**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Luciane Vasconcelos Barreto de Carvalho

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES APÓS SÍNDROMES
CORONARIANAS AGUDAS E FATORES RELACIONADOS À
ADESÃO AO TRATAMENTO**

**São Paulo
2006**

Luciane Vasconcelos Barreto de Carvalho

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES APÓS SÍNDROMES
CORONARIANAS AGUDAS E FATORES RELACIONADOS À
ADESÃO AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação de Enfermagem na Saúde
do Adulto da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção
de título de mestre.

Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria Geraldo Pierin

**SÃO PAULO
2006**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Carvalho, Luciane Vasconcelos Barreto de.

Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento. / Luciane Vasconcelos Barreto de Carvalho. – São Paulo: L. V. B. de Carvalho, 2006.
138 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Ângela Maria Geraldo Pierin

1. Isquemia miocárdica 2. Mudança de atitude 3. Terapêutica médica.
I. Título.

*“De tudo, ficaram três coisas:
a certeza que estamos sempre começando,
a certeza que é preciso continuar
e a certeza que podemos ser interrompidos
antes de terminar.
Fazer da interrupção
um novo caminho,
fazer da queda um passo de dança,
do medo, uma escada,
do sonho, uma ponte
e da procura, um encontro.”*

Fernando Sabino

Dedicatória

*Á minha mãe, **Maristela**, por toda uma vida de amor incondicional, apoio e incentivo. Pela força e presença constante na busca de meus sonhos.*

*A meu pai, **José Wilson**, maior incentivador deste trabalho, pelas sementes que plantou e pelos frutos que continua gerando, embora não esteja mais aqui para vê-los.*

*Aos meus irmãos, **Lilian e Herbert**, por serem excelentes companheiros e, acima de tudo, grandes amigos.*

*Ao meu **tio Tota** e a minha **tia Cacá** pelo estímulo constante em busca do conhecimento.*

*Aos **meus familiares** pelo incentivo e apoio.*

Agradecimentos

A **Deus**, que colocou em meu caminho pessoas especiais que por mim fizeram o “possível do impossível” quando tudo parecia difícil.

À professora **Ângela Pierin** pela preciosa orientação, me ensinando o caminho a ser traçado em busca do conhecimento. Pelo exemplo de profissionalismo e pela confiança em mim depositada acreditando neste projeto.

Ao Prof. Dr. **Antônio C. Carvalho, Grace Lima e Vera B. Laet**, que tão calorosamente me acolheram, proporcionando condições para o desenvolvimento deste estudo.

Ao Prof. Dr. **Edson Stefanini** pelo incentivo e por sua inestimável contribuição na realização deste trabalho.

À Profª Dra. **Eliane Correa Chaves** pelas contribuições valorosas em sala de aula e durante a confecção desta pesquisa.

À **Enf. Maria Vianna** pelo ombro amigo e apoio nos momentos difíceis desta jornada.

À **Denise Lorencette, Taís Fortes, Andréa Caseiro e Neusa Fukuya** por terem viabilizado condições para que eu pudesse me dedicar à realização dessa pesquisa.

Ao **Charles** pelo companheirismo e amor.

Aos amigos **Luciana Franco, André Ueda, Grace Lima, Vinícius Batista, Adriana Jordão, Mariana Alvina, Suziane Lima, Renata Eloah, Cinthia Calsinski, Katherine Sayuri e Sandro Filgueiras**, pelo carinho, dedicação e ombro amigo.

Aos colegas **Luiz Alberto e Carlos Manuel** pela disponibilidade e auxílio.

À **Fernanda Monteiro** pela por sua valiosa contribuição na revisão deste trabalho.

À **Nadir Aparecida Lopes** pela revisão bibliográfica.

A **todos os funcionários, médicos e equipe de enfermagem** que colaboraram com suas informações e serviços no hospital e nos ambulatórios.

Aos **pacientes** que participaram desta pesquisa.

E a **todos** aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, para a concretização deste sonho.

RESUMO

CARVALHO, L.V.B. **Características dos pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento.** São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Introdução: As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade nacional e apresentam-se principalmente na forma de doença arterial coronariana, cujas principais manifestações se caracterizam pelas síndromes coronarianas agudas: angina instável e infarto agudo do miocárdio. Nesse sentido, realizou-se um estudo com o objetivo de caracterizar o perfil bio-psico-social dos pacientes após síndromes coronarianas agudas, identificando os fatores que possam interferir na adesão ao tratamento no que diz respeito ao não comparecimento às consultas, interrupção do tratamento e controle de pressão arterial, além de associar o perfil bio-psico-social dos pacientes com fatores relacionados à adesão.

Casuística e Método: Estudo descritivo e exploratório, realizado em um hospital universitário da cidade de São Paulo, analisou 85 pacientes com diagnóstico de síndromes coronarianas agudas. Após receberem alta, os pacientes foram entrevistados em ambulatórios para obtenção de dados estruturais, socioeconômicos, hábitos de vida, conhecimento da doença e do tratamento. Com o intuito de avaliar o bem estar psicológico dos pacientes, o questionário de saúde geral de Goldberg foi aplicado. Os dados foram processados no sistema SPSS v.7.5. O nível de significância adotado foi 0,05.

Resultados: Foram estudados 85 pacientes, 56% homens, 69% com companheiro, $59 \pm 9,6$ anos, 85% pertencentes à etnia branca, 52% com ensino fundamental, 54% com renda entre 2 e 5 salários, 79% com antecedentes de hipertensão arterial, 62% com dislipidemia e 40% para infarto agudo do miocárdio. Cerca de 35% relataram o não comparecimento às consultas e a interrupção do tratamento. Em relação à atitude frente à

necessidade de tomar medicamentos, 63% dos pacientes relatou esquecimento esporádico ou constante dos remédios. A análise de regressão logística indicou a associação independente para as seguintes variáveis (OD *Odds ratio*, IC intervalo de confiança a 95%): **1-** não comparecimento às consultas, etnia branca (OR=0,27 IC 95% 0,08-0,86) e hábitos alimentares inadequados (OR=1,07 IC 1,00-1,45); **2-** interrupção do tratamento associado com faltas às consultas (OR=6,09 IC 1,81-20,49), consumo de bebida alcoólica (OR=5,05 IC 1,61-15,76) e automedicação (OR=7,89 IC 2,39-26,05); **3-** pressão arterial não controlada ($\geq 140/90$ mmHg) com acompanhamento no ambulatório de coronária (OR=2,78, IC 1,01-7,65). A maior frequência de alteração no quarto percentil nos domínios do questionário de saúde geral de Goldberg foram associados às seguintes variáveis: **1-** estresse associado à automedicação (OR=6,09 IC 1,32-14,5) e HDLc ≥ 40 mg/dL (OR=1,04 IC 1,00-1,08); **2-** auto-eficácia com acompanhamento no ambulatório de coronária (OR=2,78 IC 1,19-12,23), automedicação (OR=4,62 IC 1,46-14,95) e HDLc ≥ 40 mg/dL (OR=1,04 IC 1,19-12,23); **3-** distúrbios do sono associados com referência de ansiedade (OR=5,61 IC 1,65-19,09), e colesterol total ≥ 200 mg/DL (OR=4,42 IC 1,36-14,38); **4-** distúrbios psicossomáticos associados ao sexo feminino (OR=6,57 IC 1,96-22,0) e relato de ansiedade (OR=4,06 IC 1,24-13,3); **5-** severidade da ausência de saúde mental associado ao sexo feminino (OR=3,96 IC 1,26-12,43) e automedicação (OR=3,39 IC 95% 1,07-10,70). **Conclusão:** Características estruturais e psicológicas, hábitos de vida inadequados e atitudes frente ao tratamento medicamentoso influenciaram aspectos da adesão ao tratamento, tais como o não comparecimento às consultas e a interrupção do tratamento. Em face dos dados obtidos, os profissionais de saúde devem implementar estratégias para atender os pacientes com síndrome coronariana aguda, visando à prevenção secundária.

Palavras chave: Síndromes Coronarianas Agudas, Adesão, Tratamento.

ABSTRACT

CARVALHO, L.V.B. Characteristics of the patients right after acute coronary syndrome and factors related to the adherence to the treatment. São Paulo, 2006. Dissertation (Master Degree) – Nursing School, University of São Paulo.

Introduction: The cardiovascular diseases are the most important cause of mortality in the country and show mainly in the form of coronary arterial disease, which the main manifestations are characterized by the acute coronary syndrome: instable angina, acute attack of the myocardium.

In this way, a study was made with the aim to characterized the bio-psycho-social profile of the patients after the acute coronary syndrome, recognizing the factors which could interfere in the adherence to the treatment about the non attendance to the appointments, interruption of the treatment and the control of the blood pressure, besides the association of the bio-psycho-social profile of the patients to the factors connected to the adherence.

Method and Casuistic: A descriptive and exploring study, made in a University hospital in the city of São Paulo that analyzed 85 patients with the diagnostics of the acute coronary syndrome.

After receiving the doctor's avail to leave the hospital, the patients were interviewed in ambulatories in order to collect structure, socioeconomic, habits of life, knowledge of the disease and of the treatment data.

The main purpose was to evaluate the psychological welfare state of the patients; the questionnaire of general health was used. The results were run in the system SPSS v. 7.5. and the significance level adopted was 0,05.

Results: 85 patients were studied, 56% men, 69% ith companion, 59+-9,6 years old, 85% white, 52% finished the elementary school, 54% with the income of between 2 and 5 salaries, 79% with the precedents of high blood pressure, 62% with high blood cholesterol and 40% for the acute myocardium attack.

About 35% of them spoke about the non attendance to the appointments and the interruption of the treatment. About the attitude towards the necessity to

take medicines, 63% of the patients spoke about the constant or periodical carelessness of the medicines.

The analysis of logistic regression indicated the independent association to the following varieties: (OD odds ratio, IC confidence break around 95%): 1 – non attendance to the appointments, white ethnic (OR = 0,27 IC 95% 0,08-0,86) and bad eating habits (OR=1,07 IC 1,00-1,45); 2 – interruption of the treatment associated to the non attendance to the appointments (OR=6,09 IC 1,81-20,49), the alcoholic drinks consumption (OR=5,05 IC 1,61-15,76), and auto medication (OR=7,89 IC 2,39-26,05); 3 – high blood pressure out of control ($\geq 140/90$ mmHg) with the accompaniment in the coronary ambulatory (OR=2,78, IC 1,01-7,65).

The higher frequency of the alterations in the percentage board in the Goldberg's general health questionnaire dominions was associated to the following variations:

- 1 – Stress associated to auto medication (OR=6,09 IC 1,32-14,5) and HDLc ≥ 40 mg/dL (OR=1,04 IC 1,00-1,08);
- 2 – auto efficiency with accompaniment in the coronary ambulatory (OR=2,78 IC 1,19-12,23), auto medication (OR=4,62 IC 1,46-14,95) and HDLc ≥ 40 mg/dL (OR=1,04 IC 1,19-12,23);
- 3 – Sleeping disturbance associated to anxiety reference (OR=5,61 IC 1,65-19,09) and total cholesterol total ≥ 200 mg/DI (OR=4,42 IC 1,36-14,38);
- 4 – psychosomatic disturbances associated to the female genre (OR=6,57 IC 1,96-22,0) and the report of anxiety (OR=4,06 IC 1,24-13,3);
- 5 – health general rate of evaluation associated to the female genre (OR=3,96 IC 1,26-12,43) and auto medication (OR=4,06 IC 1,24-13,3);

Conclusion: The structural and psychological characteristics, inadequate life habits and attitudes facing the medicine treatment influence the aspects of adherence to the treatment, such as the non attendance to the appointments and the interruption of the treatment.

Facing all the searched data, the health professionals must implement strategies to support the patients with acute coronary syndrome, looking for the secondary prevention.

Key words: Acute Coronary Syndrome, adherence, treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características biossociais dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.	46
Tabela 2. Características Socioeconômicas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.	48
Tabela 3. Características do índice de massa corpórea (IMC), cintura abdominal e pressão arterial dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.....	49
Tabela 4. Mulheres com síndromes coronarianas agudas em relação à menopausa e tratamento de reposição hormonal. São Paulo, 2006.	49
Tabela 5. Doenças e tratamento dos pacientes com síndrome coronariana aguda. São Paulo, 2006.....	50
Tabela 6. Antecedentes familiares dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.	51
Tabela 7. Hábitos de vida dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.....	52
Tabela 8. Consumo de alimentos dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.	53
Tabela 9. Histórico da doença dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.	54
Tabela 10. Medicamentos presentes no prontuário dos pacientes com síndrome coronariana aguda após alta hospitalar. São Paulo, 2006.....	55
Tabela 11. Não comparecimento à consulta e interrupção do tratamento dos pacientes com síndrome coronariana aguda. São Paulo, 2006.	56
Tabela 12. Atitudes frente à tomada de medicamentos dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.....	57
Tabela 13. Participação da família no tratamento dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.....	58
Tabela 14. Motivos apontados pelos pacientes com síndromes coronarianas agudas que possam ter desencadeado o evento agudo e que levaram à internação. São Paulo, 2006.....	58
Tabela 15. Sentimentos referidos pelo paciente após evento agudo relacionados à tristeza, ansiedade e estresse dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.....	59
Tabela 16. Dados do perfil lipídico, glicêmico, uréia e creatinina dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.....	60

Tabela 17. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio sobre tensão ou estresse psíquico do Questionário de Saúde Geral de Goldberg.	61
Tabela 18. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio 2 que expressa o conceito de desejo de morte do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.	62
Tabela 19. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio três que compreende o construto 'falta de confiança na capacidade de desempenho' (auto-eficácia) do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.	63
Tabela 20. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio 4 que expressa o conceito de Distúrbios do Sano do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.	64
Tabela 21. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio 5 que expressa o conceito de Distúrbios Psicossomáticos do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.	65
Tabela 22. Domínios do questionário Geral de Saúde de Goldberg (Media $\pm$ Desvio padrão). São Paulo, 2006.	66
Tabela 23. Relação dos domínios alterados e não alterados de acordo com o último quartil do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.	66
Tabela 24. Dados dos pacientes com síndrome coronariana aguda, de acordo com o controle da pressão arterial, relacionados ao estado civil, acompanhamento ambulatorial e Índice de Massa Corpórea. São Paulo 2006.	67
Tabela 25. Dados dos pacientes com síndromes coronarianas agudas que comparecem ou não às consultas médicas relacionados à etnia, estado civil, interrupção do tratamento e hábitos alimentares. São Paulo 2006.	68
Tabela 26. Dados dos pacientes com síndromes coronarianas agudas que interromperam ou não o tratamento associados às variáveis religião, atitudes frente ao tratamento, consumo de bebida alcoólica e níveis de HDL c. São Paulo 2006.	69
Tabela 27. Características biossociais dos pacientes com síndromes coronarianas agudas associadas ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.	70
Tabela 28. Variáveis relacionadas à interrupção do medicamento, sentimentos de ansioso, não comparecimento às consultas, número de internações, níveis de pressão arterial e HDL c associadas ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.	72
Tabela 29. Resultado do modelo de regressão logística para pacientes com síndrome coronariana aguda que não compareceram às consultas, interromperam o tratamento e apresentaram alteração na pressão arterial. São Paulo, 2006.	74
Tabela 30. Resultado do modelo de regressão logística para os domínios alterados do Questionário de Saúde Geral de Goldberg dos pacientes com síndrome coronariana aguda. São Paulo, 2006.	75

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	31
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	33
3.1 Delineamento do Estudo	33
3.2 Local do Estudo	33
3.3 Amostragem	34
3.3.1 Cálculo da amostra	34
3.3.2 Critérios de Inclusão	34
3.3.3 Critérios de exclusão	35
3.4 Coleta de Dados	35
3.4.1 Avaliação dos hábitos de vida	38
3.4.2 Questionário de Saúde Geral de Goldberg. General Health Questionnaire (GHQ)	39
3.4.3 Apuração dos dados do Questionário Geral de Saúde	41
3.5 Análise e Tratamento Estatístico	41
3.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	42
4. RESULTADOS	44
5. DISCUSSÃO	78
6. CONCLUSÕES	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	

Introdução

1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias, vêm ganhando destaque no contexto mundial de saúde, isto porque cada vez mais representam desafios diante da longevidade e complexidade do seu tratamento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o termo “condições crônicas” engloba todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde¹.

Estas doenças se caracterizam por apresentar de uma forma geral longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente e lesões irreversíveis².

Pacientes com condições crônicas são, portanto, mais suscetíveis a descompensações e reinternações. Esta última geralmente está associada a complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade, prolongando muitas vezes o período de permanência no hospital.

Diante deste processo os pacientes acometidos por estas doenças exigem acompanhamento e controle por toda vida.

As condições crônicas compartilham algumas características preocupantes que lhes são comuns, pois sua ocorrência está aumentando cada vez mais e nenhum país encontra-se imune ao impacto que elas causam; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade, questionando nossa capacidade de organizar sistemas que possam suprir as demandas iminentes. Além disso, essas condições causam sérias consequências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país, podendo ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações¹.

No Brasil, até o início dos anos quarenta, as doenças infecciosas se destacavam como principal causa de óbito, respondendo por mais de 40% das mortes, enquanto que a proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas eram responsáveis por 14,5% e 3,9% respectivamente².

Em 2002, as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de óbito em todas as regiões do país (31,5%), seguidas pelas neoplasias (15,3%) e pelas doenças do aparelho respiratório (11,2%), correspondendo as doenças parasitárias e infecciosas a 5,3% entre as causas de óbitos³.

Observa-se, portanto, que, ao longo dos anos, o perfil de morbimortalidade da população brasileira vem sofrendo transformações, destacando-se a redução relativa de óbitos por doenças infecciosas e o aumento de mortes por doenças crônico-degenerativas, principalmente as cardiovasculares.

Dentre os 16,6 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares que ocorrem a cada ano no mundo, 7,2 milhões são relacionados à doença isquêmica, 5,5 milhões à doença vascular cerebral e 3,0 milhões à hipertensão e outras cardiopatias⁴. Na população européia, a doença cardiovascular é a principal causa de morte prematura, constituindo um importante motivo de incapacidade e contribuindo em grande parte na intensificação dos custos com a saúde⁵.

No Brasil, a mortalidade por doença coronária e cerebrovascular vem apresentando taxas decrescentes ou mesmo estáveis, embora ainda sejam consideradas altas quando comparadas às de taxas verificadas em outros países⁶. O estudo feito por Souza e colaboradores entre os anos de 1975 e 1996 analisou cinco regiões do país e verificou um declínio da mortalidade por doenças cardiovascular, cerebrovascular e doenças isquêmicas na região sul e sudeste e um aumento na região centro-oeste⁷.

No estado de São Paulo, durante o período de 1980 a 2000, a análise da tendência dos coeficientes de mortalidade por doença isquêmica do coração padronizados por idade, indica um declínio nos coeficientes, independentemente de variações na composição etária e sexo, tanto entre residentes na Grande São Paulo, quanto no interior do estado⁸.

Estas estatísticas são preocupantes, pois denotam que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos que resultaram em novos recursos diagnósticos e de tratamento, não houve no Brasil mudanças significativas no coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares, ao contrário do que ocorreu nos Estados Unidos e na Europa⁹.

Doenças coronarianas, cerebrais e de vasos arteriais periféricos compartilham a arterosclerose como causa principal. Considerada como uma enfermidade crônica das artérias, de natureza multifatorial, que se caracteriza por endurecimento, deformidade e fragilidade das paredes dos vasos, a arterosclerose é consequência do depósito de diferentes substâncias em suas túnicas arteriais, constituindo-se de um processo difuso e de progressão lenta, que pode ter seu início na infância, culminando com o aparecimento de síndromes isquêmicas sintomáticas, geralmente na vida adulta e principalmente em idosos¹⁰. A perda da continuidade da placa e a resultante trombose coronariana formam a base fisiopatológica da maioria dos casos das síndromes coronarianas agudas¹¹.

Dentre as síndromes coronarianas agudas estão presentes três formas principais: angina instável, o infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST e o infarto agudo do miocárdio. Destaca-se a importância do traçado eletrocardiográfico inicial na conceituação desses eventos isquêmicos. A morte súbita cardíaca caracteriza-se também como manifestação clínica das síndromes coronarianas¹².

O termo 'infarto do miocárdio' significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada. Em geral, essa isquemia é

causada por trombose e/ou vasoespasma sobre uma placa aterosclerótica.¹³ De acordo com o tempo de evolução do infarto, o miocárdio sofre progressiva agressão representada pelas áreas de isquemia, lesão e necrose sucessivamente. Na primeira, predominam distúrbios eletrolíticos; na segunda, alterações morfológicas reversíveis; e na última, danos definitivos¹⁴. Da mesma forma, essas etapas se correlacionam com a diversidade de apresentações clínicas, que variam da angina instável e infarto sem supra até o infarto com supradesnível do segmento ST.¹²

Estima-se que ocorra a incidência de 500 mil novos casos por ano de infarto agudo do miocárdio nos Estados Unidos, e cerca de um terço destes pacientes evoluem para o óbito dentro das primeiras 24 horas¹⁵.

No Brasil, durante o período de 1993 a 1997, a angina e o infarto foram responsáveis, respectivamente, por 53,3% e 26,6% das internações por doenças isquêmicas do coração. As internações por infarto foram mais comuns em homens e as internações por angina mais comuns em mulheres¹⁶.

A alta incidência da doença aterosclerótica em nosso meio está, em parte, relacionada ao fato de encontrarmos em nossa população um estilo de vida que pode propiciar o surgimento de importantes fatores de risco. Esse estilo de vida leva muitos indivíduos a apresentarem mudanças adversas nas características bioquímicas e fisiológicas do organismo, mudanças estas que contribuem para a aterosclerose e complicações trombóticas associadas¹⁷.

O mais conhecido estudo sobre a epidemiologia da doença arterial coronariana envolvendo um grande número de indivíduos, cerca de 5.000 de ambos os sexos, foi realizado na cidade de Framingham, nos Estados Unidos. Esse estudo objetivou identificar um grupo de fatores que representasse predisposição ao risco de desenvolvimento da aterosclerose. Portanto, todos os elementos relacionados com a incidência da doença foram denominados como fator de risco, podendo atuar independentemente

ou em conjunto com outros fatores¹⁰. Quanto maior o número de fatores de risco que o indivíduo possui, maior será a probabilidade de desenvolvimento de cardiopatia coronária^{18, 19}.

Os fatores de risco identificados para as síndromes clínicas relacionadas à aterosclerose são classificados da seguinte forma: não-modificáveis, tais como idade, sexo, etnia e histórico familiar de aterosclerose; e modificáveis, incluindo tabagismo, sedentarismo, dieta rica em colesterol e gordura saturada, hipertensão arterial, obesidade, hiperglicemia, lipoproteína de baixa densidade (LDL) elevada e lipoproteína de alta densidade (HDL) baixa^{4, 5}.

Vários estudos abordam os principais fatores de risco para a doença arterial coronariana e muitos os classificam como variáveis independentes para o desencadeamento da mesma^{6, 9, 18, 20}.

Um inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis realizado no ano de 2003, em 15 capitais, demonstra que a prevalência referida de obesidade no território nacional é de 40%; o diabetes varia entre 6% e 7%, enquanto que a hipertensão arterial varia entre 27% e 29%²¹.

Um estudo realizado em Cuba com 129 pacientes cardiopatas isquêmicos demonstrou que os principais fatores de risco encontrados foram: sedentarismo (83,72%), antecedente patológico familiar de cardiopatia isquêmica (82,17%), hipertensão arterial (72,87%), tabagismo (43,41%), obesidade (20,93%), hipercolesterolemia (17,83%), diabetes mellito (2,33%) e personalidade tipo A (2,33%). Dentre as patologias encontradas, destacam-se a angina, com 52,71 % dos casos (37,98% angina estável e 14,73% angina instável), seguida do infarto agudo do miocárdio, com 39,53%, e da insuficiência cardíaca, com (18,60%)²².

Num estudo realizado em Bambuí (MG), onde se pretendia determinar o risco do desenvolvimento da doença arterial coronariana dentro

de um período de 10 anos para adultos, com idade variando de 30 a 59 anos e para idosos, com idade variando de 60 a 74 anos, totalizando 547 adultos e 1165 idosos, observou-se que os homens apresentaram maior probabilidade de desenvolverem doença arterial coronariana do que as mulheres²³. A explicação biológica para tal fato seria a proteção feminina do estrógeno, que influencia diretamente no sistema circulatório, promovendo vasodilatação e inibindo a progressão de processos ateroscleróticos, evitando, assim, processos isquêmicos²⁴.

Existem muitos estudos que associam a doença arterial coronariana ao diabetes, à hipertensão, à dislipidemia, ao sedentarismo, ao tabagismo, à obesidade e aos distúrbios psicológicos associados ao estresse e a depressão^{5,6,9,10}.

Em relação à porcentagem de diabéticos, o Brasil figura entre os 10 países do mundo com maior número de ocorrências²⁵. Cerca de 150 milhões de pessoas sofrem de diabetes melito no mundo e este índice deverá dobrar até 2025. A relação entre diabetes melito tipo 1 e tipo 2 e o desenvolvimento da doença cardiovascular têm sido freqüentemente documentada. De acordo com Grundy et al., pacientes com diabetes apresentam maior predisposição para eventos cardiovasculares porque seu risco para infarto agudo do miocárdio e morte por doença coronariana é maior do que o risco daqueles pacientes que não têm diabetes²⁶.

Ainda dentro do contexto das doenças cardiovasculares, o colesterol é um componente importante no desenvolvimento da arteriosclerose. Quase um quinto (18%) dos acidentes vasculares cerebrais e cerca de 56% das cardiopatias no mundo podem ser atribuídas ao nível total de colesterol superior a 3,2 mmol/l⁵. O aumento do risco está relacionado à elevação do colesterol total e dos níveis de LDL colesterol. Portanto, as seguintes anormalidades lipídicas estão associadas ao aumento de risco para a doença arterial coronariana: colesterol LDL elevado, colesterol HDL baixo, aumento da relação colesterol total para HDL, hipertrigliceridemia, aumento do colesterol não HDL²⁷.

Ao estudarem a relação entre os hábitos alimentares e os níveis de colesterol sérico em uma população suburbana da Argentina, Parada *et al.* verificaram que, ao longo de treze anos, houve redução no consumo de carnes vermelhas (bovina, suína e ovina), ovos, leite e derivados integrais como a manteiga. Concomitantemente a essas mudanças, os autores observaram um aumento no consumo de aves, peixes, leite e seus derivados desnatados, além dos azeites (principalmente de semente de girassol). A análise do colesterol total plasmático, com doze horas de jejum, indicou que houve uma redução dos níveis séricos de colesterol, coincidente com as modificações dietéticas²⁸.

Em estudo realizado na área metropolitana de São Paulo, os autores classificaram os alimentos, registrados por meio de inquérito de consumo alimentar, em sete categorias de frequência de consumo e em dois grupos. Estes, de acordo com o potencial de risco para doenças cardiovasculares, eram classificados como: alimentos de risco (grupo 1: produtos lácteos integrais, gorduras de origem animal, margarinas - devido ao conteúdo em ácidos graxos trans -, alimentos fritos, carnes e produtos derivados e ovos) e alimentos protetores ou não considerados de risco (grupo 2: frutas e sucos naturais, hortaliças, leguminosas, cereais e derivados). Os autores encontraram correlação positiva entre ingestão de alimentos considerados de risco para doenças cardiovasculares e os níveis séricos de colesterol total e fração LDL-colesterol; a correlação foi negativa entre estes níveis e a ingestão de alimentos protetores ou não considerados de risco²⁹.

Monteiro *et. al.* demonstraram em seu estudo que houve, ao longo dos anos, uma mudança dos hábitos alimentares, o que acarretou o aumento no consumo de gorduras em geral e de açúcar livre em detrimento do consumo de feijão, verduras, frutas e carboidratos complexos³⁰.

Observa-se que os hábitos alimentares estão fortemente relacionados à alteração dos níveis de colesterol, assim como o aumento de peso em consequência do desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e os gastos calóricos.

A obesidade também constitui fator contribuinte para a doença coronariana. Atualmente, há mais de um bilhão de adultos com excesso de peso e pelo menos 300 milhões deles sofrem de obesidade clínica no mundo³¹. No Brasil, o aumento da obesidade é comparável a outros países desenvolvidos e em desenvolvimento. De acordo com o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – e com os dados da pesquisa realizada no país sobre obesidade, a frequência do excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 40,6% da população adulta. Destes, 10,5 milhões possuem IMC acima de 25 e são considerados sobrepesos. A maior taxa de obesos no Brasil foi encontrada em mulheres residentes em áreas urbanas e rurais da região Sul, o que representa um total de 18,6%. No caso dos homens, a diferenciação entre áreas urbanas e rurais é bem definida. O mesmo não acontece com as mulheres. O menor percentual de obesidade foi encontrado nos homens do Nordeste rural, com 3,6%. Nas classes de renda mais elevada, mais da metade dos homens apresentam excesso de peso. São 56,2% dos homens nas classes de renda superior a cinco salários mínimos. O excesso de peso (42%) e a obesidade (14%) são maiores entre as mulheres que vivem em famílias de classe com renda entre 1 e 2 salários mínimos per capita³².

A Organização Mundial de Saúde indica o uso da antropometria para a vigilância dos fatores de risco das doenças crônicas. Além do peso e da altura, a medida da cintura e do quadril é recomendada como forma de avaliar a deposição da gordura abdominal³³. Esses parâmetros antropométricos têm a vantagem de apresentar fácil mensuração e obtenção a baixo custo, além de ser possível a sua utilização em qualquer serviço de saúde.

O sedentarismo desempenha um importante papel entre os fatores de risco, pois os benefícios da atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados em numerosos relatos. Esses benefícios incluem a redução no risco de morte por doenças cardiovasculares, a redução no risco de desenvolver o diabetes, a hipertensão e o câncer de

cólon e mama. O risco de contrair doença cardiovascular aumenta 1,5 vez para aqueles indivíduos que não praticam nenhuma atividade física mínima recomendada. Isto ocorre devido aos efeitos da atividade física sobre a prostaglandinas, reduzindo o tempo de transito intestinal e aumentando o nível de oxidantes. Além disso, a inatividade física favorece o aumento da massa corporal, o que contribui para cerca de 58% do diabetes, 21% das cardiopatias isquêmicas e 42 % de certos tipos de câncer .

Dentre os fatores de risco modificáveis, o tabagismo constitui uma das principais ameaças à saúde e suas conseqüências negativas são reconhecidas há mais de quatro décadas. O hábito de fumar causa inúmeras condições crônicas, incluindo cardiopatia, acidente vascular encefálico, câncer e problemas respiratórios crônicos. Há evidências claras de que esse hábito está associado à morte prematura e incapacidade. Todavia, ainda ocorre pouca divulgação sobre o fato de que fumar é prejudicial à saúde. Além disso, os sistemas de controle do tabaco são inadequados na maior parte do mundo. Em um estudo realizado na cidade de São Paulo visando identificar os fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio em 494 pacientes, Avezum et.al. identificaram o tabagismo como a maior força de associação independente para o desenvolvimento desta patologia, seguido da relação cintura-quadril, dos antecedentes de hipertensão, do LDL colesterol e dos antecedentes de diabetes, tendo sido o histórico familiar a menor força de associação independente para o desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio²⁰.

Atualmente, a hipertensão arterial vem apresentando níveis decrescentes como causa básica de mortalidade, sendo substituída pelos eventos cardiovasculares, tais como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. No Brasil, a maioria dos estudos realizados sobre hipertensão arterial foi realizada na região sudeste e, por utilizarem deferentes metodologias, são de difícil comparação, indicando diferenças amplas em termos da prevalência. Acredita-se que a prevalência esteja em torno de 20% na população geral. A parcela da população mais

atingida é a de classes menos abastadas e com menor acesso ao sistema de saúde³⁴.

Embora não sejam citados como um dos principais fatores de riscos, existem evidências apontando que os fatores psicossociais contribuem significativamente para a patogênese da doença arterial coronariana. Esta evidência é composta por cinco domínios específicos: depressão, ansiedade, características pessoais, isolamento social e estresse crônico³⁵. De acordo com Das, o estresse psicossocial parece afetar o equilíbrio autonômico e a homeostase hormonal de maneira adversa, tendo por resultado anormalidades metabólicas, inflamação, resistência à insulina e disfunção endotelial. Adicionalmente, o estresse é freqüentemente associado aos comportamentos autodestrutivos e de isolamento e à não adesão terapêutica. O estresse psicossocial é um risco que pode ser modificado, visto que muitos fatores são indicados como protetores, tais como suporte psicossocial, exercício físico regular, estratégias de redução para o estresse, senso de humor, otimismo, altruísmo e a fé³⁶.

Evidências epidemiológicas indicam que pacientes deprimidos correm maior risco de apresentar síndrome coronariana aguda. Um em cada seis pacientes com infarto agudo do miocárdio apresenta depressão e pelo menos o dobro acaba por desenvolvê-la após o evento. Além disso, pacientes com depressão após infarto agudo do miocárdio apresentam maior suscetibilidade para complicações, podendo desenvolver arritmias, piora da função cardíaca, aumento da atividade plaquetária, limitação física, baixa adesão à terapia medicamentosa, pouca satisfação com o tratamento e baixa qualidade de vida³⁷. Alguns autores investigaram os sentimentos de raiva, ansiedade e depressão como fatores de risco para a doença coronariana, concluindo que a ansiedade e a depressão apresentam uma associação mais forte com a mortalidade por coronariopatia do que os sentimentos de hostilidade e raiva^{38, 39}. Um estudo realizado nos Estados Unidos visando avaliar os fatores psicológicos de 324 mulheres predisponentes à doença arterial coronariana demonstrou que 37% das

mulheres relataram depressão, 50% sentimento de raiva e 40% isolamento social⁴⁰.

Observa-se, portanto, que a mudança no estilo de vida com a adoção de hábitos saudáveis, tais como a prática de atividade física, o combate ao estresse, a alimentação rica em fibras vegetais excluindo a gordura animal e o sal, o consumo calórico adequado às necessidades do corpo, a perda de peso, a suspensão do tabagismo, o uso adequado das medicações, o contato com o médico e com a equipe de saúde regularmente constituem fatores primordiais na redução dos fatores de risco⁵. No entanto, para muitos, pode ser difícil mudar o estilo de vida e aderir à terapia proposta. Assim, a adesão torna-se fator interveniente na melhora comportamental.

A Organização Mundial de Saúde em seu projeto baseado na adesão adota como definição do termo ‘adesão a tratamentos crônicos’ a fusão de outras duas definições de Haynes⁴¹ e Rand⁴² que conceituam adesão como grau de comportamento de um indivíduo representado pela ingestão de medicamento, pelo cumprimento da dieta, pelas mudanças no estilo de vida e pela correspondência e concordância em relação às recomendações de um médico ou outro profissional.

Várias terminologias são utilizadas como sinônimo de adesão, tais como aderência, observância, complacência, fidelidade, *compliance*. A palavra *compliance* faz referência à obediência participativa do paciente sobre a prescrição médica, entendendo-se por prescrição não apenas os medicamentos, como também todos os demais cuidados ou recomendações feitas pelo médico ou por outro profissional da saúde⁴³. Na medicina, de acordo com Rocha⁴⁴, *compliance* significa “concordância entre a prescrição e o comportamento do paciente” e relata que a Organização Mundial de Saúde sugere o termo ‘observância’, que corresponderia quase integralmente ao que se entende por *compliance*, pois omite a vontade do paciente em querer cumprir o que lhe foi prescrito. Os vocábulos ‘aderência’ e ‘adesão’ trazem a conotação de pacientes que seguem de modo correto a

prescrição e que delas não mais se desligam, o que muitas vezes pode não ser desejável em determinadas situações. No tocante à hipertensão arterial, Pierin et al. indicam a terminologia que melhor representa o segmento do tratamento seria adesão. Para estes autores, existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os pacientes aderentes, ou seja, aqueles que seguem totalmente o tratamento. No lado oposto estão os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. Existem ainda os persistentes, dentro do grupo dos não aderentes, que são aqueles indivíduos que comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento⁴⁵.

A Organização Mundial de Saúde denomina como 'dimensões' os fatores que afetam a adesão, e os classifica em cinco grupos: fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde; fatores relacionados às condições socioeconômicas; fatores relacionados à terapêutica; e fatores relacionados ao paciente e à doença ⁴⁶.

Vários autores relacionam estas dimensões da seguinte forma: dados relacionados ao paciente (idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, nível socioeconômico), aspectos psicossociais (auto-eficácia, automotivação, auto-estima, personalidade, depressão, ansiedade, hostilidade, suporte social, percepção dos benefícios do tratamento), doença (cronicidade, ausência de sintomas), hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde, tratamento (custo, efeitos indesejáveis, qualidade de vida, seleção inadequada das drogas), instituição (acesso ao serviço de saúde, política de saúde) e relacionamento com a equipe de saúde ^{47, 48, 49}.

Em todo o mundo, os esforços das instituições sanitárias para controlar a gama de enfermidades crônicas vêm sendo frustrados pelo não cumprimento, por parte dos pacientes, dos tratamentos prescritos. Nos países desenvolvidos, acredita-se que apenas metade da população cumpre o tratamento prescrito e o problema é ainda maior nos países em desenvolvimento, dada a exigüidade dos recursos de saúde e o acesso aos mesmos⁴⁶.

A abordagem do indivíduo portador de condições crônicas inclui não só a identificação dos problemas e necessidades do paciente, como também o desenvolvimento de estratégias que visem a prevenção de complicações e promova uma melhor qualidade de vida. O enfermeiro, assim como todos os membros da equipe multiprofissional, deve desempenhar papel educador com o intuito de facilitar mudanças e comprometimento do paciente com o tratamento.

O processo educativo relaciona-se ao amadurecimento e ao desenvolvimento que conduz os indivíduos para a ampliação de suas percepções. A percepção do paciente sobre a saúde ou doença é essencial para a mudança de comportamento, pois desta forma as necessidades e as motivações surgirão. A ausência dessa percepção geralmente está associada à falta de motivação e, conseqüentemente, de ação. Cabe ao profissional educador identificar a presença ou ausência de motivações e, no caso desta última, apresentar e auxiliar o desenvolvimento de motivos que gerem ações⁵⁰.

Em um trabalho qualitativo voltado para a prevenção da doença coronariana, observou-se que o profissional de saúde interfere de forma positiva na mudança de comportamento dos pacientes acometidos por infarto agudo do miocárdio⁵¹.

Observa-se, portanto, que muitos são os fatores que interferem na adesão e que este assunto envolve uma complexidade maior do que se supõe em princípio, pois aborda aspectos da evolução da doença que geralmente não são avaliados em uma consulta ou acompanhamento.

No Brasil existem diversos estudos que avaliam a adesão do paciente ao tratamento, sendo que a maioria é voltada para doenças como a síndrome da imunodeficiência adquirida e hipertensão^{52,53,54}, não sendo encontrado nenhum trabalho que levante dados específicos de adesão e síndrome coronariana aguda.

A adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. De acordo com Pierin, o conhecimento dos fatores de risco é de fundamental importância para a redução da doença cardiovascular, porém o sucesso de qualquer intervenção preventiva secundária está diretamente relacionado à adesão ao tratamento⁴⁵.

Altas taxas de adesão podem fornecer benefícios econômicos tanto ao paciente quanto ao sistema de saúde. Melhores níveis de adesão podem diminuir a necessidade de recursos de saúde caros e sofisticados. A combinação de automanejo com adesão aos programas e com o tratamento regular pode reduzir o número de pacientes hospitalizados e o número de dias de internação⁵⁵.

Uma vez detectada a doença, o objetivo principal do tratamento é o controle para a prevenção de complicações, outras morbidades associadas e mortalidade precoce. Dentre os programas realizados na prevenção da doença arterial coronariana estão os de prevenção primária e os de prevenção secundária. A prevenção primária é definida como ausência de estado de risco e a secundária como presença de estado de risco. A prevenção primária freqüentemente é a maior oportunidade de reduzir a prevalência da doença através da mudança dos fatores de risco individuais, mesmo sem evidência de desenvolvimento da doença cardiovascular. As medidas de prevenção secundária são estratégias para pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular estabelecido e são realizadas para retardar ou prevenir a recorrência de eventos coronarianos e a doença cardíaca⁴⁵.

Programas para reduzir os riscos cardiovasculares que focam a iniciação de medidas de prevenção secundária depois da alta hospitalar são altamente efetivos. A administração agressiva dos fatores de risco melhora claramente a sobrevivência dos pacientes, reduz a recorrência de eventos e a necessidade de procedimentos intervencionistas, melhorando também a qualidade de vida destes pacientes⁵⁶.

Pode-se destacar que entre os objetivos do programa de reabilitação cardíaca estão incluídos a estratificação do risco da doença cardíaca básica, a limitação de possíveis consequências psicológicas e emocionais adversas da doença, o alívio dos sintomas e a melhora da função cardíaca, a orientação e o apoio aos pacientes e seus familiares, a supervisão nutricional e o treinamento físico^{57,58}.

Entre os benefícios potenciais da reabilitação cardíaca destacam-se o aumento da atividade ocupacional do paciente, a diminuição nos casos de deficiências físicas, o menor número de consultas médicas, a redução no uso de medicação, a diminuição das reinternações e da morbimortalidade⁵⁹.

Os serviços de reabilitação na Inglaterra são realizados predominantemente por enfermeiros e fisioterapeutas, com pouca participação de médicos e psicólogos^{57,60}. O enfermeiro exerce uma função primordial dentro desses programas. Em seu estudo, Lisspers et al. Observaram que os pacientes acompanhados sistematicamente no período de um ano por um enfermeiro, tendo estes pacientes participado por um período de quatro semanas de um programa de educação em saúde que objetive ressaltar a mudança de comportamento quanto ao estilo de vida, apresentaram melhoras significativas nos níveis de lipídios no sangue, melhora na capacidade de realização de exercícios físicos, diminuição do índice de massa corporal com a melhora na alimentação, mudanças significativas em variáveis psicológicas, tais como comportamento de raiva e hostilidade, reações ao estresse e mudanças no hábito de fumar após acompanhamento com uma equipe multiprofissional⁶¹.

No Brasil, pouco se fala da participação dos enfermeiros nos programas de reabilitação, o que vem a ser confirmado diante da escassez da literatura encontrada. Esse fato é surpreendente, visto que o enfermeiro constitui um dos principais elos dentro da equipe multidisciplinar. É ele que, com auxílio do médico, identifica e encaminha o paciente ao ambulatório, realiza consulta de enfermagem, orienta e educa os pacientes, avalia os

fatores intervenientes ao tratamento e encaminha o paciente aos demais profissionais.

A consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, visa identificar situações de saúde ou doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade⁶².

De acordo com Daly, o estabelecimento de programas de automanejo, combinado a programas de educação e capacitação dos portadores de doenças cardíacas, aliado ao tratamento adequado e regular, pode melhorar os índices de adesão e reduzir a morbimortalidade dessas patologias⁴⁸.

Dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva e de internação do hospital onde desenvolveu-se o presente estudo, cerca de 50% foram diagnosticados com síndrome coronariana aguda. Muitos desses indivíduos apresentaram diversos fatores de riscos associados e, dentre eles, as condições crônicas, como hipertensão, diabetes, dislipidemia e insuficiência renal, que acabam contribuindo para o agravamento da doença coronária. Os pacientes com síndrome coronariana aguda necessitam de um tratamento e de um acompanhamento eficaz visando à reabilitação, ações estas que devem evitar ou minimizar novas descompensações, reinternações e óbitos. O enfermeiro exerce uma função primordial neste contexto.

Frente aos aspectos destacados, sentiu-se a necessidade do desenvolvimento de um estudo que caracterize de forma mais adequada o perfil de pacientes portadores de doenças crônicas, especialmente aqueles acometidos por síndrome coronariana aguda, por meio do encaminhamento e do comparecimento destes pacientes aos ambulatórios da doença coronariana. Através da consulta de enfermagem, torna-se possível levantar os principais fatores de risco que acometem este tipo de paciente, bem

como as principais barreiras na adesão ao tratamento a serem estudadas e trabalhadas. Munido dessas informações, o enfermeiro, bem como a equipe de saúde, poderá traçar metas que visem à reabilitação do paciente, além da redução de custos em seu tratamento e a melhora da qualidade de vida.

Objetivos

2. OBJETIVOS

1. Caracterizar o perfil bio-psico-social dos pacientes após síndromes coronarianas agudas.
2. Identificar os fatores que possam interferir na adesão ao tratamento de pacientes com síndromes coronarianas agudas no que diz respeito ao não comparecimento às consultas, à interrupção do tratamento e ao controle de pressão arterial.
3. Associar o perfil bio-psico-social dos pacientes com síndromes coronarianas agudas com fatores relacionados à adesão.

Casuística e

Método

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com caráter exploratório de pesquisa de campo quantitativa, realizado no período de novembro de 2005 a março de 2006.

3.2 Local do Estudo

A presente pesquisa foi realizada em um hospital escola de grande porte, situado na zona sul da cidade de São Paulo.

Os locais escolhidos para realização do estudo foram: as unidades de internação em cardiologia (Unidade de Terapia Intensiva e Enfermaria), o ambulatório de prevenção secundária de doença coronariana, o ambulatório de coronária e o ambulatório dos lípides. Pacientes com síndrome coronariana aguda, em princípio, necessitam de suporte de terapia intensiva. Por se tratar de um setor especializado em cardiologia clínica, os pacientes têm como principais causas de internação a doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca congestiva, as doenças da aorta, as arritmias e as afecções que acometem o endocárdio e o pericárdio.

Ao ser dada a alta hospitalar, o paciente é encaminhado para um dos diversos ambulatórios através dos quais ele receberá o acompanhamento adequado, tais como: ambulatório dos angioplastados, ambulatório de coronária, de arritmia, de controle da atividade de protrombina e de prevenção secundária, dos lípides entre outros.

Os ambulatórios de prevenção secundária de doença coronariana, de coronária e o ambulatório dos lípides recebem pacientes que já sofreram infarto agudo do miocárdio ou angina instável. Geralmente esses pacientes já foram submetidos à cineangiocoronariografia, à angioplastia percutânea e à revascularização do miocárdio, procedimentos esses que tem como

principal objetivo estratificar o risco da doença cardíaca, aliviar os sintomas e melhorar a função cardíaca. Nesta pesquisa optou-se por realizar a primeira entrevista nas unidades de internação cardiológica e a segunda nos referidos ambulatorios.

3.3 Amostragem

Foram estudados pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva especializada em cardiologia, com diagnóstico médico indicando síndrome coronariana aguda, que, após alta hospitalar, foram encaminhados aos ambulatorios da coronária, lípidos e de prevenção secundária.

3.3.1 Cálculo da amostra

Para o cálculo da amostra foram considerados os seguintes parâmetros: numero de internações por síndromes coronarianas agudas no período do estudo e comparecimento dos pacientes encaminhados ao serviço de ambulatorio. Desta forma, a amostra é constituída de 85 pacientes.

3.3.2 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram os seguintes:

1. pacientes com diagnóstico médico de síndromes coronarianas agudas, ou seja, angina instável e infarto agudo do miocárdio com e sem supra desnivelamento do segmento ST, que, após alta hospitalar, foram encaminhados a um dos serviços ambulatoriais descritos;

2. pacientes que, após receberem as informações sobre os objetivos da pesquisa e sobre a importância da participação, leram e aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1);
3. pacientes maiores de 18 anos;
4. pacientes que pudessem comparecer aos ambulatorios após alta hospitalar; e
5. pacientes que não apresentassem déficits cognitivos aparentes.

3.3.3 Critérios de exclusão

Pacientes que tinham como fator de risco desencadeante do evento coronariano o uso de drogas ilícitas.

3.4 Coleta de Dados

Os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia que atenderam aos critérios de inclusão foram cadastrados através de uma ficha (Anexo 2) preenchida por meio da consulta do prontuário e de informações obtidas junto ao paciente, caso necessário. Esta ficha continha dados referentes à identificação, tais como nome, número de prontuário, telefone, endereço, naturalidade, nacionalidade e diagnóstico médico. Dados biossociais como idade, etnia referida pelo paciente, sexo, peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e pulso, estado civil, profissão e grau de escolaridade também foram incluídos. Os exames anotados durante a internação foram os seguintes: eletrocardiograma e marcadores de necrose miocárdica. Em vigência da alta, os pacientes foram orientados e encaminhados aos ambulatorios, tendo consultas agendadas pelo enfermeiro no período médio de vinte dias a contar da data de alta hospitalar, incluindo a solicitação de exame de sangue (glicemia de jejum e

perfil lipídico), que deveria ser colhido no laboratório da instituição uma semana antes do retorno.

Durante a primeira consulta, de enfermagem, uma entrevista foi realizada pela pesquisadora em local reservado, preferencialmente coincidente com a consulta médica, com o auxílio de um instrumento de coleta de dados (Anexo 3) idealizado para o estudo. Esse instrumento foi elaborado com o intuito de caracterizar o perfil bio-psico-social dos pacientes e os fatores que pudessem influenciar a adesão ao tratamento proposto. Sua estrutura foi dividida em seis grupos: o primeiro realiza o levantamento de dados referentes à identificação do indivíduo, incluindo nome, idade, telefone, nacionalidade e naturalidade, sexo, etnia e diagnóstico; o segundo aborda dados socioeconômicos e culturais, tais como estado civil, religião, grau de instrução, ocupação, local de residência e distância do serviço de saúde, saneamento básico, renda familiar, número de pessoas que moram na mesma residência e responsável pela renda familiar; o terceiro levanta dados sobre a doença e o conhecimento que o paciente possui sobre a mesma, além das informações sobre o serviço de saúde que o atende, antecedentes pessoais e familiares, acompanhamento em outros ambulatorios, realização de tratamentos para as doenças de base e terapias alternativas, número de internações, medicações prescritas no momento da alta hospitalar, menopausa e reposição hormonal e os motivos referidos pelos pacientes que possam ter desencadeado as síndromes coronarianas agudas; o quarto grupo relaciona dados do estilo de vida do indivíduo, tais como hábitos alimentares, tabagismo, atividade física e ingestão de bebida alcoólica; o quinto elenca fatores relativos à adesão, tais como as atitudes frente a necessidade de tomar medicamentos, a interrupção do tratamento, o não comparecimento às consultas, a participação da família e os sentimentos (tristeza, ansiedade e estresse) relatados pelo paciente após o acometimento da doença; o sexto levanta dados estruturais do indivíduo, como peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), resultados dos exames, pressão arterial e circunferência abdominal.

Visto que os pacientes estavam relativamente afastados do contexto hospitalar, não sofrendo assim a influência da internação, optou-se por trabalhar com as medidas de pressão, circunferência abdominal e índice de massa corpórea obtidas no ambulatório.

O excesso de peso corporal pode ser mensurado por diversas técnicas, entretanto, devido à simplicidade da sua obtenção, baixo custo e correlação com a gordura corporal, optou-se pela utilização do Índice de Massa Corporal (IMC), amplamente aceito e utilizado para estudos epidemiológicos.

O IMC é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Os valores de IMC que ficam acima de $25,0 \text{ kg/m}^2$ caracterizam excesso de peso; os valores entre $25,0 \text{ kg/m}^2$ e $29,9 \text{ kg/m}^2$ correspondem a sobrepeso e os valores de IMC $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ correspondem ao estado de obesidade³³.

A circunferência abdominal em centímetros foi definida como a menor medida de uma circunferência no nível da cicatriz umbilical, no final do movimento expiratório. A medida foi realizada com uma fita métrica inelástica.

A medida da pressão arterial foi feita pelo método indireto utilizando-se um aparelho automático Orom HEM-713C com o intuito de minimizar a influência do observador. O aparelho foi validado de acordo com protocolos internacionais, de acordo com o procedimento a seguir:

- a) Certificou-se de que o paciente não estava com bexiga cheia, não havia fumado, ingerido bebida alcoólica ou qualquer bebida cafeinada. A medição também foi realizada 30 minutos após a alimentação e entre 60-90 minutos após qualquer atividade física.
- b) 5 a 10 minutos de repouso.
- c) No membro superior esquerdo.

- d) Na posição sentada, com pernas descruzadas e pés apoiados no chão.
- e) Com o braço apoiado na altura do coração, livre de roupas com a palma da mão voltada para cima e cotovelo levemente fletido.
- f) Foram realizadas três medidas consecutivas, sendo o intervalo entre uma e outra medida de um a dois minutos.
- g) O manguito utilizado foi adequado ao braço do paciente, a largura da bolsa de borracha correspondia a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolvia pelo menos 80%.

Antes da realização das medidas de pressão arterial, o paciente recebeu explicações sobre o procedimento e foi orientado a não se comunicar verbalmente durante o mesmo.

3.4.1 Avaliação dos hábitos de vida

Na descrição dos hábitos alimentares foram incluídos os seguintes grupos alimentares: 1) carnes vermelhas; 2) carnes brancas; 3) preparados com toucinho, bacon, lingüiça calabresa, ovos, maionese e margarinas; 4) embutidos e enlatados; 5) leite integral e derivados; 6) leite desnatado e derivados; 7) chocolates, biscoitos, salgadinhos; 8) legumes, verduras e frutas e 9) grãos e cereais. A frequência de ingestão para cada grupo foi avaliada em: não consome; consome 1 vez por mês; consome de 2 a 3 vezes por mês; consome de 1 a 2 vezes por semana; consome 3 vezes por semana e diariamente. Para cada frequência foram atribuídos pontos de um a seis conforme o aumento da ingestão. A pontuação variou de 9 a 54 pontos com inversão da escala para os alimentos dos grupos 2, 6, 8 e 9. Portanto, quanto maior a frequência de ingestão de alimentos considerados pouco saudáveis (1,3,4, 5 e 7) menor a pontuação e quanto maior a

freqüência de alimentos considerados saudáveis (2,6,8 e 9) maior a pontuação .

Dentro da avaliação dos hábitos referentes ao consumo de bebida alcoólica, a quantidade de etanol ingerida diariamente por aqueles que faziam uso de bebida alcoólica foi calculada. O equivalente em gramas foi calculado da seguinte forma⁵: cerveja (lata 350 ml) = 10 gramas de etanol; cerveja (garrafa 660 ml) = 20 gramas de etanol; vinho (1 copo de 110ml) = 10 gramas de etanol; destilados (1 dose 30ml) = 10 gramas de etanol⁶³.

Com relação ao consumo de cigarros, foi considerado tabagista o indivíduo que fazia uso de mais de cinco cigarros por dia. Foram considerados ex-tabagistas aqueles que haviam parado de fumar no período entre 20 e 30 dias (tempo após alta hospitalar para retorno ambulatorial).

3.4.2 Questionário de Saúde Geral de Goldberg. General Health Questionnaire (GHQ)

Diante dos sentimentos e atitudes relatados pelos pacientes após evento coronariano agudo, foi preciso avaliar de maneira mais adequada estas respostas frente ao tratamento. Uma vez que a saúde mental é melhor definida em termos dos desvios de índices comportamentais do indivíduo em relação a uma população, identificou-se a necessidade de um instrumento que avaliasse a presença bem como a severidade da doença mental.

O questionário de Saúde Geral de Goldberg atendeu os requisitos necessários para este estudo visto que é um instrumento adaptado e validado para a realidade brasileira, é auto-aplicável, de fácil apuração, já tendo sido aplicado em uma população geral. O questionário também foi considerado adequado por expressar índices comportamentais que avaliam aquilo que o respondente está sentindo no momento da aplicação do questionário e não os sintomas previamente experienciados⁶⁴.

O questionário original contém sessenta itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, que são apresentados e respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos. Há versões menores com trinta e dois itens. No presente estudo, optou-se pela modalidade de sessenta itens constituída por cinco domínios inter-relacionados à saúde mental: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbio do sono, distúrbio psicossomático e um fator geral relacionado à severidade da doença mental totalizando seis domínios⁶⁴ (Anexo 4). No item 'desconfiança no desempenho', observou-se a necessidade de utilizar o termo *auto-eficácia* por estar mais adequado aos estudos desenvolvidos em nosso meio. De acordo com Bandura, a auto-eficácia é a habilidade do indivíduo para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento⁶⁵.

A interpretação dos fatores foi realizada com base na análise do conteúdo semântico dos itens componentes de cada domínio. Portanto, os itens do domínio 1 destacam as experiências de tensão, impaciência, cansaço e sobrecarga que tornam a vida uma luta constante e infeliz. Os itens do domínio 2 evidenciam basicamente o desejo de por fim à própria vida, já que ela se apresenta como inútil, sem sentido e sem perspectivas. Na análise do domínio 3, observa-se a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar tarefas diárias de forma satisfatória. Os itens do domínio 4 se referem a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos. O fator 5 é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como mal-estar, dores de cabeça, fraqueza e calafrios. O domínio geral pode ser interpretado como a soma de todos os domínios avaliando dessa forma a saúde mental⁶⁴.

Neste questionário, alguns itens expressam sintomas enquanto outros identificam comportamentos normais. Esta diferença modifica a somatória dos pontos, ou seja, nos comportamentos normais os valores são invertidos.

3.4.3 Apuração dos dados do Questionário Geral de Saúde

A apuração das repostas pode ser feita de várias maneiras. Goldberg utilizou o sistema de apuração padrão, ou seja, deu aos pontos 1 e 2 da escala valor 0 e aos pontos 3 e 4 valor 1, resultando no escore máximo de 60 pontos, devendo-se considerar que quanto maior o escore maior o nível de distúrbios psiquiátricos. O ponto de corte do sintomático versus o não sintomático no sistema de apuração padrão se situa em 3/4 pontos^{64 7}. Na realização da apuração das respostas do questionário pelo modelo padrão, não foi encontrada significância estatística entre os domínios e as variáveis. Portanto, para este estudo, optou-se por realizar a escala de quatro pontos (1,2,3 e 4), seguida pela soma dos escores brutos obtidos em cada domínio e o escore bruto geral do questionário.

Para a avaliação dos grupos foi feita a distribuição dos resultados de cada domínio em quartis e foi estabelecido como possivelmente alterados aqueles que compunham o quarto quartil. Estabeleceu-se que o valor de corte fosse aquele que separasse o terceiro do quarto quartil. Eventualmente, este subgrupo pôde compreender mais de 25% da amostra total, pois o escore se repetiu em vários pacientes. Portanto, um outro valor de corte foi adotado e o subgrupo desta amostra contendo os maiores valores foi classificado. Para os domínios, foram adotados os seguintes valores de corte: para o domínio estresse psíquico, o valor de corte foi ≥ 30 ; para o domínio desejo de morte, o valor foi de ≥ 12 ; para desconfiança no desempenho, o valor foi de ≥ 37 ; para distúrbio do sono, o valor foi de ≥ 16 ; para distúrbio psicossomático, o valor foi de ≥ 25 e para severidade da ausência de saúde mental, o valor foi de ≥ 132 .

3.5 Análise e Tratamento Estatístico

Depois de coletados, os dados foram organizados em um banco de dados computadorizado e foram processados eletronicamente, realizando as correlações pertinentes ao estudo. Por se tratar de um estudo descritivo-

exploratório, a análise dos dados foi exclusivamente quantitativa, realizada com a ajuda de um assessor estatístico.

As variáveis qualitativas classificatórias são apresentadas em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre estas variáveis classificatórias foi avaliada com o teste Qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança, como o teste exato de Fisher.

As variáveis quantitativas são apresentadas descritivamente em tabelas contendo médias, desvio padrão e valores mínimos e máximos. As médias foram comparadas com o teste t-Student.

As variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

3.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Resultados

4. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo são apresentados em três partes, sendo a primeira na forma de tabelas descritivas caracterizando a amostra de pacientes com síndromes coronarianas agudas. As tabelas demonstram dados relativos aos aspectos biossociais como idade, sexo, etnia, escolaridade, ocupação, renda familiar, conhecimento, crenças, hábitos e estilo de vida, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, presença de doenças, fatores de risco, índice de massa corpórea (IMC) e cintura, perfil lipídico e glicêmico. São incluídos também os resultados das respostas ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg dividido pelos 5 domínios: Estresse Psíquico, Morte, Auto-eficácia, Distúrbio do Sono e Distúrbios Psicossomáticos, além do domínio geral que caracteriza a severidade da Ausência de Saúde Mental.

Na segunda parte, estão presentes as variáveis que caracterizam a amostra estudada associadas com os domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg, incluindo o controle da hipertensão arterial e dos níveis de HDL, atitude frente à necessidade dos medicamentos, o não comparecimento às consultas, o número de internações e o sentimento de ansiedade referido pelos pacientes.

A terceira parte consiste da análise multivariada associada às variáveis estudadas que são significantes na análise univariada, caracterizando a amostra com os domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg, com a condição de hipertensão e com o não comparecimento à consulta médica.

PARTE 1 Descritivo das variáveis estudadas

As tabelas apresentadas nessa parte seguem a numeração de 1 a 16 estão divididas conforme segue. A Tabela 1 apresenta os dados biossociais, incluindo aspectos referentes à idade, sexo, nacionalidade, naturalidade, etnia, religião, escolaridade, profissão e estado civil. Os dados

socioeconômicos levantam aspectos relacionados à moradia, renda familiar e características do chefe de família e são apresentados na Tabela 2. As características bioestruturais do indivíduo relacionadas ao índice de massa corpórea (IMC), pressão arterial e índice de circunferência abdominal estão presentes na Tabela 3. Os dados relacionados à menopausa e reposição hormonal são apresentados na Tabela 4; as doenças de base e os tratamentos realizados são incluídos na Tabela 5; os antecedentes familiares estão resumidos na Tabela 6; os hábitos de vida no tocante ao tabagismo, uso de bebida alcoólica e prática de exercício físico constam da Tabela 7 e os hábitos alimentares constituem a Tabela 8. São levantados ainda dados referentes ao histórico da doença no que se refere ao número de internações e às terapias alternativas, dados que constam da Tabela 9. Os medicamentos utilizados descritos no prontuário médico são incluídos na Tabela 10. Os dados sobre a adesão ao tratamento dizem respeito ao comparecimento à consulta e à interrupção do tratamento e são incluídos na Tabela 11. A atitude frente à tomada de medicamentos constitui a Tabela 12; os dados sobre a participação da família no tratamento são apresentados na Tabela 13 e as crenças do paciente sobre os motivos que o levaram a desencadear a doença e dados sobre a internação constam na Tabela 14. Na Tabela 15 são apresentados os dados referentes aos sentimentos de estresse, ansiedade e tristeza referidos pelo paciente após evento agudo coronariano. Por ultimo são expostos os dados do perfil lipídico e da glicemia (Tabela 16).

Tabela 1. Características bio sociais dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis e Categorias	Respostas	
	n	%
SEXO		
Masculino	48	56,5
Feminino	37	43,5
DIAGNÓSTICO		
Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do seguimento ST	26	30,6
Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnívelamento do seguimento ST	29	34,1
Angina Instável	30	35,3
NACIONALIDADE		
Brasileiro	84	98,8
Não brasileiro	01	1,2
NATURALIDADE		
Sudeste	56	65,9
Nordeste	22	25,9
Sul	3	3,5
Norte	3	3,5
Centro	1	1,2
ETNIA		
Branca	68	80,0
Negra	10	12,0
Mulato	7	8,0
RELIGIÃO		
Católica	62	72,9
Evangélica	8	9,4
Espírita	5	5,9
Testemunha de Jeová	4	4,7
Outras (Budista, Messiânica, Judaica e Crê em Deus)	6	7,1
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	9	10,6
Lê-Escreve	5	5,9
Ensino Fundamental	44	51,8
Ensino Médio	20	23,5
Superior	7	8,2
PROFISSÃO		
Autônomo	19	22,3
Aposentado	18	21,2
Do lar	14	16,5
Serviços Domésticos	14	16,5
Serviços Gerais	09	10,6
Outros (Funções Técnicas, Funções Superiores e Desempregado)	11	12,9
ESTADO CIVIL		
Casado / Amigado	52	61,1
Viúvo	14	16,5
Solteiro	13	15,3
Separado	06	7,1
IDADE (Média±DP, anos)	59,10 ± 9,63	

Os dados da Tabela 1 apresentam a caracterização dos pacientes estudados que foram diagnosticados com síndromes coronarianas. Houve predomínio do sexo masculino (56,5%), idade média entre a quinta e a sexta década ($59,10 \pm 9,63$ anos), com 35,3% dos diagnósticos de síndromes coronarianas agudas se caracterizando por angina instável, 30,6% de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST e 34,1% de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (65,9%). Quanto à nacionalidade, quase a totalidade era brasileira (98,8%), natural principalmente da região sudeste (65,9%), de cor branca (80%). No que se refere ao estado civil, pouco mais da metade se constituía de pessoas casadas ou que tinham um companheiro (61,1%); a maioria era católicas (72,9%); cerca da metade havia cursado o ensino fundamental (51,8%), seguidos do ensino médio (23,5%), com um grau relevante de baixa ou nenhuma escolaridade (16,5%). No tocante à ocupação, observa-se que a maior parte dos pacientes era autônoma (22,4%) e aposentada (21,2%).

Tabela 2. Características Socioeconômicas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Resposta	
	n	%
Mora em imóvel		
Próprio	63	74,1
Cedido	03	22,4
Alugado	19	3,5
Valor do aluguel (Media ± DP)*	438.2 ± 232.43	
Saneamento Básico		
Sim	83	97,6
Não	2	2,4
Nº de pessoas na moradia		
Uma	21	24,7
Duas	21	24,7
Três	22	25,9
Quatro ou mais	21	24,7
Renda Familiar (salário mínimo)*		
< 1	6	7,1
1	8	9,4
02 a 03	25	29,4
04 a 05	21	24,7
> 5	25	29,4
Chefe de família		
Paciente	52	61,2
Cônjuge	21	24,7
Filho	11	12,9
Casal	8	9,4
Outro familiar	8	9,4
Distancia do Serviço de Saúde		
Ate 1 hora	47	55,3
De 1 a 2 horas	24	28,2
Mais de 2horas	14	16,5

* Valor de acordo com o salário mínimo vigente (R\$350,00).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, os dados da Tabela 2 demonstram que um número significativo da amostra (74,1%) referiu possuir casa própria e com saneamento básico (97,6%), variando a renda familiar entre dois, três ou mais que cinco salários mínimos, com quatro ou mais moradores por moradia (54,1%). O principal responsável pela renda familiar foi o paciente (61,2%) seguido do cônjuge (24,7%).

Tabela 3. Características do índice de massa corpórea (IMC), cintura abdominal e pressão arterial dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Media $\pm$ Desvio padrão
IMC (Kg/m ²)	28,2 $\pm$ 5,07
Pressão sistólica (mmHg)	128,7 $\pm$ 19,6
Pressão diastólica (mmHg)	82,2 $\pm$ 10,5
Circunferência Abdominal (cm)	
Homem	93,1 $\pm$ 11,5
Mulher	85,8 $\pm$ 13,9

Os dados da Tabela 3 demonstram que a média do IMC estava alterada (28,2 $\pm$ 5,07), ou seja, 41,2 % tinham IMC entre 25 e 29 Kg/m² e 28 tinham IMC $\geq$ 30 Kg/m². Os valores da pressão sistólica e diastólica obtida através de três medidas apresentou-se dentro dos limites da normalidade. No tocante à circunferência abdominal, tanto para os homens quanto para as mulheres os níveis se mantiveram dentro dos limites esperados. Dentre os valores obtidos, 22,9% dos homens apresentaram circunferência $\geq$ 102 e 43,2% das mulheres apresentaram circunferência abdominal $\geq$ 88 cm.

Tabela 4. Mulheres com síndromes coronarianas agudas em relação à menopausa e tratamento de reposição hormonal. São Paulo, 2006.

Variáveis	n	%
Menopausa		
Sim	26	70,3
Não	11	29,7
Reposição Hormonal		
Sim	3	11,5
Não	23	88,5

Verifica-se que a grande maioria (70,3%) estava passando ou já havia passado pela menopausa, com uma porcentagem pequena que fazia reposição hormonal (11,5%).

Tabela 5. Doenças e tratamento dos pacientes com síndrome coronariana aguda. São Paulo, 2006.

Variáveis	Antecedentes Pessoais		Realiza tratamento	
	n	%	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	67	78,8	52	61,2
Dislipidemia	53	62,4	36	42,4
Infarto Agudo do Miocárdio	34	40,0	26	30,6
Diabetes Mellitos	29	34,1	24	28,2
Acidente Vascular Encefálico	8	9,4	6	7,1
Doença Arterial Periférica	7	8,2	2	2,4
Câncer	6	7,1	2	2,4
Insuficiência Renal	3	3,5	3	3,5
Insuficiência Cardíaca Congestiva	3	3,5	2	2,4

Os dados demonstram que a maioria dos pacientes com síndromes coronarianas agudas tinha como principal antecedente pessoal a hipertensão (78,8%), sendo estes os que mais apresentaram participação no tratamento (61,2%). Observa-se ainda que 40% dos entrevistados já havia sofrido infarto agudo do miocárdio e 30,6% fazia tratamento para esta doença. O diabetes ocupava o quarto lugar dentre os antecedentes pessoais (34,1%), sendo que 28,2% faziam tratamento para a mesma.

Tabela 6. Antecedentes familiares dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Antecedentes Familiares						Grau de Parentesco							
	Sim		Não		Não Sabe		Pai		Mãe		Irmãos		Avós	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infarto Agudo do Miocárdio	52	61,2	27	31,8	6	7,1	30	35,3	18	21,2	19	22,4	4	4,7
Hipertensão	38	44,7	29	34,1	18	21,2	9	10,6	20	23,5	18	21,2	1	1,2
Diabetes Mellitos	33	38,8	36	48,4	16	18,8	9	10,6	14	16,5	14	16,5	4	4,7
Acidente Vascular Encefálico	26	30,6	46	54,1	13	15,3	8	9,4	12	14,1	7	8,2	2	2,4
Dislipidemia	16	18,8	33	38,8	36	42,4	1	1,2	11	12,9	6	7,1	0	-
Insuficiência Renal	4	4,7	73	85,9	8	9,4	3	3,5	1	1,2	1	1,2	0	-
Doença Arterial Periférica	4	4,7	41	48,2	40	47,1	1	1,2	2	2,4	1	1,2	0	-

Com relação à Tabela 6, os dados mostram que dos antecedentes familiares investigados, tais como o infarto agudo do miocárdio (61,2%) seguido da hipertensão (44,7%) e do Diabetes Mellitos (38,8%), foram as doenças que mais acometeram os familiares dos pacientes coronarianos. Observa-se que o pai apresenta maior índice de infarto agudo do miocárdio (35,3%), seguido dos irmãos (22,4%). A mãe apresenta maior índice de hipertensão (23,5%) e, junto com os irmãos, maiores índice de diabetes (16,5%). Verifica-se ainda, que a maioria da população não tinha ou não sabia referir antecedentes para insuficiência renal, dislipidemia e doença arterial periférica.

Tabela 7. Hábitos de vida dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	n	%
Fumo		
Sim	13	15,3
Interrompeu	38	44,7
Fumo (Exposição/ Meses)	91,1 ± 63,4	
Fumo (Quantidade maço / Semana)	7,7 ± 4,7	
Não	34	40,0
Tipo		
Com filtro	50	98,1
Sem filtro	1	1,9
Bebida Alcoólica		
Sim	20	23,5
Interrompeu	22	25,9
Etanol (gramas/dia)	20,9 ± 30,74	
Não	43	50,6
Tipo		
Destilados (Pinga, Conhaque e Whisky)	15	34,0
Fermentados (Cerveja e Vinho)	37	84,0
Atividade Física		
Sim	25	29,4
Não	39	45,9
Interrompeu	21	24,7
Tipo		
Futebol	8	9,4
Caminhada	34	40,0
Natação	3	3,5
Musculação	3	3,5
Judô	2	2,4

Com relação aos hábitos de vida, os dados da Tabela 7 indicam que pouco menos da metade dos pacientes com síndromes coronarianas havia parado de fumar (47,7%) e que um sexto referiu que ainda fumava (15,3%), sendo equivalente aos que consumiam (23,5%) ou deixaram de consumir (25,9%) bebida alcoólica, quando comparados aos que nunca haviam bebido (50,6%). A cerveja foi o tipo de bebida alcoólica consumida com maior

freqüência (73,8%). A maior parte da amostra nunca praticou esporte (45,9%), sendo a caminhada a principal atividade realizada por aqueles que praticam ou praticaram algum tipo de atividade física (40%).

Tabela 8. Consumo de alimentos dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Não usa		<1 vez / mês		3 vezes / mês		1-2 vezes / semana		3 vezes / semana		Diariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Carnes brancas	8	9,4	8	9,4	11	13,0	39	45,8	17	20,0	2	2,4
Carnes vermelhas	3	3,5	2	2,4	5	5,9	45	52,9	25	29,4	5	5,9
Embutidos/ Enlatados	41	48,2	14	16,5	13	15,3	12	14,1	4	4,7	1	1,2
Preparados com ovos, calabresa, maionese	38	44,7	11	13,0	12	14,1	13	15,3	7	8,2	4	4,7
Leite integral e derivados	29	34,1	2	2,4	2	2,4	6	7,1	9	10,5	37	43,5
Leite desnatado e derivados	44	51,8	3	3,5	2	2,4	3	3,5	2	2,4	31	36,5
Chocolates, biscoitos e salgadinhos	30	35,3	11	12,9	14	16,5	18	21,2	5	5,9	7	8,2
Legumes, verduras e frutas	1	1,2	2	2,4	3	3,5	6	7,1	21	24,7	52	61,1
Grãos e Cereais	0	-	0	-	0	-	2	2,4	5	5,9	78	91,8

Dentre os hábitos alimentares, a Tabela 8 indica que mais da metade dos participantes do estudo referiu se alimentar de frutas, legumes e verduras diariamente (61,1%); a maior parte dos participantes consome grãos e cereais diariamente (91,8%). Pouco menos da metade evita o consumo de embutidos e enlatados (48,2%). Cerca de 35,3% referiu não consumir chocolates e salgadinhos, havendo maior consumo de leite integral e derivados (43,5%) em comparação com o leite desnatado e derivados (36,5%).

Tabela 9. Histórico da doença dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Resposta	
	n	%
Internação		
1	27	31,8
2	27	31,8
3	14	16,4
>3	17	20,0
Uso de Terapias Alternativas		
Sim	27	31,8
Não	58	68,2
Quais		
Remédios caseiros	19	22,4
Religião	5	5,9
Yôga	3	3,5
Homeopatia	2	2,4
Acupuntura	1	1,2
Acompanhamento ambulatorial		
Sim	70	82,4
Não	15	17,6
Ambulatório de acompanhamento		
Lípides	41	48,2
Coronária	41	48,2
Prevenção secundária	25	29,4
Hipertensão	4	4,7
Diabetes	4	4,7
Angioplastia Transluminal Coronariana	4	4,7
Vascular	7	8,2
Arritmia	2	2,4

Os dados da Tabela 9 apontam que cerca de dois terços dos pacientes foram internados mais de uma vez (68,2%). Grande parte dos pacientes não utilizava terapias alternativas (68,2%), sendo que aqueles que o fizeram, utilizam principalmente os remédios caseiros (22,4%). Após a internação resultante do evento atual, 82,4% realizam acompanhamento em ambulatórios, destacando-se as especialidades de Lípides e Coronária (48,2% cada).

Tabela 10. Medicamentos presentes no prontuário dos pacientes com síndrome coronariana aguda após alta hospitalar. São Paulo, 2006.

Variáveis	n	%
Tipo		
Antiagregante Plaquetário	70	86,4
Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)	64	79,0
Beta bloqueador	63	77,7
Hipolipimiente	46	56,8
Diurético	32	39,5
Vasodilatador	27	33,3
Hipoglicemiante	17	21,0
Bloqueador dos Canais de Cálcio	5	6,1
Antiarritmico	4	4,9
Outros (Anticoagulante , Digitalico e Antagonista dos Receptores da Angiotensina)	5	6,1

Dentre o uso de medicamentos, os mais utilizados conforme apontam os dados da Tabela 10, foram os antiagregantes plaquetários (86,4%), seguidos dos inibidores da IECA (75,3%) e dos bloqueadores beta adrenérgicos cardiosseletivos ou não (74,1%).

Tabela 11. Não comparecimento à consulta e interrupção do tratamento dos pacientes com síndrome coronariana aguda. São Paulo, 2006.

Variáveis e Categorias	n	%
Não comparecimento à consulta		
Sim	30	35,3
Não	55	64,7
Motivo		
Esquecimento	14	46,6
Falta de Dinheiro	4	13,3
Tempo de Espera	4	13,3
Impossibilidade Física	3	10,0
Problemas Familiares	3	10,0
Outros Compromissos	3	10,0
Falta de Companhia	3	10,0
Depende de alguém para comparecer às consultas		
Sim	27	31,8
Não	58	68,2
Interrupção do tratamento		
Sim	30	35,3
Não	55	64,7
Motivo		
Falta de dinheiro	11	36,6
Não sentia necessidade de se tratar	6	20,0
Efeitos colaterais	4	13,3
Esquema Complexo medicamentoso	4	13,3
Falta de Orientação	3	13,3
Esquecimento	2	6,6
Aconselhamento de outras pessoas	2	6,6
Não gostou do médico	2	6,6
Descaso	1	1,3
Problemas Familiares	1	1,3

Constata-se através dos dados apontados pela Tabela 11 que cerca de um terço dos pacientes (35,3%) referiu faltar às consultas agendadas e já ter interrompido o tratamento. O principal motivo relatado para a falta às consultas foi o esquecimento (46,6%). Os motivos alegados para a interrupção do tratamento foram a falta de dinheiro para adquirir os remédios (36,6%) e não sentirem necessidade de se tratar (20%). Mais da metade dos pacientes (68,2%) referiu não depender de alguém para comparecer às consultas.

Tabela 12. Atitudes frente à tomada de medicamentos dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Nunca		Às Vezes / Raramente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
Esquece de tomar os remédios	31	36,5	45	52,4	9	10,6
Toma os remédios sempre no mesmo horário	0	-	40	47,1	45	52,4
Leva os remédios quando viaja	3	3,5	12	14,1	70	82,4
Providencia os remédios antes de acabarem	0	-	11	11,8	74	87,1
Toma os remédios quando não sente nenhum sintoma da doença	13	15,3	11	11,8	61	71,8
Deixa de tomar remédios por conta própria	47	55,3	35	41,2	3	3,5

Quanto à atitude frente à necessidade de tomar medicamentos, evidencia-se que grande parte dos pacientes (63%) esquece de tomar os remédios sempre ou esporadicamente. A grande maioria obedece ao esquema de tratamento sempre levando os remédios quando viajam (82,4%) e repondo-os antes que acabem (87,1%). Verifica-se também que, mesmo não sentindo nenhum sintoma, um percentual expressivo dos entrevistados

(71,8%) sempre toma os remédios e mais da metade (55,3%) nunca deixara de tomar os medicamentos por conta própria (Tabela 12).

Tabela 13. Participação da família no tratamento dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Participação da família	n	%
Sim	67	78,8
Não	18	21,2
Forma		
Incentivo ao tratamento	32	37,6
Comparecimento às consultas	30	35,3
Auxílio financeiro	19	22,4
Auxílio na tomada de medicamentos	18	21,2

Conforme dados da Tabela 13, verifica-se que para a grande maioria dos entrevistados (78,8%) a família participava do tratamento do paciente, comparecendo às consultas (35,3%) e incentivando a participação do paciente no manejo do seu tratamento (37,6%).

Tabela 14. Motivos apontados pelos pacientes com síndromes coronarianas agudas que possam ter desencadeado o evento agudo e que levaram à internação. São Paulo, 2006.

Motivo da internação	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
Estresse	59	69,4	22	25,9	4	4,7
Hipertensão arterial	41	48,2	29	34,1	15	17,6
Alimentação Inadequada	40	47,0	33	39,0	12	14
Tabagismo	33	38,8	44	51,8	8	9,4
Dislipidemia	28	32,9	43	50,6	14	16,5
Falta de ativ. Física	22	25,9	53	62,4	10	11,8
Obesidade	16	18,8	60	70,6	9	10,6
Diabetes Mellitos	14	16,5	61	71,8	10	11,8
Má adesão	7	8,2	70	82,4	8	9,4
Bebida alcoólica	4	4,7	73	85,9	8	9,4

Os dados da Tabela 14 apontam que os motivos atribuídos pelos pacientes para o desencadeamento da doença e internação foram estresse (69,4%), seguido da hipertensão (48,2%), alimentação inadequada (47,0%) e tabagismo (38,8%). Observa-se ainda que a maior parte dos pacientes (82,4%) não associou sua descompensação a problemas de adesão ao tratamento.

Tabela 15. Sentimentos referidos pelo paciente após evento agudo relacionados à tristeza, ansiedade e estresse dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Triste		Ansioso		Estressado	
	n	%	n	%	n	%
Sim	42	49,4	41	48,2	40	47,1
Não	43	50,6	44	51,8	45	52,9
Motivos						
A doença	8	19,0	11	26,8	10	25,0
Problemas Financeiros	7	16,6	9	21,9	3	7,5
Frustração/ Desesperança	5	11,9	6	14,6	14	35,0
Trabalho	1	2,3	8	19,5	0	-
Outros (Solidão, Problemas na Relação Sexual)	5	11,9	4	9,7	2	5,0

Os dados da Tabela 15 apresentam os sentimentos referidos pelo paciente após evento agudo coronariano. Observa-se que praticamente metade dos entrevistados sentia tristeza (49,4%), ansiedade (48,2%) e estresse (47,1%). Entre os principais motivos associados pelos entrevistados ao desencadeamento do sentimento de tristeza estão a própria doença e suas limitações (19%), seguido de problemas financeiros (16,6%). Com relação à ansiedade, destaca-se também a própria doença (26,8%) seguida de problemas financeiros (21,9). Com relação ao estresse, 35% referiram frustração e desesperança como fatores relacionados seguidos da doença em si.

Tabela 16. Dados do perfil lipídico, glicêmico, uréia e creatinina dos pacientes com síndromes coronarianas agudas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Media $\pm$ Desvio padrão
Glicemia (mg/dl)	138,8 $\pm$ 74,2
Triglicérides (mg/dl)	190,1 $\pm$ 26,2
Colesterol total (mg/dl)	189,4 $\pm$ 44,4
LDL c (mg/dl)	120,6 $\pm$ 47,5
HDL c (mg/dl)	42,6 $\pm$ 15,4

A análise dos dados da Tabela 16 evidencia que a média dos níveis glicêmicos estava acima da faixa da normalidade (138,8 $\pm$ 74,2), sendo que 42,3% dos participantes apresentou níveis de glicemia $\geq$ 110mg/dl, e 42,3% apresentou níveis de triglicérides $\geq$ 150 mg/dl. O nível de LDL manteve-se na faixa desejável, com 31 indivíduos apresentando valores $\geq$ 130 mg/dl e do HDLc limítrofe, e 38 participantes apresentaram valores $<$ 40mg/dl.

Parte 1.2 Descritiva do Questionário de Saúde Geral de Goldberg

As tabelas apresentadas a seguir seguem a numeração de 17 a 21 e dizem respeito às respostas obtidas dos pacientes ao se aplicar o Questionário de Saúde Geral de Goldberg. A Tabela 17 apresenta as respostas para o domínio de tensão ou estresse; a Tabela 18 indica os dados relativos ao conceito de desejo de morte; a Tabela 19 refere-se à auto-eficácia; a Tabela 20 faz referência aos distúrbios do sono; a Tabela 21 apresenta dados sobre os distúrbios psicossomáticos; a Tabela 22 aponta os pacientes alterados e não alterados em cada domínio e a Tabela 23 nos fornece a média obtida na soma de cada domínio.

Tabela 17. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio sobre tensão ou estresse psíquico do Questionário de Saúde Geral de Goldberg.

Questões Pertencentes ao Domínio Estresse Psíquico	Não absolutamente		Não mais do que de costume		Um pouco mais do que de costume		Muito mais do que de costume	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3. Tem se sentido cansado (fadigado) e irritado?	23	27,1	12	14,1	36	42,4	14	16,5
12. Ao levantar-se, sente que o sono não foi suficiente para renovar as energias?	31	36,5	15	17,6	28	32,9	11	12,9
38. Sente medo de tudo que precisa que fazer?	65	76,5	10	11,8	8	9,4	2	2,4
39. Sente-se constantemente sob tensão?	25	29,4	19	22,4	31	36,5	10	11,8
40. Sente-se incapaz de superar suas dificuldades?	42	49,4	19	22,4	18	21,2	6	7,1
41. Considera a vida uma luta constante?	8	9,4	49	57,6	19	22,4	4	10,6
43. Tem pouca paciência com as coisas?	16	18,8	24	28,2	34	40,0	11	12,9
44. Sente-se irritado e mal humorado?	26	30,6	24	28,2	24	28,2	11	12,9
45. Fica apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isto?	71	83,5	5	5,9	7	8,2	2	2,4
47. Sente que suas atividades tem sido excessivas para você?	42	49,4	15	17,6	20	23,5	8	9,4
49. Sente-se infeliz e deprimido?	48	56,5	8	9,4	21	24,7	8	9,4
55. Sente-se nervoso e sempre tenso?	24	28,2	21	24,7	28	32,9	12	14,1
58. Considera, por vezes, que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?	66	77,6	8	9,4	8	9,4	3	3,5

Observa-se na Tabela 17 que as principais alterações referidas pelos pacientes após evento coronariano foram os sentimentos e sensações de cansaço e irritação (58,9%), e de pouca paciência (52,9%). Com relação a alterações do sono, sentimentos de medo, incapacidade de superar as dificuldades, mau humor, pânico, infelicidade e depressão, tensão, nervosismo e carga excessiva de atividades, a maior parte não referiu alteração.

Tabela 18. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio 2 que expressa o conceito de desejo de morte do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.

Questões Pertencentes ao Domínio Desejo de Morte	Não absoluta mente		Não mais do que de costume		Um pouco mais do que de costume		Muito mais do que de costume	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50. Tem perdido a confiança em você mesmo?	60	77,6	6	7,1	9	10,6	4	4,7
51. Considera-se uma pessoa inútil, sem valor?	65	76,5	7	8,2	8	9,4	5	5,9
52. Sente que a vida é completamente sem esperança.	69	81,2	9	10,6	4	4,7	3	3,5
56. Sente que a vida não vale a pena?	71	83,5	4	4,7	8	9,4	2	2,4
58. Considera, por vezes, que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?	66	77,6	8	9,4	8	9,4	3	3,5
59. Já se percebeu desejando estar morto e longe (livre) de tudo?	67	78,8	5	5,9	9	10,6	4	4,7
	Definitivamente não		Acho que não		Passou-me pela cabeça		Definitivamente sim	
57. Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?	73	85,9	2	2,4	6	7,1	4	4,7
60. Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?	75	88,2	0	-	6	7,1	4	4,7

De acordo com os dados da Tabela 18, ao correlacionarem sentimentos ligados à depressão (desejo de morte), a maioria das respostas dos pacientes foi positiva, ou seja, os pacientes negaram perda de confiança em si, negaram sentirem-se inúteis e desvalorizados, sem esperança e com idéias de morte.

Tabela 19. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio três que compreende o construto 'falta de confiança na capacidade de desempenho' (auto-eficácia) do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.

Questões Pertencentes ao Domínio Auto-eficácia	Não, absolutamente		Não mais do que de costume		Um pouco mais do que de costume		Muito mais do que de costume	
	n	%	n	%	n	%	n	%
23. Sente que perde o interesse nas suas atividades normais diárias?	46	54,1	14	16,5	19	22,4	6	7,1
29. Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?	35	41,2	33	38,8	12	14,1	5	5,9
37. Sente que você não consegue continuar as coisas que começa?	33	38,8	38	44,7	12	14,1	2	2,4
40. Sente-se incapaz de superar suas dificuldades?	42	49,4	19	22,4	18	21,2	6	7,1
50. Tem perdido a confiança em você mesmo?	66	77,6	6	7,1	9	10,6	4	4,7
	Mais do que de costume		Como de costume		Menos do que de costume		Muito menos do que de costume	
30. Sente-se satisfeito com a forma através da qual vem realizando suas atividades?	13	15,3	52	61,2	18	21,2	2	2,4
35. Sente que esta desempenhando uma função útil na vida?	11	12,9	54	63,5	16	18,8	4	4,7
36. Sente-se capaz de tomar decisões sobre suas coisas?	9	10,6	67	78,8	8	9,4	1	1,2
42. Consegue sentir prazer nas suas atividades diárias?	11	12,9	56	65,9	16	18,8	2	2,4
46. Sente-se capaz de enfrentar seus problemas?	12	14,1	58	68,2	13	15,3	2	2,4
25. Tem tido menos cuidado com suas roupas?	10	11,8	62	72,9	12	14,1	1	1,2
07. Tem sido capaz de concentrar-se no que faz?	6	7,1	58	68,2	19	22,4	2	2,4
15. Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?	4	4,7	66	77,6	14	16,5	4	1,2
16. Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?	6	7,1	37	43,5	34	40,0	8	9,4
	Melhor do que de costume		Mais ou menos igual		Um pouco pior		Muito pior	
27. Tem se saído tão bem como acha que a maioria das pessoas sairia se estivesse em seu lugar?	21	24,7	51	60,0	10	11,8	3	3,5
28. De modo geral, você considera que tem dado conta de seus afazeres?	3	3,5	64	75,3	16	18,8	2	2,4
	Mais rápido do que de costume		Como de costume		Mais tempo do que de costume		Muito mais tempo do que de costume	
22. Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?	3	3,5	46	54,1	30	35,1	6	7,1

De acordo com os dados da Tabela 19, a maioria dos entrevistados não referiu alteração no que diz respeito a atitudes e sentimentos ligados à auto-eficácia ao serem questionados sobre a perda do interesse nas atividades, mudanças dos hábitos de vida, atrasos no trabalho, superação das dificuldades, falta de confiança, utilidade na vida, tomada de decisões, prazer nas atividades, enfrentamento dos problemas, auto-imagem e lucidez. Mais da metade não referiu mudança alguma ou nenhuma mudança diferente daquelas que de costume. Os mais alterados foram aqueles que responderam positivamente sobre a falta de disposição e a necessidade de mais tempo para executar as tarefas.

Tabela 20. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio 4 que expressa o conceito de Distúrbios do Sono do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.

Questões Pertencentes ao Domínio Distúrbio do Sono	Não absolutamente		Não mais do que de costume		Um pouco mais do que de costume		Muito mais do que de costume	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18. Sente dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono? (ter pego no sono)	25	29,4	23	27,1	29	34,1	8	9,4
17. Tem sentido dificuldade em conciliar o sono (pegar no sono)?	39	45,9	10	11,8	26	30,6	10	11,8
20. Tem tido noites agitadas e maldormidas?	38	44,7	13	15,3	26	30,6	8	9,4
11. Tem acordado cedo (antes da hora) sem conseguir dormir novamente?	18	21,2	30	35,3	28	32,9	9	10,6
14. Tem perdido o sono com frequência por causa de preocupações?	38	44,7	16	18,8	23	27,1	8	9,4
19. Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?	59	69,4	10	11,8	11	12,9	5	5,9

Os dados da Tabela 20 apontam que a maioria dos entrevistados não referiu distúrbios relativos ao sono, constituindo-se a principal queixa entre os alterados a dificuldade de conciliar o sono, a dificuldade em voltar a dormir após ter acordado cedo e a dificuldade em permanecer dormindo.

Tabela 21. Respostas dos pacientes com síndromes coronarianas agudas ao conjunto de questões do domínio 5 que expressa o conceito de Distúrbios Psicossomáticos do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.

Questões Pertencentes ao Domínio Distúrbios Psicossomáticos	Não absoluta mente		Não mais do que de costume		Um pouco mais do que de costume		Muito mais do que de costume	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2. Tem sentido necessidade de tomar fortificantes?	54	63,5	4	4,7	25	29,4	2	2,4
3. Tem se sentido cansado(fadigado) e irritado?	23	27,1	12	14,1	36	42,4	14	16,5
4. Tem se sentido mal de saúde?	27	31,8	18	21,1	31	36,5	9	10,6
5. Tem sentido dores de cabeça?	50	58,8	8	9,4	16	18,8	11	12,9
6. Tem sentido dores na cabeça?	50	58,8	8	9,4	16	18,8	11	12,9
8. Tem sentido medo de desmaiar em locais públicos?	49	57,6	13	15,3	18	21,2	5	5,9
9. Tem sentido sensação (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?	40	47,1	11	12,9	23	27,1	11	12,9
13. Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar?	61	71,8	10	11,8	13	15,3	1	1,2
	Melhor do que de costume		Como de costume		Pior (menos) do que de costume		Muito pior (menos) do que de costume	
1. Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?	8	9,4	36	42,4	40	47,1	1	1,2
16. Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?	6	7,1	37	43,5	34	40,0	8	9,4

Nos dados da Tabela 21 observa-se que a maioria dos pacientes não referiu queixas psicossomáticas. As queixas relatadas foram o cansaço, irritação e sentimento generalizado de saúde precária, negando, para a maioria das respostas, a necessidade de tomar fortificante. Os pacientes também negaram experienciar dores de cabeça e na cabeça, medo e pouca disposição.

Tabela 22. Domínios do questionário Geral de Saúde de Goldberg (Media $\pm$ Desvio padrão). São Paulo, 2006.

Variáveis	Média de corte	Media $\pm$ Desvio padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Estresse Psíquico	≥ 30	26,1 $\pm$ 7,3	25,0	48,0
Morte	≥ 12	10,8 $\pm$ 5,1	8,0	32,0
Auto-eficácia	≥ 32	34,6 $\pm$ 7,4	19,0	60,0
Distúrbio do Sono	≥ 16	12,2 $\pm$ 4,6	6,0	23,0
Distúrbios Psicossomáticos	≥ 25	20,3 $\pm$ 6,3	11,0	38,0
Severidade da Saúde Mental	≥ 132	116,6 $\pm$ 25,7	71,0	195,0

Os dados da Tabela 22 indicam que, de acordo com o valor de corte estabelecido para cada quartil, as médias obtidas para os domínios do questionário de saúde geral apresentaram-se abaixo dos escores estabelecidos.

Tabela 23. Relação dos domínios alterados e não alterados de acordo com o último quartil do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.

Variáveis	Alterados		Não Alterados	
	n	%	n	%
Estresse Psíquico	8	9,4	77	90,6
Morte	9	10,6	76	89,4
Desconfiança do Desempenho	8	9,4	77	90,6
Distúrbio do Sono	27	31,8	58	68,2
Distúrbios Psicossomáticos	29	34,1	56	65,9
Severidade da Ausência Saúde Mental	11	12,9	74	87,1

Os dados da Tabela 23 mostram que, de acordo com o valor de corte estabelecido para cada quartil, dentre os domínios, a grande maioria dos entrevistados não apresentou alteração, visto que o domínio de sono (31,8%) e o domínio de distúrbios psicossomáticos (34,1%) foram os mais alterados.

Parte 2. Análise univariada

As tabelas a seguir são apresentadas de acordo com a numeração de 24 a 28. A Tabela 24 diz respeito às variáveis, estado civil, acompanhamento ambulatorial e Índice de Massa Corpórea associado a hipertensos controlados e não controlados. A Tabela 25 apresenta pacientes com síndromes coronarianas agudas que relataram faltar ou não à consulta médica, dados estes relacionados à etnia, estado civil, interrupção do tratamento e hábitos alimentares. A Tabela 26 apresenta os pacientes com síndromes coronarianas agudas que interromperam ou não o tratamento, associando esses dados às variáveis religião, atitudes frente ao tratamento, consumo de bebida alcoólica e níveis de HDL c. As Tabelas 27 e 28 dizem respeito a associação dos domínios do questionário geral de saúde de Goldberg com as variáveis sexo, etnia, escolaridade, estado civil e responsável pela renda (Tabela 27), além dos dados relativos à não tomada dos medicamentos, não comparecimento às consultas, número de internações e alteração dos níveis de pressão e HDL c (Tabela 28).

Tabela 24. Dados dos pacientes com síndrome coronariana aguda, de acordo com o controle da pressão arterial, relacionados ao estado civil, acompanhamento ambulatorial e Índice de Massa Corpórea. São Paulo 2006.

Variáveis e Categorias	Pressão controlada (<140/90 mmHg)		Pressão controlada (≥140/90 mmHg)	
	n	%	n	%
Estado Civil				
Com companheiro	41	78,8	11	21,1
Sem companheiro	18	54,5	15	45,4*
Acompanhamento no ambulatório coronário				
Sim	24	58,5	17	41,4*
Não	35	79,5	9	20,4
Índice de Massa Corpórea (Kg/m²)				
<25	19	86,3	3	13,6
≥25	40	63,4	23	36,5*

*p<0,05

Os dados apresentados pela Tabela 24 indicam que, nos pacientes estudados, a condição de pressão não controlada estava associada ao estado civil, pois os que não referiram possuir companheiro apresentaram índices mais elevados de falta de controle da pressão arterial quando comparados àqueles que possuíam companheiro (45,4% vs 21,1%, $p<0,05$). Os pacientes que faziam acompanhamento no ambulatório da coronária também apresentavam pressão arterial mais descontrolada (41,5% vs 20,5%, $p<0,05$). O mesmo fato se observou em relação aos índices de massa corpórea, que foram significativamente mais elevados nos pacientes com pressão não controlada (36,51 vs 13,6%, $p<0,05$).

Tabela 25. Dados dos pacientes com síndromes coronarianas agudas que comparecem ou não às consultas médicas relacionados à etnia, estado civil, interrupção do tratamento e hábitos alimentares. São Paulo 2006.

Variáveis e Categorias	Comparecem às consultas		Não comparecem às consultas	
	n	%	n	%
Etnia				
Brancos	48	70,5	20	29,4
Não brancos	7	41,8	10	58,8*
Estado Civil				
Com companheiro	38	73,0	14	26,9
Sem companheiro	17	51,5	16	48,4*
Interrupção do Tratamento				
Sim	14	46,6	16	53,3*
Não	41	74,5	14	25,4
Consumo alimentar	36,6±7,41		40,0± 6,6*	

* $p<0,05$

De acordo com os dados da Tabela 25, observa-se que faltaram mais às consultas os pacientes não brancos quando comparados aos brancos (58,82.% vs 29,41%, $p<0,05$). Essa diferença também é constatada naqueles pacientes que não possuem um companheiro (48,8.% vs 26,9 % $p<0,05$) e naqueles que interromperam o tratamento (53,3.% vs 25,4%, $p<0,05$).

Os indivíduos que consumiam com maior frequência alimentos considerados inapropriados na dieta de pacientes cardiovasculares (embutidos, enlatados, maionese, carnes vermelhas, leite integral, biscoito, salgados, margarina, preparados com ovos) faltam mais às consultas ($40,0 \pm 6,65$ vs $36,6 \pm 7,41$, $p < 0,05$) se comparados àqueles que consumiam alimentos considerados saudáveis (frutas, legumes verduras, leite desnatado, carnes brancas, grãos e cereais) com maior frequência.

Tabela 26. Dados dos pacientes com síndromes coronarianas agudas que interromperam ou não o tratamento associados às variáveis religião, atitudes frente ao tratamento, consumo de bebida alcoólica e níveis de HDL c. São Paulo 2006.

Variáveis e Categorias	Não Interromperam o tratamento		Interromperam o tratamento	
	n	%	n	%
Religião				
Católicos	17	27,42	45	72,58*
Não Católicos	13	56,52	10	43,48
Atitudes frente à tomada de medicamentos				
<i>Tomam os remédios sempre no mesmo horário</i>				
Às vezes/raramente	20	50,0	20	50,0
Sempre	35	77,7*	10	22,2
<i>Deixam de tomar remédios por conta própria</i>				
Nunca	38	80,8*	9	19,1
Às vezes/raramente	15	42,8	20	57,1
Sempre	2	66,6	1	33,3
Consumo de bebida alcoólica				
Sim	16	80,0	4	20,0
Não	21	48,8	22	51,1
Interrompeu	18	81,8*	4	18,1
Níveis de HDL ($\geq 40\text{mg/dL}$)	39 ± 13		$47 \pm 17^*$	

* $p < 0,05$

Conforme observado nos dados da Tabela 26, os entrevistados católicos interromperam o tratamento médico das doenças de base com maior frequência quando comparados aos não católicos (72,58% vs 43,48%, $p < 0,05$).

Os pacientes que referiram nunca terem interrompido o tratamento sempre tomavam o medicamento no mesmo horário (77,7% vs 22,2% $p<0,05$) e nunca deixaram de tomá-lo por conta própria (80,8% vs 19,1% $p<0,05$).

Verifica-se ainda que os entrevistados que referiram a interrupção do consumo de bebida alcoólica apresentaram maior probabilidade de não interromper o tratamento (81,8% vs 18,1, $p<0,05$) e que os pacientes que interromperam o tratamento apresentaram níveis mais elevados de HDL c (47 ± 17 vs 39 ± 13 %, $p<0,05$).

Tabela 27. Características biossociais dos pacientes com síndromes coronarianas agudas associadas ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.

Variáveis	Estresse Psíquico		Desejo de Morte		Auto-eficácia		Distúrbios do Sono		Distúrbios Psicosomáticos		Saúde Mental	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Masculino	8	16,7	13	27,0	12	25	10	20,8	6	12,5	7	14,6
Feminino	16	43,3*	11	29,7	15	40,5	12	32,4	17	45,9*	14	40,5*
Etnia												
Branco	19	27,9	21	30,8	20	29,4	16	23,5	14	21	16	25,5
Não brancos	5	29,4	3	17,6	7	41,2	6	35,3	9	52,9*	6	35,3
Escolaridade												
Analfabeto /Lê-escreve	3	21,4	4	28,5	2	14,3	3	21,4	3	21,4	2	14,3
Ensino Fundamental	14	31	11	25,0	16	36,3	11	25	17	38,6*	14	31,8
Ensino Médio	5	25	6	30,0	8	40	8	40	3	15	5	25
Superior	2	28,6	3	42,8	1	14,2	0	0	0	0	1	14,2
Estado Civil												
Com companheiro	18	34,6	18	34,6	21	40,4*	15	28,8	15	28,8	17	32,7
Sem companheiro	6	18,2	6	18,1	6	18,2	7	21,2	8	24,2	5	15,5
Responsável pela renda familiar												
Paciente	11	21,1	16	30,7	14	26,9	13	25,0	10	19,2	11	21,1
Outros	13	39,3	8	24,2	13	39,3	9	27,2	13	39,3*	11	33,3

* $p<0,05$

Em relação às características biossociais dos pacientes estudados, os dados apresentados na Tabela 27 demonstram que houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com os domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg para o item 'sexo', pois as mulheres apresentaram mais estresse (43,3% vs 16,7%, $p \leq 0,05$), maiores distúrbios psicossomáticos (45,9% vs 12,5% $p \leq 0,05$) e maior severidade da ausência de saúde mental (40,5% vs 14,5% $p < 0,05$) quando comparadas aos homens.

Com relação à etnia e ao nível de escolaridade, os entrevistados não brancos (52,9 vs 21%, $p \leq 0,05$) que tinham por base o ensino médio (38,6 vs 21,4 vs 15%) apresentaram maior índice de distúrbios psicossomáticos quando comparados aos não brancos e àqueles que eram analfabetos, àqueles que tinham o ensino médio ou superior.

Os pacientes que relataram possuir um companheiro (casados ou amigos) apresentaram maior índice de autoconfiança (auto-eficácia) (40,4 vs 18,2%, $p < 0,05$) se comparados àqueles que não possuíam companheiro. Quando outros indivíduos eram responsáveis pela renda familiar que não o paciente, verificou-se maior distúrbio psicossomático (39,3 vs 18,2%, $p < 0,05$).

Tabela 28. Variáveis relacionadas à interrupção do medicamento, sentimentos de ansioso, não comparecimento às consultas, número de internações, níveis de pressão arterial e HDL c associadas ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo, 2006.

Variáveis	Estresse Psíquico		Desejo de Morte		Auto-eficácia		Distúrbios do Sono		Distúrbios Psicossomáticos		Saúde Mental	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Deixa de tomar o medicamento												
Nunca	8	17,2	11	23,4	8	17,0	8	17,0	10	21,2	7	14,8
Às vezes	15	42,8*	13	37,1	17	48,5	13	37,1	11	31,4	14	40,0*
Sempre	1	33,3	0	-	2	66,6*	1	33,3	2	66,6	1	33,3
2. Sentimento de ansiedade												
Sim	15	36,5	11	26,8	16	39,0	17	41,4*	16	39,0*	15	36,5*
Não	7	15,1	13	29,5	11	25,0	5	11,3	7	15,1	7	15,1
3. Não comparecimento às consultas médicas												
Sim	9	30,0	5	16,6	10	33,3	8	26,6	12	40,0*	10	33,3
Não	15	27,2	19	34,5	17	30,9	14	25,4	11	20,0	12	21,8
4. Número de internações												
1	5	18,5	6	22,2	6	22,2	5	18,5	3	11,1	3	11,1
2 - 3	16	39,0	13	31,7	15	36,5	13	31,7	16	39,0*	15	36,5
>3	3	17,6	5	29,4	6	35,2	4	23,5	4	23,5	4	23,5
5. Pressão sistólica												
<140 mmHg	24	132±17	24	122±21*	27	130±15	22	129±24	23	128±19	22	130±17
≥140 mmHg	61	127±21	61	131±18	58	128±21	63	128±18	62	129±20	63	128±20
6. Níveis de HDL												
>40mg/dL	19	51±19*	22	47±16	24	50±19*	19	48±16	20	49±16*	19	50±20*
<40mg/dL	58	40±13	55	41±15	53	39±12	58	41±14	57	40±15	58	40±13

*p<0,05

Os dados apresentados na Tabela 28 demonstram as variáveis que se associaram de forma significativa ($p<0,05$) aos domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg. Os pacientes que deixam de tomar os medicamentos apresentaram nível mais elevado de estresse psíquico (17,2% vs 42,8% vs 33,3%), menor auto-eficácia (17,0 vs 48,5% vs 66,6%) e severidade da ausência de saúde mental (14,8 vs 40,0% vs 33,3%).

Observa-se que os pacientes que relatavam ansiedade apresentaram níveis mais elevados de distúrbios de sono (41,4% vs 11,3), distúrbios psicossomáticos (39,0% vs 15,1%) e de avaliação total de saúde (36,59% vs 15,1%). Verifica-se também que, nos casos onde o paciente não era o principal responsável pela renda familiar, houve maior ocorrência de distúrbios psicossomáticos (39,4% vs 19,2%). O mesmo ocorreu com

aqueles que faltam mais às consultas médicas (40% vs 20%) e que estiveram internados de duas a três vezes em relação a uma internação (11,1% vs 39,02% vs 23,5%).

Verifica-se que os indivíduos que apresentaram alteração no domínio de morte no último quartil também apresentaram menor média de pressão arterial ($121,8 \pm 21,13$ vs. $131,4 \pm 18,5$). Houve associação com índices de HDL mais elevados no domínio estresse (50 ± 19 vs 39 ± 12), autoconfiança (50 ± 19 vs 40 ± 13), distúrbios psicossomáticos (48 ± 16 vs 40 ± 14) e severidade da ausência de saúde mental (50 ± 19 vs 40 ± 13).

Parte 3. Regressão Logística Multivariada

As variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada, como faltar a consulta, interromper o tratamento e pressão arterial ≥ 140 ou 90 mmHg, foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística e os resultados são apresentados nas tabelas 29 e 30.

Tabela 29. Resultado do modelo de regressão logística para pacientes com síndrome coronariana aguda que não compareceram às consultas, interromperam o tratamento e apresentaram alteração na pressão arterial. São Paulo, 2006.

Variáveis e categorias	OR ajustada* (IC 95%)
Não comparecimento à consulta médica	
Etnia	
Não brancos	1
Brancos	0,27 (0,08-0,86)
Hábitos alimentares	
Bom	1
Ruim	1,0 (1,0-1,4)
Interrupção do tratamento	
Não comparecer às consultas	
Não	1
Sim	6,0 (1,8-20,4)
Consumo de bebida alcoólica	
Não	1
Sim	5,0 (1,6-15,7)
Automedicação	
Não	1
Sim	7,8 (2,3-26,0)
Pressão Arterial ($\geq 140/90$ mmHg)	
Acompanhamento no ambulatório de coronária	
Sim	1
Não	2,7 (1,0-7,6)

*Razão de odds ajustado pelo método de regressão logística para as demais variáveis da tabela.

De acordo com os dados da Tabela 29, os pacientes brancos têm efeito protetor, apresentando menores riscos de não comparecerem às consultas (0,273). Já os pacientes que não mantinham hábitos alimentares saudáveis apresentaram chances 7% maiores de faltar às consultas.

Observa-se também que os pacientes que relataram interromper o tratamento apresentam probabilidade 6,0 vezes maior de faltarem às consultas e probabilidade 7,8 vezes maior de se automedicarem. Verifica-se

que os pacientes que referiram fazer uso de bebida alcoólica apresentaram probabilidade 5,0 vezes maior de interromper o tratamento médico.

Destaca-se ainda que os pacientes que realizavam acompanhamento no ambulatório da coronária apresentaram probabilidade 2,7 vezes maior de apresentar pressão arterial descontrolada.

Tabela 30. Resultado do modelo de regressão logística para os domínios alterados do Questionário de Saúde Geral de Goldberg dos pacientes com síndrome coronariana aguda. São Paulo, 2006.

Variáveis e Categorias	Odds Ratio ajustada* (IC 95%)
Estresse	
Prática a automedicação	
Não	1
Sim	4,3 (1,3-14,5)
HDL	
<40mg/dL	1
≥40mg/dL	1,0 (1,0-1,08)**
Auto-eficácia	
Realiza acompanhamento no ambulatório de coronária	
Sim	1
Não	3,8 (1,1-12,2)
Prática a automedicação	
Não	1
Sim	4,6 (1,4-14,9)
HDL	
<40mg/dL	1
≥40mg/dL	1,0 (1,1-12,2)**
Distúrbios do Sono	
Referência de ansiedade	
Não	1
Sim	5,6 (1,6-19,0)
Colesterol total	
< 200 mg/dL	1
CT ≥ 200 mg/dL	4,4 (1,3-14,3) ***
Distúrbios Psicossomáticos	
Sexo	
Masculino	1
Feminino	6,5 (1,96-22,0)
Referência de Ansiedade	
Não	1
Sim	4,0 (1,2-13,3)
Índice Geral de Saúde Mental	
Sexo	
Masculino	1
Feminino	3,9 (1,2-12,4)
Prática a automedicação	
Não	1
Sim	3,3 (1,0-10,7)

*Razão de odds ajustado pelo método de regressão logística para demais variáveis da tabela.

** Probabilidade de aumento para cada unidade de HDL.

***Aumento de 4,42 vezes para valores acima de 200mg/dL.

De acordo com os dados da Tabela 30, observa-se que os indivíduos que deixaram de tomar remédio por conta própria apresentaram probabilidade 4,3 vezes maior de ter o domínio de estresse alterado. O mesmo ocorre em relação ao nível de HDLc, com probabilidade 4% maior para cada aumento da unidade de HDL (1 mg/dl) para pacientes que apresentaram o domínio estresse alterado.

Verifica-se que os pacientes que realizam acompanhamento no ambulatório de coronária apresentaram probabilidade 3,8 vezes maior de ter o domínio de auto-eficácia alterado. Fato semelhante ocorreu com aqueles que deixaram de tomar a medicação por conta própria, com probabilidade 4,6 vezes maior de apresentarem o domínio de auto-eficácia alterado. Em se tratando do nível de HDL c, pode-se verificar probabilidade 4% maior para cada aumento da unidade de HDL c (1mg/dl) de apresentar alteração da auto-eficácia.

Para aqueles pacientes que relataram experienciar ansiedade, a probabilidade foi 5,6 vezes maior de apresentarem distúrbios do sono. Em relação ao nível de colesterol total, a probabilidade foi 4,4 vezes maior de apresentarem distúrbios do sono para cada aumento na unidade de colesterol total (1mg/dL).

Com relação ao sexo, as mulheres apresentaram probabilidade 6,7 vezes maior de experienciarem distúrbios psicossomáticos e os pacientes que relataram sentimentos de ansiedade apresentaram probabilidade 4,0 vezes maior de apresentarem distúrbios psicossomáticos.

Verifica-se ainda que, em relação ao sexo, as mulheres indicaram ser 3,9 vezes mais suscetíveis do que os homens para apresentar alteração da severidade da ausência de saúde mental, o mesmo ocorrendo em relação à desistência de tomar medicamentos por conta própria, pois, para o grupo que o fez, houve probabilidade 3,3 vezes maior de apresentarem severidade da ausência de saúde mental.

Discussão

5. DISCUSSÃO

As doenças isquêmicas do coração representam uma das principais causas de morbimortalidade em nossa população, constituindo uma das questões de saúde pública mais relevantes da atualidade. Os resultados do presente estudo mostraram que, dos 85 pacientes entrevistados, um terço foi diagnosticado com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Esse é um achado que merece destaque. Segundo os resultados do “*Organization to Assess Strategies for Ischemic Syndromes*” (OASIS), as síndromes coronárias agudas com elevação do segmento ST na fase hospitalar apresentam maiores taxas de reinfarto e de óbito quando comparadas com o infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST e a angina instável ⁶⁶. Portanto, a estratificação de risco e a intervenção precoce nestes pacientes são necessárias para minimizar os impactos causados pela doença.

Por meio da análise das características dos pacientes entrevistados no presente estudo, verifica-se que houve equilíbrio na distribuição por sexo, com discreta predominância do masculino. A literatura sobre o assunto evidencia maior ocorrência das síndromes coronárias em homens ^{9, 16, 67, 68}. No entanto, pesquisas vêm demonstrando que os óbitos causados por doença isquêmica cardíaca têm decrescido nos homens, mas permanecem estáveis em mulheres. Nesse sentido, os estudos WISE⁶⁹ (*Women's Ischemic Syndrome Evaluation*) e CRUSADE⁷⁰ (*Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines*) apresentam dados importantes a respeito da cardiopatia isquêmica na mulher. As mulheres diagnosticadas com síndromes coronarianas agudas sem elevação do segmento ST tinham idade mais avançada e apresentavam mais hipertensão arterial e diabetes. Acrescenta-se ainda que os eventos hospitalares adversos (morte, reinfarto, insuficiência cardíaca, acidente cerebrovascular e hemorragia) podem ser mais freqüentes em mulheres⁷¹.

O aumento da mortalidade cardiovascular na mulher ocorre em média 10 anos após a dos homens¹⁹. Esse fato pode estar associado a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva responsável pela menor tendência trombolítica e pela proteção hormonal do estrogênio antes da menopausa⁷². Das mulheres entrevistadas no presente estudo, 70,3% estavam ou haviam passado pela menopausa e apenas 11,5% haviam feito reposição hormonal. Estudos realizados em uma comunidade rural da Bahia indicaram que 79,3% das mulheres menopausadas apresentavam alto risco de doença arterial coronariana em 10 anos, contra 9,5% das não menopausadas⁷³. Portanto, a menopausa constituiu um fator de risco importante para doença coronariana.

Embora a literatura^{74,75,76,77} indique claramente a influência da etnia negra nas taxas de risco de eventos cardiovasculares, a maioria dos pacientes estudados foi constituída de indivíduos brancos. Este dado pode ser mascarado devido à dificuldade da caracterização do tom de pele em decorrência da miscigenação de nossa população. Além disso, a maioria dos entrevistados pertencia à região sudeste, onde existe a predominância de brancos.

A idade média dos entrevistados ficou entre a quinta e sexta década, merecendo assim consideração especial, visto que, de acordo com Avezum, os coeficientes de mortalidade por infarto agudo do miocárdio e por doenças cerebrovasculares específicas de acordo com a idade, eventos estes que ocorreram em regiões metropolitanas do Brasil, apresentaram perfis de risco diferentes de outros países. Cerca de 50% dos óbitos masculinos por doença arterial coronariana ocorreram dentro da faixa etária abaixo de 65 anos, enquanto que, em outros países (EUA, Cuba e Inglaterra), esta proporção encontra-se em torno de 25%²⁰. Portanto, observa-se que cada vez mais a doença isquêmica acomete os mais jovens, o que não significa menores riscos para os mais idosos, visto que o aumento da longevidade possibilita períodos maiores de exposição aos fatores de risco.

Com relação à religião, a maioria dos entrevistados era católica. Este pode estar relacionado ao predomínio da religião católica em nosso país, segundo o censo de 2000 do IBGE⁷⁸.

No contexto da caracterização dos pacientes estudados, destacam-se as condições socioeconômicas, tais como renda familiar e nível de escolaridade. Estes fatores têm sido relacionados ao desenvolvimento da doença cardiovascular^{5,79}. No presente estudo, observou-se que o grau de escolaridade dos entrevistados era relativamente baixo. Em relação à ocupação, a falta de qualificação apresentou-se como fator predominante, representada pelos autônomos, “do lar” ou aposentados. A maioria dos entrevistados possuía casa própria, porém a renda familiar fixou-se em níveis baixos. Estudos desenvolvidos em nosso meio apresentam dados semelhantes a estes, indicando uma população de baixa renda e de baixo nível de escolaridade, além de pouca ou nenhuma qualificação para o mercado de trabalho^{80,81}.

No estudo AFIRMAR (*Avaliação dos Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil*), a renda elevada e a formação superior constituíram fatores protetores para a doença arterial coronariana⁸². Em estudos realizados na Índia e nos EUA, o infarto agudo do miocárdio foi fortemente relacionado às baixas condições sociais e culturais da população^{83,84}. No entanto, em outro estudo desenvolvido no Brasil, não se verificou associação independente significativa entre grau de escolaridade e renda familiar com a ocorrência de infarto agudo do miocárdio⁹.

As condições descritas apresentadas pelos entrevistados refletem a situação da população brasileira atual, com predomínio de baixos níveis de escolaridade, pouca qualificação para mercado de trabalho, alto índice de desemprego, nível cultural diminuído e baixos salários. Esses achados eram esperados em função do local em que foi realizada a pesquisa: um hospital público cuja maior parte da população atendida é carente.

Determinados hábitos de vida exercem influência importante no contexto da doença arterial coronariana, como o consumo de alimentos que podem levar à obesidade, além do sedentarismo, tabagismo e consumo inadequado de bebida alcoólica.

Quanto aos hábitos alimentares, mais da metade da amostra referiu uma rotina adequada de alimentação, incluindo o consumo de alimentos saudáveis como frutas, legumes, vegetais e carnes brancas, produtos estes considerados protetores no surgimento da doença coronariana, isquemia e outras doenças cardiovasculares³¹. Um estudo longitudinal, realizado com cerca de 40.000 mulheres profissionais de saúde (*Women's Health Study*), observou que o consumo freqüente de frutas, legumes e verduras estava associado ao menor risco de ocorrência das doenças cardiovasculares, principalmente do infarto do miocárdio⁸⁵. Embora a maioria dos pacientes estudados tenha apontado bons hábitos alimentares, verificou-se que a média do índice de massa corporal foi estabelecido na faixa de sobrepeso. Tem-se observado que a obesidade vem aumentando na população brasileira e a relação entre o sobrepeso, obesidade e taxa de mortalidade em indivíduos com doença cardiovascular é evidente: a maior taxa de mortalidade está presente no grupo dos indivíduos obesos e os indivíduos magros apresentam menor taxa de mortalidade⁸⁶.

O sobrepeso e a presença de obesidade abdominal estão associados com muitas anormalidades metabólicas deletérias, tais como: baixo HDL c, hipertrigliceridemia, aumento do LDL c, hipertensão arterial, intolerância à glicose, resistência à insulina e diabetes⁸⁷. No estudo FRICAS (*Fatores de Risco para a Doença Coronariana na América do Sul*), a ocorrência de infarto foi significativamente maior para as pessoas de maior peso corporal, havendo significativa relação com o consumo de embutidos⁹. Outro estudo também associou a probabilidade de óbito ao aumento do índice de massa corpórea⁸⁸. Embora as médias obtidas para a circunferência abdominal tanto para homens quanto para mulheres tenham se mantido dentro dos limites de normalidade, observou-se que as mulheres

apresentaram maior circunferência abdominal, dados estes que se assemelham ao de outro estudo já realizado⁸⁹. Existe uma estreita relação entre circunferência da cintura e fatores de riscos cardiovasculares: aqueles indivíduos que possuem valores mais elevados apresentam maior probabilidade de desenvolverem outros fatores de risco, como a hipertrigliceridemia e hipertensão arterial^{87,90}.

No presente estudo, cerca de 60% das pessoas eram tabagistas ou ex-tabagistas, com uma média de 22 cigarros por dia. A influência do fumo no desencadeamento das doenças isquêmicas do coração é inquestionável. O risco da doença coronária é de duas a quatro vezes maior entre os fumantes e relaciona-se ao número de cigarros consumidos diariamente. Nos fumantes com idade acima de 40 anos, portadores de hipertensão arterial e hipercolesterolemia a probabilidade de desenvolver problemas coronarianos é de 40% em um período de 10 anos¹⁹. Em um inquérito domiciliar realizado em quinze capitais brasileiras sobre comportamentos de riscos e morbidade identificados como doenças e agravos não-transmissíveis, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2%. Nas capitais onde se desenvolveu a pesquisa, os homens apresentaram níveis de acometimento mais elevados do que as mulheres. Nas cidades economicamente mais desenvolvidas das regiões Sul e Sudeste, o índice de tabagismo entre as mulheres já se aproxima dos níveis alcançados pelos homens, fixando-se as maiores prevalências nos grupos populacionais com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto)²¹.

Com relação ao uso de bebida alcoólica, quase metade dos entrevistados referiu uso atual ou passado, com consumo médio de 21 gramas de etanol por dia, sendo a cerveja o principal tipo de bebida consumido. Embora estudos mostrem que a bebida exerce um fator protetor quando ingerida moderadamente⁹¹, principalmente em se tratando dos fermentados⁹², no caso dos participantes deste estudo estes dados devem ser analisados com critério, devido às questões relacionadas ao sobrepeso do gênero feminino e aos níveis aumentados de triglicérides. De acordo com

as V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial⁶³, a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30g de etanol por dia. Este limite deve ser reduzido pela metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos que apresentam sobrepeso e/ou níveis elevados de triglicérides. O consumo diário de bebidas alcoólicas maior que as quantidades descritas e/ou em grande quantidade associam-se ao elevado risco cardiovascular. A Organização Mundial de Saúde⁹³ e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos⁹⁴ definem como consumo moderado de álcool a ingestão de uma dose diária para as mulheres e duas doses diárias para os homens. A ingestão de doses diárias acima deste padrão é considerada prejudicial e representa risco considerável para a saúde dos indivíduos.

A prática de qualquer atividade física foi referida apenas por um terço dos participantes, sendo a caminhada a principal atividade entre aqueles que praticavam ou praticam exercício físico. Este dado é bastante preocupante, uma vez que a atividade física exerce efeito protetor para a doença arteriosclerótica, diminuindo a incidência da mesma, aumentando a tolerância à glicose, reduzindo a sensibilidade insulínica, a agregabilidade plaquetária e a fribriogênese do plasma, auxiliando também na perda de peso².

Sabe-se que, a partir da adolescência, os indivíduos tendem a diminuir, de forma progressiva, o nível de atividade física. Segundo a Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde, é recomendado que os indivíduos se envolvam em níveis adequados de atividade física e que essa rotina seja mantida durante toda a vida. Diferentes resultados de saúde exigem diferentes tipos, frequências e duração de atividades físicas. A atividade física regular, de intensidade moderada, durante pelo menos 30 minutos diários, reduz o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon e mama⁹⁵.

Outros fatores de risco que também podem colaborar para o surgimento das síndromes coronarianas são determinadas doenças de base, como a hipertensão arterial, o diabetes e a dislipidemia.

No presente estudo, a hipertensão arterial seguida da dislipidemia e do diabetes mellitos foram as principais doenças identificadas nos pacientes. Vários estudos caracterizam a presença desses antecedentes como fatores de risco independentes associados ao infarto agudo do miocárdio^{9,20,96}.

Outro dado importante: apesar da média dos níveis de pressão arterial estar na faixa da normalidade, um terço dos pacientes apresentou pressão arterial não-controlada ($\geq 140/90$ mm Hg). De acordo com o estudo *Seven Countries Study*, o acréscimo de 10 mmHg na média da pressão arterial sistólica da população corresponde à duplicação do risco de óbito coronário^{97,98}. A revisão sistemática que incluiu 61 estudos de corte confirmou estes achados⁹⁹. Acredita-se que os resultados obtidos referentes à pressão arterial controlada seja decorrente do pouco tempo decorrido pós a alta hospitalar e provavelmente pela suposta regularidade da medicação.

Na análise univariada, dentro das variáveis que caracterizaram o perfil bio-social, observou-se que os indivíduos que não possuíam um companheiro apresentaram maiores níveis de pressão arterial. A presença de um companheiro, além de ser um indicador de apoio social, instrumental e emocional¹⁰⁰, pode ser um agente facilitador, auxiliando o paciente no manejo da doença e facilitando o controle dos níveis de pressão arterial.

A pressão arterial, com valores acima ou iguais a 140/90 mm Hg, apresentou relação direta com um índice alterado de massa corpórea (≥ 25 (Kg/m²). Vários estudos, entre eles três desenvolvidos em nosso meio, obtiveram uma estimativa ajustada da relação entre massa corporal e pressão arterial, indicando a prevalência significativa do aumento da pressão arterial associado aos maiores níveis de índice de massa corpórea^{101,102,103,104}.

A dislipidemia foi a segunda doença de base mais prevalente nos pacientes estudados. Embora as frações de colesterol encontradas tenham se mantido dentro dos níveis de normalidade, com exceção do triglicérides, este dado não pode ser analisado isoladamente, uma vez que a maior parte

dos pacientes estudados com diagnóstico de síndromes coronarianas agudas é considerada de alto risco (pacientes com doença arterial coronária estabelecida ou com doença de risco equivalente, como as formas não coronarianas de doença aterosclerótica, diabetes e múltiplos fatores de risco, maior que dois fatores, com risco de desenvolver a doença arterial coronariana em 10 anos é superior a 20%) ou de risco intermediário (pacientes com dois ou mais fatores de risco cardiovascular, apresentando probabilidade de desenvolver a doença arterial coronariana entre 10 e 20% em 10 anos) para desenvolverem doença isquêmica. Portanto, todos os pacientes de alto risco devem ser tratados com o objetivo de reduzir as taxas de LDL c para níveis inferiores a 100 mg/dl. Para os pacientes de risco intermediário, a taxa recomendada de LDL c é de 130 mg/dl¹⁰⁵.

O diabetes mellitus foi a terceira doença mais presente nos coronariopatas. Um estudo comparativo entre pacientes diabéticos e não diabéticos associado ao desenvolvimento da doença arterial coronariana indicou que, após ajuste para outros fatores de risco, o risco relativo de morte por doença coronária em homens e mulheres diabéticos foi de 1,9 e 3,3 em relação aos não diabéticos, respectivamente¹⁰⁶. No presente estudo, os níveis glicêmicos dos pacientes estavam acima do desejável. Este resultado é preocupante, visto que revelam mais uma vez a inadequação de controle das doenças presentes nos entrevistados.

Além da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia, verificou-se que os pacientes já haviam sido acometidos por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca congestiva, caracterizando maior complexidade em função de complicações que, inquestionavelmente, são decorrentes do controle inadequado das doenças de base. Sabe-se que os pacientes com síndromes coronarianas agudas apresentam maiores índices de reinfarto, óbito, insuficiência cardíaca congestiva e de acidente vascular encefálico⁶⁶. Estes dados reforçam importância da prevenção secundária, bem como da participação do paciente no tratamento.

Outro fator de risco importante para a doença arterial coronariana é o histórico familiar. Grande parte dos entrevistados possuía pelo menos um antecedente familiar positivo e o infarto do miocárdio foi o evento mais prevalente, estando ele associado ao pai, seguido da hipertensão arterial associada à mãe. Esses dados estão de acordo com um estudo que foi desenvolvido na Argentina, analisando a relação entre histórico familiar de infarto agudo do miocárdio e risco para o mesmo. O fato de o indivíduo possuir um familiar em primeiro grau com histórico de infarto aumentou o risco desse indivíduo também desenvolver a doença (Odds Ratio 2,18)¹⁰⁷. O estudo FRICAS realizado no Brasil indicou maior prevalência estatisticamente significativa, tanto de pai quanto de mãe, para histórico de infarto⁹.

Após a alta hospitalar, verificou-se que a maioria dos pacientes foi encaminhada para acompanhamento nos ambulatórios de coronária e de lípides. O ambulatório da coronária, onde o estudo foi desenvolvido, acaba por absorver a maior demanda de pacientes do serviço. Isto acarreta demora na marcação de consultas e no retorno dos pacientes. Talvez por esse motivo, a análise univariada indicou níveis menos controlados de pressão arterial dos pacientes acompanhados no ambulatório da coronária. A instituição e os serviços por ela prestados oferecem, ou falham em oferecer, meios para que o paciente obtenha um tratamento mais adequado, o que facilitaria o processo de adesão. O paciente espera suporte não só da instituição, mas também dos membros que a compõe.

Um bom relacionamento com os profissionais de saúde, principalmente com o médico, constitui um fator importante no sucesso do tratamento. O paciente espera um médico amigo, conselheiro e preocupado com sua saúde¹⁰⁸.

A doença crônica e, neste contexto, a doença cardiovascular, requer do paciente participação efetiva e adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento é influenciada por diversos elementos, estejam eles relacionados

ao sistema e à equipe de saúde, às condições socioeconômicas, terapêutica, ao próprio paciente e à doença em si⁴⁶.

Observou-se que, embora os pacientes estudados tivessem conhecimento do seu estado de hipertensão, diabetes e dislipidemia, muitos se negaram a tratar essas doenças.

Ao ser questionada sobre a correlação entre o motivo do desencadeamento da doença e da internação e alguns fatores de risco apresentados, a grande maioria dos pacientes não identificou o sedentarismo, o diabetes ou a obesidade como fatores que pudessem ter auxiliado no desencadeamento da doença, muito embora naquele momento 60% dos entrevistados não praticassem nenhuma atividade física, e 34,1% referissem histórico de diabetes. Além disso, a maior parte dos participantes apresentava sobrepeso. A falta de conhecimento da patologia envolvendo o caráter insidioso, que nem sempre associado à sintomatologia, talvez constitua um fator primordial para a não adesão ao tratamento.

No contexto da adesão ao tratamento, alguns indicadores podem ser usados na tentativa de avaliar os componentes facilitadores e complicadores, tais como o não comparecimento às consultas. Um achado relevante demonstrou que 35% dos pacientes referiram faltar às consultas agendadas, alegando como principal motivo o esquecimento o que nos leva a refletir sobre o envolvimento do paciente com o tratamento.

A expressão “adesão ao tratamento” refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter o controle da doença¹⁰⁹. Em outra definição, os autores colocam que adesão pode ser caracterizada como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde¹¹⁰. Sob um aspecto mais abrangente, Miller e colaboradores¹¹¹ definem adesão ao tratamento como sendo um meio para se alcançar um

fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, buscando diminuir os sinais e sintomas de uma doença.

Vários são os fatores que influenciam a adesão ao tratamento, destacando-se dentre eles as variáveis biossociais como idade, sexo, etnia, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde. A análise univariada evidenciou que os pacientes não brancos faltaram mais às consultas que os brancos. A baixa condição socioeconômica também pode constituir um fator limitante para o acesso ao tratamento e para a aquisição dos medicamentos¹¹². Lessa & Fonseca¹¹³, estudando as diferenças raciais no controle da hipertensão e na adesão ao tratamento, verificaram que a frequência de adesão às consultas e ao tratamento foi significativamente menor nos pacientes negros (19,7%) em relação aos pardos (33%) e brancos (53,6%).

Observou-se que os pacientes que faltavam às consultas faziam uso de alimentos considerados pouco saudáveis. Uma vez que não ocorre o comparecimento às consultas, os pacientes deixam de obter informações sobre as mudanças de hábitos de vida que se fazem necessárias, adotando ou mantendo assim estilos de vida pouco saudáveis, que representam maior impacto na doença arterial coronariana. Porém, cabe destacar que a obtenção das informações não é suficiente para que ocorram mudanças. O conhecimento sobre a doença e sobre seu respectivo tratamento também é uma variável a ser considerada no contexto da adesão ao tratamento. A diferença entre conhecer as informações concernentes à doença e ao tratamento e conseguir controlá-la aponta para a distinção essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto que o conhecimento é racional, a adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística^{47, 114}. Um estudo realizado com 167 indivíduos negros, norte americanos, hipertensos, de média e baixa renda, demonstrou que as crenças sobre hipertensão eram diferentes do

conhecimento científico vigente, podendo assim contribuir para pouca adesão ao tratamento, justificando baixos índices de controle¹¹⁵.

A interrupção do tratamento também apresenta relação direta com a adesão. Mais de um terço dos entrevistados já havia interrompido em algum momento o tratamento e o principal motivo relatado foi à falta de dinheiro e a crença na desnecessidade do tratamento, além dos efeitos colaterais e do esquema medicamentoso complexo.

Os custos resultantes de uma doença crônica envolvem uma série de despesas, muitas vezes, incalculáveis em termos práticos. Além disso, os pacientes e suas famílias arcam com certas conseqüências negativas, tais como incapacitação em decorrência da doença, a redução do tempo e da qualidade de vida, fatores estes que tornam impraticáveis cálculos financeiros precisos¹. Devido ao caráter eminentemente assintomático e crônico, a doença também dificulta a adesão ao tratamento. No estudo realizado por Hasford foi observado que, enquanto 10% dos pacientes abandonaram o tratamento por efeitos colaterais, 50% o fizeram por sentirem-se bem¹¹⁴. Em situações nas quais a presença da doença não é percebida e, conseqüentemente, os sintomas não são identificados, o profissional de saúde assume papel de maior relevância, pois passa a atuar como o agente estimulante das ações voltadas principalmente para a prevenção da doença.

Com relação ao tratamento medicamentoso, observa-se que após receberem alta, os pacientes retornam ao ambulatório com um complexo esquema medicamentoso composto geralmente por antiagregante plaquetário, inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), beta bloqueador, hipolipimiente e diurético. Neste estudo, portanto, percebeu-se que a monoterapia medicamentosa não se fez presente. Isto constitui um fator importante ao se tratar da não adesão terapêutica⁴⁶. Em estudo realizado em nosso meio, os principais fatores relatados pelo paciente como motivo para deixar de tomar a medicação foram o alto custo, a necessidade de tomar a medicação diversas vezes e seu efeito colateral¹¹⁶. Embora

muitos medicamentos sejam dispensados pelo sistema único de saúde (SUS), aqueles que envolvem esquema terapêutico menos complexo e medicamentos com menores efeitos colaterais não são comumente fornecidos, acarretando custos para o paciente, que precisa adquiri-los na rede privada.

Ao serem questionados sobre as atitudes frente à tomada dos medicamentos, pode-se observar que menos da metade dos pacientes não esquece de tomar o remédio, a grande maioria leva os remédios quando viaja ou os providencia antes que acabem, não deixando de tomá-los mesmo quando não sentem nenhum sintoma da doença. Pouco menos da metade relatou ter deixado de tomar os medicamentos algumas vezes. De maneira geral, esta atitude se mostrou relativamente positiva, talvez devido ao pouco tempo do acometimento do infarto.

O fato de os pacientes providenciarem os medicamentos com antecedência talvez se deva à distribuição nos postos de saúde, que muitas vezes não dispõe da medicação prescrita e o paciente necessita buscá-los em outro lugar, fato este que demanda tempo e dinheiro. Na análise univariada, observou-se que aqueles indivíduos que sempre tomam o medicamento no mesmo horário, nunca deixando de tomá-lo por conta própria, apresentam menor possibilidade de interromper o tratamento. Além disso, os pacientes que abandonaram o hábito de ingerir bebida alcoólica regularmente também não interromperam o tratamento. Tais achados reforçam a noção de que comportamentos positivos frente à doença e ao tratamento podem facilitar o controle da mesma. De forma contrária, os pacientes não-comprometidos com o tratamento acabam adotando atitudes negativas não só com relação à tomada da medicação, como também com relação à mudança do estilo de vida. Essa mudança não é facilmente consolidada, principalmente diante da doença crônica. Acredita-se que a superação das barreiras impostas pela doença e pelo próprio paciente constitui um elemento importante na adesão ao tratamento.

Na análise univariada foi constatada a associação entre os níveis de HDL-c acima de 40 mg/dl e a interrupção do tratamento, ou seja, os pacientes que apresentaram níveis de HDL-c dentro do desejável adotaram postura de comportamento inadequada, talvez por não estarem suficientemente conscientes sobre a importância desse comportamento positivo.

A religião constitui outra variável que foi associada à interrupção do tratamento. Os católicos interromperam o tratamento com maior frequência do que os pacientes que acreditam em outras religiões. As crenças religiosas e as crenças sobre a saúde em si exercem influência importante na adesão ao tratamento, podendo influenciar de forma positiva a reabilitação da doença crônica. Um estudo realizado com pacientes portadores do vírus do HIV no Estados Unidos verificou que as práticas religiosas influenciaram positivamente na adesão¹¹⁷. Diante de uma doença crônica, muitos pacientes não apenas terminam por se apegarem à religião, como também às terapias alternativas. Entre os entrevistados, poucos faziam uso destas terapias (uso de ervas, remédios caseiros, acupuntura, homeopatia e yoga).

Outros fatores também podem contribuir para a adesão terapêutica, como por exemplo, o suporte familiar. Devido à característica de cronicidade, tanto os doentes, quanto seus familiares precisam se conscientizar e compreender a importância de suas atitudes frente à condução do tratamento. Quase a totalidade dos pacientes referiu a participação da família no tratamento, principalmente no incentivo e no acompanhamento às consultas. Na análise univariada, observou-se que os pacientes que não possuíam um companheiro faltaram mais às consultas, fato este que ressalta a importância do suporte social e familiar. Um estudo realizado por Moreira com indivíduos hipertensos identificou que os pacientes esperam ajuda da família no compartilhar das tarefas, na participação e no incentivo ao tratamento¹¹⁸.

Destaca-se ainda que o acompanhamento dos pacientes em mais de dois ambulatórios pode dificultar a adesão, pois acarreta custos principalmente com o transporte o que pode contribuir para o não comparecimento às consultas, desfavorecendo assim o acompanhamento adequado de ambos os serviços. A distância do Serviço de Saúde também pode constituir um fator de risco para a baixa adesão, embora pouco mais da metade dos entrevistados tenha referido demorar até uma hora para chegar ao hospital. Vale ressaltar que, por ser este um serviço de referência, as pessoas atendidas vêm de todas as regiões da cidade, especialmente da periferia.

No presente estudo, observou-se que a recorrência de internações dos pacientes foi alta. Este pode ser um fator motivador da baixa adesão pois, ao seguir o tratamento proposto, a probabilidade de descompensação diminui e, com ela, as ocorrências de reinternação também diminuem⁴⁸.

A participação e o envolvimento dos pacientes no processo de tomada de decisão e no planejamento do tratamento é de fundamental importância. Isto torna o atendimento às condições crônicas mais eficaz e eficiente. O indivíduo doente deve atuar como um parceiro ativo da equipe de saúde e co-responsável pelo manejo da sua condição⁵⁵. Cabe à equipe multiprofissional desenvolver e estimular todo o processo de mudança de comportamento. Nestas ações reside o processo educativo sobre a saúde que deve ser utilizado com o objetivo de ajudar o paciente a entender, conhecer e aceitar a doença¹¹⁶.

Embora sejam frequentemente ignorados, os fatores psicológicos também podem afetar a adesão ao tratamento. Dentro do contexto das doenças crônicas, os fatores psicossociais também interferem na adesão ao tratamento. O artigo de revisão sobre as barreiras para participação e adesão a programas de reabilitação cardíaca enumera diversos itens neste contexto. A auto-eficácia reflete a percepção individual ou as crenças sobre a capacidade em participar de determinadas atividades, com a finalidade de manter comportamentos para reduzir riscos. A automotivação relaciona-se

ao componente individual da ação para garantir a adesão. A auto-estima relaciona-se à auto-eficácia. Em pacientes enfartados, por exemplo, a auto-estima é importante na redefinição de autoconceito e nas mudanças de papéis e estilos de vida. A relação entre características da personalidade e adesão ao tratamento é controversa, porém, variáveis tais como sentimento de bem estar, socialização (aceitação de regras e regulamentos) e capacidade de ser igual a outros são elementos de medida da personalidade e podem se associar à adesão ao tratamento. No mesmo sentido, a ansiedade e a depressão também interferem no processo. Dentro do suporte social, a participação da família é altamente relevante na aquisição de hábitos saudáveis e mudanças de estilos de vida, assim como o auxílio no seguimento da proposta medicamentosa⁴⁸.

A avaliação dos entrevistados demonstrou que, após o evento agudo coronariano, pouco menos da metade dos entrevistados referiu sentimentos de tristeza, ansiedade ou estresse. Quando questionados sobre o motivo que poderia ter colaborado com o desencadeamento da doença e da internação, o principal fator apontado foi o estresse associado principalmente à frustração e a desesperança.

Diante da não aceitação do paciente quanto à cronicidade de sua doença combinada à falta de conhecimento, muitos sentimentos e atitudes podem ser percebidos; entre eles, o sentimento de revolta, a não aceitação das possíveis limitações causadas pela doença, ansiedade, depressão, desejo de morte, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. No presente estudo, optou-se por aplicar um questionário de saúde geral que pudesse avaliar o bem estar psíquico do paciente. Na análise usual do instrumento utilizado, o Questionário de Saúde Geral de Goldberg, não houve significância estatística entre os domínios e as variáveis. Portanto, decidiu-se analisar os domínios separadamente realizando a distribuição dos resultados de cada domínio em quartis e estabelecido como possivelmente alterados os que compunham o quarto quartil.

O estilo de vida pouco saudável atualmente adotado pela maior parte da população, incluindo a ingestão excessiva de bebida alcoólica, o tabagismo, alimentos hipercalóricos e gorduras e o sedentarismo podem criar conflitos entre o dever em agir de maneira adequada, o querer e o não conseguir. Os conflitos geram ansiedade, frustração, tensão, angústia, culpa, irritabilidade e muitas vezes até depressão. Esses sentimentos muitas vezes são mascarados com sintomas de alterações psicossomáticas.

A doença crônica é uma condição indesejável e persistente. O caminho percorrido pelo paciente envolve a luta inicial contra a doença, a experiência do seu curso inevitável, muitos esforços ineficazes que sempre resultarão em cronicidade. Essa sucessão de eventos gera sentimentos de perda de esperança e de falta de ajuda¹¹⁹. Estas etapas muitas vezes resultam em problemas subseqüentes tanto sociais quanto financeiros.

Existem evidências da associação entre a doença arterial coronariana e variáveis psicológicas, tais como depressão, ansiedade, características específicas de personalidades, isolamento social e estresse¹²⁰.

No presente estudo, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa do estresse psíquico associado ao sexo. As mulheres apresentaram mais estresse do que os homens, mais distúrbios psicossomáticos e maior alteração da severidade da ausência de saúde mental. De acordo com Brink, os fatores somáticos, psicológicos e sociais afetam o reajuste principalmente da mulher após o primeiro infarto do miocárdio, demonstrando taxas importantes de depressão¹²¹. Em investigação realizada também com mulheres após infarto agudo do miocárdio, percebeu-se que elas apresentaram pouca satisfação com a vida e baixos índices de saúde mental¹²², evidenciando a suscetibilidade da mulher às alterações psicológicas. Ao analisar a prevalência de fatores de riscos para a doença arterial coronariana e sua correlação com o estresse, Cantos observou que 73,1% dos indivíduos eram estressados e que as mulheres eram significativamente mais estressadas que os homens¹²³.

Apesar disso, os motivos que levam o sexo feminino a desenvolver todos estes sintomas psicológicos são pouco conhecidos e precisam ser adequadamente investigados. Existem evidências de que, entre as prováveis causas dessa diferença entre os sexos, estão os fatores genéticos e a influência exercida pelos hormônios sexuais femininos¹²⁴. A mudança do estilo de vida talvez possa constituir outra explicação: antigamente, a mulher fumava menos, o estresse com tarefas domésticas era menor e ela não convivia no ambiente competitivo do mercado de trabalho. Esse contexto a protegia dos fatores externos. Atualmente as mulheres fumam mais, estão mais sujeitas ao estresse e, em geral, se alimentam de forma inadequada, hábitos estes que levam ao aumento das taxas de glicemia e colesterol, obesidade e sedentarismo.

Na caracterização psicológica dos entrevistados, observou-se que os não brancos apresentaram maior índice de distúrbios psicossomáticos, que podem ser manifestados de diferentes formas. O estudo CARDIA (Desenvolvimento do Risco Coronariano em Adultos Jovens), de caráter longitudinal, verificou a associação graduada positiva entre escores basais de hostilidade e calcificação coronária. A desconfiança cínica, uma subescala da hostilidade, também estava associada com presença de cálcio nas coronárias. Esses achados sugerem que, embora, o componente 'desconfiança cínica' possa ser importante, outros componentes da hostilidade (raiva e agressividade) também podem estar envolvidos no desenvolvimento da doença cardiovascular subclínica. No estudo referido foi observado que participantes agrupados no quartil mais alto de hostilidade eram representados por mulheres e homens negros¹²⁵, constituindo a etnia um fator importante para alterações psicológicas associadas à doença arterial coronariana.

No presente estudo foi observada a associação estatisticamente significativa entre os distúrbios psicossomáticos e o ensino fundamental. Acredita-se que a somatização seja proveniente do pouco conhecimento sobre a doença devido à baixa escolaridade e até mesmo ao baixo poder

econômico dos participantes. Em estudo realizado no Chile com mulheres que estavam experienciando o climatério, constatou-se que as mulheres que possuíam baixo índice de escolaridade e sintomas depressivos apresentavam risco mais elevado de queixas somáticas do que aquelas com curso superior¹²⁶.

No estudo desenvolvido por O' Malley et al. que avaliou em 630 pacientes com doença arterial coronariana, não foi verificada a associação entre ansiedade, estresse, depressão e hostilidade. No entanto, houve correlação entre a doença arterial coronariana e a somatização¹²⁷.

Várias são as características que podem influenciar na auto-eficácia do indivíduo. Entre elas estão o sexo, a idade, o estado civil, o suporte familiar e as doenças que o acometem.

Outra constatação do presente estudo indica que pacientes que não possuem companheiros apresentaram menor auto-eficácia. Portanto, reforça-se a importância do suporte social oferecido pela família e pelo companheiro, o que pode gerar melhora da autoconfiança, maior motivação e conseqüentemente, maior adesão. No estudo desenvolvido por Vargas, não houve correlação estatística significativa entre estado civil e auto-eficácia¹⁰⁰.

Na análise univariada observou-se que pacientes que deixaram de tomar o medicamento “esporadicamente” apresentam mais estresse psíquico, menor auto-eficácia e alteração da severidade da ausência de saúde mental. Para o paciente, a manifestação da doença crônica é sempre um choque. Diante disso, as reações apresentadas por eles podem se manifestar de diversas maneiras. Acredita-se que a não aceitação da doença ou a vontade de “melhorar” são comportamentos que podem levar o paciente à automedicação.

Verificou-se também que os pacientes que referiram ansiedade experienciavam maiores alterações de sono, distúrbios psicossomáticos e severidade da ausência de saúde mental. Está evidente que, após o infarto agudo do miocárdio, vários distúrbios psicológicos podem acometer o paciente. Dentre esses distúrbios está a ansiedade¹²⁸. As mulheres estão mais suscetíveis ao risco de desenvolver transtornos relacionados à ansiedade, com maior gravidade dos sintomas, maior cronicidade e maior prejuízo funcional, quando comparadas aos homens¹²⁹.

Em uma amostra de 100 pacientes internados na unidade coronariana com diagnóstico de angina instável ou infarto agudo do miocárdio, 26 pacientes (46%) apresentaram escores para depressão e 10 pacientes (10%) para disforia. Em relação à ansiedade, 23 pacientes (23%) apresentaram grau mínimo, 34 pacientes (35%) apresentaram grau médio, 28 pacientes (28%) apresentaram grau moderado e 15 pacientes (15%) apresentaram grau grave de ansiedade¹³⁰.

Em estudo que objetivou investigar a influência do distúrbio do sono no risco de infarto agudo do miocárdio em homens, observou-se que o risco relativo de infarto do miocárdio em homens com distúrbios do sono foi maior em viúvos e divorciados¹³¹.

Verifica-se que a ansiedade esta ligada à doença arterial coronariana, ficando evidente que os pacientes ansiosos podem somatizar sua sintomatologia, podendo também apresentar alterações no padrão de sono.

Os pacientes que têm em seu histórico entre duas ou três internações apresentavam maiores distúrbios psicossomáticos. Quanto maior o número de vezes em que o evento agudo se repete, mais o paciente se reorganizara emocionalmente em torno de expectativas de uma nova ocorrência. Sua atenção e ansiedade com relação aos sinais e sintomas

aumentam, intensificando assim o medo de um novo acometimento, o que certamente agravava seu quadro resultando em novas internações¹³².

Os indivíduos que nutriam pensamentos relacionados à morte apresentavam médias de pressão sistólica mais alteradas. Diante da cronicidade da doença e das limitações muitas vezes impostas por ela, o paciente expressa desejo ou pensamento de morte. No entanto, esse desejo pode e deve ser passageiro e, sob certas circunstâncias, pode ser uma reação normal. A persistência destas reações pode resultar em depressão. Estudos mostram que as mulheres com altos níveis de depressão apresentam maiores níveis de pressão diastólica, fumam mais, consomem menos frutas e vegetais, sofrem mais de estresse e possuem menos suporte social¹³³.

Verificou-se também que quando o paciente não era o “chefe da família”, o mesmo apresentava maiores distúrbios psicossomáticos. Muitas vezes, as limitações impostas pela doença fazem com que as responsabilidades familiares sejam transferidas para o cônjuge ou companheiro, filhos ou parente. Essa necessidade pode causar diversos sentimentos no paciente, entre eles, a sensação de impotência e frustração. De acordo com Silva, diante da doença crônica, muitas podem ser as alterações encontradas dentro da dinâmica familiar, principalmente âmbito dos custos voltados ao tratamento, o que pode representar corte no suprimento de outras necessidades¹³⁴.

Há evidências científicas crescentes indicando que os fatores psicossociais contribuem como riscos independentes para o desenvolvimento da doença coronariana, podendo aumentar o risco de um evento agudo^{127, 135}.

A análise de regressão logística foi realizada para reforçar os dados obtidos com a análise univariada. Os resultados demonstraram que, em relação ao não comparecimento às consultas, os brancos que tinham fator protetor e hábitos alimentares considerados pouco saudáveis apresentavam

maior probabilidade de faltar às consultas. A interrupção do tratamento, o consumo de bebida alcoólica e a automedicação aumentaram o risco do não comparecimento às consultas. O acompanhamento no ambulatório da coronária aumentou o risco de descontrole da pressão arterial. Com relação as variáveis analisadas dos domínios possivelmente alterados do Questionário de Saúde Geral de Goldberg, conclui-se que o estresse psíquico aumenta a probabilidade da automedicação e da elevação dos níveis de HDL c. A baixa auto-eficácia aumenta a probabilidade de automedicação, de elevação dos níveis de HDL-c e do acompanhamento no ambulatório da coronária. As alterações do padrão de sono podem desencadear níveis mais elevados para os pacientes que referiram ansiedade, assim como maiores valores de colesterol total. Os distúrbios psicossomáticos foram maiores no sexo feminino, assim como a referencia de ansiedade. Por fim, verificou-se que a severidade da ausência de saúde mental foi maior no sexo feminino, assim como para aqueles pacientes que deixaram de tomar a medicação por conta própria.

Observa-se, portanto, que após o evento coronariano, diversos fatores podem influenciar o paciente na adesão terapêutica: o sexo, a etnia, o consumo de bebida alcoólica, a irregularidade na medicação e o tipo de serviço que atende o paciente. Outros fatores psicológicos associados representam dados relevantes a serem estudados no contexto da adesão, pois fornecem subsídios para a busca de melhores estratégias visando minimizar os riscos da doença arterial coronariana.

Conseguir a participação do paciente nesse planejamento pode significar a diferença entre o sucesso e o fracasso do tratamento. Além dos profissionais, o portador da doença crônica também precisa entender que a saúde é um bem a ser conquistado e nisto consiste o processo educativo em saúde. Influenciar o comportamento do paciente para a obtenção de mudanças e manutenção destas é o principal objetivo deste processo, pois visa ajudar o paciente a entender, conhecer e aceitar a doença, conhecer e reconhecer comportamentos de risco, informar sobre decisões do tratamento

e diagnósticos, negociar e cumprir propostas de tratamento e enfrentar problemas de manutenção do mesmo⁵⁰.

O papel do enfermeiro é fundamental neste contexto: cabe a ele auxiliar o paciente na mudança comportamental utilizando métodos contrários à coerção, ou seja, em lugar da ameaça, deve-se fornecer a informação; em lugar da proibição, a educação, transferindo assim a responsabilidade do tratamento para o paciente⁴⁵. A educação visa, portanto, a modificação de atitudes em busca do processo de reabilitação.

Os programas de prevenção secundária da doença coronariana são essenciais no processo de reabilitação. A atuação conjunta dos membros da equipe de saúde, médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta combinam uma diversidade de formações, o que proporciona maior gama de informações que poderiam facilitar o processo de adesão. Além disso, está comprovado que no momento em que o paciente participa de programas como este, o índice de internações e de complicações diminui.

Cabe, portanto, ao enfermeiro, bem como à equipe multiprofissional, identificar os fatores contribuintes para a não adesão terapêutica, educar os pacientes portadores de doenças coronarianas, aliando um tratamento adequado e regular ao estabelecimento de vínculo com o paciente, considerando crenças, hábitos e cultura e flexibilizando a adoção de estratégias, podendo assim melhorar os índices de adesão, reduzir a morbimortalidade dessas patologias e fornecer benefícios econômicos tanto ao paciente quanto ao sistema de saúde.

Conclusões

6. CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo, realizado com 85 pacientes diagnosticados com síndromes coronarianas agudas, pacientes estes que foram tratados por um hospital universitário da cidade de São Paulo demonstraram que, em relação às características biossociais da população estudada, 56,5% pertencia ao sexo masculino, com idade média de $59,10 \pm 9,63$ anos; 35,3% recebeu diagnóstico de angina instável; 65,9% era natural da região sudeste; 80,0% de etnia branca; 61,1% era casado ou possuía companheiro; 72,9% era católico; 51,8% possuía o ensino fundamental; 43,6% trabalhava como autônomo ou era aposentado; 43,5% possuía renda familiar variando entre um e três salários mínimos; 62,2% dos pacientes eram chefes de família; 74,1% possuía moradia própria; 55,3% morando até uma hora de distância do serviço de saúde. A média da pressão sistólica foi de $128,7 \pm 19,6$ mmHg e diastólica de $82,2 \pm 10,5$ mmHg. A média do Índice de Massa Corpórea foi de $28,2 \pm 5,07$ Kg/m² e a média da circunferência abdominal foi $93,1 \pm 11,5$ cm para homens e $85,8 \pm 13,9$ cm para mulheres. Quanto aos exames realizados, as médias obtidas foram: glicemia $138,8 \pm 74,2$ mg/dl; triglicérides $190,1 \pm 26,2$ mg/dl; colesterol total $189,4 \pm 44,4$ mg/dl; LDL c $120,6 \pm 47,5$ mg/dl e HDL c $42,6 \pm 15,4$.

Com relação aos hábitos de vida, verificou-se que 15,3% da população estudada era tabagista, 23,5% etilista e 29,4% realizava atividade física, sendo a caminhada a principal delas (40%).

Quanto ao conhecimento e tratamento da doença, 78,8% dos entrevistados referiram hipertensão, com 61,8% dos pacientes realizando tratamento para a mesma. Um total de 70,3% das mulheres estava ou havia estado na menopausa e 11,5% havia feito reposição hormonal. Dos antecedentes familiares investigados, o que mais acometeu os familiares dos pacientes coronarianos foi o infarto agudo do miocárdio (61,2%). Em relação às internações anteriores, 36,4% da população estudada já havia sido internada mais de duas vezes, 31,8% fazia uso de terapia alternativa

com 22,4% utilizando principalmente remédios caseiros; 70% fazia acompanhamento ambulatorial com 48,2% na coronária e lípidos, respectivamente. Dos medicamentos utilizados, 86,4% fazia uso de antiagregante plaquetário, seguido do inibidor da enzima conversora de angiotensina (79,0%) e dos betabloqueadores (77,7%).

Em relação à adesão ao tratamento, 35,3% referiu não comparecer à consulta e 46,6% alegou esquecimento como motivo principal; 35,3% referiu ter interrompido o tratamento e 36,6% alegou falta de dinheiro como principal motivo. Um total de 78,8% referiu participação da família no tratamento, sendo o incentivo a principal forma (37,6%).

No tocante às atitudes frente ao tratamento, 63% dos pacientes esquecem de tomar remédios; 52,4% tomam os remédios sempre no mesmo horário; 82,4% levam os remédios quando viajam; 87,1% providenciavam os remédios antes que acabassem; 71,8% tomam remédios mesmo quando não sentem nenhum sintoma da doença e 55,3% nunca deixaram de tomar remédio por conta própria.

Quanto aos motivos apontados pelos pacientes para o desencadeamento do evento agudo que levaram à internação, 69,4% referiram o estresse, seguido da hipertensão 48,2% e da alimentação inadequada.

Em relação aos sentimentos relatados pelo paciente após evento agudo, observa-se que 49,4% referiram tristeza, 19% relacionada à doença; 48,2% referiram ansiedade, 26,8% relacionada à doença; 47,1% referiram estresse, 35% relacionado à frustração e a desesperança.

Quanto às médias obtidas dos domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg: estresse psíquico, $26,1 \pm 7,3$; desejo de morte, $10,8 \pm 5,1$; auto-eficácia, $34,6 \pm 7,4$; distúrbios de sono, $12,2 \pm 4,6$; distúrbios psicossomáticos, $20,3 \pm 6,3$ e severidade da ausência de saúde mental, $116,6 \pm 25,7$.

No que se refere aos pacientes possivelmente alterados no último quartil dos domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg: estresse psíquico, 9,4%; desejo de morte, 10,6%; auto-eficácia, 9,4%; distúrbios de sono, 31,8%; distúrbios psicossomáticos, 34,1%; e severidade da ausência de saúde mental, 12,9%.

Os dados referentes aos pacientes com síndromes coronarianas agudas foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) em relação a: **1.** Condição de pressão não controlada e estado civil, sem companheiro (45,4% vs 21,1%), acompanhamento no ambulatório da coronária (41,5% vs 20,5%) e índices de massa corpórea ≥ 25 (36,51 vs 13,6%). **2.** Não comparecimento às consultas e etnia não branca (58,82.% vs 29,41%), ausência de um companheiro (48,8.% vs 26,9 %), interrupção do tratamento (53,3.% vs 25,4%) e consumo de alimentos inapropriados ($40,0 \pm 6,65$ vs $36,6 \pm 7,41$). **3.** Interrupção do tratamento associado à religião, católicos (72,58% vs 43,48%), e níveis de HDL $\geq 40\text{mg/dL}$ (47 ± 17 vs 39 ± 13); continuidade do tratamento relacionada com a regularidade no horário da medicação (77,7% vs 22,2%), suspensão da medicação por conta própria (80,8% vs 19,1%) e interrupção do consumo de bebida alcoólica (81,8% vs 18,1%).

Com relação às variáveis que se associaram de forma significativa ($p < 0,05$) com os domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg: **1.** Estresse psíquico e gênero feminino (43,3% vs 16,7%), tomar remédio esporadicamente (42,8% vs 17,2% vs 33,3%) e níveis de HDL $\geq 40\text{mg/dL}$ (47 ± 17 vs 39 ± 13); **2.** desejo de morte e pressão arterial < 140 mmHg (122 ± 21 vs 131 ± 18); **3.** Auto-eficácia e estado civil, com companheiro, (40,4% vs 18,2), tomar o medicamento esporadicamente (17,0% vs 48,5% vs 66,6%), e níveis de HDL $\geq 40\text{mg/dL}$ (50 ± 19 vs 39 ± 12); **4.** distúrbios do sono e sentimento de ansiedade (41,4 % vs 11,3%); **5.** distúrbios psicossomáticos e gênero feminino (45,9% vs 12,5%), etnia não branca (52,9% vs 21%), escolaridade, ensino fundamental (38,6% vs 21,4 vs 15%), outros indivíduos responsáveis pela renda familiar (39,3% vs 18,2%),

sentimento de ansiedade (39,0 vs 15,1%), não comparecimento às consultas médicas (40,0% vs 20,0%), número de internação variando entre duas e três vezes (11,1 vs 39,0 vs 23,5), níveis de HDL $\geq$ 40mg/dL (49 ± 16 vs 40 ± 15); **6.** severidade da ausência de saúde mental e gênero feminino (40,5% vs 14,5%), não tomar o medicamento esporadicamente (14,8% vs 40% vs 33,3%), sentimento de ansiedade (36,5 vs 15,1%) e níveis de HDL $\geq$ 40mg/dL (50 ± 20 vs 40 ± 13).

A análise de regressão logística indicou a associação independente para as seguintes variáveis (OD *Odds ratio*, IC intervalo de confiança a 95%): **1-** não comparecimento às consultas, etnia branca (OR=0,27 IC 95% 0,08-0,86) e hábitos alimentares inadequados (OR=1,07 IC 1,00-1,45); **2-** interrupção do tratamento associado com o não comparecimento às consultas (OR=6,09 IC 1,81-20,49), consumo de bebida alcoólica (OR=5,05 IC 1,61-15,76) e automedicação (OR=7,89 IC 2,39-26,05); **3-** pressão arterial não controlada ($\geq 140/90$ mmHg) com acompanhamento no ambulatório de coronária (OR=2,78, IC 1,01-7,65). A maior frequência de alteração no quarto percentil nos domínios do Questionário de Saúde Geral de Goldberg foram associados às seguintes variáveis: **1-** estresse associado à automedicação (OR=6,09 IC 1,32-14,5) e HDLc ≥ 40 mg/dL (OR=1,04 IC 1,00-1,08); **2-** auto-eficácia com acompanhamento no ambulatório de coronária (OR=2,78 IC 1,19-12,23), automedicação (OR=4,62 IC 1,46-14,95) e HDLc ≥ 40 mg/dL (OR=1,04 IC 1,19-12,23); **3-** distúrbios do sono associados com referência de ansiedade (OR=5,61 IC 1,65-19,09), e colesterol total ≥ 200 mg/DL (OR=4,42 IC 1,36-14,38); **4-** distúrbios psicossomáticos associados ao sexo feminino (OR=6,57 IC 1,96-22,0) e relato de ansiedade (OR=4,06 IC 1,24-13,3); **5-** severidade da ausência de saúde mental associado ao sexo feminino (OR=3,96 IC 1,26-12,43) e automedicação (OR=3,39 IC 95% 1,07-10,70).

Referências

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Cadernos de Informações de Saúde. Caderno para o Brasil. Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupos de causas - CID10 em 2002 [online]. Brasília; 2002.
Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/BR/Brasil>. [16 maio 2005].
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003.
5. European Society of Cardiology . European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2003;10(4):S1-S10
6. Lotufo PA. Increasing obesity in Brazil: predicting a new peak of cardiovascular mortality. São Paulo Med J. 2000;118(1):161-2.
7. Souza MFM, Timerman A, Serrano Junior CV, Santos RD, Pádua MA. Trends in the risk of mortality due to cardiovascular diseases in five Brazilian geographic regions from 1979 to 1996. Arq Bras Cardiol. 2001;77(6):569-75.
8. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/>
9. Silva MA, Sousa AG, Schargodsky H. Fatores de risco para o infarto do miocárdio no Brasil. Estudo FRICAS. Arq Bras Cardiol 1998;71(5):667-75.
10. Grundy SM, Bazzarre T, Cleeman J, D'Agostinho RB, Martha M, Miller NH, et al. Prevention Conference V. Beyond secondary prevention: identifying the high-risk patient for primary prevention: medical office assessment. Writing Group I. Circulation. 2000;101(1):E3-E11.
11. Galvão TFG, Chagas ACP. Mecanismos fisiopatológicos da síndrome isquêmica aguda com supradesnivelamento do segmento ST. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2004;14(6):840-9.

12. Stefanini E, Matsushita AM, Gil MA. Síndromes coronárias agudas: angina instável e infarto agudo do miocárdio. In: Stefanini E, Kasinski N, Carvalho AC. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar de cardiologia. UNIFESP-Cardiologia. São Paulo: Manole; 2004. p. 195-224.
13. Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndromes. *Heart* 2000;83(3):361-6.
14. Braunwald E, Zipes D, Libby P. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
15. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al.. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST- elevation myocardial infarction. *Circulation*. 2004; 110:e82-292.
16. Laurenti, R, Buchalla, CM, Carantin, CVS. Ischemic heart disease: hospitalization, length of stay and expenses in Brazil from 1993 to 1997. *Arq Bras Cardiol*. 2000;74(6):483-92.
17. Barbosa LA, Stefanini E. Prevenção de doença cardiovascular. In: Stefanini E, Kasinski N, Carvalho AC. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar de cardiologia. UNIFESP-Cardiologia. São Paulo: Manole; 2004. p. 239-54.
18. Fletcher GF, Oken KR, Safford RE. Comprehensive rehabilitation of patients with coronary artery disease. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: HIE; 2001. p. 1406-21.
19. Armaganijan D, Batlouni M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2000;10:686-93.
20. Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(3):206-13.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
22. Ferrer Herreira I, Revero Varona JC, Sardiñas Montes de Oca O, Hernández Cisneros F, Ferrer Tan I, Oliva Garcia N. Calidad de la atención dispensarial a la cardiopatía isquémica *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;17(5):461-67.
23. Barreto SM, Passos VMA, Cardoso ARA. Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade: Projeto Bambuí. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(6):556-61.

24. Mendelsohn ME, Karas RH. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med*. 1999;340(23):1801-11.
25. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2005.
26. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, Chait A, Eckel RH, Howard BV, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 1999;100(10):1134-46.
27. Saad EA. Prevenção primária e secundária da aterosclerose: perspectiva atuais e futuras. *Revista da SOCERJ*. 2004; 17(2):112-132.
28. Parada NM, Cozza E, Parada JL. Relación entre hábitos alimentarios y niveles de colesterol serico en una población suburbana de Argentina. *Arch Latinoam Nutr*. 1999;49(4):333-7.
29. Fornes NS, Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Latorre MR. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2002;36(1):12-8.
30. Monteiro CA, Mondini L, Costa RB. Changes in composition and appropriate nutrition of family diet in metropolitan areas of Brazil (1988-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):251-8.
31. World Health Organization (WHO). The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003 [online]. Rio de Janeiro; 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. [16 mar. 2005].
33. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995. (Technical Report Series, n. 854).
34. Benseñor IM, Lotufo PA. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole: 2004. p.11-26.
35. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis os cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99:2192-2217.
36. Das S, O'Keefe JH. Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. *Curr Atheroscler Rep*. 2006;8(2):111-8.

37. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *JAMA*. 2001;286(13):1621-7.
38. Kubzansky LD, Kavachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res*. 2000;48(4/5):323-37.
39. Tennant C, McLean L. The impact of emotions on coronary disease risk. *J Cardiovasc Risk*. 2001;8(3):175-83.
40. Linfante AH, Allan R, Smith SC Jr, Mosca L. Psychosocial factors predict coronary heart disease, but what predicts psychosocial risk in women. *J Am Med Womens Assoc*. 2003;58(4):248-53.
41. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. BaltimoreMD, Johns Hopkins University Press, 1979.
42. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol*. 1993;72:68D-74D
43. Gusmão JL, Mion Jr. Décio. Adesão ao tratamento-conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(10):23-25.
44. Rocha Jr MA. Compliance-você acha que a receita vai ser seguida? In: Paulo LG, Zanini AC. Compliance: sobre o encontro paciente-médico. São Paulo: Ipex;1997. p. 51-66.
45. Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para cuidar. São Paulo: Manole; 2003. p. 275-89.
46. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
47. Pierin AMG. Adesão ao tratamento. In: Nobre F, Pierin A, Mion Junior D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p. 23-33.
48. Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang RN, Davidson P. Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs: a critical literature review. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2002;17(1):8-17.
49. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8(3):775-82.
50. Souza ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para cuidar. São Paulo: Manole; 2003. p.165-204.

51. Wiles R, Kinmonth A. Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Educ Couns*. 2001;44(2):161-9.
52. Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazin CC, Gallane MC, Colombini MR. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Lat Am. Enferm*. 2001;9(4):50-5.
53. Carvalho CV, Duarte DB, Merchan-Hamann E. et al. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:593-604.
54. Pierin AMG, Mion Junior D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(1):11-8.
55. Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;14(3):218-21.
56. Fonarow GC, Gawlinski A, Moughrabi S, Tillisch JH. Improved treatment of coronary heart disease by implementation of a Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP). *Am J Cardiol*. 2001;87(7):819-22.
57. De Bono DP. Models of cardiac rehabilitation. Multidisciplinary rehabilitation is worthwhile, but how is it best delivered? *BMJ*. 1998;316(7141):1329-30.
58. Nabel EG. Coronary heart disease in woman: an ounce of prevention. *N Engl J Med*. 2000;343(8):572-4.
59. Seed M. Preventive cardiology: strategies for the prevention and treatment of coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2001;345:927-8.
60. Fridlund B. The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2002;1(1):15-8.
61. Lisspers J, Hofman BC, Nordlander R, Ryden L, Sundin O, Ohman A, et al. Multifactorial evaluation of a program for lifestyle behavior change in rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease. *Scand Cardiovasc J*. 1999;33(1):9-16.
62. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen-159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Em: (COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem: Enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo;2001. p.103-4.

63. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 5ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
64. Goldberg DP. Questionário de saúde geral de Goldberg: manual técnico QSG: adaptação brasileira /David P Goldberg; tradução Luiz Pasquali, Valdiney V. Gouveia, Vagner Bandeira Andriola. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 9-43.
65. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
66. Piegas LS. Infarto agudo do miocárdio não-Q e angina instável: estudo comparativo entre diferenças clínicas e regionais [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1999.
67. Zonorf LAM, Paiva SAR, Assalin VM, Pola MS, Becker LE, et al. Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em Hospital Terciário Universitário. *Arq Bras Cardiol.* 2002;78(4):396-400.
68. Manfroí WC. Infarto agudo do miocárdio: primeira manifestação da cardiopatia isquêmica e relação com fatores de risco. *Arq Bras Cardiol.* 2002;78(4):388-91.
69. Merz NB, Bonow RO, Sopko G, Balaban RS, Cannon III RO, Gordon D, et al. Women's Ischemic Syndrome Evaluation: current status and future research directions. Report on the National Heart, Lung and Blood Institute Workshop, October 2-4, 2002. Executive summary. *Circulation.* 2004;109(6):805-7.
70. Blomkalns AL, Chen AY, Hochman JS, Peterson ED, Trynosky K, Diercks DB, et al. Gender disparities in the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: large scale observations from the CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early implementation of the American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines) National Quality Improvement Initiative. *J Am Coll Cardiol.* 2005;45(6):832-7.
71. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Cardiovascular diseases in women. Why Now? *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(6):259-63.
72. Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, Salpeter EE. Brief report: coronary heart disease events associated with hormone therapy in younger and older women. A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2006;21(4):363-6.
73. Matos AC, Ladeia AM. Avaliação de fatores de risco cardiovascular em uma comunidade rural da Bahia. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(3):291-6.

74. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. *Circulation*. 1994; 90(1):583-612.
75. Barnett E, Armstrong DL, Casper ML. Evidence of increasing coronary heart disease mortality among black men of lower social class. *Ann Epidemiol*. 1999; 9(8):461-71.
76. Alderman MH, Cohen HW, Madhavan S. Myocardial infarction in treated hypertensive patients: the paradox of lower incidence but high mortality in young blacks compared with whites. *Circulation*. 2000;101(1):1109-14.
77. Barnett E, Halverson J. Disparities in premature coronary heart disease mortality by region and urbanicity among black and white adults ages 35-64, 1985-1995. *Public Health Rep*. 2000;115(1):52-64.
78. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Centro de Estatística Religiosa e Investigações Sociais (CERIS). Censo 2000. Rio de Janeiro; 2002.
79. Duncan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Menegue S. Altas taxas de mortalidade por doenças não transmissíveis em populações brasileiras: uma comparação internacional. *Rev Ass Med Bras*. 1992;38(1):138-44.
80. Castro VD, Car MR. Dificuldades e facilidades dos doentes no segmento do tratamento da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(3):294-304.
81. Oliveira KCS, Zanetti ML. Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em hospital privado. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2005;1 Supl A:1-11.
82. Piegas LS, Avezum A, Pereira JC. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J*. 2003;146(2):331-8.
83. Pais P, Pogue J, Yusuf S. Risk factors for acute myocardial infarction in indians: a case-control study. *Lancet*. 1996;348:358-63.
84. Cooper RS. Social inequality, ethnicity and cardiovascular disease. *Int J Epidemiol*. 2001;30 Suppl 1:S48-52.
85. Liu S, Manson JE, Lee I. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the women's health study. *Am J Clin Nutr*. 2000;72(4):922-8.
86. Despres JP. Health consequences of visceral obesity. *Ann Med*. 2001;33(8):534-41.

87. Beegon R, Beegon R, Niaz MA, Singh RB. Diet, central obesity and prevalence of hypertension in the urban population of South India. *Int J Cardiol.* 1995;51(2):183-91.
88. Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med.* 1995;333(11): 677-85.
89. Colombo RCR, Aguillar OM, Gallani MCBJ, Gobatto CA. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. *Rev Lat Am Enferm.* 2003;11(4):461-7.
90. Carrol S, Cooke CB, Butterly RJ, Moxon JWD, Moxon JWA, Dudfield M. Waist circumference in the assessment of obesity and associated risk factors in coronary artery disease. *Coronary Health Care.* 2000;4(4):179-86.
91. Eidelman RS, Vignola P, Hennekens CH. Alcohol consumption and coronary heart disease: a causal and protective factor. *Semin Vasc Méd* 2002; 2:253-6.
92. Gronbaek M. Factors influencing the relation between alcohol and cardiovascular disease. *Curr Opin Lipidol* 2006; 17:17-21.
93. World Health Organization (WHO). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: WHO; 2000.
94. United States. Department of Agriculture Food and Nutrition Information Center. Dietary Guidelines for Americans. Report of the dietary advisory committee on the dietary guidelines for Americans. Beltsville; 2000.
95. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty seventh world health assembly [WHA57.17] [online]. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>>. [13 mar 2005].
96. Piegas LS, Avezum A, Pereira JC, Neto JM, Hoepfner C, Farran JA, et al. AFIRMAR Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J* 2003; 146: 331-8.
97. Keys A. The seven countries study: a multivariate analysis of death and coronary heart disease. Cambridge: Harvard University Press; 1980.
98. Mennotti A, Blackburn H, Kromhout D, Nissinen A, Adachi H, Lanti M. Cardiovascular risk factors as determinants of 25 year all-cause mortality in the seven countries study. *Eur J Epidemiol.* 2001;17(4):337-46.
99. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Prospective studies collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360:1903-13.

100. Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1):20-7.
101. Feijão AMM, Gadilha FV, Becerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência do excesso de peso e hipertensão arterial em população urbana de baixa renda. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(1):29-33
102. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo CS. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. 1994;63(6):473-9.
103. Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Costa MFL. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in southeast Brazil-the Bambui Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol*. 2001;77(6):576-81.
104. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(4):261-7.
105. Grund SM, Cleeman JI, Merz CNB, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines . *Circulation* 2004;110(2):227-39.
106. Barret-Connor EI, Cohn BA, Wingard DL, Edelstein SL. Why is diabetes mellitus a stronger riskfactor for fatal ischemicheart disease in women than in men? The Rancho Bernardo study. *JAMA*. 1991; 265(5):627-31
107. Ciruzzi M, Schargrotsky H, Rozlosnik J, Pramparo P, Delmonte H, Rudich V et al. Frequency of family history of acute myocardial infarction in patients with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 1997; 80: 122-7.
108. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9:139-46.
109. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*. 1991;25(3):259-69
110. Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to the treatment and health outcomes. *Arch Intern Med*. 1993;153(16):1863-8.
111. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation*. 1997;95(4):1085-90.

112. Giorgi DMA. Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.
113. Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 1997;68(6):443-9.
114. Hasford J. Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *J Cardiovasc Pharmacol*. 1992;20 Suppl 6:S30-4.
115. Wilson RP, Freeman A, Kazda MJ, Andrews TC, Berry L, Vaett PH, et al. Lay beliefs about high blood pressure in a low to middle income urban African-American community: an opportunity for improving hypertension control. *Am J Med*. 2002;112(1):26-30.
116. Mion Junior D, Pierin AMG. Causas da baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: *Anais do Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão*; 1996; São Paulo. p. 120.
117. Parsons SK, Cruise PL, Davenport WM, Jones V. Religious beliefs, practices and treatment adherence among individuals with HIV in the southern United States. *AIDS Patient Care STDS*. 2006;20(2):97-111.
118. Moreira TMM, Araújo TL. Compreensão da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir do modelo de King. *Rev Enfem UERJ*. 2002;10(2):120-4.
119. Vilhjalmsson R. Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: a preliminary investigation. *Soc Sci Med* 1998; 47:603-11.
120. Ginzburg K, Solomon Z, Koifman B, Keren G, Roth A, Kriwisky M, et al. Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a prospective study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1217-23.
121. Brink E, Karlson BW, Hallberg LR. Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *J Adv Nurs*. 2006;53(4):403-11.
122. Kamm-Steigelman L, Kimble LP, Dunbar S, Sowell RL, Bairan A. Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27(2):141-59.
123. Cantos GA, Duarte MF, Dutra RL, Silva CSM, Waltrick CDA, Belen MG, et al. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. *Bras Patol Med Lab* 2004; 40(4): 240-7.
124. Redmond G. Mood disorders in the female patient. *Int J Fertil Womens Med*. 1997;42(2):67-72

125. Iribarren Carlos, Sidney S, Bild DE, Liu K, Markovitz JH, Roseman JM, Matthews K. Associação de hostilidade com calcificação das artérias coronárias em adultos jovens. Estudo CARDIA. JAMA. 2000; 283:2546-51.
126. Illanes E, Bustos L, Lagos X, Navarro N, Munoz S. Associated factors to depressive symptoms and somatic symptoms in climacteric women in the city of Temuco. Rev Med Chil. 2002;130(8):885-91.
127. O'Malley PG, Jones DL, Feuersyeten IM, Taylor AJ. Lack of correlation between psychological factors and subclinical coronary artery disease. N Engl J Med. 200;343(18):1298-304.
128. Meincke U, Hoff P. Psychiatric disorders following myocardial infarction. Med Klin. 2006;101(5):373-7.
129. Kinrys G, Wygant LE. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? Rev Bras Psiquiatr. 2005;7 Supl 2:43-50.
130. Mezzomo M, Mesquita R, Zimmerman P, Bertuol C, Manenti E, Berdichewski E, et al. Depressão e ansiedade em pacientes com Angina Instável (AI) ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na Unidade de Tratamento Coronariano de um Hospital Geral Rev Bras Psiquiatr. 2002;24 Supl 2: 26-43.
131. Gafarov VV, Gromova EA, Gagulin IV, Gafarova AV. Sleep disturbances and a risk of myocardial infarction. Klin Med (Mosk). 2006;84(4):28-30.
132. Romano BW, Coelho MGC. Aspectos psicológicos na determinação do comportamento dos pacientes diante das doenças crônicas. In: Nobre F, Pierin A, Mion Jr D. Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco. São Paulo: Lemos Editorial; 2002. p.44-56.
133. Artinian NT, Washington OG, Flack JM, Hockman EM, Jen KL. Depression, stress, and blood pressure in urban African-American women. Prog Cardiovasc Nurs. 2006; 21(2):68-75
134. Silva LF, Guedes MVC, Moreira RP, Souza ACC. Doença crônica: o enfretamento pela família. Acta Paul Enferm. 2002;15(1):40-7.
135. Trigo M, Rocha EC, Coelho R. Factores psicossociais de risco na doença arterial coronariana: Revisão crítica da literatura. Rev Portuguesa Psicossom. 2000;2(2):149-99.

Anexos

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento

Eu, _____
documento de identidade nº _____, estou sendo convidado (a) pela pesquisadora _____, enfermeira, a participar da pesquisa “Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados a adesão ao tratamento”.

Este estudo tem como objetivos caracterizar o perfil bio-psico-social dos pacientes após síndromes coronarianas agudas, identificar os fatores que possam interferir na adesão ao tratamento destes pacientes no que diz respeito à falta as consultas, interrupção do tratamento e controle de pressão arterial e associar o perfil bio-psico-social dos pacientes com síndromes coronarianas agudas com fatores relacionados à adesão.

Os dados serão coletados nas unidades de terapia intensiva e internação coronariana, e após alta hospitalar nos ambulatórios da coronária, prevenção secundária e lípidos.

Estou ciente que responderei a perguntas de dois questionários, no ambulatório ao qual serei encaminhado. As perguntas do primeiro questionário dizem respeito a: idade, escolaridade, ocupação, profissão, naturalidade, residência atual, religião, hábitos de fumar, beber, realizar exercícios físicos, uso de medicamentos, interrupção do tratamento e conhecimento sobre a doença que o está acometendo. Após estas perguntas, será medido peso, altura, circunferência da cintura, quadril e do membro superior esquerdo. Ficarei sentado por 5 minutos para medidas da pressão arterial e da frequência cardíaca por 3 vezes. Serei pesado e verificado minha altura, bem como a circunferência abdominal.

As perguntas do segundo questionário dizem respeito ao bem estar psicológico e relacionam sentimentos de estresse, alterações psicossomáticas, ansiedade, depressão, auto-eficácia (autoconfiança) e alterações do sono.

Esta pesquisa envolve desconfortos mínimos aos participantes. Somente as medidas de pressão podem ocasionar leve desconforto no braço. A entrevista e realização das medidas devem durar cerca de 45 minutos.

Os benefícios do estudo incluem o possível avanço do conhecimento do perfil do paciente com síndrome coronariana aguda e qual a melhor forma de ajudar as pessoas no controle desta doença.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, bem como deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

É garantido o direito de confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas e compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Em caso de dano pessoal diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

ANEXO 4

Nome: _____ RH _____

Questionário de Saúde Geral de Goldberg

1. **Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?**
 - a) melhor do que de costume
 - b) como de costume
 - c) pior do que de costume
 - d) muito pior do que de costume
2. **Tem sentido necessidade de tomar fortificante (vitaminas)?**
 - a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
3. **Tem se sentido cansada (fadigado) e irritadiço?**
 - a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
4. **Tem se sentido mal de saúde?**
 - a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
5. **Tem sentido dores de cabeça?**
 - a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
6. **Tem sentido dores na cabeça?**
 - a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume

- 7. Tem sido capaz de concentrar-se no que faz?**
- a) melhor do que de costume
 - b) como de costume
 - c) pior do que de costume
 - d) muito pior do que de costume
- 8. Tem sentido medo de desmaiar em local público?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 9. Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 10. Tem suado (transpirado) muito?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 11. Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 12. Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 13. Tem se sentido muito cansado e exausto até mesmo para alimentar-se?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 14. Tem perdido muito sono por causa de preocupações?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume

- 15. Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?**
- a) melhor do que de costume
 - b) como de costume
 - c) pior do que de costume
 - d) muito pior do que de costume
- 16. Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?**
- a) melhor do que de costume
 - b) como de costume
 - c) pior do que de costume
 - d) muito pior do que de costume
- 17. Tem sentido dificuldade em conciliar o sono (pegar no sono)?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 18. Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (ter pego no sono)?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 19. Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 20. Tem tido noites agitadas e mal dormidas?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 21. Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado?**
- a) mais do que de costume
 - b) como de costume
 - c) um pouco menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 22. Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?**
- a) mais rápido do que de costume
 - b) como de costume
 - c) mais tempo do que de costume
 - d) muito mais tempo do que de costume

- 23. Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 24. Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 25. Tem tido menos cuidado com suas roupas?**
- a) mais cuidado do que de costume
 - b) como de costume
 - c) menos cuidado do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 26. Tem saído de casa com a mesma frequência de costume?**
- a) mais do que de costume
 - b) como de costume
 - c) um pouco menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 27. Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas sairia se estivesse em seu lugar?**
- a) melhor do que de costume
 - b) como de costume
 - c) pior do que de costume
 - d) muito pior do que de costume
- 28. Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?**
- a) melhor do que de costume
 - b) como de costume
 - c) pior do que de costume
 - d) muito pior do que de costume
- 29. Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 30. Tem se sentido satisfeito com a forma pelo qual você tem realizado suas atividades (tarefas ou trabalho)?**
- a) mais satisfeito do que de costume
 - b) como de costume
 - c) menos satisfeito do que de costume
 - d) muito menos satisfeito do que do que de costume

- 31. Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aquele que o cercam?**
- a) mais do que de costume
 - b) como de costume
 - c) um pouco menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 32. Tem achado fácil conviver com outras pessoas?**
- a) mais fácil do que de costume
 - b) tão fácil como de costume
 - c) menos do que de costume
 - d) muito mais difícil do que de costume
- 33. Tem gasto muito tempo batendo papo?**
- a) mais tempo do que de costume
 - b) tanto quanto de costume
 - c) menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 34. Tem tido medo de dizer alguma coisa as pessoas e passar pó tola (parecer ridículo)?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 35. Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?**
- a) mais do que de costume
 - b) como de costume
 - c) um pouco menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 36. Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?**
- a) mais do que de costume
 - b) como de costume
 - c) um pouco menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 37. Tem sentido que você não conseguiu continuar as coisas que começa?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 38. Tem se sentido com medo de tudo o que faz?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume

- 39. Tem se sentido constantemente com tensão?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 40. Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 41. Tem achado a vida uma luta constante?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 42. Tem conseguido sentir prazer em suas atividades?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 43. Tem pouca paciência com as coisas?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 44. Tem se sentido irritado e mal humorado?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) mais do que de costume
- 45. Tem ficado apavorada ou em pânico sem razão justificada para isso?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 46. Tem se sentido capaz de enfrentar problemas?**
- a) mais capaz do que de costume
 - b) como de costume
 - c) menos capaz do que de costume
 - d) muito mais do que de costume

- 47. Tem sentindo que as atividades têm sido excessivas para você?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 48. Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 49. Tem se sentindo infeliz e deprimido?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 50. Tem perdido a confiança em você mesmo?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 51. Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 52. Tem sentindo que a vida é completamente sem esperança?**
- a) não, absolutamente
 - b) não mais do que de costume
 - c) um pouco mais do que de costume
 - d) muito mais do que de costume
- 53. Tem sentido esperançoso quanto ao seu futuro?**
- a) mais do que de costume
 - b) como de costume
 - c) um pouco menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume
- 54. Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz?**
- a) mais do que de costume
 - b) como de costume
 - c) um pouco menos do que de costume
 - d) muito menos do que de costume

55. Tem se sentido nervoso e sempre tenso?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

56. Tem sentindo que a vida não vale a pena?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

57. Tem pensando na possibilidade de dar um fim em você mesmo?

- a) definitivamente não
- b) acho que não
- c) passou-me pela cabeça
- d) definitivamente sim

58. Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

59. já se descobriu desejando estar morto e longe (livre de tudo)?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

60. Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?

- a) não, absolutamente
- b) não mais do que de costume
- c) um pouco mais do que de costume
- d) muito mais do que de costume

ANEXO 5

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 3 de novembro de 2005.
CEP 1331/05

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) LUCIANE VASCONCELOS BARRETO DE CARVALHO

Co-Investigadores: Angela Maria Geraldo Pierin

Disciplina/Departamento: Cardiologia/Medicina da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Perfil dos pacientes com síndrome coronariana aguda encaminhados a um ambulatório de prevenção secundária**".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional transversal, populacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: risco mínimo, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Avaliar o perfil dos pacientes com síndrome coronariana aguda encaminhados a um ambulatório de prevenção secundária.

RESUMO: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo a ser realizado no Hospital São Paulo na Unidade de Internação e Terapia Intensiva em Cardiologia, bem como no ambulatório de prevenção secundária. Em princípio os pacientes serão randomizados na UTI onde ao aceitarem a participar da pesquisa, responderão a um questionário sendo posteriormente encaminhados ao ambulatório de prevenção secundária para acompanhamento. Em sua consulta ambulatorial será aplicado um segundo questionário visando caracterizar o perfil desses pacientes. Com base nesses dois instrumentos serão feitas as análises e comparações dos dados obtidos.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Com os resultados obtidos, o enfermeiro, bem como a equipe de saúde, poderão traçar metas que visem à reabilitação do paciente, bem como a redução de custos em seu tratamento e a melhora da qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODO: descritos e apresentados os instrumentos de coleta de dados.

TCLE: adequado de acordo com a res 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento específico R\$ 890,00.

CRONOGRAMA: 10 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 30/10/2006 e 25/10/2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

ANEXO 2

AVALIAÇÃO INICIAL - Instrumento de Coleta de Dados																																									
IDENTIFICAÇÃO																																									
Data da Entrevista:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																								
Data da admissão	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																								
Nome:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																								
Registro: _____	Telefone p/ cotnato: _____																																								
Idade: _____	Nascimento: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Sexo: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Masculino <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Feminino																																								
Nacionalidade: <u>1 Brasileiro 2 Não Brasileiro</u>																																									
Naturalidade: <u>1 Sudeste 2 Sul 3 Nordeste 4 Norte 5 Centro</u>																																									
Diagnóstico Médico: IAM C/ SUPRA ST - 1 / IAM S/ SUPRA ST - 2 / AI - 3																																									
DADOS E BIOSOCIAS																																									
1- Etnia: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Branca <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Negra <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Amarela </div> <div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Mestiço </div> </div>	2 - Estado civil: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Solteiro <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Casado <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Viuvo </div> <div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Separado <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Amasiado </div> </div>																																								
2 - Religião: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Católica <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Evangelica </div> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Budista <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Testemunha de Jeová </div> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Espírita <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Messianica </div> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Crê em Deus <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Judaica </div> </div>																																									
3 - Escolaridade: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Analfabeto <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Lê-Escreve </div> <div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1.º Grau <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2.º Grau </div> <div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Superior </div> <div> Situação: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Completo <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Incompleto </div> </div>																																									
4 - Profissão: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Autônomo <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Serv de Obras e Manut <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Funções Superiores </div> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Aposentado <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Funções Especificas <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Desempregado </div> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Do lar <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Serv. Domestico </div> <div style="width: 25%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Serv Gerais <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> F. Técnicas </div> </div>																																									

5 - Exame Físico	PAS	PAD
Peso _____ Kg	1ª: _____	1ª: _____
MSE _____ cm	2ª: _____	2ª: _____
Cintura _____ cm	3ª: _____	3ª: _____
Altura _____ cm		

6 - Eletrocardiograma	☐ 1 C/ alt	☐ 2 S/ alt
-----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

7 . Marcadores de Necrose Mioc	☐ 1 C/ alt.	☐ 2 S/ alt.
☐ 1 Sim		
☐ 2 Não		
☐ 3 Não consta		

ANEXO 3

AVALIAÇÃO AMBULATORIAL - Instrumento de Coleta de Dados

IDENTIFICAÇÃO

Data da Entrevista:

--	--	--

[illegible]

Registro: _____ **Telefone p/ contato:** _____

Idade: _____ **Nascimento:** **Sexo:** ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino

Nacionalidade: 1 Brasileiro 2 Não Brasileiro

Naturalidade: 1 Sudeste 2 Sul 3 Nordeste 4 Norte 5 Centro

Diagnóstico Médico: IAM C/ SUPRA ST - 1 / IAM S/ SUPRA ST - 2 / AI - 3

DADOS SOCIO-ECONOMICO

1 - Etnia:

1 Branca

2 Negra

3 Amarela

4 Mestiço

2 - Estado civil:

1 Solteiro 4 Separado
2 Casado 5 Amasiado
3 Viuvo

2 - Religião:

☐ 1 Católica
 ☐ 3 Budista
 ☐ 5 Espírita
 ☐ 7 Crê em Deus

☐ 2 Evangelica
 ☐ 4 Testemunha de Jeová
 ☐ 6 Messiânica
 ☐ 7 Judaica

3 - Escolaridade:

☐ 1 Analfabeto ☐ 3 1.º Grau ☐ 5 Superior **Situação:** ☐ 1 *Completo*
☐ 2 Lê-Escreve ☐ 4 2.º Grau ☐ 6 Superior Completo ☐ 2 *Incompleto*

4 - Profissão:

☐ 1 Autônomo
 ☐ 2 Aposentado
 ☐ 3 Do lar
 ☐ 4 Serv. Doméstico
 ☐ 5 *Serv Gerais*
☐ 6 Serv de Obras e Manut
 ☐ 7 Funções Específicas
 ☐ 8 F. Técnicas
☐ 9 Funções Superiores
 ☐ 10 Desempregado

5 - Mora em ...

☐ 1 Imóvel Própria ☐ 2 Imóvel Alugado. Valor do aluguel R\$ _____
☐ 3 Imóvel cedido

6 - Seu local de moradia possui rede de saneamento básico?☐ 1 Sim ☐ 2 Não**7 . Quantas pessoas moram com você**☐ 1 Uma ☐ 2 Duas ☐ 3 Três ☐ 4 Quatro ☐ 5 Cinco ou mais ☐ 6 Nenhum**8 - Renda familiar:**☐ 1 Menos que 01 salário mínimo ☐ 4 04 a 05 salários mínimos
☐ 2 01 salário mínimo ☐ 5 Mais de 05 salários mínimos
☐ 3 02 a 03 salários mínimos**9 - Quem é o responsável pela renda familiar (chefe da família)?**☐ 1 SIM ☐ 2 NÃO☐ 1 ☐ 2 Paciente ☐ 1 ☐ 2 Cônjuge ☐ 1 ☐ 2 Casal
☐ 1 ☐ 2 Filho ☐ 1 ☐ 2 Outro familiar**10 - Quanto tempo gasta para chegar a este serviço de saúde?**☐ 1 Até 1 hora ☐ 2 de 1 a 2h ☐ 3 Mais que 2 horas**ANTECEDENTES E TRATAMENTO****11 - Antecedentes Pessoais** ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Diabetes	☐ Sim	☐ Não	Acidente Vascular Encefálico	☐ Sim	☐ Não
Infarto	☐ Sim	☐ Não	Hipertensão Arterial Sistêmica	☐ Sim	☐ Não
Insuficiência Renal	☐ Sim	☐ Não	Dislipidemia	☐ Sim	☐ Não
ICC	☐ Sim	☐ Não	Doença Arterial Periférica	☐ Sim	☐ Não

12 - Faz tratamento para alguma destas doenças? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Diabetes	☐ Sim	☐ Não	Acidente Vascular Encefálico	☐ Sim	☐ Não
Infarto	☐ Sim	☐ Não	Hipertensão Arterial Sistêmica	☐ Sim	☐ Não
Insuficiência Renal	☐ Sim	☐ Não	Dislipidemia	☐ Sim	☐ Não
ICC	☐ Sim	☐ Não	Doença Arterial Periférica	☐ Sim	☐ Não

13 - Antecedentes Familiares - Há alguém na família com ...

	Sim	Não	Não sabe	Grau de parentesco			
	1	2	3	Pai	Mãe	Irmãos	Avós
<i>Diabetes</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Infarto</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Insuficiência Renal</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Acidente Vascular Encefálico</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Dislipidemia</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Doença Arterial Periférica</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14 - Quantas vezes já esteve internado por problemas de saúde?

☐ 1 Uma vez ☐ 2 Duas vezes ☐ 3 Três vezes ☐ 4 Mais de três vezes

15 - Está sendo acompanhado em outros ambulatorios?

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

☐ LPD
☐ Coronária
☐ Hipertensão HAS
☐ DM

☐ ATC
☐ Onco
☐ Vascular
☐ Arritmia

16 - Medicações prescritas:

☐ 1 Faz uso ☐ 2 Não usa

☐ B. Block
☐ IECA
☐ Antiarritmico
☐ Antag Recep Angiotens

☐ Antiagregante
☐ Hipolipimiente
☐ Diurético
☐ B.Canais de Cálcio

☐ Anticoagulante
☐ Digitálico
☐ Hipoglicemiante
☐ Adrenérgico
☐ Vasodilatador

17 - Usa outro tratamento para seu problema de saúde?

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

☐ Homeopatia ☐ Remédios caseiros, chás ☐ Acupuntura ☐ Religião ☐ Ioga

18 - Menopausa?

☐ 2 Não ☐ 3 Não cabe ☐ 1 Sim, há quanto tempo

Tratamento de reposição hormonal ☐ 2 Não ☐ 3 Parou ☐ 1 Sim

19 - O(a) Sr.(a) acha que o motivo da sua internação se relaciona com:

☐ Dieta incorreta	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Hipertensão	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Fumo	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Diabetes Melitus	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Dislipidemia	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Obesidade	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Estresse	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Má adesão ao tratamento	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Bebida alcoólica	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Falta de atividade física	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
☐ Presença na família	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe

ESTILO DE VIDA**20 - Tem o hábito de fumar?**☐ 3 Não, parei. ☐ 2 Não, nunca fumei. ☐ 1 Sim

1. Com filtro ☐ 1 Sim ☐ 2 Não Quantidade/sem Exposição/meses

☐ 3 Não, parei. Há quanto tempo parou? (anos) (meses)

☐ 1 Sim. Especifique o tipo e há quanto tempo começou. Tempo (meses)

Tipo		Quantidade/SEM	Exposição
2. Sem filtro	☐ 1 Sim ☐ 2 Não	<u> </u>	<u> </u>
3. Charuto	☐ 1 Sim ☐ 2 Não	<u> </u>	<u> </u>
4. Cachimbo	☐ 1 Sim ☐ 2 Não	<u> </u>	<u> </u>

21 - Tem o hábito de beber regularmente?

	Tipo	gramas etanol
☐ 2 Não, nunca bebi.	☐ Vinho	<u> </u>
☐ 3 Não, parei.	☐ Conhaque, Pinga	<u> </u>
☐ 1 Sim	☐ Cerveja	<u> </u>

22 - Quais dos alimentos abaixo fazem parte de sua alimentação

	Não usa	< 1 vez mês	1-2 vezes mês	1-2 vezes semana	> 3 vezes semana	diariamente
Carnes brancas/ Peixes						
Carnes vermelhas						
Preparados com maionese, bacon, ovos e margarina						
Embutidos/ Enlatados						
Leite integral e derivados (queijos, iogurte, manteiga)						
Leite desnatado e derivados						
Lanches (chocolates, biscoitos, tortas, salgadinhos)						
Legumes, verduras e frutas						
Grãos/Cereais (arroz, lentilhas, feijão)						

23 - Prática esportes / exercícios físicos regularmente?

☐ 3 Não, nunca pratiquei ☐ 1 Sim ☐ 2 Não, parei.

Tipo

☐ Futebol ☐ Caminhada ☐ Corrida ☐ Natação ☐ Musculação

Frequência _____ Tempo de Parada _____

DADOS RELACIONADOS A ADESÃO**24 - Depende de alguém para vir às consultas no hospital?**

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

25 - Já faltou alguma vez à consulta médica?

☐ 2 Não

☐ 1 Sim. Por quais motivos?

☐ 1 ☐ 2 Esquecimento ☐ 1 ☐ 2 Falta dinheiro ☐ 1 ☐ 2 Tempo de espera
☐ 1 ☐ 2 Companhia ☐ 1 ☐ 2 Impossibilidade física ☐ 1 ☐ 2 Consultas muito rápidas
☐ 1 ☐ 2 Distância ☐ 1 ☐ 2 Problemas familiares

NÃO sugerir alternativas ao paciente! ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

26 - Interrompeu o tratamento de alguma das doenças listadas acima? Por qual(is) motivo(s)?

☐ Esquema complexo de medicação ☐ Descaso
☐ Aconselhamento de outras pessoas ☐ Não sente necessidade de se tratar
☐ Efeito Colateral ☐ Problemas familiares
☐ Por esquecimento ☐ Não gostou do médico
☐ Falta de dinheiro
☐ Falta de orientação

27 - Sua família participa do seu tratamento?☐ 1 Sim☐ 2 Não☐ Auxílio financeiro☐ Comparecimento as consultas☐ Incentivo ao tratamento☐ Auxílio na tomada de medicações☐ Auxílio na mudança de habito alimentar**28 - O(a) Sr.(a) se esquece de tomar os remédios?**☐ 1 Nunca☐ 2 Raramente☐ 3 Às vezes☐ 4 Sempre**29 - O(a) Sr.(a) toma os remédios sempre no mesmo horário**☐ 1 Nunca☐ 2 Raramente☐ 3 Às vezes☐ 4 Sempre**30 - O(a) Sr.(a) leva os remédios quando viaja?**☐ 1 Nunca☐ 2 Raramente☐ 3 Às vezes☐ 4 Sempre**31 - O(a) Sr.(a) providência remédios antes que acabem?**☐ 1 Nunca☐ 2 Raramente☐ 3 Às vezes☐ 4 Sempre**32 - O(a) Sr.(a) toma remédio quando não sente nenhum sintoma da doença?**☐ 1 Nunca☐ 2 Raramente☐ 3 Às vezes☐ 4 Sempre**33 - O(a) Sr.(a) deixa de tomar remédio por conta própria?**☐ 1 Nunca☐ 2 Raramente☐ 3 Às vezes☐ 4 Sempre**34 - Sente-se na maioria das vezes**

Ansioso

☐ 2 Não☐ 1 Sim.

Consegue correlacionar o motivo? Qual?

Triste

☐ 2 Não☐ 1 Sim.

Consegue correlacionar o motivo? Qual?

Estressado

☐ 2 Não☐ 1 Sim.

Consegue correlacionar o motivo? Qual?

DADOS ESTRUTURAIS		
35 - Exame Físico	PAS	PAD
Peso _____ Kg	1ª: _____	1ª: _____
MSE _____ cm	2ª: _____	2ª: _____
Cintura _____ cm	3ª: _____	3ª: _____
Altura _____ cm		
36 - Glicemia de Jejum ☐ 1 C/ alt ☐ 2 S/ alt.		
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 Não consta		
37 - Triglicerídeos ☐ 1 Ótimo (< 150) ☐ 3 Alto (200-495)		
☐ 1 Sim ☐ 2 Limítrofe (150-200) ☐ 4 Muito alto (>500) ☐ 2 Não ☐ 3 Não consta		
38 - Colesterol Total ☐ 1 Ótimo (<200) ☐ 3 Alto (>240)		
☐ 1 Sim ☐ 2 Limítrofe (200-239) ☐ 2 Não ☐ 3 Não consta		
39 - LDL ☐ 1 Limítrofe (130-159) ☐ 3 Risco (>190)		
☐ 1 Sim ☐ 2 Alto (160-189) ☐ 4 S/ alt. ☐ 2 Não ☐ 3 Não consta		
40 . HDL ☐ 1 Baixo (<40)		
☐ 1 Sim ☐ 2 Desejável (>41) ☐ 2 Não ☐ 3 Não consta		