderiam realizar e a sua frequência; dificuldades para realizar o cardápio alimentar por não conhecerem a alimentação adequada diante do que tinham disponível para comer; além da interrupção do uso de medicamentos, em situações como festas e viagens, sem informar o médico desta atitude; circunstâncias que ilustram a ausência de um canal direto, aberto para o cliente no tocante à equipe multiprofissional no sentido de ouvir, esclarecer e orientar o cliente neste importante momento de sua vida.

O tratamento médico de forma sistematizada é indicado por 36 (62,1%) clientes, que referiram comparecer à consulta médica agendada e realizar exames de controle, 14 (24,1%) clientes indicaram que só procuram o serviço de saúde em casos de urgência e apenas 8 (13,8 %) procuram prevenir complicações e aparecimento de novas doenças, periodicamente. Estes freqüentam o serviço de Medicina Preventiva disponível no convênio médico. Este contexto traduz a necessidade de sensibilizar e estimular os clientes quanto à utilização do serviço preventivo existente afim de evitar morbidades, atenuar suas complicações e promover a saúde.

Além de utilizar a instituição conveniada, 21 (36,2%) clientes fazem uso dos serviços públicos de saúde, principalmente para troca de receitas e aquisição de medicamentos na rede municipal, pois alegam ter seus convênios pagos pelas empresas onde trabalham e não possuir condições para adquirir as drogas prescritas, necessárias ao seu tratamento. Não houve referência de cliente usando os serviços de saúde pública para prevenção de patologias.

Pelos dados da tabela 22, observa-se que os clientes da amostra referem ter outras patologias, isoladas ou associadas, fazendo uso regular de 102 medicamentos, no geral. Das 30 classificações farmacológicas de medicamentos utilizados para tratamento da AP, citados no Anexo E, apenas 11 têm apresentação genérica e podem ser adquiridos com custo menor (tabela 23).

TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO CO-MORBIDADES ASSOCIADA COM ANGINA *PECTORIS*. RIBEIRÃO PRETO, 2003

CO-MORBIDADES	Nº	%
DISFUNÇÃO GÁSTRICA	02	6,2
ASMA BRÔNQUICA	02	6,2
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	03	9,4
CÂNCER DE INTESTINO E PRÓSTATA	03	9,4
DIABETES MELLITUS	11	34,4
LÚPUS ERITEMATOSO	01	3,1
MAL DE PARKINSON	01	3,1
MIELITE TRANSVERSA	01	3,1
COMPROMETIMENTO ORTOPÉDICO	03	9,4
REUMATISMO	03	9,4
TROMBOSE VENOSA PERIFÉRICA	02	6,2
HIPERTENSÃO ARTERIAL	52	89,6

Algumas enfermidades que acometem os clientes do estudo confirmam os dados de literatura, como a HAS em 52 (89,6%) dos clientes; DM em 11 (34,4%) clientes; AVC em 3 (5,2%); e trombose venosa periférica em 2 (6,2%) clientes. Somente 5 (8,6%) clientes não possuem outras doenças em tratamento.

Os gastos para terapêutica da AP são elevados, necessitando de utilização 1x/dia ou 2x/dia, conforme dados do Anexo E e da tabela 23. Em alguns casos, como do uso de vasclin 60/100mg, que apresenta um custo de R\$115,24/mês, o valor corresponde a 48% do salário mínimo vigente (duzentos e quarenta reais), e questiona-se a

continuidade do tratamento, uma vez que na amostra, 20 % dos clientes têm renda familiar menor que três salários mínimos. A existência de medicamentos genéricos em maior número de classes farmacológicas, minimizaria tais despesas uma vez que alguns deles chegam a ter custo reduzido em 50%, como o captopril 50 mg. Sabe-se também que os custos destinados ao tratamento da DAC sempre foram elevados, pouco é investido em prevenção e medicamentos (Loures-Vale et al., 2001), o que agrava a situação final para o cliente que muitas vezes deixa de fazer uso da terapêutica devido às condições econômicas ou porque o serviço público não disponibiliza o medicamento.



TABELA 23 – DISTRIBUIÇÃO DE CLIENTES SEGUNDO A QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS INGERIDOS EM 24 HORAS E SEU CUSTO MENSAL. RIBEIRÃO PRETO, 2003

MEDICAMENTO / mg	QTDE. EM 24h VEZES N°		GENÉRICO				
	/DIA	CLIENTES	NOME	QTDE	UNID.	*1VALOR R\$	*2CUSTO MENSAL
ADALAT 10	02	02	Nifedipina Atenolol 50	30	CP	5,44	10,88
ANGIPRESS 50	02	03	mg Atenolol 50	30	CP	9,67	19,20
ATENOL 50	02	12	mg Atenolol 100	30	CP	11,83	23,60
ATENOLOL 100	01	10	mg Captopril	30	CP	19,03	19,03
CAPOTEN 50	01	10	50mg Captopril 12,5	30	CP	31,91	31,91
CAPTOPRIL 25	02	01	mg Captopril 25	30	CP	11,07	22,14
CAPTOPRIL 12,5	02	02	mg	30	CP	16,43	32,86
			Digoxina				
DIGOXINA	01	06	Solução Oral Clortalidona 25	10 ml	Fras	7,76	15,50
HIGROTON	01	01	mg	60	CP	11,32	5,60
LANITOP	01	01	Digoxina Inadapamida	10 ml	FRAS	7,76	15,50
NATRILIX SR	01	01	2,5 mg	30	CP	11,91	11,91

\*CP= comprimido, FRAS= frasco \*1-Valores de referência - por caixa- Revista KAIROS

\*CM= custo mensal, considerando trinta dias de utilização dos medicamentos.

Os medicamentos usados pelos clientes da amostra são os recomendados pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para tratamento das síndromes isquêmicas miocárdicas, com terapêutica utilizando antiisquêmicos (adalat, cardizen,

isordil, sustrate, vasclin e monocordil), betabloqueadores (propranolol) e antitrombóticos (ácido acetil salicílico).

A presente investigação, após análise e discussão dos dados, nos permite concluir que:

### **7.1-Quanto à biologia do indivíduo**

- a amostra constituiu-se de 58 clientes com idade entre 34 e 88 anos, sendo que 60,3% dos clientes encontravam-se no intervalo de idade 50 a 60 anos;
- a obesidade esteve presente em 32,7% dos clientes, sendo que 8,6% apresentando obesidade tipo leve, 6,9% moderada e 17,2%, sobrepeso. Esta situação é mais freqüente entre clientes do sexo masculino, com idade entre 50 e 60 anos;
- os falecimentos dos pais ocorreram, em sua maioria, entre 60 e 70 anos e irmãos entre 50 e 60 anos; sendo a principal causa *mortis* dos pais o IAM e AP, com índices de 24,1% e 20,7%, respectivamente. 44,8% dos irmãos faleceram em decorrência de neoplasias;
- as patologias mais freqüentes entre os antecedentes familiares foi o IAM em 22,4% dos pais; e HAS em 41,3% dos parentes de 1º grau e 2º grau;
- com relação a história clínica, 84,4% dos clientes eram portadores de HAS; 46,5% hipercolesterolêmicos; 27,5% tiveram alguma manifestação de doença vascular periférica; e 17,2% tiveram quadros compatíveis com AVC;
- os valores de PAS $\geq$ 140 mmHg e PAD $\geq$ 90 mmHg foram identificados em 71,1% e 55,7% dos clientes, respectivamente;
- os valores de glicose sérica superiores a 110 mg/dl foram encontrados em 34,5% da amostra;

## 7.2- Quanto ao meio ambiente

- 55,1% dos clientes possuíam 1º grau incompleto e 8,6% eram analfabetos, todos do sexo feminino;
- 65,5% não exerciam atividades remuneradas, sendo 56,2% aposentados, 13,1% pensionistas e 34,2%, do lar;
- 34,4% exerciam atividades remuneradas em ocupações diversas, com jornada média diária de 10 horas, num único emprego;
- a renda familiar entre 3 e 6 salários mínimos foi encontrada em 44,9% da amostra;
- 82,7% dos clientes eram casados e 17,3% eram viúvas, tendo em sua maioria, entre 02 e 05 filhos, que não contribuía para a renda familiar ou gastos com despesas domésticas;
- no tocante à procedência, 100% eram oriundos de zona urbana, sendo 84,0% da amostra do Estado de São Paulo;

## 7.3- Quanto ao estilo de vida

- 100% dos clientes relacionaram a doença com fatores de risco como a HAS em 89,6% dos casos; o estresse em 77,6%; 70,7% com a história familiar de DCV; 62,0% com dieta inadequada. O tabagismo esteve presente em 37,9% da amostra e 60,3% indicaram falta de atividade física;

- em relação aos hábitos alimentares, os clientes realizavam em sua maioria, 03 refeições diárias ingerindo pão francês e leite com café (no café da manhã); arroz, feijão, carne vermelha cozida e saladas (almoço e jantar) e leite integral com açúcar ou vitaminas, em horários de lanches eventuais;

- o ovo com gema era consumido por 62,0% da amostra, numa frequência menor que três vezes por semana; 81,0% consumiam leite integral diariamente; a carne magra era ingerida diariamente ou mais que três vezes na semana por 86,2% dos clientes; as aves eram consumidas por 91,4%; o peixe por 13,8%; as fibras eram ingeridas diariamente por 91,3% da amostra; as frituras por 65,5% com frequência igual ou superior a três vezes na semana, sendo que óleos de milho e soja foram utilizados por 98,2% dos clientes;

- os doces e refrigerantes eram consumidos raramente por 58,6% da amostra;

- o consumo de bebida alcoólica foi referido por 24,1%, constituído na maioria das vezes por cerveja numa quantidade média de 350ml/dia; seguida do vinho tinto na proporção de um cálice diário, por 3,4% dos clientes;

- com relação ao tabagismo, 6,9% eram fumantes, 55,2% são ex-fumantes e 37,9% nunca fumaram;

- a caminhada era a atividade física realizada por 37,9% dos clientes, com frequência de 3 a 5 vezes por semana e duração entre 45 e 60 minutos;

- 44,8% dos clientes relataram situações mais estressantes no ambiente doméstico;

- 48,3% referiram fatos ocorridos antes da dor anginosa que trouxeram preocupação e tristeza a eles;

- as alterações de sono foram indicadas por 55,2% dos clientes que referiram ser decorrente do uso de drogas em 37,5% dos casos e pelo estado emocional em 62,5%;
- no que concerne à atividade sexual 43,1% dos clientes relataram inatividade, com um índice maior para o sexo masculino, 45,5%;
- 88,0% das clientes já se encontravam no período de climatério, a maioria com 45 anos de idade, e apenas 13,6% faziam terapia de reposição hormonal utilizando o fitoestrógeno, isoflavona;
- a pílula anticoncepcional foi indicada como sendo utilizada por 48,0% da amostra feminina, que se encontrava atualmente na fase de pós menopausa;

## **7.4-Quanto ao atendimento de saúde**

- o hospital onde ocorreu parte do estudo presta atendimentos particulares e a clientes conveniados de 32 tipos de convênios;
- os clientes conveniados contam com descontos de 20% a 30% na compra de medicamentos na farmácia da Instituição do convênio. Além dos medicamentos de marca, há disponibilização de medicamentos genéricos;
- outros serviços como de atendimento pré-hospitalar (por adesão), domiciliar, ao cliente via telefone, e de medicina preventiva também são oferecidos;
- 100% dos clientes faziam referência à AP pelo nome, dados da fisiopatologia ou associação de ambos, contudo quando perguntado o que gostariam de saber sobre a doença encontramos 74,2% clientes com dúvidas concernentes à evolução da patologia, estilo de vida a adotar a partir do evento isquêmico e utilização dos medicamentos;

- apenas 13,8% dos clientes utilizavam o serviço de medicina preventiva do convênio para prevenir doenças, 24,1% só compareciam para atendimento em casos de urgências e 62,1% faziam tratamento médico, periodicamente;

- o serviço público de saúde não foi referência para a amostra no tocante a prevenção, porém é utilizado sobremaneira, pelos mesmos clientes para aquisição de medicamentos trocando receitas que foram prescritas na consulta de convênio;

- 89,6% dos clientes mencionaram ser portadores de HAS, 34,4% de DM e 8,6% indicaram não possuir outras doenças em tratamento;

- o custo de tratamento da DAC informado foi elevado, correspondendo a 48% do valor do salário mínimo, incluindo apenas um dos medicamentos necessários.

Num contexto onde as DCV apresentam elevada morbi-mortalidade temos a mudança do perfil epidemiológico populacional que conquista um aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, maior exposição aos fatores de risco para diversas doenças. A DAC figura entre as patologias com as quais necessitamos trabalhar exaustivamente desde a infância até a terceira idade para que a longevidade tenha qualidade de fato. Aspectos como a importância e necessidade da redução dos fatores de risco modificáveis, especialmente naqueles casos em que há história familiar de antecedentes de DCV, devem ser priorizados tendo em vista a fatalidade da existência do fator não modificável.

Outro fator a considerar é a mudança do papel da mulher na sociedade, pois tem com isso se igualado aos índices de morbi-mortalidade quando comparada aos homens, acarretando assim maiores dificuldades de tratamento e prevenção de doenças, no tocante ao sexo feminino. É preciso que a comunidade científica se atente para essa nova realidade social.

No que concerne à ocorrência de patologias associadas a AI, a equipe multiprofissional deve atuar sobre a HAS que também em nossa investigação, tem elevada incidência, quer seja em parentes de 1º e 2º graus, pais e clientes do estudo; situação que predispõe os filhos destes clientes a serem mais propensos a desenvolver a doença.

A mudança do sistema de saúde em torno de organização para atendimento ao cliente portador de condições crônicas pode iniciar-se pelo preparo dos profissionais



de saúde, que devem discutir e entender esta nova realidade, no contexto do Programa da Saúde da Família, por exemplo; estimular a participação de líderes da comunidade, a comunidade, família e cliente no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação do indivíduo num esforço conjunto para alcançar qualidade de vida. O cliente e a família devem estar cientes que são essenciais neste processo, pois todas as ações sugerem mudanças no estilo de vida e no comportamento diário. A eles caberá decidir quais os hábitos e atitudes diárias, a adotar.

Este fato corrobora a necessidade de conscientização de toda a equipe de saúde que lida com o cliente portador de AI para um esforço permanente de estímulo para a mudança do estilo de vida, visando um controle mais rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares.

ALISSON, T. G.; FARKOUH, M. E.; SMARS, P. A.; EVANS, R. W.; SQUIRES, R. W.; GABRIEL, S. E.; KOPECKY, S. L.; GIBBONS, R. J.; REEDER, G. S. Management of coronary risk factors by registered nurses versus usual care in patients with unstable angina pectoris (a chest pain evaluation in the emergency room substudy). **Am. J. Cardiol.**, v. 86, n. 2, p. 133-138, Jul. 2000.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v.10, n. 6, p. 615-622, nov./dez. 2000.

ARMAGANIJAN, D.; SAMPAIO, M. F. Angina estável e variante- critérios diagnósticos e prognósticos. In: TIMERMAN, A.; CESAR, L. A. M. **Manual de cardiologia do Estado de São Paulo/SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 28, p. 130-132.

ARTERIOCLEROSIS 1981. Report of the Working Group on Arteriosclerosis of The National Heart, Lung, and Blood Institute, v.1-2. Washington DC: US. Department of Health and Human Services, Public Health Services, NTH Public, 81-2034 and 82-2035, 1981-1982.

AZEVEDO, A. C.; SOUZA, P. J. M.; BUENO, M. S. P.; LOYOLA, L. H. C.; ALBUQUERQUE, S. S. C.; SERKEFF, J. A. Isquemia silenciosa: seu aumento com a idade. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 57, n. 4, p. 281-285, out. 1991.

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

BASSAN, R.; PIMENTA, L.; LEÃES, P. E.; TIMERMAN, A. Soc. Bras. Cardiol. – I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, 2002. Supl.

BATLOUNI, M. Fisiopatologia e etiopatogenia da insuficiência coronária crônica. In: TIMERMAN, A.; CESAR, L. A. M. **Manual de cardiologia do Estado de São Paulo/ SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 26, p. 123-126.

BAXENDALE, L. M. Pathophysiology of coronary artery disease. **Nurs. Clin. North. Am.**, v. 27, n. 1, p. 143-152, 1992.

BERTOLAMI, M. C.; FALUDI, A. A. Quais os resultados dos estudos na prevenção secundária da aterosclerose. In: TIMERMAN, A.; CESAR, L.A. M. **Manual de Cardiologia do Estado de São Paulo/ SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 23, p.109-114.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. B.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZA, R. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 7-19, jan./fev. 2003.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações, 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/busca.asp>. Acesso em: 12 dez. 2003.

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

BRAUNWALD, E. Unstable angina: a classification. **Circulation**, v. 80, p. 410, 1989.

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

BRONSTEIN, M. Exercício e obesidade. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 6, n.1, p.111-116, jan./fev. 1996.

BURKE, D.; WILLIAMS, A.; LOCKYER, L. The development of a nurse-led angina management programme. **Prof. Nurse**, v. 18, n. 2, p. 86-90, Oct. 2002.

BURT, V.L.; WHELTON, P.; ROCELLA, E. J. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988-1991. **Hypertension**, v. 25, n. 305, 1995.

CAMPOS, D. P. R. Aterosclerose: modernos conceitos. **LAES/HAES**, v. 9, n. 53, p. 22-26, jun.-jul. 1988.

COELHO, O. R.; ALMEIDA, A.; UETI, O.M. Hipertensão arterial sistêmica e angina instável. Hiper-ativo. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 6, n. 1, p. 61-67, 1999.

COELHO, O. R.; TOLEDO, J. F. B. A estratificação de risco nas síndromes coronarianas agudas, no primeiro atendimento. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 11, n. 4, jul/ago 2001.

COELHO, O. R.; UETI, O. M. Angina estável: o que é consagrado e o que há de novo? In: TIMERMAN, A.; CESAR, L. A. M. **Manual de Cardiologia do Estado de São Paulo/ SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 31, p. 141-146.

CHAGAS, A. C. P. A Homocisteína como fator de risco coronariano. **Rev. Atheros**, v. 12, n. 1, p. 20-25, 2001.

COIMBRA, S. R.; YOSHIDA, V. M.; BRANDIZZI, L. I. V.; LAGE, S. G.; LUZ, P. L. Ação do vinho tinto e suco de uva sobre reatividade vascular, agregação plaquetária e lípidos plasmáticos em pacientes colesterolêmicos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 12, n. 2, p. 42, mar./abr. 2002. Suplemento Especial.

CONN, V. S.; TAYLOR, S. G.; CASEY, B. Cardiac rehabilitation program participation and outcomes after myocardial infarction. **Rehabil. Nurse**, v. 17, n. 2, p. 58-61, 1992.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3. **Rev. Bras. Cardiol.**, n.3, p. 92-133, 1999.

DANTAS, R. A. S. **Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de “Campo de Saúde”**. 1996. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1996.

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

DEVON, H. A.; ZERWICK, J. J. The symptoms of unstable angina: do women and men differ? **Nurs. Res.**, v. 52, n. 2, p. 108-118, Mar./ Apr. 2003.

DIAMENT, J. Fitoestrógenos são a melhor opção terapêutica para a reposição hormonal nos portadores de cardiopatias isquêmicas? Quais? **J. Socesp**, ano 7, n. 2, mar./abr. 2003.

DORÉA, E. L.; LOTUFO, P. A. Framingham heart study e a teoria do contínuo: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 8, n. 2, p. 195-200, 2001.

DUARTE, M. S. Z.; GORAYEB, R. Conhecimento dos fatores de risco em pacientes de primeiro infarto agudo do miocárdio. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 12, n. 2, p. 90, mar./ 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.

FONSECA, F. A. H. Modificações dos hábitos de vida e outras terapêuticas. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1, jan./fev. 1999.

FORTI, A. C.; MARTINS, M. R. A. Diabetes mellitus em situações especiais. **Rev. ILIB**, ano 3, n. 1, 2001.

FORTI, N.; DIAMENT, J.; GIANINI, S. D. Intervenção terapêutica nas dislipidemias e prevenção de doença coronária, aspectos práticos clínicos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 9, n.1, jan./fev. 1999.

GORODESKI, G. I. Update on cardiovascular disease in post-menopausal women. **Best Pract. Clin. Obstet. Gynaecol.**, v. 16, n. 3, p. 329-355, June 2002.

GUIMARÃES, A.C. Cardiopatia coronária: aspectos epidemiológicos e preventivos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 59, n. 1, p. 5-11, 1992.

GUIMARÃES, A. C. Atualização na prevenção das doenças cardiovasculares. **Hipertensão. Rev. Soc. Hipertens.**, v.13, n. 2, p. 61-65, 2003.

HURST, J. W. **O coração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. v. 1, p. 588-750.

INTERNATIONAL LIPID INFORMATION BUREAU (ILIB) LATINO AMERICA. Recomendaciones de ILIB para el diagnóstico de las dilipidemias en Latino America. **Cardiovasc. Risk factors**, v.3, n.1, p.10-27, 1994. Suplemento 1.

INTROCASO, L. História natural de aterosclerose. **Rev. Atherosclerosis**, v. 12, n. 1, p.27-32, 2001.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVOLUTION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, 7. **JAMA**, v. 19, p. 2560-2572, 2003.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional. A perspectiva da Organização Mundial de Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1., 1996. Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.

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

KANNEL, W. B.; DAWBER, T. R. Atherosclerosis as a pediatric problem. **J. Pediatr.**, v. 80, p. 544-554, 1972.

KLEIN, C. H.; ARAÚJO, J. W. G. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.1, n. 2, p. 160-176, abr./jun. 1985.

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. 223-234, jul./ago. 1992.

KOIFMAN, S.; PAES, S. J.; OLIVEIRA, D. P.; VIANNA, N. F.; GIOVANINI, M. E.; CASTRO, M. L. O.; MOTA, L. G.; POYARES, J. A. M.; GOMES, F. M. P.; CASTRO,

A. M. M. Avaliação do anticoncepcional Norplant no Município do Rio de Janeiro, R.J. (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 513-522, dez. 1987.

KUCZMARSKI, R. J.; FLEGAL, K. M.; CAMPBELL, S. M.; JOHNSON, C. L. Increasing prevalence of overweight among US adults: the National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 a 1991. **JAMA**, v. 272, n. 205, 1994.

KUNIK, H. Objetivos y fases de la rehabilitación cardíaca. **Argent. Méd. Deporte**, v. 16, n. 53, p.65-72,1994.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed.. São Paulo: Atlas, 2003. 311p.

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

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo:Hucitec, 1998.

LESSA, I. Prevalência de hipertensão no Brasil. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 6, n.3, p. 319-321, 1999.

LIMA, J. G.; NÓBREGA, L. H. C.; NÓBREGA, M. L. C.; BANDEIRA, F.; SOUSA, A. G. R. Dislipidemia pós-prandial como achado precoce em indivíduos com baixo risco cardiovascular. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 46, n. 3, p. 249-254, jun. 2002.

LOLIO, C. A.; PEREIRA, J. C.; LOTUFO, P. A.; SOUZA, J. M. P. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n. 5, p.357-362, out. 1993.



LOPES, H. F. Hipertensão arterial e síndrome metabólica: além da associação. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v.13, n. 1, p. 64-77, jan./fev. 2003.

LOPES, C. M. C.; ANDRADE, J. Anticoncepcionais orais e hipertensão: associação proibida ou contribuição tolerável? **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 8, n. 2, p. 238-239, 2002.

LOURES-VALE, A. A.; MARTINEZ, T. L. R. Prevenção: importância e estratificação de risco. **Rev. Atheros**, v. 12, n. 1, p. 5-6, 2001.

LOTUFO, P. A.; LOLIO, C. A. Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo: 1970-1989. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 61, p. 149-153, 1993.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 541-547, set./out. 1996.

LUZ, P. L.; COIMBRA, S. R. Álcool e oxidantes na prevenção da aterosclerose. In: TIMERMAN, A.; CESAR, L.A.M. **Manual de cardiologia do Estado de São Paulo/SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 25, p. 120-122.

MACEDO, A.; NAKASATO, M.; ÁVILA, A. L. V. E.; ISOSAKI, M. Consumo de gorduras e fibras alimentares por cardiopatas com excesso de peso utilizando o Questionário de frequência alimentar simplificado. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 14-21, mar./abr. 2003.

MALERBO, M. B.; PELÁ, N. T. R. **Apresentação escrita de trabalhos científicos**. Ribeirão Preto: Holos, 2003. 98 p.

MANCILHA – CARVALHO, J.J. Antecedentes da doença coronária: os fatores de risco. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 58, n. 4, p. 263-267, 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.

MACLEOD, J.; DAVEY SMITH, G.; HESLOP, P.; METCALF, C.; CARROL, D.; HART, C. Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. **BMJ**, v. 324, n. 7348, p. 1247-1251, May 2002.

MARTINEZ, T. Tratamento das dislipidemias em grupos especiais. **Rev. ILIB**, ano 3, n.1, p.12-20, 2001.

McKIN, S. J.; POSNER, J. G. The normal menopause transition. **Maturitas**, v. 14, p. 100-107, 1992.

MORAES, C. R.; RODRIGUES, J. V.; TENÓRIO, E.; GOMES, C.; MARINUCCI, L.; BOUWMANN, R.; COELHO, C. T.; TEMPORAL, M. L.; BRITO, G.; TEMPORAL, S.; TORRES, J. A.; CAVALCANTI, I. L. Influência da idade na morbidade e mortalidade da cirurgia arterial coronária. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 53, n. 3, p. 161-163, set. 1989.

MORALES CALATAYUD, F. El stress psicológico en el riesgo de enfermar: su atención, en el nivel primário. **Rev. Cuba. Méd. Gen. Integr.**, v. 7, n. 1, p. 27-47, ene./mar. 1991.

NAKASATO, M.; MACEDO, A.; ÀVILA, A. L. V. E.; CLAUS, V.; ISOSAKI, M. Perfil antropométrico dos tabagistas que participaram do Dia Mundial de Combate ao Fumo. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 12, n. 4, p. 1-10, jul./ago. 2002. Suplemento A.

NETO, J. R. F.; CHAGAS, A. C. P.; LUZ, P.L. Síndromes coronárias: avanços na fisiopatologia. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 9, n. 1, jan./fev. 1999.

NIEMAN, D.C. **Exercício e saúde**. São Paulo: Manole, 1999. Cap. 3, p.39-56: Doença coronariana.

OLIVEIRA, A. A. **Doenças cardiovasculares: trabalho e aposentadoria por invalidez**. 2000. 128f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Saúde Pública/USP, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, A. L. B.; VANDERLEI, L. C. M. 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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial/ Organização Mundial de Saúde (OMS). Brasília, 2003.

ORNISH, D.; BROWN, S.E.; SCHERWITZ, L. W. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The lifestyle heart trial. **Lancet**, v. 336, n. 21, p. 129-133, 1990.

PASSOS, L. C. S.; LOPES, A. A.; COSTA, V.; LOBO, N.; RABELO JR, A. Diferença de letalidade hospitalar da angina instável entre homens e mulheres. **Arq. Bras. Cardiol.**,v. 72, n. 6, p. 669-76, jun. 1999.

PREVALENCE of sedentary lifestyle – Behavioral risk factor surveillance system, United States, 1991. **MMWR**, v. 42, p. 576, 1993.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. **Exercícios na saúde e na doença**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. Cap. 1, p. 3-45: A doença cardiovascular.

RIBEIRO, A. L. P. Estratégias diagnósticas na angina de peito. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 10, n. 1, p. 22-7, jan./mar. 2000.

ROMANO, B. W.; HOJAIJ, E. M.; ALEM, S. A.; PIRES, C. A.; FAVARATO, M.E. C. S.; LEONARDI, A. I. Sexualidade e cardiopatia: um tabu a ser enfrentado. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 1-8, set./out. 1998. Suplemento A.

ROSA, D. P. Repercussões emocionais do climatério em mulheres cardiopatas. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 12, n. 3, p. 11-15, mai./jun 2002. Suplemento A.

RUFFTER, M. A. On arterial lesions founds in Egyptian mummies (1580 BC-525 AD). **J. Pathol. Bacteriol.**, v. 15, p. 453-462, 1911.

RUMSFELD, J. S.; MAGID, D. J.; PLOMONDON, M. E.; SALES, A. E.; GRUNWALD, G. K.; EVERY, N. R.; SPERTUS, J. A. History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. **Am. Heart J.**, v. 145, n. 3, p. 493-499, Mar. 2003.

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

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.

SIQUEIRA, F. P.C. **Estilo de vida e Hipertensão**. 2002. 183f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, p. 1-22, 2001. Suplemento 2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão, 2002

SOLIMENE, M. C. Isquemia silenciosa. Novos achados que auxiliam na indicação do melhor tratamento. In: TIMERMAN, A.; CESAR, L.A.M. **Manual de Cardiologia do Estado de São Paulo/ SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 27, p. 127-129.

SOTO S., J. R.; MIQUEL BANÁDOS, C. Cardiopatía coronária en la mujer. **Bol. Hosp. San Juan de Dios**, v. 45, n. 2, p. 85-91, mar./abr. 1998.

SOUSA, A. L. L. **Prevalência de hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo (1989-1990)** 1996. 141f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 1996.

STAMLER, J. Epidemiology established major risk factors, and the primary prevention of coronary heart disease. In: CHATERJEE, K. **Cardiology: an illustrated text / reference**, v.2. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1991.

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.

TIMERMAN, A.; CARDOSO, L. F.; PAIVA, E. **Projeto Emerge Brasil: Síndromes Coronárias Agudas**. S.l.: Aventis, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ribeirão Preto: EERP, 1999. 44p.

URRUTY AIZPUN, M. C.; ALONSO, J.; BOGDAN SURKA, M. M.; FILGUEIRAS BEROBIDE, J. L.; TORRES TRISTÁN, J. E. Revascularización coronária em paciente com angor pectoris y mixedema. **Arch. Méd. Interna (Montevideo)**; v. 15, n. 1, p. 33-35, mar. 1993.

VALE, A. A. L.; MARTINEZ, T. L .R. Fatores de risco coronário: quais os já consagrados e sua importância na gênese da doença coronária? In: TIMERMAN, A.; CESAR, L.A.M. **Manual de cardiologia do Estado de São Paulo/ SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.20, p.99-102.

VOGELS, E. A.; LAGRO-JANSSEN, A. L.; VAN WELL, C. Sex differences in cardiovascular disease: are woman with low socioeconomic status at high risk? **Br. J. Gen. Pract.**, v. 49, n. 449, p. 963-966, Dec. 1999.

ZAFFARI, D.; BALDI, A. B.; MUTTONI, S. M. P.; MANFROI, W. C. Tratamento dietético em pacientes submetidos a transplante renal. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 12, n. 6, p. 8-14, nov./dez. 2002. Suplemento A.

WEILLER, T. H. **A saúde no espaço da fronteira do Brasil com Argentina:** um estudo de caso de Porto Xavier – RS. 1998. 132f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 1998.

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.

\_\_\_\_\_ Listagem de preços de genéricos. **Suplemento K@iros**, ano 15, n. 176, jul. 2003.

**ANEXO A**



**ANEXO B****CONTATO TELEFÔNICO PARA AGENDAMENTO DE ENTREVISTA NO  
DOMICÍLIO**

Meu nome é Silvia Sidnéia da Silva, portadora de RG nº 20907158-8, sou enfermeira, professora de Enfermagem da UNAERP e estou fazendo um estudo entre os pacientes que foram internados no período de 01/09/2002 a 31/03/2003, com dor no peito. Consegui estas informações sobre o seu diagnóstico e seu endereço em uma Instituição de Saúde privada onde o(a) senhor(a) ficou internado(a). O motivo desta ligação telefônica é solicitar permissão para marcar uma data com o(a) senhor(a), na sua residência em dia e horário que puder, para que eu esclareça o estudo que estou realizando e para que o(a) senhor(a) possa manifestar o interesse em fornecer as informações.

Caso o(a) senhor(a) concorde com a minha visita na sua residência, peço que indique a data e hora que for melhor, tanto para o(a) senhor(a) quanto para sua família. Se não for do interesse do(a) senhor(a) a minha visita na sua residência peço que manifeste neste momento.

Agradeço pela atenção dispensada,

Interesse pela visita:      ( ) sim                                      ( ) não

Data: \_\_\_\_\_                      Horário: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura pesquisadora

\_\_\_\_\_

Assinatura sujeito da pesquisa

**ANEXO C****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos realizando um estudo intitulado: ANGINA PECTORIS INSTÁVEL: PERFIL DE CLIENTES DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA, SEGUNDO MODELO DE CAMPO DE SAÚDE DE LALONDE, sob orientação da Profª Dra. Maria Suely Nogueira, com o objetivo de conhecer o modo de vida das pessoas que têm diagnóstico de angina. Para tanto necessitamos de informações sobre sua identificação com nome, idade, sexo; seus hábitos como alimentação, se faz exercícios, fuma, se é ansioso, se tem problemas de pressão ou diabetes e ainda se alguém da família tem estas doenças; a utilização de serviços e o lugar onde vive. Estes dados farão parte de uma pesquisa cujos resultados serão apresentados em livros e eventos científicos.

A sua participação não envolverá despesas, riscos, e nem mesmo remuneração. A sua identidade será mantida no anonimato, bem como a da Instituição de Saúde em que é acompanhado(a).

Você poderá obter esclarecimentos sobre o estudo a qualquer hora que desejar, e pode inclusive deixar de participar mesmo que já tenha manifestado interesse anterior pela sua participação.

Eu,..... RG  
nº..... concordo em participar da pesquisa intitulada: ANGINA PECTORIS INSTÁVEL: PERFIL DE CLIENTES DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA, e estou ciente que:

1-Os resultados deste estudo farão parte de uma pesquisa científica que serão apresentados em livros e eventos científicos;

2-A minha participação não envolverá remuneração e nem mesmo gastos;

3- Estou livre de qualquer risco proveniente da pesquisa;

4-A minha identidade e da Instituição de Saúde será mantida no anonimato;

5-A qualquer momento poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável;

6-Poderei desistir a qualquer momento mesmo que minha manifestação anterior tenha sido a favor da participação.

---

ASSINATURA DO(A) CLIENTE

---

ASSINATURA DA PESQUISADORA

SILVIA SIDNÉIA DA SILVA

TELEFONE: (016) 612-7047

**ANEXO D****ROTEIRO PARA ENTREVISTA****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: \_\_\_\_\_ anos

**A - DADOS RELACIONADOS À BIOLOGIA DO INDÍVIDUO****A.1 – Dados antropométricos**

Peso: \_\_\_\_\_(Kg) Altura: \_\_\_\_\_(m)

**A.2 – História familiar**

Na família:

Pai: ( ) vivo ( ) falecido Causa da morte:

Mãe: ( ) viva ( ) falecida Causa da morte:

Irmãos: ( ) vivos ( ) falecidos Causa da(s) morte(s):

Na família (avós, pais e irmãos) já houve caso de :

\* Hipertensão arterial sistêmica

( ) sim ( ) não ( ) não sabe referir

Quem e com quantos anos? \_\_\_\_\_

\* Diabetes mellitus

sim     não     não sabe referir

Quem e com quantos anos? \_\_\_\_\_

\* Morte súbita

sim     não     não sabe referir

Quem e com quantos anos? \_\_\_\_\_

\* Infarto agudo do miocárdio

sim     não     não sabe referir

Quem e com quantos anos? \_\_\_\_\_

\* Acidente vascular cerebral

sim     não     não sabe referir

Quem e com quantos anos? \_\_\_\_\_

### **A.3 – História clínica do cliente**

Tem (ou teve) algumas das doenças abaixo:

\* Hipertensão arterial sistêmica

sim     não     não sabe referir

Se afirmativo, especificar há quanto tempo: \_\_\_\_\_

\*Diabetes mellitus

sim     não     não sabe referir

Se afirmativo, especificar há quanto tempo: \_\_\_\_\_

\* Dislipidemias

sim    não    não sabe referir

\* Doença vascular periférica

sim    não    não sabe referir

\* Acidente vascular cerebral

sim    não    não sabe referir

## **B – DADOS DO MEIO AMBIENTE**

### **B.1 – Formação Profissional e Atividade Profissional**

Nível de Instrução:  analfabeto (a)

1º grau incompleto

1º grau completo

2º grau incompleto

2º grau completo

Nível superior incompleto

Nível superior completo

Ocupação: \_\_\_\_\_

Tem mais de 01 (um) emprego?  sim   Quantos? \_\_\_\_\_    não

Jornada diária de trabalho: \_\_\_\_\_

### **B.2 – Renda e Estrutura Familiar**

**Salário mínimo=240,00**

Renda familiar:  menor que 3 (três) salários-mínimo

entre 3 e seis salários-mínimo

entre 6 e 10 salários-mínimo

acima de 10 salários-mínimo

não sabe referir

Estado civil:     solteiro(a)         casado(a)         viúvo(a)  
                          desquitado(a)     divorciado(a)     outros. Qual? \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_(vivos \_\_\_\_\_; mortos \_\_\_\_\_)

Local de residência:     zona urbana                       zona rural

Procedência (nome da cidade): \_\_\_\_\_

## **C – DADOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO DA SAÚDE**

### **C.1 – Dados relacionados ao diagnóstico de angina pectoris**

Data da entrevista: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Cliente tem conhecimento do diagnóstico de angina pectoris?

sim                       não

Em caso afirmativo, faz referência:

- ao nome da patologia
- aos dados da fisiopatologia

O que gostaria de saber a respeito da angina pectoris?

### **C.2 – Dados relativos à utilização de serviços de saúde**

Além deste serviço de saúde onde é conveniado(a), utiliza algum outro tipo de serviço de saúde?

sim                       não

Qual?: \_\_\_\_\_

Em quais ocasiões:

- periodicamente, para prevenir doenças.
- periodicamente, pois faz tratamento médico.
- somente em casos de urgência.
- outros.

Especificar: \_\_\_\_\_

Faz tratamento para algum tipo de enfermidade?

( ) sim ( ) não

Especificar: \_\_\_\_\_

Faz uso de algum medicamento?

( ) sim ( ) não

Qual(is): \_\_\_\_\_

Uso regular? ( ) sim ( ) não

#### **D – DADOS RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA**

Quais são as causas apontadas pelo cliente para a ocorrência da angina pectoris?

- ( ) dieta incorreta
- ( ) falta de exercícios físicos
- ( ) tabagismo
- ( ) ingestão excessiva de álcool
- ( ) estresse
- ( ) uso de estrógenos
- ( ) idade
- ( ) raça
- ( ) história familiar
- ( ) diabetes
- ( ) hipercolesterolemia
- ( ) hipertensão arterial
- ( ) obesidade
- ( ) outros.

Especificar: \_\_\_\_\_

#### **D.1 – Hábitos alimentares**



De maneira geral, quais os alimentos presentes em suas refeições:

Café da manhã: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Almoço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jantar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lanches: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quais dos alimentos abaixo fazem parte da sua alimentação:

Alimentos: ( ) ovo ( ) com gema ( ) sem gema

( ) leite ( ) integral  
( ) semi-desnatado  
( ) desnatado

( ) queijo ( ) amarelo  
( ) branco

( ) manteiga  
( ) margarina  
( ) maionese  
( ) carne bovina ( ) gorda ( ) magra  
( ) carne suína  
( ) aves ( ) com pele ( ) sem pele

Alimenta-se de frituras com que frequência:

( ) diariamente  
( ) 3 ou mais vezes por semana  
( ) menos de 3 vezes por semana  
( ) raramente

Tipo de gordura utilizada no preparo de seus alimentos:

( ) animal. Especificar: \_\_\_\_\_  
( ) vegetal. Especificar: \_\_\_\_\_

Alimenta-se de doces e de refrigerantes com que frequência:

( ) diariamente  
( ) 3 ou mais vezes por semana  
( ) menos de 3 vezes por semana

raramente

### **D.2 – Consumo de bebidas alcoólicas**

Uso de bebidas alcoólicas:  sim  não

Tipo: \_\_\_\_\_

Frequência:  diariamente

3 ou mais vezes por semana

menos de 3 vezes por semana

raramente

### **D.3 – Tabagismo**

Com relação ao hábito de fumar:

fumante. Fuma há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quantidade de cigarros/dia? \_\_\_\_\_

ex-fumante Parou há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Fumou por quanto tempo? \_\_\_\_\_

não fumante.

Se não fumante, compartilha de locais fechados com fumantes em seu dia a dia?

sim  não

Onde?  casa  trabalho  outros.

Especificar: \_\_\_\_\_

**D.4 - Atividade Física**

Realiza alguma atividade física regularmente?

sim       não

Atividade: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

andar

correr

pedalar

jogar bola

nadar

outros. Especificar: \_\_\_\_\_

**D.5 – Estresse**

Considera-se mais estressado(a) em situações que ocorrem em que tipo de ambiente?

doméstico       de trabalho       outros.

Especificar: \_\_\_\_\_

Recordando de algum fato significativo ocorrido antes da dor anginosa que tenha trazido preocupação e tristeza?

sim       não

Apresenta alterações do sono com frequência?     sim     não

Atribui essas alterações a quais fatores?

mudanças de hábito (ambiente estranho, ausência de objetos familiares, horário alterado devido a trabalho ou lazer)

doenças

uso de drogas

uso de bebidas alcoólicas

estado emocional

outros. Especificar:

Possui vida sexual ativa?  sim  não

#### **D.6 – Uso de hormônios**

Houve a ocorrência da menopausa?  sim Quando: \_\_\_\_\_  não

Tipo:  natural  cirúrgica

Faz uso de estrógenos para efeitos contraceptivos?  sim  não

Fez uso de hormônios para efeitos contraceptivos?  sim  não

Faz uso de hormônios para outros fins?  sim  não

Especificar: \_\_\_\_\_

## ANEXO E

## DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS SEGUNDO UTILIZAÇÃO DIÁRIA E CUSTO MENSAL

CLASSE FARMACOLÓGICA	QUANTIDADE/NºCLIENTES		MEDICAMENTOS ( de marca)			*1VALORES R\$		
	QTDE EM 24 h	Nº PACIENTES	NOME	QTDE.	UNID.	UNIT.	TOTAL	*2CM
anti-hipertensivo + vasodilatador	02	02	<b>Adalat 10 mg</b>	60	CAP	0,28	17,12	34,24
anti-hipertensivo	01	05	Aldactone 25 mg	30	CP	0,5	15,17	15,17
anti-arrítmico	01	04	Ancoron 200 mg	20	CP	0,9	17,88	27,00
antiarrítmico+anti- hipertensivo	01	03	<b>Angipress 50 mg</b>	28	CP	0,89	24,92	26,70
antiarrítmico+anti- hipertensivo	02	12	<b>Atenol 50 mg</b>	28	CP	0,47	13,22	28,20
antiarrítmico+anti- hipertensivo	01	10	<b>Atenol 100 mg</b>	28	CP	1,36	38,30	40,80
anti-hipertensivo	01	01	Atensina 0,100 mg	30	CP	0,1	3,22	3,22
antiarrítmico+anti- hipertensivo	01	01	Balcor 120 mg	20	CAP	1,22	24,45	36,60
anti-hipertensivo+ I.C.C	01	09	<b>Capoten 50 mg</b>	16	CP	2,11	33,86	63,30
anti-hipertensivo + vasodilatador	01	07	Cardizem 60 mg	20	CP	0,46	9,24	13,80
anti-hipertensivo+ I.C.C	01	01	Cordarex 05 mg	10	CP	2,29	22,98	68,70
cardiotônico	01	06	<b>Digoxina 0,25 mg</b>	25	CP	0,33	8,33	9,90
anti-hipertensivo	01	01	Diovan 80 mg	28	CAP	1,69	47,35	50,70
anti-hipertensivo+ I.C.C	01	03	Divelol 3,125 mg	28	CP	0,79	22,01	23,7
anti-hipertensivo	01	06	Enalapril 10 mg	30	CP	0,41	12,57	12,57
vasodilatador coronariano	01	03	Isordil 05 mg	30	CP	0,1	3,09	3,09
cardiotônico	01	01	<b>Lanitop</b>	30	CP	0,15	4,42	4,42
anti-hipertensivo	01	01	Losartec 50 mg	30	CP	1,97	59,15	59,15
anti-hipertensivo+ I.C.C vasodilatador	02	01	Moduretic 50 mg	30	CP	0,24	7,31	14,62
coronariano	02	22	Monocordil 20 mg	30	CP	0,28	8,58	17,16

							18,77	
anti-hipertensivo+ I.C.C	01	03	Naprix 05 mg	30	CP	0,62		18,77
anti-hipertensivo	01	01	<b>Natrilix SR</b>	30	CP	0,62	18,77	18,77
anti-hipertensivo+ I.C.C	02	02	Norvasc 05 mg	30	CP	1,99	59,78	119,56
anti-hipertensivo+ I.C.C	02	02	Pressat	30	CP	0,82	24,70	49,40
anti-hipertensivo+anti-arritmico	01	03	Propranolol 40 mg	30	CP	0,16	4,89	4,89
vasodilatador coronariano	02	05	Sustrate	35	CP	0,36	12,80	21,60
anti-hipertensivo+ I.C.C	01	02	Triatec 05 mg	15	CP	3,34	50,15	100,3
anti-hipertensivo+ I.C.C	02	05	Triatec 2,5 mg	15	CP	1,77	26,55	106,2
vasodilatador coronariano+ trombolítico	02	02	Vasclin 60/100 mg	30	CAP	1,92	57,62	115,24
anti-hipertensivo	02	01	Vasopril 10 mg	30	CP	0,62	18,64	37,28
p/ cardiopatia isquêmica	03	03	Vastarel	30	CP	0,77	23,16	69,30

\*CP= comprimido, CAP=cápsula

\*1-Valores de referência adotados pela Revista farmacêutica KAIROS

\*CM=custo mensal, considerando trinta dias de utilização dos medicamentos.

\*em negrito: medicamentos com apresentação genérica.