



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**GLICIA GLEIDE GONÇALVES GAMA**

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, CRENÇAS E  
COMPORTAMENTOS DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA ARTERIAL  
CORONÁRIA**

**SALVADOR  
2009**

**GLICIA GLEIDE GONÇALVES GAMA**

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, CRENÇAS E  
COMPORTAMENTOS DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA ARTERIAL  
CORONÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de mestra na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Carneiro  
Mussi

SALVADOR  
2009

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,  
Escola de Enfermagem, UFBA.

Gama, Glicia Gleide Gonçalves

G184f Fatores de risco cardiovascular, crenças e atitudes de  
indivíduos com doença arterial coronária / Glicia Gleide Gonçalves Gama –  
Salvador, 2009.

91f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Carneiro Mussi.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem,  
2009.

1. Artérias Coronárias – Fatores de risco. 2. Coronariopatias. I. Mussi, Fernanda  
Carneiro. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU 616.12

GLICIA GLEIDE GONÇALVES GAMA

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, CRENÇAS E  
COMPORTAMENTOS DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA ARTERIAL  
CORONÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre na Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dra. Fernanda Carneiro Mussi *Fernanda Carneiro Mussi*  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

Prof. Dr. Armênio Costa Guimarães *Armênio Costa Guimarães*  
**Doutor em Cardiologia e Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**

Prof. Dr. Álvaro Pereira *Álvaro Pereira*  
**Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia**

Prof. Dra. Dora Sadigursky *Sadigursky*  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

*Um homem com sua história  
De felicidade e sofrimento  
Um homem de sentimento!  
Que se dava... Que se envolvia...  
Um homem nobre!  
Um homem que se foi  
Mas deixou uma enorme herança  
O seu exemplo de resignação.  
Este homem a quem eu tanto devo  
Está presente em todos os meus momentos.  
Este homem que partiu tão cedo  
Era Meu Grande pai.*

*(autor desconhecido, 2008)*

*Ao meu pai João,  
que com certeza fez parte do incentivo  
para este meu desafio, dedico com emoção e  
carinho esta minha conquista.*

*À minha mãe Edleusa,  
por todo amor, motivação constante  
e incentivo em tudo na minha vida.*

*À minhas irmãs Gláucia, Grasiela e Gleide Glicia,  
pelas palavras de estímulo e reconhecimento;  
pelo carinho e amor demonstrados sempre.*

## **AGRADECIMENTOS**

São muitos, e todos extremamente especiais...

A Deus, por guiar meus passos, iluminar minha estrada, permitir meu progresso e a realização deste sonho.

À Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi, minha querida orientadora. Minha gratidão imensa por ter conduzido com segurança, domínio e afeto esta orientação.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Armênio, Prof. Dr. Álvaro, Profa. Dra. Dora, Doutoranda Kátia Veiga, pelas valiosas contribuições no trabalho. Meu agradecimento especial a Dr. Armênio, por toda contribuição realizada, a sempre disponibilidade e as considerações de relevância ao trabalho.

Ao corpo docente da Pós-graduação em Enfermagem – UFBA, por proporcionar descobertas e aprendizados fantásticos, que com certeza permitiram um amadurecimento e modificaram para melhor o meu perfil profissional; em especial à Profa. Dra. Norma Fagundes, pelas excelentes contribuições na banca de qualificação do projeto.

A todos os colegas do mestrado, pela convivência harmônica, pelos incentivos, alegrias, força, respeito, contribuições, carinho, aprendizado, troca de idéias... momentos com certeza inesquecíveis. Em especial à minha amiga Carol (Carolina Pedroza), companheira desde a graduação e com quem pude conviver novamente nesses últimos dois anos, resgatando a nossa valiosa amizade. E também a Olívia, Mirian, Deusélia e Isleide, “a turma do cuidar”, pelo apoio constante.

Aos membros do GISC (Grupo Interdisciplinar sobre o cuidado à saúde cardiovascular) e GECEOS (Grupo do Cuidar em Enfermagem), pelas contribuições e trocas durante as reuniões.

Aos amigos da Unidade de Dor Torácica (UDT) do Hospital Santa Izabel, pela paciência quando ainda no início do curso precisei dividir com vocês as minhas ansiedades e excesso de trabalho.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), pelo carinho e pelos estímulos.

Aos funcionários do Ambulatório de cardiologia preventiva do Hospital Ana Neri/INCOBA, em especial a Enfa. Ione, Enfa. Ângela, Secretária Rosana, Técnica de enf. Edilice, pela disposição e acolhimento durante toda a coleta de dados.

A Ana Cláudia e Ivan, funcionários da Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, pela constância do apoio.

Aos membros da minha família que torceram por mim. Em especial meu pai (*in memoriam*), minha mãe e minhas irmãs, por acreditarem no meu potencial, pelo exemplo de família, pelo amor sempre presente e os incentivos constantes. Também à tia Help, pela ajuda e disponibilidade.

À Amandinha, minha sobrinha e afilhada que tanto amo, espírito de luz, pela alegria durante esses dois anos.

À minha amiga Gil (Gilmara Rodrigues), que acreditou nessa vitória desde o início, pela disponibilidade, contribuições sempre pertinentes e estímulo ao meu crescimento. Meu agradecimento especial.

À Claudinha (Cláudia Pires), por todo apoio, disponibilidade, colaboração e incentivo.

Às estudantes da graduação em enfermagem, Andréia Mendes e Tássia Lacerda, pelo compromisso e responsabilidade dispensados durante toda a tabulação e transcrição dos dados.

À Elizabete, pelas importantes contribuições na análise estatística dos dados.

À minha amiga Aldinha (Aldacy Gonçalves), pessoa de uma energia estimulante e positiva, pelos ensinamentos e exemplo de competência.

À minha amiga Ró (Rosane), que mesmo na ausência esteve sempre preocupada com o meu desenvolvimento. Grata pelas suas orações e palavras de calma e acolhimento.

Às amigas Márcia Carneiro, Maria Helena, Joseny e Lívia, pelo apoio e pela torcida.

À minha amiga Dani (Daniela Alcântara), por sempre acreditar em meu potencial e pelo apoio especial oferecido no dia-a-dia ao longo desses anos.

Às irmãs Schultz (Mari e Júlia), pela contínua preocupação na redução do meu estresse e por todo carinho.

Às minhas amigas Daiane, Leila, Cecília, Cintinha, Maria Alice, Fabíola, Ana Cecília, que sempre torceram por essa minha conquista.

Aos Sujeitos da pesquisa, por terem permitido a entrevista, e por terem contribuído para um repensar da assistência prestada à saúde. Sem vocês este trabalho não se realizaria.

Enfim, a todos que torceram e acreditaram em mim.



*Nas grandes batalhas da vida,  
o primeiro passo para a vitória  
é o desejo de vencer!*

*(Gandhi)*

GAMA, Glicia Gleide Gonçalves. **Fatores de risco cardiovascular, crenças e comportamentos de indivíduos com doença arterial coronária.** 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

## RESUMO

A doença arterial coronária (DAC), causa importante e crescente de morbidade e mortalidade mundial, está associada à presença de fatores de risco cardiovascular (FRCV) e seu controle sofre influência das crenças e comportamentos dos indivíduos. Este estudo teve como objetivo geral avaliar FRCV, crenças e comportamentos de indivíduos com DAC; e específicos: descrever os FRCV e o seu grau de controle e as crenças e comportamentos desses indivíduos relativos à DAC e ao controle dos FRCV. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de corte transversal realizado em ambulatório de cardiologia de um hospital público, em Salvador/BA. A amostra foi de 100 adultos com DAC, de ambos os sexos. Para a coleta de dados foi elaborado instrumento específico e os dados foram levantados por meio de entrevista, avaliação clínica e laboratorial. Os resultados foram analisados em números absolutos, percentuais, médias e com base na técnica de codificação de dados qualitativos da Teoria Fundamentada em Dados. Os resultados evidenciaram um predomínio de homens (56%), na faixa etária <60 anos (54%), raça/cor negra (84%), pessoas com companheiro (52%), sem ocupação (68%), baixa escolaridade (87%) e renda (82%). Teve diagnóstico médico de angina instável 18% e infarto do miocárdio 82%, a maioria há menos de um ano. A maioria relatou hipertensão arterial (94%), alteração da gordura no sangue (83%), não praticar exercício físico (76%), abandono do tabagismo (59%) e da bebida alcoólica (51%). Todas as mulheres e 82% dos homens tinham circunferência abdominal aumentada, 19% glicemia casual >200 mg/dL, 36% sobrepeso, 28% obesidade, 65% algum estágio de hipertensão arterial, 65% HDL-C baixo, 41% Não-HDL alto. Constataram-se triglicérides altos na ausência de jejum em 53%. A média de agregação de FRCV por participante foi de 4, de crenças em saúde sobre a causa 1,53 e medidas de controle da DAC 1,45. A causa da doença era desconhecida por 17% e o controle por 18%. Como crenças para causa sobressaíram o estresse cotidiano (35%) e a alimentação inadequada (28%); e, para o controle, fazer dieta (32%), tomar medicamentos (27%) e evitar o estresse (22%). Apenas 22% acreditavam que o tratamento duraria a vida toda, 48% que medicações, cirurgia ou angioplastia curariam a DAC. Verificou-se uso de gorduras inadequadas, redução do sal e gordura e predomínio de alimentos cozidos, assados e grelhados. Consumiam carne de boi 56%, bolos e biscoitos industrializados 61%, refrigerantes 80%, 1 a 2 xícaras de café por dia 67% e 2 ou mais ovos por semana 33%. Catorze participantes não receberam orientação para o controle da DAC e, dos que receberam, 38% relataram não segui-las; 34% não cumpriam integralmente a receita médica. As condições econômicas deficitárias foram a principal razão para não seguimento do tratamento. Concluiu-se que em indivíduos de alto risco cardiovascular e baixa condição socioeconômica constataram-se a presença e o descontrole de vários fatores de risco cardiovascular, média baixa de crenças em saúde sobre as causas e medidas de controle da DAC, crenças equivocadas sobre a cura e tempo de tratamento e que parte da amostra não segue o tratamento. O estudo ofereceu subsídios para reflexão e proposição de práticas de cuidar visando ao controle da DAC.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Doenças da artéria coronariana. Fatores de Risco. Prevenção e Controle.

GAMA, Glicia Gleide Gonçalves. **Cardiovascular risk factors, beliefs and behavior of individuals with arterial coronary disease.** 91f. Dissertation (Masters in Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

## ABSTRACT

**Introduction:** Coronary artery disease (CAD), which represents an important and increasing cause of morbidity and mortality worldwide, is associated to the presence of cardiovascular risk factors (CVRF), and its control suffers the influence of beliefs and attitudes of individuals. **General objective:** Evaluate the CVRF, beliefs and attitudes of individuals in relation to CAD. **Specific objectives:** Describe the CVRF and its degree of control and beliefs and attitudes of these individuals in relation to CAD and to the control of CVRFs. **Methodology:** This study is a cross-sectional, descriptive-exploratory research, conducted in a cardiology clinic of a public hospital in Salvador /BA. Data was collected from 100 adults, with CAD, of both genders. For the collection of information a specific instrument was prepared and the information obtained through interviews, clinical and laboratorial evaluations. The project was approved by the Research Ethics Committee. The results were analyzed in absolute numbers, percentages and averages, based on the qualitative data codification technique of the Grounded Theory. **Results:** Predominance was of males (56%), age group of <60 years (54%), race/color Negro (84%), people with companions (52%), unoccupied (68%), low schooling (87%) and income (82%). There was a medical diagnosis of unstable angina 18% and myocardial infarction 82%, most within less than a year. The majority referred to arterial hypertension (94%), alteration of the index of fat in the blood (83%), lack of physical exercises (76%), leaving the vice of tobacco (59%) and alcohol (51%). All the women and 82% of the men presented increased abdominal circumference, 19% casual glicemy >200 mg/dL, 36% overweight, 28% obesity, 65% some stage of arterial hypertension, 65% HDL-C low, 41% non-HDL high. High levels of triglycerides in the absence of fasting in 53%. A CVRF aggregation average per participant was of 4, of beliefs in health over the cause of 1.53 and control measures of CAD of 1.45. The cause of the disease was unknown to 17% and of the control by 18%. The main causes were considered as daily stress (35%) and inadequate food and the main controls as, dieting (32%), taking medication (27%) and avoiding stress (22%). Only 22% believed that the treatment would last their whole lives, 48% believed that medication, surgery or angioplasty would cure the CAD. It was observed that the use of inadequate types of fats, reduction of salt and fat and predominance of stewed, baked or grilled food. Consumption of red meat 56%, industrialized cakes and biscuits 61%, soft drinks 80%, 1 to 2 cups of coffee a day 67% and 2 or more eggs per week 33%. Fourteen of the participants did not receive any guidance for controlling the CAD and, of those who did receive guidance, 38% informed that they did not follow the orientation. 34% did not totally fulfill the medical prescription. Deficient economic conditions were the main reason for not following through with the treatment. **Conclusions:** In individuals with high cardiovascular risks and low socio-economical conditions there was the presence and lack of control of various cardiovascular risks, low averages of health beliefs on causes and control measures of the CAD, misguided beliefs on cure and period of the treatment and part of which do not follow the treatment. The study offered subsidies for reflecting and proposing practices for healthcare in order to control the CAD.

**Key words:** Arterial coronary diseases. Risk Factors. Nursing. Prevention and Control.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial para pessoas adultas acima de 18 anos.	47
Quadro 2	Classificação de acordo com o índice de massa corporal.	48
Quadro 3	Circunferência abdominal x risco de complicações da obesidade.	49
Quadro 4	Classificação das dislipidemias.	49
Quadro 5	Participantes segundo as categorias relacionadas às crenças em saúde sobre as causas e as medidas de controle da doença arterial coronária (DAC). Salvador – Bahia, 2008.	60

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos participantes por sexo segundo a identificação de fatores de risco cardiovascular. Salvador - Bahia, 2008.	57
Gráfico 2	Agregação de fatores de risco cardiovascular dos participantes segundo o sexo. Salvador - Bahia, 2008.	58
Gráfico 3	Participantes segundo a referência de seguimento das orientações para o controle da doença arterial coronária. Salvador - Bahia, 2008.	64
Gráfico 4	Participantes segundo a informação sobre o cumprimento integral da receita médica. Salvador - Bahia, 2008.	65

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Participantes segundo dados socioeconômicos. Salvador - Bahia, 2008.	52
Tabela 2	Participantes segundo caracterização clínica da doença arterial coronária e tempo do diagnóstico do evento cardiovascular. Salvador - Bahia, 2008.	53
Tabela 3	Participantes segundo a relação entre o ano do 1º atendimento no lócus de estudo e o tempo de diagnóstico médico do último evento coronário. Salvador - Bahia, 2008.	54
Tabela 4	Participantes segundo a referência de fatores de risco cardiovascular. Salvador - Bahia, 2008.	54
Tabela 5	Participantes segundo a referência de fatores de risco cardiovascular e Comorbidades em familiares consanguíneos de 1º grau. Salvador - Bahia, 2008.	55
Tabela 6	Distribuição por sexo dos participantes de acordo com a identificação clínica e laboratorial dos fatores de risco cardiovascular. Salvador - Bahia, 2008.	56
Tabela 7	Agregação de fatores de risco cardiovascular nos participantes segundo o sexo. Salvador - Bahia, 2008.	58
Tabela 8	Participantes segundo crenças sobre o tempo de tratamento, e a cura da doença arterial coronária. Salvador - Bahia, 2008.	61
Tabela 9	Tipos de orientações recebidas para o controle da doença arterial coronária informadas pelos participantes. Salvador - Bahia, 2008.	61
Tabela 10	Participantes segundo a caracterização do tabagismo e uso de bebida alcoólica. Salvador - Bahia, 2008.	62
Tabela 11	Participantes segundo informações dadas sobre o preparo dos alimentos. Salvador - Bahia, 2008.	63
Tabela 12	Participantes segundo o consumo atual de alimentos. Salvador - Bahia, 2008.	64
Tabela 13	Participantes segundo os motivos apontados para o não seguimento das orientações recebidas para o controle da DAC. Salvador - Bahia, 2008.	65
Tabela 14	Participantes segundo os motivos referidos para o não cumprimento integral da receita médica. Salvador - Bahia, 2008.	66
Tabela 15	Informação sobre o modo de aquisição da medicação prescrita pelo médico. Salvador - Bahia, 2008.	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Circunferência Abdominal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CT	Colesterol Total
DAC	Doença Arterial Coronária
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-c	High-density lipoprotein
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
IDF	International Diabetes Federation
JNC	Joint National Committee
LDL-c	Low-density lipoprotein
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SOB/OB	Sobrepeso/obesidade
SM	Síndrome Metabólica
SPSS	Statistical Package of Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TG	Triglicérides

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>1</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	18
1.1	DOENÇA CARDIOVASCULAR: O PROBLEMA E SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES	18
1.2	FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NÃO CONTROLÁVEIS, CONTROLÁVEIS, HÁBITOS DE VIDA, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS EM SAÚDE	20
1.2.1	<b>Idade e sexo</b>	20
1.2.2	<b>Perfil genético</b>	21
1.2.3	<b>Raça/Cor</b>	21
1.2.4	<b>Hipertensão arterial</b>	22
1.2.5	<b>Diabetes Melittus</b>	23
1.2.6	<b>Sobrepeso/Obesidade</b>	24
1.2.7	<b>Dislipidemias</b>	25
1.2.8	<b>Sedentarismo</b>	27
1.2.9	<b>Tabagismo</b>	28
1.2.10	<b>Ingestão de bebida alcoólica</b>	29
1.2.11	<b>Fatores psicossociais</b>	29
1.2.12	<b>Crenças e Comportamentos em Saúde</b>	32
1.3	INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE CARDIOVASCULAR	33
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b>	41
2.1	TIPO DE ESTUDO	41
2.2	CAMPO DE ESTUDO	41
2.3	AMOSTRA	42
2.4	COLETA DE DADOS	44

<b>2.4.1</b>	<b>Instrumento</b>	44
<b>2.4.2</b>	<b>Operacionalização da coleta de dados</b>	45
<b>2.4.3</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	50
2.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	50
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b>	52
3.1	CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS PARA DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	52
3.2	FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	54
3.3	CRENÇAS EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS DOS PARTICIPANTES RELACIONADOS A DAC E MEDIDAS PARA SEU CONTROLE	58
<b>3.3.1</b>	<b>Crenças sobre a doença arterial coronária e as medidas para o seu controle</b>	59
<b>3.3.2</b>	<b>Comportamento dos participantes face aos cuidados para o controle da doença arterial coronária</b>	61
<b>3.3.3</b>	<b>Dificuldades para adesão ao tratamento</b>	65
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	67
	<b>CONCLUSÃO</b>	77
	<b>REFERÊNCIAS</b>	78
	<b>APÊNDICES</b>	
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	88
	<b>ANEXO</b>	
	ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética	90



## INTRODUÇÃO

A minha vivência cotidiana como enfermeira de unidade de terapia intensiva cardiovascular e de unidade de dor torácica permitiu uma aproximação com pessoas acometidas por doenças cardiovasculares. Muitas delas reinternavam por ocorrência repetida de eventos coronários, apesar de estarem sob acompanhamento multidisciplinar. Esse fato clamava pela necessidade de prevenção e controle dessas doenças.

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morbidade e mortalidade no mundo e constituem significativo problema de saúde pública (BRASIL, 2007). Representadas principalmente pelas doenças das artérias coronárias e cerebrovasculares, ocorrem por fatores diversos, que vão desde a constituição genética do indivíduo, hábitos de vida e idade, até a falta de controle precoce dos fatores de risco relacionados aos fenômenos da arteriosclerose (CONTI, 2005).

Sabe-se que quanto maior a associação de fatores de risco cardiovascular em um indivíduo, maior a probabilidade da doença e que a sua modificação pode alterar o índice de progressão da doença e reduzir a incidência de morte súbita (LESSA et al, 2004).

Um grande estudo mundial, o *Interheart*, avaliou pela primeira vez os fatores de risco para doença cardiovascular em 262 centros de 52 países dos cinco continentes, incluindo o Brasil. Verificou-se que nove fatores de risco simples de detectar, e passíveis de modificação, são responsáveis por mais de 90% de risco atribuível para doença cardiovascular, seis deles de forma prejudicial (perfil lipídico desfavorável, hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidade, tabagismo, estresse psicológico), os outros três de forma protetora (exercício físico, vegetais e frutas diários e álcool em pequena dose) (HAWKEN et al, 2004). Nesse sentido, o controle desses fatores é fundamental para a prevenção e controle da doença.

Mesmo com o avanço científico, a evolução das técnicas intervencionistas como cateterismo cardíaco, angioplastia transluminal percutânea, e outros procedimentos de revascularização miocárdica, que são excelentes recursos para diagnóstico e tratamento da doença arterial coronária, é evidente o aumento da prevalência e mortalidade pela doença, já que o controle dos fatores de risco cardiovascular ainda é insatisfatório e para tal é necessário mudança de estilo de vida (MORIGUCHI, 2002). Reside aí o grande desafio a ser alcançado pela

clientela, os profissionais de saúde e autoridades públicas, principalmente quando se propõe a avaliação e o controle de fatores de risco cardiovascular em população menos favorecida, já que diversos estudos apontam que variáveis socioeconômicas como renda, escolaridade e condições de moradia correlacionam-se de forma negativa com mortalidade por doenças cardiovasculares (FRANÇA, 2006).

Sabe-se também que pessoas com menor escolaridade possuem menor conhecimento sobre a prevenção de doenças crônicas e que a procura por serviços de saúde por motivos preventivos é maior para a população de melhor poder aquisitivo, enquanto que para os indivíduos mais pobres é maior por motivo de doenças, apontando a necessidade de ações preventivas direcionadas aos mais carentes (FREITAS et al, 2001; DUARTE et al, 2002).

Parece difícil negar que o contexto social exerce importante influência na definição dos modos de viver. Maior renda pode favorecer a prática de atividade física, a aquisição de medicamentos e alimentos, acesso a bens e serviços, inclusive educação de qualidade e assistência de saúde com recursos diagnósticos e terapêuticos eficazes, incluindo profissionais qualificados e equipamentos (FRANÇA, 2006).

Entende-se que o primeiro passo para o estabelecimento de ações e estratégias de prevenção e controle é a identificação dos fatores de risco cardiovascular e do grau de controle numa população. Mas, se a identificação dos fatores de risco clássicos para as doenças cardiovasculares é imprescindível, também é verdade que não basta identificá-los em um grupo, classificando os indivíduos em padrões e estilos de vida. As estratégias somente terão êxito se também for considerada a perspectiva das pessoas sobre o processo de adoecer e cuidar de si, de forma que se conheçam os significados que motivam as ações individuais e coletivas, e se considere a maneira como se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença e as dificuldades enfrentadas para seguir as recomendações terapêuticas (MUSSI, 2004). Nesse sentido, fatores relacionados ao indivíduo como condições sócio-econômicas, perspectivas culturais, aspectos cognitivos, crenças e valores precisam ser considerados como condições de risco para a doença cardiovascular, pois podem estar diretamente implicados no seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

A importância do controle dos fatores de risco e, por conseguinte, da redução do perfil de morbimortalidade das doenças cardiovasculares somada, especialmente, à falta de conhecimento desses fatores e do seu grau de controle em pessoas carentes, atendidas em um

ambulatório recente de cardiologia preventiva de um hospital público, suscitou a seguinte indagação: Quais são os fatores de risco cardiovascular, as crenças e atitudes face à doença e ao tratamento de indivíduos com doença arterial coronária? Dessa forma, delimitou-se como objeto de estudo: fatores de risco cardiovascular, crenças e atitudes face à doença e ao tratamento de indivíduos com doença arterial coronária.

Este estudo teve como objetivo geral: avaliar fatores de risco cardiovascular, crenças e comportamentos de indivíduos com doença arterial coronária. Os objetivos específicos foram: descrever os fatores de risco cardiovascular e o seu grau de controle nesses indivíduos; descrever crenças e comportamentos desses indivíduos relativos à doença arterial coronária e ao controle dos fatores de risco cardiovascular.

Acredita-se que este estudo pode oferecer subsídios para atuação multidisciplinar em um serviço ambulatorial de cardiologia preventiva, recentemente implantado, em resposta à necessidade da clientela atendida, por meio da implementação de atividades de prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular que visem evitar eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, minimizem a morbidade e mortalidade da doença no município. Além disso, poderá contribuir para definição de políticas de atenção à saúde dos indivíduos atendidos no ambulatório de coronária, bem como à reflexão sobre as práticas de cuidado e ensino de enfermagem.

## 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica foi dividida em subcapítulos, sendo abordadas questões inerentes à epidemiologia da doença cardiovascular, aos fatores de risco cardiovasculares, hábitos de vida e crenças em saúde; além de aspectos voltados para integralidade da atenção à saúde dos indivíduos com doença arterial coronária.

### 1.1 DOENÇA CARDIOVASCULAR: O PROBLEMA E SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES

Razões econômicas, ambientais e sócio-culturais são mencionadas em diversos estudos (GUIMARÃES, 2002; OPAS, 2003; LESSA et al, 2004; KAISER, 2004; CAVAGIONI, 2006; PITANGA, 2007) como responsáveis pelas elevadas frequências das doenças cardiovasculares em países em desenvolvimento, como o Brasil.

O Nordeste é uma das áreas desse país menos desenvolvida e com características sócio-culturais diversas. O Estado da Bahia possui uma extensão territorial de 564.692 Km<sup>2</sup>, tendo a sua capital, Salvador, mais de 2.500.000 habitantes. Destes, 70% são miscigenados e com elevada frequência de baixa escolaridade e renda, onde se observa um crítico perfil de risco cardiovascular na população adulta.

Dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (2006) demonstram que as doenças do aparelho circulatório (incluindo as doenças cardiovasculares) estão em primeiro lugar nas causas de óbitos em adultos no ano de 2006, revelando que as mesmas são responsáveis por cerca de 27% dos óbitos em Salvador. A elevada proporção de múltiplos fatores de risco cardiovascular no município de Salvador/BA sugere a necessidade de investimentos e de implementação de estratégias na esfera política e social visando à promoção da saúde e à adesão à terapêutica (GUIMARÃES, 2002; LESSA et al, 2004).

É importante considerar que o impacto dos problemas crônicos de saúde que incluem as doenças cardiovasculares vai muito além dos gastos normais relacionados ao tratamento médico. Os indivíduos que adoecem e suas famílias pagam os custos econômicos mensuráveis,

incluindo despesas relacionadas aos serviços médicos, redução da atividade laboral, aposentadoria precoce e perda do emprego. Além disso, incorrem em ônus decorrentes de incapacidades geradas pela doença, da redução do tempo e da qualidade de vida, que tornam irrealizáveis cálculos financeiros precisos (OPAS, 2003).

Nesse sentido, as formas de se evitar o aparecimento e a progressão da doença cardiovascular são a prevenção e o controle dos fatores de risco cardiovascular. Se medidas de prevenção primária e secundária forem adotadas de modo mais eficiente e eficaz, tudo indica que a epidemiologia das doenças cardiovasculares pode ser modificada para melhor nos próximos anos.

Conhecer os fatores de risco cardiovascular, seu grau de controle e as crenças de saúde e atitudes da clientela para adesão ao tratamento é uma forma não só de cuidado, mas também de se obter subsídios para se pensar e propor práticas de cuidar e de promoção de conforto individualizadas.

A prevenção e o controle de doenças crônicas é um desafio permanente para todos os membros da equipe de saúde. O enfermeiro, como parte dessa equipe, deve cuidar visando alcançar, junto aos indivíduos, melhores condições de autocuidado, a valorização da prevenção da doença e de suas complicações, o controle de outras morbidades associadas e a redução da mortalidade precoce.

Atualmente, o melhor conhecimento a respeito da etiopatogenia e história natural da doença arterial coronariana permite identificar seus fatores de risco e avaliar o risco populacional e individual das suas manifestações clínicas. Para melhor identificação e controle dos fatores de risco é fundamental o entendimento das suas várias categorias. Existem os fatores condicionantes, relacionados ao perfil genético e ao estilo de vida associado às questões sócio-culturais, condicionando variados graus de predisposição à aquisição das doenças cardiovasculares. Os fatores causais, relacionados diretamente ao dano cardiovascular, como dislipidemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose, diabetes e tabagismo; e, por último, os fatores predisponentes, facilitadores do aparecimento dos fatores causais, despontando o sobrepeso/obesidade (SOB/OB), sedentarismo e excessivo estresse psicológico (GUIMARÃES, 2002).

Com a evolução do conhecimento científico, outros fatores de risco foram acrescentados. O estudo de Framingham, em Massachussets, Estados Unidos, estruturado há

quase 60 anos, foi pioneiro na identificação dos fatores causais de doença arterial coronária (POLANCZYK, 2005), aos quais se agregaram, posteriormente, idade, sexo, hipertrigliceridemia, HDL-C baixo, sobrepeso/obesidade, sedentarismo e fatores psicosociais, ensejando o progresso da cardiologia preventiva (GUIMARÃES, 2002). No Brasil, o estudo AFIRMAR (PIEGAS et al, 2003), desenvolvido em 104 hospitais de 51 cidades brasileiras, mostrou, como o *Interheart* (HAWKEN et al, 2004), que dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, SOB/OB, tabagismo, estresse psicológico, sedentarismo, alimentação inadequada e ingestão excessiva de álcool são responsáveis por mais de 90% do risco atribuível para doença cardiovascular.

Estratégias de prevenção e controle com foco no risco cardiovascular global são obrigatórias para os indivíduos sob assistência e devem ser implementadas de forma extensiva e continuada para a população, além de monitoradas (LESSA et al, 2004). A multiplicidade de fatores de risco cardiovascular torna a utilização de escores para estratificação do risco de extrema importância na prevenção primária e secundária (CAVAGIONI, 2006). O escore de risco de Framingham, considerado uma ferramenta simples para estimar o risco cardiovascular em adultos, é o mais utilizado, mas apresenta limitações a serem corrigidas, como valorizar o risco da hereditariedade, SOB/OB, intolerância à glicose, hipertrigliceridemia (HTG), sedentarismo, estresse psicológico e fator sócio-econômico.

## 1.2 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NÃO CONTROLÁVEIS, CONTROLÁVEIS, HÁBITOS DE VIDA, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS EM SAÚDE

Além da distinção dos fatores de risco de acordo com a sua característica de estar direta ou indiretamente ligado à causalidade da doença arterial coronária, é necessário abordá-los segundo a possibilidade ou não de controle, classificados, portanto, em não controláveis e controláveis (GUIMARÃES, 2002).

### 1.2.1 Idade e sexo

O risco de doença cardiovascular duplica após os 55 anos (STEFFENS, 2003), mas a incidência de doença arterial coronária prematura (<55 anos no homem e <65 anos na mulher) também tem aumentado (CONTI, 2005). Em Salvador, as doenças cardiovasculares têm sido relatadas como 340 vezes mais incidentes entre pessoas acima dos 65 anos em comparação ao grupo etário entre 15 e 24 anos (STEFFENS, 2003). São mais incidentes em homens, com morbidade duas vezes maior do que nas mulheres, na faixa etária de 35 a 44 anos, com queda desta diferença após os 45 anos, reduzindo-se a 1:1 após os 75 anos (PIMENTA, 2001). A perda do efeito protetor do perfil hormonal estrogênico pré-menopausa parece ser fator importante (CONTI, 2005).

### **1.2.2 Perfil genético**

A predisposição genética para doença cardiovascular é fator importante na vulnerabilidade individual à atuação dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida, sendo fator relevante para o aparecimento de doença arterial coronária prematura (GUIMARÃES, 2002). História familiar de doença coronária, em parentes do primeiro grau, principalmente abaixo dos 60 anos de idade, relaciona-se com aumento do risco decorrente da carga gênica, agravada pelos fatores ambientais (STEFFENS, 2003; CHEN et al, 1995).

### **1.2.3 Raça/Cor**

A raça negra é um determinante para elevado risco de evento cardiovascular em comparação com a raça branca. A alta prevalência de hipertensão, de obesidade e de diabetes entre negros pode contribuir para elevadas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares. Contudo, em Salvador, com uma população de 70% de miscigenados, a baixa escolaridade e baixa renda podem ser fatores mais importantes (LESSA et al, 2004).

### 1.2.4 Hipertensão arterial

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (SBH, 2006).

São considerados hipertensos aqueles indivíduos com pressão arterial (PA) sistólica  $\geq$  140 mmHg e/ou PA diastólica  $\geq$  90 mmHg, confirmadas em pelo menos duas medidas ou que estejam em uso de medicação antihipertensiva (SBH, 2006). Hipertensão arterial ocorre, frequentemente, agregada à dislipidemia, SOB/OB visceral, resistência à insulina e diabetes tipo 2 (LIMA, 2000), apresentando-se em 20 a 30% dos casos associada à Síndrome Metabólica (SM) (GUIMARÃES, 2006). No Brasil, é responsável por 40% das mortes por AVC e 25% por DAC (LIMA, 2000). A adesão ao tratamento é baixa na rede primária (cerca de 10 a 20%), podendo chegar a 50% se otimizada através de abordagem interdisciplinar (DIDIER, 2007; ARAÚJO, 2007).

O tratamento atual da hipertensão arterial é baseado em medidas não farmacológicas e farmacológicas. As primeiras incluem ajuste calórico para manter o IMC abaixo de 25Kg/m<sup>2</sup>, e maior do que 18,5Kg/m<sup>2</sup>, com distribuição das calorias diárias em 30% de gordura, 7% a 10% de gorduras saturadas, 55% de carboidratos, 15% de proteínas e 300mg ou menos de colesterol, com ingestão ideal de sal de 6g (2,4g de Na) diárias ou menos, a depender da sensibilidade individual e aumento do teor de potássio, através de maior consumo de frutas, verduras e legumes (GUIMARÃES, 2006). O plano alimentar deve atender às exigências de uma alimentação saudável considerando as preferências pessoais e poder aquisitivo do indivíduo/família.

Os objetivos do tratamento são reduzir a mortalidade global, reduzir eventos cardiovasculares, as complicações decorrentes de lesão em órgão-alvo e os níveis pressóricos por meio do tratamento medicamentoso e/ou mudanças do estilo de vida que incluem atividade física regular, controle de peso corporal, redução do consumo de bebida alcoólica e dieta específica. A queda da PA reduz proporcionalmente o risco de acidente vascular cerebral e de doença arterial coronária em cerca de 40% e 25%, respectivamente (JNC-7, 2003).



### 1.2.5 Diabetes Melittus

É uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos.

O Tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (SBD, 2002).

Como diagnóstico primário de internação hospitalar, aparece como a sexta causa mais frequente e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial (SBD, 2002) .

O Diabetes Melittus tipo 2 é o principal fator de risco de doença macro e microvascular, atingindo principalmente as artérias e arteríolas coronárias, cerebrais, renais e periféricas dos membros inferiores. O seu principal fator predisponente é o SOB/OB, com excesso de gordura visceral abdominal. A atividade desses adipócitos, com excessiva produção de ácidos graxos é a principal responsável pela resistência à ação da insulina ao nível da musculatura estriada, levando à hipersinsulinemia. Do desequilíbrio entre o grau de resistência à insulina e da produção de insulina pelas células beta do pâncreas resultam graus variados de intolerância à glicose (glicemia de jejum persistente  $\geq 100\text{mg/dL}$  e  $< 126\text{mg/dL}$ ) e DM2 (glicemia de jejum persistente  $\geq 126\text{mg/dL}$ ). O diagnóstico, na maioria dos casos, é feito a partir dos 40 anos de idade. Contudo, com a crescente prevalência de SOB/OB infanto-juvenil prematura, a prevalência de DM2 tem aumentado (SBD, 2006).

A doença cardiovascular é a principal causa de morte em diabéticos. Outras complicações frequentes, principalmente em diabéticos mal controlados, incluem nefropatia, com evolução para doença renal terminal, retinopatia, levando à cegueira, e doença arterial periférica, causa frequente de “pé diabético” (SBD, 2002) .

A prevenção e tratamento do diabetes inclui mudanças no estilo de vida (perda de peso, suspensão do fumo, mudança de hábitos alimentares e exercício físico regular), com diminuição do risco cardiovascular (SBD, 2006).

Torna-se necessária a educação alimentar baseada na avaliação nutricional e no estabelecimento de objetivos terapêuticos específicos, levando-se em consideração aspectos nutricionais, médicos e psicossociais. De modo geral, recomenda-se uma alimentação saudável e equilibrada, rica em fibras, vitaminas e minerais. Os carboidratos deverão representar 50% a 60% do valor calórico total, e sempre que possível devem-se utilizar alimentos integrais (SBD, 2002). O tratamento medicamentoso, quando indicado, inclui uso de hipoglicemiantes e/ou insulino terapia.

A abordagem para as mudanças no estilo de vida deve levar em conta metas realistas que possam ser incorporadas na rotina diária dos clientes da maneira mais agradável possível.

### **1.2.6 Sobrepeso/Obesidade**

A obesidade apresenta características que são importantes para a repercussão de seus riscos, dependendo do segmento corporal no qual há predominância da deposição gordurosa. Tem-se a obesidade difusa; a obesidade ginecóide, na qual a deposição de gordura predomina em nível do quadril, fazendo com que o indivíduo apresente uma forma corporal semelhante a uma pêra, estando associada a um risco maior de artrose e varizes; e a obesidade andróide (Troncular ou Centrípeta), na qual a pessoa apresenta uma forma corporal tendendo a maçã, e que está associada com maior deposição de gordura visceral em região abdominal e fortemente relacionada com alto risco de doenças metabólicas e cardiovasculares (Síndrome Plurimetabólica — resistência à insulina, tríade lipídica e hipertensão arterial) (CZEPIELEWSKI, 2006).

O primeiro parâmetro a ser considerado na avaliação do indivíduo obeso é o índice de massa corpórea, largamente utilizado nos estudos clínicos, que relacionam a obesidade ao risco de infarto agudo do miocárdio. O segundo parâmetro básico e necessário é a medida da circunferência abdominal que diferencia a obesidade andróide ou abdominal da obesidade ginecóide (relaciona-se à diferenciação dos dois padrões distintos de obesidade). À exceção dos estereótipos clássicos das formas de obesidade maçã e pêra, a caracterização de alguns indivíduos pode não ser tão óbvia e a maneira mais precisa de se diferenciar é a medida da circunferência abdominal (SBC, 2002).

A SOB/OB visceral é expressa pelo índice de massa corporal (IMC), calculado pela fórmula de Quetelet (peso em Kg/ quadrado da altura em metros [ $\text{Kg/m}^2$ ]) e pelo perímetro da circunferência abdominal (CA). O IMC  $\geq 25$  e  $< 30$  indica SOB e  $\geq 30$  OB (OMS, 2004); CA  $> 88$ cm em homens e  $> 84$ cm em mulheres, em Salvador, indica SOB/OB visceral (BARBOSA et al, 2006); podendo variar de acordo com os parâmetros internacionais que, segundo a International Diabetes Federation (IDF, 2006), pode -se considerar SOB/OB visceral, em pessoas das nações da América do Sul como o Brasil, quando a CA for  $> 90$ cm em homens e  $> 80$  cm em mulheres.

Sabe-se que 32% da população brasileira apresentam sobrepeso (IMC $\geq 25$ ), e 8% obesidade (IMC $\geq 30$ ), com tendência ao crescimento destas prevalências, atingindo todos os extratos sociais, sexos e grupos etários (SBC, 2007). A principal causa é o aumento do consumo calórico aliado ao sedentarismo, principalmente urbano (SBC, 2002).

SOB/OB visceral constitui o principal fator predisponente de hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes tipo 2 e dislipidemia aterogênica (HDL-C baixo e triglicérides alto), nas populações pediátrica e adulta (SBD, 2002). Estes, quando agregados no mínimo de três, constituem a Síndrome Metabólica (SBD, 2006). A sua prevenção e tratamento é fundamental para manter a saúde (prevenção primordial) e diminuir a prevalência e incidência de diabetes e doença cardiovascular (prevenção primária e secundária). A principal estratégia de prevenção e tratamento é o binômio dieta balanceada e exercício físico regular. O tratamento farmacológico ainda espera maiores avanços, devendo representar uma abordagem de segunda linha e individualizada (GRUNDY et al, 2005).

A orientação nutricional e o incentivo à atividade física são os pilares do tratamento da pessoa obesa, porém a proposta de se tratar a obesidade como prevenção de eventos cardiovasculares está inserida em um programa amplo, que também envolve o tabagismo, o sedentarismo e os demais fatores de risco tratáveis (SBC, 2002).

### **1.2.7 Dislipidemias**

As dislipidemias ocorrem às custas de: aumento do colesterol (Total e LDL-C), aumento dos triglicérides (TG), ou de ambos, e/ou redução do HDL-C, sendo classificadas em hipercolesterolemia ou hipertrigliceridemia isolada ou mista, na presença de ambas, ou de HDL-C baixo quando apenas esta fração encontra-se diminuída. Comumente, a diminuição do HDL-C ocorre em paralelo com a elevação dos TG, constituindo a chamada dislipidemia aterogênica. O risco de aterosclerose deste tipo de dislipidemia pode ser avaliado pela relação TG/HDL-C, estando aumentado em conexão a valores desta relação  $\geq 3,8$  (BHALODKAR, 2006).

Constituem fator de risco causal maior de aterosclerose, mormente doença arterial coronária. Assim, a sua identificação precoce e controle são importantes para a prevenção primária e secundária da doença aterosclerótica. Devem ser pesquisadas obrigatoriamente em crianças, adolescentes e adultos com fator de risco para doença cardiovascular, e em adultos de baixo risco, como medida geral de saúde pública (SBC, 2007).

Os níveis séricos de colesterol total (CT) foram avaliados no Brasil em regiões específicas. Estudo conduzido em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de  $35 \pm 10$  anos, no ano de 1998, mostrou que 30% dos homens e 35% das mulheres tinham CT  $\geq 200$  mg/dL. Neste estudo, o CT foi mais alto em mulheres com idade  $\geq 50$  anos (GUIMARÃES, 1998).

O perfil lipídico é definido pela determinação bioquímica do CT, HDL-C e TG. Jejum de 12 a 14 horas é requerido para a dosagem de TG. O LDL-C é calculado pela fórmula de Friedewald ( $LDL-C = CT - HDL-C - TG/5$ ), onde TG/5 representa o colesterol ligado às VLDL (VLDL-C); esta fórmula só é aplicável com valor de TG  $< 400$  mg/dL. O Colesterol Não-HDL (NHDL-C) deve ser calculado na presença de TG elevados ( $CT - [HDL-C]$ ). Visa quantificar a fração aterogênica do plasma composta pelas LDL e VLDL e seus resíduos IDL, ricos em colesterol (SBC, 2007).

Diversos estudos internacionais (COHN, 1988; RIFAI, 1990) e nacionais (LIMA et al, 2002) vêm demonstrando que a ausência de jejum não altera os valores basais de colesterol total e nem de HDL-C. Na investigação de Lima e colaboradores (2002), realizada com 47 voluntários de ambos os sexos, não diabéticos, normotrigliceridêmicos ( $< 200$  mg/dl), as dosagens de colesterol total, HDL e triglicérides em jejum estavam todas dentro normalidade e, após a sobrecarga lipídica, não houve alteração significativa no colesterol total, porém a trigliceridemia aumentou em 74,5% ( $p < 0,05$ ) e o HDL diminuiu apenas 11%.

Os pacientes com dislipidemia devem ser orientados para mudanças alimentares. A redução do valor energético total (VET) diário é fundamental para o controle do peso, cuja meta ideal é a normalização do IMC e da CA. A ingestão diária de colesterol deve ficar entre 200 e 300mg, o total de gordura em 30%, sendo <7% de gordura saturada; com relação de 2:1 de gorduras mono para poliinsaturadas. O tratamento farmacológico tem sua base no uso de estatinas (hipercolesterolemia) ou de fibratos (hipertrigliceridemia) ou sua combinação, visando à normalização do perfil lipídico. É importante o cumprimento das metas recomendadas. Para indivíduos de alto risco ou com doença aterosclerótica o LDL-C deve ser <100mg/dL e de muito alto risco <70mg/dL; TG<150mg/dL e HDL-C  $\geq$ 40mg/dL para homens e  $\geq$ 50mg/dL para mulheres. Atividade física regular e cessação do tabagismo constituem medida auxiliar para o controle das dislipidemias, principalmente com vista à elevação do HDL-C (SBC, 2007).

### **1.2.8 Sedentarismo**

O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição de atividade física. Para deixar de fazer parte do grupo dos sedentários, o indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas (BARROS NETO, 2007). Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde indicam que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de DAC, e por 10% a 16% dos casos de DM2 (BRASIL, 2007).

O exercício físico é considerado uma subcategoria da atividade física e é considerado toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (RODRIGUES, 2007).

As vantagens do exercício físico aeróbio regular incluem o controle do peso, pressão arterial e perfil lipídico (aumento do HDL-C), melhoria da sensibilidade à insulina e diminuição de fatores trombóticos. Reduz, também, o estresse psicológico e combate a depressão (CAVAGIONI, 2006). O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos (SBH, 2006).

A atividade física regular constitui medida auxiliar para o tratamento da DAC, no entanto o Brasil é um país sedentário, onde apenas 7,9% praticam exercício três ou mais vezes por semana (GUIMARÃES, 2002). As recomendações atuais indicam a prática de 30 minutos de atividade física, cinco dias por semana, em intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada (SBH, 2006). A prática de exercícios físicos deve ser encorajada em todas as faixas etárias.

### **1.2.9 Tabagismo**

O tabagismo é um dos fatores de risco causais maiores de doença arterial coronariana e aterosclerose das artérias dos membros inferiores (doença arterial periférica). Além disto, é o principal fator de risco de câncer de brônquico e de bexiga, e principal causa de doença pulmonar obstrutiva crônica (CONTI, 2005).

Há evidências claras de que esse hábito está associado à morte prematura e à incapacidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Em publicações recentes da OMS, foi relatado que o consumo de cigarro diminuiu em países desenvolvidos, mas está aumentando nos países em desenvolvimento, a 3,4% ao ano. No momento, o tabagismo é responsável por aproximadamente quatro milhões de óbitos por ano no mundo. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos com idade entre 35 e 69 anos (WHO, 2003).

É o único fator de risco totalmente evitável de doença e mortalidade cardiovascular. Programas agressivos de controle ao tabagismo reduzem o consumo individual e se associam à diminuição da mortalidade cardiovascular em curto prazo. O cuidado individual do tabagista é prioritário para toda a equipe de saúde. O apoio psicoemocional e a prescrição de medicamentos têm-se mostrado eficazes. Recomenda-se a execução simultânea de atividades físicas e educação alimentar para evitar o ganho excessivo de peso que pode ocorrer ao se parar de fumar (SBH, 2006).

### **1.2.10 Ingestão de bebida alcoólica**

O consumo moderado de bebidas alcoólicas mostra correlação favorável com a morbidade e mortalidade das DCV (CAVAGIONI, 2006). Todavia, o consumo inadequado da bebida alcoólica é um importante problema de saúde pública, especialmente nas sociedades ocidentais, acarretando altos custos para sociedade e envolvendo questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares.

Recomenda-se, para os que usam bebidas alcoólicas, limitar o consumo a no máximo 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres ou pessoas de baixo peso. Aos que não se enquadrarem nesses limites máximos de consumo, é recomendado o abandono. Não é recomendável a indicação de bebidas alcoólicas para a prevenção de doença cardiovascular, pois pode levar à dependência, com consumo excessivo, expondo o indivíduo aos potenciais efeitos maléficos orgânicos, inclusive sobre o aparelho circulatório (arritmias, agravamento da hipertensão arterial e cardiomiopatia), assim como aos sociais decorrentes do consumo excessivo do álcool. Além disso, a bebida alcoólica pode causar atenuação da potência dos medicamentos antihipertensivos e aumentar a resistência à insulina, provavelmente em decorrência de uma diminuição do número de receptores de insulina disponíveis (SBH, 2006).

### **1.2.11 Fatores psicossociais**

No Brasil, país que integra o conjunto de países considerados ricos com relação ao Produto Interno Bruto (PIB, ano), verifica-se que, apesar da tendência declinante da desigualdade de renda entre 1995 e 2004, mais de um terço da população é pobre. Ao mesmo tempo, ao se abandonar dados de renda monetária, consideram-se outras importantes dimensões da desigualdade social, tais como acesso à educação, serviços de saúde, terra e saneamento,

percebendo-se a existência de amplos contingentes da população privados de direitos básicos de cidadania (MAGALHÃES, 2007).

As iniquidades em saúde não se referem a qualquer tipo de diferenças, mas àquelas que colocam determinados grupos sociais como, por exemplo, os mais pobres, as minorias étnicas e as mulheres em situações persistentes de desvantagem e discriminação, as quais afetam a saúde de modo distinto dos demais grupos sociais (MAGALHÃES, 2007).

Alguns estudos têm sido realizados em capitais brasileiras, procurando associar indicadores socioeconômicos à ocorrência de agravos à saúde através de diferenciais intra-urbanos, e demonstrado que populações socialmente desfavorecidas apresentam índices mais altos para diversas causas de morte, sejam elas doenças crônicas, infecciosas ou externas (SANTOS, 2001).

Também existe um consenso geral de que os socialmente menos privilegiados tendem a adoecer mais precocemente. Algumas doenças crônico-degenerativas se desenvolvem com antecedência de aproximadamente 30 anos nos indivíduos na base da pirâmide social, quando comparados com aqueles que se encontram no topo (NORONHA; VIEGAS, 2002).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que as condições de trabalho, moradia, alimentação, lazer e do meio ambiente, dentre outras, determinam maior ou menor saúde. Muito embora os fatores de risco psicossociais ainda sejam considerados como coadjuvantes para o risco da doença coronariana, inúmeros estudos prospectivos e experimentais têm demonstrado sua participação decisiva, tanto na patogênese da doença coronariana quanto em sua progressão (FRANÇA, 2006). De acordo com Oliveira e colaboradores (2006), as condições de moradia, a educação, o acesso à alimentação com base em frutas, legumes e verduras, o lazer, a inclusão social, os cuidados básicos de saúde, todos são aspectos ligados ao desenvolvimento econômico e social e, certamente, são fatores influentes na determinação das doenças infecciosas e, também, das doenças cardiovasculares.

Segundo Polanczyk (2005), características sócio-demográficas incluindo renda familiar e nível de escolaridade têm sido relacionadas ao desenvolvimento de doença cardiovascular. É conhecido que os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência em populações com menor poder econômico e cultural. Dados recentes de um estudo americano demonstraram que a presença de dois ou mais fatores de risco são mais frequentes entre pessoas com baixa escolaridade (53%) em comparação com aquelas com curso superior (26%). O mesmo



também tem sido relatado em amostras populacionais brasileiras. No estudo AFIRMAR, já citado anteriormente, renda elevada e formação superior conferiu proteção para ocorrência de evento cardiovascular.

Noronha e Viegas (2002) afirmam que indivíduos com maior escolaridade tendem a ter uma melhor percepção dos efeitos do tratamento sobre a saúde, bem como maior conhecimento das especialidades médicas. No estudo realizado por França (2006), verificou-se que a escolaridade, após ajuste pelo modelo de regressão linear múltipla, permaneceu associada à mortalidade pela doença cardiovascular investigada e seus subgrupos. A cada ponto percentual de aumento na proporção de adultos com alta escolaridade, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares diminuiu em 3,25 por 100.000 habitantes.

Estudos ecológicos também evidenciaram associação negativa entre mortalidade por doenças cardiovasculares e situação socioeconômica (DRUMOND, 1999; SANTOS, 2001; SINGH, 2002). No Brasil, um terço dos óbitos por doenças cardiovasculares ocorreram precocemente em adultos de faixa etária de 35 a 64 anos, no entanto essas causas seriam em grande parte evitáveis se houvesse assistência ou prevenção adequada, ou seja, redução das desigualdades sociais (FRANÇA, 2006).

Configuram-se também como fatores de risco para a doença cardiovascular fatores emocionais e o estresse crônico, cuja presença na vida cotidiana permite, a curto prazo, um aumento progressivo da aterosclerose e, a longo prazo, o surgimento da doença coronária. (GIANNOTTI, 2002). Os fatores emocionais são aqueles inerentes ao indivíduo no que diz respeito ao seu modo de ser, reagir e lidar com distúrbios emocionais, e podem ser representados pela depressão, transtornos de ansiedade, hostilidade e raiva. Já o estresse crônico trata-se de fatores externos que geram influência na vida do indivíduo, tais como baixo padrão socioeconômico, problemas financeiros, estresse no trabalho e problemas familiares (SBC/FUNCOR, 2006).

O *Interheart* foi o primeiro grande estudo que avaliou a relação de infarto agudo do miocárdio com fatores psicossociais em um grande número de pessoas em todo o mundo e de todos os grupos étnicos. Nesse estudo, no grupo de indivíduos com infarto agudo do miocárdio, o estresse emocional e a depressão foram significativamente maiores em comparação com o grupo controle. Do ponto de vista de relevância clínica, a eliminação desses fatores traria a redução de 33% dos casos de evento cardiovascular em todo o mundo (HAWKEN et al, 2004).

De acordo com Giannotti (2002), alguns estudos demonstram a influência direta do estresse sobre as coronárias, já outros, sua influência sobre os demais fatores. Os mecanismos de enfrentamento do estresse inadequados na vida cotidiana resultam na elevação da pressão arterial, do colesterol, dos triglicérides, no aumento do consumo de tabaco, no uso de bebida alcoólica em excesso, além de levar as pessoas a comerem demais, para compensar frustrações e decepções.

A prevenção da doença arterial coronariana envolve indubitavelmente questões sociais bem mais amplas, tais como as condições de trabalho, moradia, alimentação, o desemprego, a pobreza, as injustiças sociais, a violência, os costumes e práticas de saúde e inclusive o preço dos medicamentos. Assim, outro aspecto importante que precisa ser considerado como fator de risco cardiovascular é o uso inadequado dos medicamentos prescritos, seja por déficits de conhecimento ou condições socioeconômicas deficitárias. O déficit de autocuidado relacionado à terapêutica não farmacológica e às dificuldades enfrentadas para a mudança no estilo de vida são fatores que podem prejudicar o controle da doença cardiovascular (ARAÚJO, 1996).

### **1.2.12 Crenças e Comportamentos em Saúde**

Entende-se que as crenças em saúde e os comportamentos dos indivíduos face à doença arterial coronária (adoção ou não das medidas de prevenção e controle da doença) precisam ser considerados como fatores de risco psicossociais.

O termo comportamento tem origem latina: *porto*, que significa levar. Em português passou à forma reflexiva “portar-se”. O prefixo “com” denota um modo global de levar-se, de portar-se. É o conjunto organizado das operações selecionadas em função das informações recebidas do ambiente através das quais o indivíduo integra as suas tendências. (ÁVILA, 1972) Em sentido mais amplo designa a mudança, o movimento ou a reação de qualquer entidade ou sistema em relação a seu ambiente ou situação.

A adoção das medidas de prevenção e controle da doença arterial coronária, ou seja, o comportamento dos indivíduos, relacionado à prática de atividade física, preparo e consumo de alimentos, hábitos de fumar e beber e cumprimento da receita, consiste em fator implicado na prevalência da morbidade e mortalidade da doença. Tais comportamentos refletem mudanças nos

hábitos de vida, na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui (SIQUEIRA, 2005).

Considera-se, também, que concepções equivocadas dos indivíduos sobre as condições que favorecem o surgimento e a progressão da doença cardiovascular podem levar as pessoas a adotarem medidas de prevenção e controle inapropriadas. Se a concepção de saúde é formada por meio da experiência de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e aspectos emocionais, a forma com que o indivíduo percebe sua enfermidade pode influenciar os mecanismos individuais para satisfazer suas necessidades e a busca dos serviços assistenciais.

Considera-se crença aquilo que se afirma com certo grau de probabilidade ou de certeza, a realidade ou a verdade de uma coisa, embora não se consiga prová-la racional e objetivamente (SAILER, 2004). As crenças são informações fornecidas pelas famílias, pela sociedade, equipe de saúde, desde as mais remotas épocas, que passam de pais para filhos e são reforçadas pela cultura, podendo variar entre as pessoas, de acordo com o tipo de doença, do meio social e de uma cultura para outra e podem influenciar as ações em saúde (SAILER, 2004). A percepção subjetiva do risco do indivíduo contrair determinada condição ou doença, do grau de severidade da doença, dos benefícios e das barreiras de ações em saúde podem influenciar as escolhas para o seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (ROSENSTOCK, 1974 apud DELA COLETA, 2004).

De acordo com Formiga (2005), “[...] a mudança de comportamento está correlacionada com o processo cognitivo de influência da informação para a aquisição de novos repertórios de crenças e pensamentos que tenham a finalidade de uma mudança comportamental numa direção mais preventiva”. A saúde é global e não se pode, assim, cuidar somente do sistema cardiovascular, mas do ser integral, em suas dimensões física, emocional e espiritual, valorizando sua biografia, sua história de vida, suas crenças e seus medos (SIQUEIRA, 2005).

### 1.3 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE CARDIOVASCULAR

O modelo biomédico hegemônico, ainda hoje, orienta grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos, pautando-se na busca eficiente do diagnóstico e tratamento de doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se a intervenção sobre a avaria do corpo. Nessa perspectiva de intervenção, o modelo é unidimensional, e nega a multidimensionalidade do indivíduo na medida em que são oferecidas ações essencialmente técnicas sem necessariamente valorizar as trocas intersubjetivas e as necessidades dos indivíduos e considerar o seu contexto social, cultural e econômico (MUSSI, 2003).

De modo geral, nas relações entre profissionais de saúde e clientes há pouco espaço para o acolhimento, a escuta e a expressão de suas vivências, crenças e sofrimentos. Como consequência, pode haver baixa resolutividade dos problemas de saúde (LACERDA, 2006).

A Constituição Brasileira de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde, define a universalidade, a equidade e a integralidade com princípios para atenção à saúde humana. Acredita-se na integralidade como uma possibilidade de transformação do modelo de atenção hegemônico sendo entendida por Pinheiro e colaboradores (2005, p. 85) como

[...] uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes e assumem como tarefa e objetivo, garantir a vida no seu sentido mais amplo.

A integralidade do cuidado à saúde surge como um modo de organizar os serviços, sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada, e consiste na busca contínua de ampliar possibilidades de apreensão de necessidades de saúde de um grupo populacional. As políticas baseadas no princípio da integralidade valorizam os sujeitos considerando sua cultura, suas condições biológicas, sociais e psicológicas, seus desejos, direitos e autonomia (MATTOS, 2001).

Segundo Mattos (2001), a integralidade em saúde implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez à afirmação da abertura para o diálogo.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de fala, escutas e interpretações, no qual há produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há produção de uma responsabilização em torno

do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2003).

Nesse sentido, para que se possa concretizar a integralidade como princípio da atenção à saúde da população, é necessário que as práticas de cuidar sejam combinadas e voltadas ao mesmo tempo para promoção da saúde, prevenção e cura. O modo concreto de articular essas práticas assistenciais seria através da integralidade das ações que se traduz, segundo Mattos (2001), como um elemento operativo do princípio da integralidade.

Desta forma, os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e morrer. O atendimento deve ser feito para a saúde do indivíduo e não somente para a doença. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos (KELL, 2008). E para que esse desafio se torne realidade precisa haver um compromisso e contribuição da enfermagem.

Historicamente é atribuída à enfermagem a responsabilidade pelo cuidado à saúde de grupos humanos. Essa afirmação encontra expressão em Leopardi (2001), ao mencionar que o objeto epistemológico da enfermagem é o cuidado do ser humano em sua complexidade. Uma das evidências para admitir essa afirmação é que a produção do conhecimento se dá sobre esse cuidado, tendo a finalidade de contribuir para atender às necessidades de saúde dos indivíduos.

No âmbito conceitual, Ide (2001, p. 40) define o cuidar em enfermagem como:

[...] a primazia de uma prática fundamentada, sistematizada, com capacidade de autogerir-se. Sua plenitude vem representada por ações presentes em todos os momentos do ciclo vital, nas distintas manifestações do processo de adoecimento, interagindo com o ser humano em suas diferentes dimensões, incluindo a esfera psicossocioespiritual.

Cuidar é querer, é fazer projetos; cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Portanto, para cuidar:

Há que se considerar e construir projetos, e há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente [...] A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude cuidadora precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001).

Nessa perspectiva, a interação é um ponto fundamental do cuidado, pois o próprio sugere movimento, o que significa ir construindo uma série de relações (AYRES, 2004).

Para que o cuidado de enfermagem contribua para atender às necessidades de saúde do indivíduo, carece demandar provisões de conteúdo humano-social (interação, acolhimento, apoio, compreensão, conforto, carinho, compaixão) e não apenas material, ainda que o cuidado realizado tenha como objeto o corpo da pessoa, concreta manifestação de sua sociabilidade e natureza, produzindo transformações imediatas, a exemplo da limpeza de feridas e mediatas, como a cura.

A multiplicação de métodos diagnósticos e terapêuticos centrados na doença abandonou pouco a pouco questões sobre as causas do adoecimento ligadas às maneiras de viver, às condições de vida, ao desejo de existir. O objeto do cuidado passou a ser a função orgânica ou mental, o órgão, o tecido, a célula isolada do seu todo, ao invés da pessoa. Assim sendo, os cuidados de reparação do corpo vão predominando em relação aos cuidados de manutenção da vida (COLLIÈRE, 1999).

As práticas de cuidado à saúde vêm propondo a superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa, na intervenção medicamentosa, em favor das práticas preventivas, educação em saúde e busca por conforto e qualidade de vida (MUSSI, 2004; AYRES, 2004). Na teoria e prática profissional da enfermagem pode-se identificar que o conforto é algo esperado pela pessoa no processo de cuidado, sendo também uma preocupação e meta da profissão (MUSSI, 2005).

Mussi (2004) afirma que tratar o conforto como um estado subjetivo e meta do cuidado de enfermagem implica centrar o foco na interação dos profissionais de saúde com o indivíduo, um ser de relações e possibilidades; e resgatar o ser humano, rompendo e extrapolando as concepções que reduzem o indivíduo a paciente. É necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e, conseqüentemente, posto em contato com o não-técnico em cada momento assistencial (AYRES, 2004).

Cuidar significa “[...] velar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função manter a vida dos seres vivos” (COLLIÈRE, 1999, p. 29). Portanto, cuidar implica estar em relação, fator imprescindível para o sucesso das ações de saúde formadas não apenas por êxitos técnicos, mas sempre de forma integral (MEHRY, 2004).

Segundo Ayres (2001), o cuidado deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois inclui o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos.

Particularizando o cuidado na área de saúde cardiovascular, entende-se como perspectiva de integralidade a concretização de práticas de cuidado à saúde que garantam acesso dos indivíduos a ações resolutivas de natureza preventiva e curativa, construídas segundo especificidades do ciclo vital e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse prisma, o cuidado à saúde precisa ser imbuído de valores éticos e humanísticos traduzidos em práticas representativas de tais valores, concretizando a relação pessoa-pessoa e não pessoa-objeto, o acolhimento e a escuta sensível dos indivíduos e a excelência técnico-científica (MUSSI, 2005).

Promover conforto por meio do processo de cuidar tem dimensão ética, ou seja, demanda buscar uma intervenção que enfoque o ser humano como um todo. O processo de cuidar do indivíduo não deve apenas pensar na promoção do conforto como a recuperação da dimensão dos mecanismos biológicos do indivíduo com doença cardiovascular; deve paralelamente promover encontros que expandam sua possibilidade de ser, levando o sujeito ao prazer e à liberdade (MUSSI, 2003).

A sociedade ocidental é composta por grupos sociais com diferentes formas de trabalhar e viver e que, por isso, adocece de modos diversos. Nessa perspectiva, os usuários não podem ser considerados somente por parâmetros biológicos universais; as necessidades de saúde específicas precisam ser conhecidas para serem incorporadas aos processos terapêuticos dos trabalhadores da saúde. A enfermagem, enquanto uma prática social inserida na dinâmica das relações sociais, precisa atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais e autonomia. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social (CHIESA, 2007).

A vivência dos processos de adoecimento é influenciada pela inserção social (formas de vida, trabalho e saúde) e pela subjetividade (percepções, crenças, valores) dos grupos sociais. Buscar compreender as reais necessidades de saúde da população auxilia compreender de forma integral como se dá essa inserção social, que carrega consigo distintas condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência dos sujeitos (CHIESA, 2007).

No caso específico das doenças crônicas, que incluem as cardiovasculares, em crescente prevalência, sofrem determinações sociais e econômicas e, portanto, merecem maior

atenção dos órgãos públicos, no sentido de favorecerem políticas e intervenções sociais de melhoria das condições de vida da população, bem como a implementação e avaliação de programas de atenção à saúde cardiovascular.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade ou da liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses.

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no Brasil, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. Neste contexto, a garantia da saúde implica não só assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer (BRASIL, 2006).

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a rotina da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Há que se destacar a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades (BRASIL, 2002). É incontestável, portanto, a existência de fatores de risco cardiovascular determinados socialmente.

A doença arterial coronária pode ser evitável, bem como muitas das suas complicações prevenidas. As estratégias para minimizar o seu surgimento e as complicações incluem melhores condições de vida, mas também cuidados de prevenção e detecção precoce dos fatores de risco cardiovascular.



Hoje sabe-se que quanto maior a associação de fatores de risco cardiovascular em um indivíduo maior a probabilidade de infarto do miocárdio. A modificação desses fatores, inclusive naqueles que já tiveram algum evento cardiovascular prévio, pode alterar o índice de progressão da doença arterial e reduzir a incidência de morte súbita, do infarto e de acidente vascular cerebral (MUSSI, 2004).

A associação da doença arterial coronária a fatores de risco implica em mudança do estilo de vida visando à sua prevenção e controle. Conhecer os fatores de risco, seu grau de controle e as dificuldades para o seguimento do tratamento farmacológico e não farmacológico em um determinado grupo populacional é uma forma de cuidado e de se obter subsídios para a reflexão e proposição de práticas de cuidar voltadas às necessidades dos indivíduos. É nessa perspectiva que a presente investigação se insere.

O adoecer pode levar a um rompimento abrupto ou gradativo com o fluxo de ação espontâneo e característico da vida cotidiana, provocando um gigantesco desconforto. Assim, a única forma de evitar o desconforto provocado pela ruptura com a vida cotidiana é cuidar na perspectiva de prevenir e controlar a própria doença e suas complicações, o que demanda a proposição de estratégias de prevenção individualizadas para a modificação de estilos de vida que propiciem a manutenção ou progressão da doença arterial coronariana. Isso implica em reformulação dos programas de saúde que excluem a relação entre a população e os profissionais de saúde (MUSSI, 2004).

A implementação de programas de prevenção primária e secundária para doença cardiovascular é recomendada pela American Heart Association. A prevenção primária inclui a detecção e modificação dos fatores de risco e a conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares iminentes; a prevenção secundária tem como objetivo evitar novos eventos ou a morte súbita por problemas cardíacos em pessoas com diagnóstico de doença arterial coronária. Para que o cuidado à saúde nos diferentes níveis de assistência esteja assentado nos pressupostos da integralidade, precisa-se organizar o trabalho em rede e não hierarquizados (representados por uma pirâmide), com o intuito de reduzir a fragmentação da assistência prestada (OLIVEIRA, 2006).

A(o) enfermeira(o) tem uma enorme responsabilidade na elaboração e participação de programas interdisciplinares de educação em saúde cardiovascular, encorajando as pessoas a refletirem e valorizarem a mudança de comportamentos de risco à saúde (CAVAGIONI, 2006).

Este profissional atuando integrado à equipe multidisciplinar tem como responsabilidade política e ética a promoção do conforto, o que implica atuar na esfera preventiva da doença cardiovascular para evitar o desconforto vivenciado pelo surgimento da doença e das incapacidades (MUSSI, 2005).

O cuidado nas organizações de saúde depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. O cuidado de forma idealizada, recebido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira integrada entre os vários cuidadores. Assim, uma trama complexa de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, vão compondo o que se entende por cuidado em saúde (MERHY, 2003).

Todavia, vê-se ainda em nossa realidade a dificuldade enfrentada por profissionais de saúde e a falta de estrutura dos serviços para identificar os fatores de risco cardiovascular e abordá-los junto aos clientes, pautando-se nos princípios da integralidade, contemplando tanto ações preventivas quanto assistenciais, considerando o indivíduo como tal, seus desejos, crenças, possibilidades e dificuldades para cuidar de si. A superação é um desafio e demanda esforços integrados de autoridades públicas, profissionais de saúde e clientela.

## 2 METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordadas as bases teórico-metodológicas sobre as quais se apóia este trabalho.

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo, exploratório e de corte transversal.

O método quantitativo é um processo formal, objetivo e sistemático, no qual se utilizam dados numéricos para a obtenção de informações acerca do mundo, pois é usado para descrever, testar relações e determinar causas (KOIZUMI, 1992). O estudo exploratório possibilita buscar maiores informações sobre determinado assunto, além de permitir ao pesquisador ampliar sua experiência sobre específico problema, aprofundando seu estudo ou obtendo uma nova percepção do mesmo (CERVO; BERVIAN, 1983).

A pesquisa descritiva tem como pretensão descrever com rigor os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). O estudo de corte transversal, também denominado de estudo de prevalência, visa estimar a frequência de evento em uma população num determinado período de tempo e caracterizar grupos de risco. A população do estudo consiste em uma amostra representativa selecionada de uma população alvo, a partir da qual os indivíduos são examinados, observados e/ou inquiridos sobre sua doença, sobre características e exposições atuais ou anteriores e outras variáveis de interesse (ROTHMAN, 1986).

### 2.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um ambulatório de um hospital estadual, localizado no Município de Salvador-BA, o qual serve de referência para atendimento na área de cardiologia. A

escolha dessa instituição deve-se ao fato da mesma atender uma demanda significativa de pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), com fatores de risco para as doenças cardiovasculares e que sofreram algum evento cardiovascular.

O atendimento médico no ambulatório é feito por subespecialidades da cardiologia. Tem-se assim o ambulatório de coronária, arritmologia, cardio-pediatria e hipertensão arterial. O ambulatório de coronária atende pessoas que sofreram infarto agudo do miocárdio, submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio e a procedimentos hemodinâmicos.

Nesse serviço, também funciona o Ambulatório de Cardiologia Preventiva, que tem como objetivo desenvolver programa multiprofissional em cardiologia preventiva, visando à integração entre atividade assistencial, ensino e pesquisa. Foi criado em agosto de 2006, pela Coordenação de Ensino e Pesquisa da Instituição, cujo atendimento, na atualidade, consiste na consulta de enfermagem feita por uma enfermeira.

O ambulatório da referida instituição funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 07:00 h às 18:00 h. A equipe de saúde é formada em média por cinco médicos que realizam as consultas médicas por turno, uma médica coordenadora do serviço, uma enfermeira coordenadora e uma enfermeira assistencial e quatro técnicas de enfermagem distribuídas nos dois turnos para realização de eletrocardiograma (ECG), verificação de pressão arterial e glicemia capilar; e instalação da medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA). Atuam ainda no ambulatório três recepcionistas. Os exames solicitados, além do ECG, MAPA e Ecocardiograma, são realizados fora da instituição, os quais são agendados pelas enfermeiras que orientam os clientes para sua realização. Entre eles incluem-se a cintilografia miocárdica realizada na Clínica Diagnoson (18 por semana); o Holter (10 por semana) e o Teste ergométrico (10 por semana), que são realizados no Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Os clientes também são encaminhados a outros serviços para realização de exames laboratoriais, de preferência os centros de saúde do bairro onde moram.

### 2.3 AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra ( $n$ ), tomou-se como parâmetro a prevalência estimada segundo Lessa (1999), para o qual o IAM é de 99/100.000 adultos em Salvador/BA. Foram também considerados no cálculo da amostra os seguintes parâmetros:

$$n = \frac{NP(1-P)}{(N-1)D + P(1-P)}$$

$$\text{onde } D = \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}} \text{ e } P\left(\left|\hat{P} - P\right| \leq B\right) = 1 - \alpha.$$

$N$  - número de total da população assumida durante o período de coleta de dados = 1.000 (KISH, 1965);

$P$  - proporção dentro da população estudada = 0,099;

$n$  - tamanho da amostra;

$\alpha$  - nível de significância;

$(1 - \alpha)100\%$  - grau de confiança;

$B$  - erro máximo estimado desejado;

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ .

$1 - \alpha = 0,95$

$B = 0,04$  ou 4%

De acordo com o cálculo, o tamanho da amostra seria de 99, mas essa foi composta por 100 indivíduos atendidos no ambulatório no período de março a julho de 2008.

Os critérios de inclusão na amostra foram: adultos, a partir de 18 anos, de ambos os sexos, conscientes, orientados no tempo e espaço, matriculados no ambulatório, com diagnóstico

médico de infarto agudo do miocárdio (CID - I21.9), angina (CID - I20.0) e/ou submetidos a revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia transluminal percutânea com ou sem stent, e que concordaram em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A).

## 2.4 COLETA DE DADOS

### 2.4.1 Instrumento (APÊNDICE B)

O instrumento de coleta de dados foi constituído de quatro partes descritas a seguir:

#### Parte I - Dados socioeconômicos

Incluiu questões fechadas sobre sexo, idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, situação empregatícia, renda familiar mensal, número de dependentes, número de filhos e endereço.

#### Parte II - Antecedentes pessoais e familiares de fatores de risco cardiovascular

Incluiu questões fechadas sobre a existência de familiares consangüíneos de primeiro grau com hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidade, acidente vascular encefálico, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio e angina, bem como sobre a realização de angioplastia transluminal percutânea e/ou revascularização cirúrgica do miocárdio. Incluiu, também, questões fechadas referentes a antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidade e dislipidemia, evento cardiovascular e menopausa.

#### Parte III- Crenças em saúde, e comportamentos relacionados à doença arterial coronária

Esta parte foi constituída por questões fechadas e semi-estruturadas sobre crenças em saúde sobre a causa, cura e controle da doença arterial coronária. Abarcou também questões

fechadas sobre o recebimento de orientações da equipe de saúde, comportamentos para o controle da doença e dificuldades para o seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Os hábitos de vida levantados englobaram:

a) Tabagismo: este item incluiu questões fechadas para saber se o indivíduo fumava, era ex-fumante ou nunca tinha fumado, o tempo de manutenção do hábito, o tipo de fumo e a quantidade diária.

b) Ingestão de bebidas alcoólicas: este item incluiu questões fechadas para levantar se o indivíduo ingeria bebida alcoólica ou era ex-etilista e o tempo de duração do hábito.

c) Hábitos alimentares: este item foi composto por questões fechadas sobre a quantidade de sal e gordura usada nos alimentos, o hábito de acrescentar porção extra de sal aos alimentos, a forma de preparo dos alimentos, o tipo de carne e gordura utilizada, o local habitual das refeições, quem prepara a refeição, a quantidade de ingerida de ovos por semana, café e chá diários.

d) Prática de exercício físico: incluíram-se questões fechadas sobre a regularidade, duração e tipo de exercício realizado.

#### Parte IV - Dados clínicos, antropométricos e resultados de exames laboratoriais

Esta parte foi formada por itens para registro de dados obtidos de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, índice de massa corpórea (IMC), glicemia capilar, colesterol total, HDL-C e triglicérides. Identificou-se, também, o horário da última refeição.

#### **2.4.2 Operacionalização da coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados foi testado na rotina de atendimento do ambulatório de cardiologia preventiva durante a consulta de enfermagem. Após o pré-teste constatou-se a necessidade de adequação na linguagem em algumas questões, além de mudanças na ordem de apresentação, a fim de evitar a dispersão e cansaço do indivíduo durante a entrevista. Buscou-se também uma melhor padronização na abordagem com o intuito de direcionar melhor o atendimento sem estender o tempo de atendimento. Quando reaplicado com 10 indivíduos, verificou-se sua adequação e definiu-se, com a enfermeira que realiza a consulta de enfermagem, o seu uso na rotina de atendimento.

Os dados foram coletados no período de março de 2008 a julho de 2008 pela mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA e pela enfermeira do ambulatório de cardiologia preventiva. Para garantir a padronização das condutas adotadas no trabalho de campo, as duas enfermeiras envolvidas na coleta de dados foram juntamente treinadas e avaliadas para a realização da entrevista, verificação dos parâmetros clínicos e utilização dos equipamentos.

Após a confirmação do diagnóstico médico de doença arterial coronária no prontuário dos indivíduos que iriam passar ou tinham passado por consulta médica, esses eram abordados, recebidos em sala privativa e, após concordância na participação do estudo e assinatura do termo de consentimento informado, era iniciada a entrevista gravada, e a avaliação clínica.

Dados socioeconômicos, antecedentes pessoais e familiares de fatores de risco cardiovascular, crenças em saúde, hábitos de vida e atitudes relacionados à doença arterial coronária foram obtidos mediante entrevista. Após a entrevista, procedeu-se a avaliação clínica e antropométrica, realizou-se o procedimento da glicemia capilar e o encaminhamento do cliente para a coleta do perfil lipídico no laboratório da instituição da pesquisa.

Para determinação da pressão arterial, das medidas antropométricas, do perfil lipídico e da glicemia capilar, foram adotados os seguintes procedimentos:

#### **a) Procedimento para verificação da pressão arterial**

De acordo com as orientações estabelecidas na V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBH, 2006), foram realizadas duas medidas da pressão arterial, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das mesmas considerada a pressão arterial do indivíduo. A posição adotada para a medida da pressão arterial foi a sentada. As duas medidas foram obtidas nos membros superiores.



A medida da pressão arterial foi realizada em ambiente calmo, em sala privativa, com temperatura agradável, utilizando-se o aparelho da Omron HEM 705 CP, modelo eletrônico testado e aprovado pela British Hypertension Society, cujas maiores vantagens são a facilidade de treinamento e de padronização, a eliminação de vieses de mensuração decorrentes da visão, audição e atenção, e a não interferência da velocidade de inflação/deflação do manguito (LESSA et al, 2004).

Utilizou-se manguito de tamanho adequado ao braço do indivíduo, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha correspondeu a 40% da circunferência do braço e o comprimento envolveu pelo menos 80%; o braço do indivíduo foi mantido na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Os indivíduos foram orientados a não falar e/ou não manter as pernas cruzadas durante a medida da pressão arterial. Certificou-se de que não estavam com a bexiga cheia; não haviam praticado exercícios físicos há 60-90 minutos; não tinham ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumado até 30 minutos antes da medida.

O parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial para pessoas adultas acima de 18 anos, adotado no estudo, será o recomendado pelas V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBH, 2006), conforme Quadro 1:

**Quadro 1: Parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial para pessoas adultas acima de 18 anos**

Classificação	Pressão sistólica (mm Hg)	Pressão diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90

Fonte: V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBH, 2006, p. 35).

## **b) Determinação das medidas antropométricas**

O peso (em quilogramas) foi determinado através de um balança digital *scale, model TEC 30* da marca *techline*, aferida pelo InMetro, com variação de 0,1Kg, com capacidade máxima de 150 Kg e mínima de 2,5Kg.

A altura (em metros) foi determinada através de um estadiômetro portátil da marca *Altorexata* acoplado a uma base.

Para determinação do peso foi solicitado ao indivíduo que permanecesse com roupas leves, sem calçados, de costas para o mostrador da balança. Após aferição do peso, foi verificada a altura utilizando a régua de madeira do estadiômetro (sendo a mesma graduada a cada 0,5 cm). A verificação dessas duas variáveis serviu como pré-requisito para determinar o índice de massa corpórea (IMC), cuja fórmula é a razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ).

Com o valor de índice de massa corporal, os indivíduos poderão ser classificados segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) da seguinte forma (Quadro 2):

**Quadro 2 – Classificação de acordo com o índice de massa corporal**

IMC ( kg/m <sup>2</sup> )	Grau de Risco	Tipo de obesidade
18 a 24,9	Peso saudável	Ausente
25 a 29,9	Moderado	Sobrepeso ( Pré-Obesidade )
30 a 34,9	Alto	Obesidade Grau I
35 a 39,9	Muito Alto	Obesidade Grau II
40 ou mais	Extremo	Obesidade Grau III ("Mórbida")

Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS), 2004, p. 58.

### c) Determinação da circunferência abdominal

Para determinação da circunferência abdominal, solicitou-se ao indivíduo para ficar em pé, respirando normalmente, expondo a região abdominal. O local de medida da circunferência abdominal foi o ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, utilizando-se fita métrica de 1,50 m, flexível, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm.

Para avaliação desse parâmetro utilizaram-se tanto os critérios nacionais quanto internacionais, conforme informações no Quadro 3:

**Quadro 3 – Circunferência abdominal X Risco de complicações da obesidade**

	<b>Risco Aumentado Estudo Nacional*</b>	<b>Risco Aumentado Estudo Internacional†</b>
<b>Homem</b>	>88cm	>90cm
<b>Mulher</b>	>84cm	>80cm

Fontes: Nacional \*: BARBOSA et al, 2006, p. 413; Internacional†: International Diabetes Federation (IDF, 2006, p. 11).

#### **d) Determinação do perfil lipídico e glicídico**

Para dosagem da glicemia capilar, foi realizada uma punção capilar no dedo indicador do indivíduo, após anti-sepsia da pele com álcool a 70%, utilizando uma lanceta apropriada, sendo realizada aplicação da gota de sangue na tira teste e aplicada a um monitor portátil (accutrend) para determinação quantitativa da glicemia.

Como a coleta da glicemia foi casual, podendo o cliente estar ou não em jejum, os valores foram classificados segundo o Consenso Brasileiro sobre Diabetes (2002) e atualização de 2006, que considera para Diabetes Mellitus uma glicemia casual  $\geq 200$  mg/dL.

A coleta do perfil lipídico foi realizada a partir de uma amostra de sangue colhida no laboratório da instituição com material descartável para dosar o colesterol total, HDL-C e triglicérides. A determinação dos triglicérides não obedeceu à indicação de jejum mínimo de 12 horas visando assegurar a sua dosagem na data da consulta médica marcada pelos participantes do estudo.

Para classificar os valores de lipídeos, será utilizado o critério estabelecido pela IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias (SBC, 2007), conforme Quadro 4:

**Quadro 4 - Classificação das dislipidemias**

<b>Lípides</b>	<b>Valores (mg/dL)</b>	<b>Categoria</b>
<b>Colesterol Total</b>	<200	Ótimo
	$\geq 200$	Alto
<b>Não HDL-colesterol</b>	<160	Desejável
	$\geq 160$	Alto
<b>HDL-colesterol</b>	<40 p/ homem e <50 p/ mulher	Baixo
	40/50-60	Límitrofe
	>60	Alto
<b>Triglicerídeos</b>	<150	Ótimo
	$\geq 150$	Alto

Fonte: IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (SBC, 2007, p. 5).

Todos os resultados referentes à avaliação clínica, antropométrica e laboratorial foram disponibilizados aos participantes e à equipe médica. Em caso de constatação de níveis pressóricos elevados (pressão sistólica maior que 140 mmHg e diastólica maior que 90), e/ ou glicemia capilar casual acima de 200 mg/dL, o médico do paciente foi informado ao término da entrevista.

### **2.4.3 Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em fevereiro de 2008 (ANEXO A), e respeita os princípios éticos de acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

Aos participantes foi assegurado o sigilo da identidade pessoal, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento e a privacidade. Após todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, foi solicitada assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias, ficando uma via em seu poder e a outra com a pesquisadora.

## **2.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS**

Os dados registrados e codificados nos formulários constituíram um banco de dados no programa Excel, versão 2007 Microsoft Office Xp e, posteriormente, foram transportados para o programa estatístico SPSS 13.0 for Windows. Os resultados foram analisados em números absolutos, percentuais e médias.

As respostas dadas às questões semi-estruturadas (Parte III) foram transcritas na íntegra e analisadas mediante emprego da técnica de análise de dados qualitativos proposta por Glaser (1978). Na primeira fase da análise dos dados as respostas foram lidas exaustiva e minuciosamente examinadas, linha por linha, para extrair os primeiros códigos (núcleos de sentido). Pelo processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por

similaridades e diferenças, formando as categorias. Posteriormente, as categorias foram quantificadas.

Os dados foram apresentados de modo descritivo, em tabelas e gráficos.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS PARA DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados da Tabela 1 retratam que a amostra do estudo foi constituída por 100 indivíduos, havendo predomínio do gênero masculino (56%) e procedência de Salvador (72%).

**Tabela 1 - Participantes segundo dados socioeconômicos. Salvador – Bahia, 2008.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n (100)</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	56	56
Feminino	44	44
<b>IDADE</b>		
< 50 anos	22	22
50 – 60 anos	32	32
≥ 60 anos	46	46
<b>RAÇA/COR AUTO DECLARADA</b>		
Branca	16	16
Preta	21	21
Parda	63	63
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Com companheiro (casado ou amasiado)	52	52
Sem companheiro (solteiro, viúvo ou divorciado)	48	48
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Analfabeto <sup>†</sup>	34	34
Até 1º grau	53	53
Até o 2º grau	8	8
Até o 3º grau	5	5
<b>SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA</b>		
Com ocupação	32	32
Sem ocupação	68	68
<b>RENDA FAMILIAR (em salário mínimo*)</b>		
≤ 1 salário	35	35
1-2 salários	47	47
≥ 3 salários	18	18
<b>NÚMERO DE DEPENDENTES</b>		
1-3 pessoas	56	56
4-6 pessoas	39	39
> 6 pessoas	5	5
<b>NÚMERO FILHOS</b>		
≤3	48	48
4-6	34	34
> 6	18	18
<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA</b>		
Salvador	72	72
Região Metropolitana**	5	5
Outras cidades da Bahia	23	23
<b>ANO DO 1º ATENDIMENTO NO LÓCUS DE ESTUDO</b>		
2006	10	10
2007	50	50
2008	40	40

<sup>†</sup> Não sabe ler e escrever, pode apenas assinar o nome; \*Valor do salário mínimo em 2008: R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais);

\*\* Região Metropolitana inclui as cidades: Camaçari • Candeias • Dias d'Ávila • Itaparica • Lauro de Freitas • Madre de Deus • Mata de São João • São Francisco do Conde • São Sebastião do Passé • Simões Filho • Vera Cruz

A média de idade entre os participantes foi de 58,7 anos (58,5 entre os homens e 58,9 entre as mulheres), predominando pessoas na faixa etária <60 anos (54%). A maioria dos indivíduos era da raça/cor negra (84%), vivia com companheiro(a) (52%), possuía baixa escolaridade (34% analfabetos e 53% até o primeiro grau), não tinha ocupação em razão da aposentadoria ou desemprego (68%), recebia até 2 salários mínimos por mês (82%), e possuía de 1 a 3 dependentes (56%). A metade desses indivíduos submeteu-se ao primeiro atendimento no lócus de estudo no ano de 2007 (50%), 40% em 2008 e 10% em 2006.

A caracterização da doença arterial coronária (Tabela 2) mostra que a maioria dos indivíduos já teve infarto agudo do miocárdio (82%), seguidos dos que apresentavam angina instável (18%). Independente do tipo de evento coronário, mais de dois terços da amostra apresentou o último diagnóstico médico a menos de um ano. Dos 82 indivíduos que sofreram IAM, 12 (14,6%) sofreram mais de um infarto.

**Tabela 2 - Participantes segundo caracterização clínica da doença arterial coronária (DAC) e tempo do diagnóstico do evento cardiovascular. Salvador – Bahia, 2008.**

<b>Caracterização clínica da DAC e tempo de diagnóstico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evento</b>		
Angina Instável	18	18
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	82	82
<b>Tempo de diagnóstico de Angina (N=18)</b>		
≤1 ano	14	77,8
2-3 anos	3	16,7
≥4 anos	1	5,5
<b>Tempo de diagnóstico do último IAM (N=82)</b>		
≤1 ano	54	65,8
2-3 anos	15	18,3
≥4 anos	13	15,9
<b>Números de IAM ocorridos(N=82)</b>		
1(um)	70	85,4
2 (dois)	9	11,0
3 (três)	3	3,6

Os dados da Tabela 3 evidenciaram que grande parte dos indivíduos atendidos no lócus de estudo em 2007 e 2008 sofreram o último evento coronário há menos de 1 ano, retratando que parece coincidir o período de ocorrência do evento com o período de atendimento no ambulatório de cardiologia preventiva.

**Tabela 3 - Participantes segundo a relação entre o ano do 1º atendimento no lócus de estudo e o tempo de diagnóstico médico do último evento coronário. Salvador – Bahia, 2008.**

Ano atendimento	Tempo do último evento coronário		
	≤1 ANO n (%)	2-3 ANOS n (%)	≥4 ANOS n (%)
2006 (n=10)	4(40,0)	3(30,0)	3(30,0)
2007 (n=50)	35(70,0)	9(18,0)	6(12,0)
2008 – ANO DO ESTUDO (n=40)	29(72,5)	6(15,0)	5(12,5)

### 3.2 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dentre os fatores de risco cardiovascular referidos pelos indivíduos (Tabela 4), destacaram-se hipertensão arterial (94%), dislipidemia (alteração na gordura do sangue - 83%) e menopausa em 73% das mulheres. Apenas 4% dos indivíduos ainda mantinham o hábito de fumar, no entanto 59% referiram ser ex-tabagistas. Observa-se, ainda, que 35% relataram diabetes e 48% excesso de peso. 76% dos indivíduos negaram a prática de exercício físico; aqueles que realizavam referiram apenas caminhada como tipo (24%), e, destes, apenas 19% realizam-na mais do que 3 vezes por semana, por no mínimo trinta minutos.

**Tabela 4 – Participantes segundo a referência de fatores de risco cardiovascular. Salvador – Bahia, 2008.**

Antecedentes pessoais de fatores de risco cardiovascular	n (100)	%
<b>Hipertensão Arterial</b>		
Sim	94	94
Não	6	6
<b>Diabetes Melitos Tipo 2</b>		
Sim	35	35
Não	63	63
Não sabe	2	2
<b>Alteração da gordura no sangue</b>		
Si m	83	83
Não	9	9
Não sabe	8	8
<b>Excesso de peso</b>		
Sim	48	48
Não	51	51
Não sabe	1	1
<b>Tabagismo</b>		
Sim	4	4
Não	37	37
Ex-tabagista	59	59
<b>Sedentarismo</b>		
Exercício físico < 3x p/ semana	5	5
Exercício físico 3-5x p/ semana no min. 30'	16	16
Exercício físico >5x p/ semana no min. 30'	3	3
Não realiza exercício físico	76	76
<b>Menopausa (n=44*)</b>		
Sim	32	32
Não	10	10
Não sabe	1	1
Histerectomia	1	1

\*56 participantes eram do gênero masculino



Analisando a Tabela 5, podem-se perceber relatos de alguns fatores de risco cardiovascular em mais de 50% dos familiares de primeiro grau dos entrevistados: hipertensão (84%), diabetes melittos tipo 2 (56%), obesidade (59%), dislipidemia (59%). Salientou-se, também, a referência freqüente de acidente vascular cerebral (49%), IAM (64%) e angina (50%).

**Tabela 5 – Participantes segundo a referência de fatores de risco cardiovascular (FRCV) e comorbidades em familiares consanguíneos de 1º grau. Salvador – Bahia, 2008.**

<b>FRCV e comorbidades em familiares</b>	<b>n (100)</b>	<b>%</b>
<b>Hipertensão Arterial</b>		
Sim	84	84
Não	9	9
Não sabe	7	7
<b>Diabetes Melittos Tipo2</b>		
Sim	56	56
Não	37	37
Não sabe	7	7
<b>Alteração da gordura no sangue</b>		
Sim	59	59
Não	4	4
Não sabe	37	37
<b>Excesso de peso</b>		
Sim	59	59
Não	36	36
Não sabe	5	5
<b>Infarto Agudo do Miocárdio</b>		
Sim	64	64
Não	26	26
Não sabe	10	10
<b>Acidente Vascular Cerebral</b>		
Sim	49	49
Não	41	41
Não sabe	10	10
<b>Angina</b>		
Sim	50	50
Não	22	22
Não sabe	28	28
<b>Revascularização Cirúrgica Miocárdica</b>		
Sim	10	10
Não	71	71
Não sabe	19	19
<b>Angioplastia Transluminal Percutânea</b>		
Sim	2	2
Não	80	80
Não sabe	18	18

De acordo com a Tabela 6, fica evidente o descontrole dos principais fatores de risco cardiovascular nos indivíduos estudados. A grande maioria já apresenta algum estágio de hipertensão arterial (65%); mais da metade da amostra apresentou sobrepeso (36%) ou algum grau de obesidade (28%). Todas as mulheres e 82% dos homens tinham circunferência abdominal

aumentada. Com relação à glicemia casual, a maioria dos participantes mostraram-se mais controlados, constatando-se glicemia casual  $\leq 200$  mg/dL em 81% dos casos. Dos indivíduos que informaram diagnóstico confirmado de diabetes mellitus (35% da amostra – Tabela 4), 54,3% estavam com os níveis glicêmicos  $> 200$  mg/dL. Naqueles que negaram diabetes mellitus tipo 2 prévio, não foi detectado valor elevado de glicemia casual. Salienta-se que nenhum dos participantes estava com tempo de jejum maior ou igual a 8 horas. Apesar de 57% dos participantes apresentarem colesterol total ótimo ( $< 200$  mg/dl), ainda 43% estavam com as taxas elevadas. Quanto ao colesterol-HDL, 65%, independente do sexo, estavam com valores baixos. Os triglicérides estavam altos em 53% dos participantes, apesar da dosagem ter sido feita sem jejum. Identificou-se ainda Não-HDL alto ( $\geq 160$ ) em 41%.

**Tabela 6 - Distribuição por sexo dos participantes de acordo com a identificação clínica e laboratorial dos fatores de risco cardiovascular. Salvador – Bahia, 2008.**

FATOR DE RISCO	Masculino		Feminino		Total	
	n (56)	%	n (44)	%	n (100)	%
<b>PRESSÃO ARTERIAL*</b>					<b>c</b>	<b>c</b>
Ótima (até 120X80)	7	12,5	4	9,1	11	11
Normal (120 – 130 X 80 – 85)	6	10,7	3	6,8	9	9
Pré-hipertensão (130 - 139 X 85 – 89)	7	12,5	8	18,2	15	15
Hipertensão estágio I (140 – 159 X 90 – 99)	14	25,0	8	18,2	22	22
Hipertensão estágio II (160 – 179 X 100 – 109)	12	21,4	9	20,5	21	21
Hipertensão estágio III ( $> 180 \times 110$ )	10	17,9	12	27,3	22	22
<b>ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)†</b>						
18 a 24,9 (Eutrófico)	18	32,1	18	40,9	36	36
25 a 29,9 (Sobrepeso ou pré-obesidade)	23	41,1	13	29,5	36	36
30 a 34,9 (Obesidade grau I)	15	26,8	11	25,0	26	26
35 a 39,9 (Obesidade grau II)	-	-	2	4,5	2	2
<b>CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (CA)</b>						
Mulheres $\leq 84$ cm <sup>‡</sup> ou $\leq 80$ cm <sup>§</sup>	-	-	-	-	-	-
Mulheres $> 84$ cm <sup>‡</sup> ou $> 80$ cm <sup>§</sup>	-	-	44	100	44	44
Homens $\leq 88$ cm <sup>‡</sup> ou $\leq 90$ cm <sup>§</sup>	10	17,9	-	-	10	10
Homens $> 88$ cm <sup>‡</sup> ou $> 90$ cm <sup>§</sup>	46	82,1	-	-	46	46
<b>GLICEMIA CASUAL**</b>						
$> 200$ mg/dL	7	12,5	12	27,3	19	19
$\leq 200$ mg/dL	49	87,5	32	72,7	81	81
<b>COLESTEROL TOTAL**</b>						
Ótimo ( $< 200$ )	39	69,6	18	40,9	57	57
Alto ( $\geq 200$ )	17	30,4	26	59,1	43	43
<b>HDL**</b>						
Baixo ( $< 40$ p/ homem e $< 50$ p/ mulher)	36	64,3	29	65,9	65	65
Limítrofe (40-60)	19	33,9	5	11,4	24	24
Alto ( $\geq 60$ )	1	1,8	10	22,7	11	11
<b>TRIGLICÉRIDES**</b>						
Ótimo ( $< 150$ )	30	53,6	17	38,6	47	47
Alto ( $\geq 150$ )	26	46,4	27	61,4	53	53
<b>NÃO-HDL** (fração aterogênica plasma)</b>						
Desejável ( $< 160$ )	39	69,6	20	45,4	59	59
Alto ( $\geq 160$ )	17	30,4	24	54,6	41	41

\* Fonte: V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006, p. 35)

† Fonte: Organização Mundial de Saúde (2004, p. 58)

‡ Fonte: BARBOSA PJ, et al. Arq Bras Cardiol (2006, p. 413)

§ Classificação da IDF (2006, p. 11)

\*\*Fonte: Atualização sobre Diabetes (2006, p. 56)

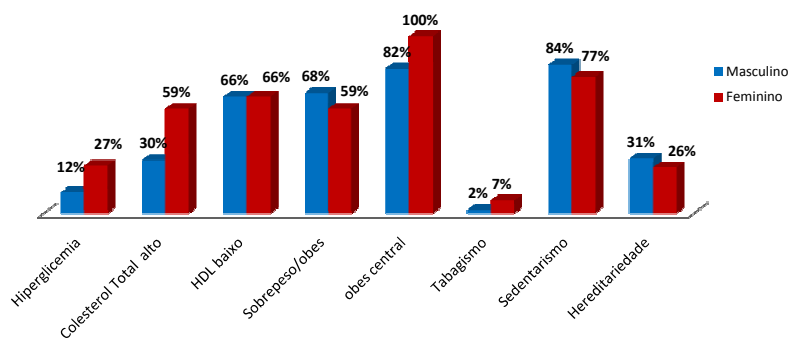
\*\*\*Fonte: IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (2007, p. 5)

\*\*\*\*os 100 participantes não estavam em jejum  $\geq 8$  horas

O Gráfico 1 mostra a distribuição dos participantes por sexo segundo a identificação de fatores de risco cardiovascular. Todas as mulheres (100%) tinham obesidade central e para mais da metade delas predominou o sedentarismo (77%), a hipertensão arterial (66%), o sobrepeso/obesidade (68%), HDL baixo (66%) e colesterol total alto (59%). Já para os homens, prevaleceu o sedentarismo (84%), a obesidade central (82%), o sobrepeso/obesidade (68%), HDL baixo (66%) e hipertensão (64%).

Os dados deste gráfico 1 e os apresentados na Tabela 6 ainda revelaram que mais de dois terços dos homens (64%) e das mulheres (66%) tinham algum grau de hipertensão arterial, prevalecendo para os homens a hipertensão estágio I (25,0 % X 18,2%) e II (21,4% X 20,5%), e para as mulheres a pré-hipertensão (18,2% X 10,5%) e hipertensão estágio III (27,3% X 17,9%). A hiperglicemia, evidenciada por glicemia casual >200mg/dL, foi mais freqüente em mulheres (27% X 12%). Independente do sexo, a hiperglicemia foi evidente apenas nos indivíduos que já tinham diagnóstico prévio de diabetes. O nível alto de colesterol total (>200 mg/dl) predominou para mulheres (59% X 30%). Foi mais freqüente homens com sobrepeso/obesidade do que mulheres (68% X 59%). No entanto, observou-se em 100% das mulheres obesidade central contra 82% dos homens. Observou-se também maior número de mulheres tabagistas (7% X 2%) e predomínio de sedentarismo nos homens (84% X 77%). A hereditariedade foi um fator de risco mais freqüente no gênero masculino (31% X 26%).

**Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo segundo a identificação de fatores de risco cardiovascular. Salvador – BA, 2008.**

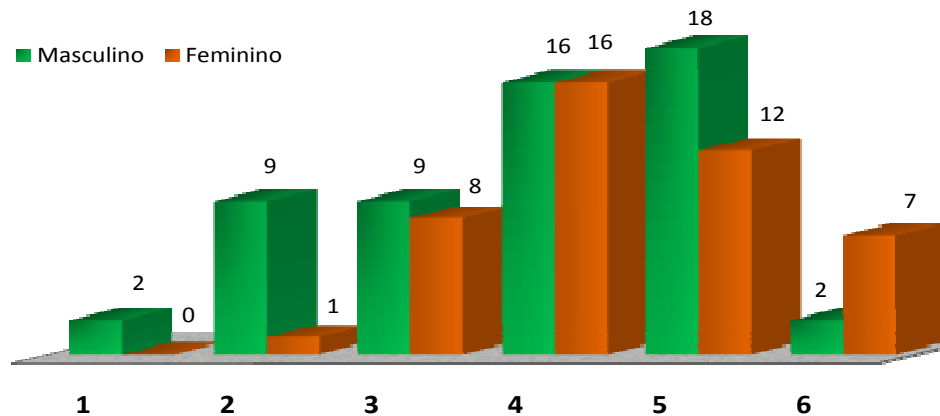


Na Tabela 7 e no Gráfico 2, verifica-se a agregação de fatores de risco cardiovascular nos participantes segundo o sexo. Observou-se que todos os participantes tinham algum fator de risco. O número mínimo de fator de risco nos homens foi de 1 e o máximo de 6, já nas mulheres o número mínimo foi de 2 e o máximo também de 6. A  $\mu$  (média) geral de fatores de risco por participante foi de 4. Destaca-se ainda que 64% dos homens e 79,6% das mulheres tinham 4 ou mais fatores de risco associados.

**Tabela 7 – Agregação de fatores de risco cardiovascular nos participantes segundo o sexo. Salvador – Bahia, 2008.**

SEXO	Número de fatores de risco – n (%)						
	0	1	2	3	4	5	6
Masculino (n=56)	-	2(3,6)	9(16,1)	9(16,1)	16(28,6)	18(32,1)	2(3,6)
Feminino (n=44)	-	-	1(2,3)	8(18,2)	16(36,4)	12(27,3)	7(15,9)
<b>TOTAL</b>	-	2(2,0)	10(10,0)	17(17,0)	32(32,0)	30(30,0)	9(9,0)

**Gráfico 2 - Agregação de fatores de risco cardiovascular nos participantes segundo o sexo. Salvador – Bahia, 2008.**



3.3 CRENÇAS EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS DOS PARTICIPANTES SOBRE A DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA (DAC), MEDIDAS PARA SEU CONTROLE E DIFICULDADES PARA ADEÇÃO AO TRATAMENTO.

### 3.3.1 Crenças sobre a doença arterial coronária e as medidas para o seu controle

De acordo com as categorias relacionadas às crenças em saúde para causa e controle da doença arterial coronária (DAC), nota-se no Quadro 5 que os participantes do estudo acreditavam que a DAC era causada por diferentes fatores, sobressaindo-se para eles o estresse cotidiano (35%), seguido de alimentação inadequada (28%), fumo (19%) e uso excessivo de bebida alcoólica (11%).

Houve 17% que relataram desconhecer o que causou a doença. A média de crenças associadas à causa da DAC foi de 1,53 por entrevistado.

Quanto às medidas de controle da DAC, constataram-se também diferentes crenças a elas associadas, com destaque para o seguimento regime alimentar (34%), seguido de uso das medicações prescritas pelo médico (27%), redução do estresse diário (22%), abdição do fumo (15%) e prática de atividade física (10%).

Dezoito indivíduos (18%) desconheciam como controlar a doença. A média de crenças quanto às medidas de controle da DAC por participante foi de 1,45.

Em seguida, a Tabela 8 evidencia que apenas 22% dos entrevistados consideraram que o tratamento para a doença arterial coronária devia durar a vida toda e a maioria não sabia sobre o tempo de duração do tratamento (67%). Além disso, somente 23% acreditavam que as medicações tomadas, a cirurgia ou angioplastia porventura realizadas não eram capazes de curar a doença arterial coronária (DAC); os demais ou acreditavam que tais medidas poderiam sanar a DAC (48%) ou não tinham idéia se tais procedimentos promoveriam a cura (29%).

Na sequencia, a Tabela 9 mostra que 14 participantes informaram não ter recebido qualquer tipo de orientação para o controle da doença e os demais (86) receberam mais de um tipo de orientação, perfazendo a média ( $\mu$ ) de 2,4 orientações por participante.

Dos que receberam alguma informação, 76% destacaram o regime alimentar, seguido do controle do estresse (34%), prática de exercícios físicos (28%), controle do peso (26%) e cessação do fumo (19%).

**Quadro 5 - Participantes segundo as categorias relacionadas as crenças em saúde sobre as causas e as medidas de controle da doença arterial coronária (DAC). Salvador – Bahia, 2008.**

<b>Categorias de crenças em saúde</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Códigos</b>	<b>N</b>
<b>Crenças em saúde sobre as CAUSAS da DAC</b>	Viver preocupações e tensões no dia a dia	sendo as tensões dia-a dia vividas, sendo o estresse do dia a dia tendo muito esforço mental, passando preocupação, vivendo muito estresse, tendo muito nervoso, não dormindo devido ao trabalho, passando raiva com o marido, tendo aborrecimento com o filho, passando preocupação por problema financeiro, vivendo preocupações, vivendo trabalho estressante, vivendo com aborrecimentos, vivendo um dia a dia de trabalho corrido, vivendo muita ansiedade, tendo trabalho estressante, passando esgotamento, tendo depressão.	35
	Ter uma alimentação inadequada	faltando educação na alimentação, Não se alimentando direito, Usando Muito sal, usando muita gordura, Comendo de tudo, Comendo gordura, Não fazendo dieta comendo comida pesada, comendo comida gorda, comendo mal no trabalho, alimentando-se mal nas viagens.	28
	Fumar cigarro	Fumando cigarro, vivendo com o marido que fumava	19
	Exceder-se na bebida alcoólica	Bebendo muito, bebendo muita cachaça, excedendo na bebida	11
	Fazer esforço físico	Sendo muito esforço físico, pegando coisas pesadas, trabalhando pesado, pegando muito peso, pegando saco de cimento	9
	Ter a doença na família	Sendo de família, sendo hereditária, Só tava faltando eu da família	8
	Ter pressão alta	Tendo pressão alta, tendo pico hipertensivo	7
	Ter diabetes	Diabetes, sendo o problema do diabetes	6
	Ter gordura alta no sangue	Sendo a Gordura alta no sangue	6
	Ter doença reumática	Sendo devido a febre reumática na infância	2
	Não fazer exercício físico	Tendo Vida sedentária, não fazendo exercício	2
	Ter idade avançada	Depois dos 50 aparece as coisas mesmo	1
	Não seguir as orientações médicas	Não fazendo o que o médico diz	1
Usar drogas	Fumando maconha	1	
<b>Crenças em saúde sobre as medidas de CONTROLE da DAC</b>	Fazer dieta	Educação alimentar Não podendo comer muita coisa Não comer muito açúcar Controlando a alimentação Não comendo gordura Tendo Boa alimentação Não comendo gordo Não comendo salgado Tendo um controle da alimentação Comendo de tudo um pouquinho Fazendo dieta Tendo Alimentação balanceada Não abusando do sal Não comendo salgado, nem gorduroso. Tendo minha dieta, tomando chá	34
	Usar a medicação prescrita	Tomando medicamento, Tomando remédio direitinho, tomando medicamento na hora certa, Tendo medicamento	27
	Diminuir o estresse do dia a dia	Melhorando o estresse; Conhecendo o que é a doença para ter tranquilidade; Distração/ se distraindo; controle emocional; não tendo preocupação; tendo calma; tendo paciência; não sendo estressada; tendo lazer; não se aborrecendo	22
	Não fumar	Deixando de fumar, não fumando cigarro, não sendo fumante passivo	15
	Praticar exercício/atividade física	Fazendo exercício, fazendo atividade física, não tendo vida sedentária, tendo uma atividade física	10
	Confiar na religião	Tendo fé em Deus, acreditando em Jesus, fazendo o que os orixás mandam, sendo Deus	7
	Não beber	Evitando tomar uma pinga, não bebendo	6
	Receber o melhor tratamento médico	Equipe fazendo tudo para salvar , recebendo bom tratamento, fazendo cirurgia, sendo controlado pele enfermeira e médicos	5

**Tabela 8 - Participantes segundo crenças sobre o tempo de tratamento, e a cura da doença arterial coronária. Salvador – Bahia, 2008.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TEMPO DE TRATAMENTO</b>		
< 1 ano	8	8
1-5 anos	3	3
A vida toda	22	22
Não sabe	67	67
<b>CURA DA DOENÇA COM REMÉDIO/ATC*/CIRURGIA</b>		
Sim	48	48
Não	23	23
Não sabe	29	29

\*Angioplastia translumina percutânea

**Tabela 9 – Tipos de orientações recebidas para o controle da doença arterial coronária informadas pelos participantes. Salvador – Bahia, 2008.**

<b>Tipo de orientações recebidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fazer dieta	76	76
Controle do estresse	34	34
Praticar exercícios	28	28
Controle do peso	26	26
Parar de fumar	19	19
Controle de ingestão de bebida alcoólica	15	15
Uso de medicação	8	8
Cirurgia	1	1
Nenhum tipo de orientação	14	14
<b>TOTAL</b>	<b>221</b>	<b>221</b>

### **3.3.2 Comportamento dos participantes face aos cuidados para o controle da doença arterial coronária.**

De acordo com a Tabela 10, apenas 4% dos indivíduos ainda mantêm o hábito de fumar. No entanto, 59% referiram ser ex-tabagistas, e destes, 81,4% deixaram de fumar há mais de 2 anos (Tabela 4). Predominou o uso de cigarros tanto para os fumantes como para os ex-fumantes (74,6%), bem como a quantidade de mais de 20 cigarros por dia (50,8%). Com relação ao uso de bebidas alcoólicas, 23% referiram a ingestão atual e 51%, que deixaram de consumi-las, a maioria (70,6%) há mais de 2 anos.

**Tabela 10 - Participantes segundo a caracterização do tabagismo e uso de bebida alcoólica. Salvador – Bahia, 2008.**

<b>Características do tabagismo e uso de bebida alcoólica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tabagismo (n=100)</b>		
Ainda fuma	4	4
Nunca fumou	37	37
Parou de fumar	59	59
<b>O que fuma/fumava (n=63)*</b>		
Cigarro	47	74,6
Cachimbo	7	11,1
Charuto	9	14,3
<b>Tempo que parou de fumar (n=59) †</b>		
≤1 ano	8	13,5
1-2 anos	3	5,1
>2 anos	48	81,4
<b>Uso de Bebidas Alcoolicas (n=100)</b>		
Sim	23	23
Não	26	26
Ex-etilista	51	51

\*Inclui os indivíduos tabagistas e ex-tabagistas

†Apenas os ex-tabagistas

Com relação à forma de preparo dos alimentos, a Tabela 11 ilustra a redução do uso de sal no preparo dos alimentos depois do evento cardiovascular (antes do evento, 79% usavam sal para mais, passando para um consumo menor depois do evento, numa proporção de 68%). O mesmo observou-se para a quantidade de gordura, pois 85% antes do evento usavam maior quantidade, mudando para menor após o mesmo (68%). Com relação às diversas formas de preparo atual dos alimentos, predominou a cozida (46,3%), seguida da assada (33,6%). Ainda 9,2% referiram preparar os alimentos fritos. Atualmente, os participantes relataram utilizar mais de um tipo de gordura no preparo dos alimentos, sobressaindo-se o óleo de soja (37,8%), seguido pelo óleo de girassol (16,3%) e azeite de oliva (14,1%). Mais da metade (57%) relatou preparar a sua própria refeição.

Com relação ao consumo atual de alimentos, a Tabela 12 mostra que os participantes usavam mais de um tipo de carne branca (galinha sem pele – 39,2%, e peixe – 17,7%), seguida de carne de boi (31,8%). Quanto ao uso de ovos, o consumo foi reduzido (13% come menos que um ovo por semana e 40% de 1 a dois). Ainda, 36% não o consomem. O consumo de alimentos industrializados como bolos e biscoitos ainda prevalece nos lanches de 61% dos entrevistados; assim como o uso de refrigerantes (80%). O consumo diário de café destacou-se nessa população estudada, em que 67% bebiam de 1 a 2 xícaras por dia, em contrapartida, apenas 26% afirmaram o uso de 1 a 2 xícaras de chá por dia e 36% não o bebiam. É importante destacar que 96% dos indivíduos realizavam as refeições no domicílio.



**Tabela 11 – Participantes segundo informações dadas sobre o preparo dos alimentos.  
Salvador – Bahia, 2008.**

<b>Preparo dos alimentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sal antes do evento† (n=100)</b>		
Mais	79	79
Médio	16	16
Menos	5	5
<b>Sal depois do evento† (n=100)</b>		
Mais	1	1
Médio	31	31
Menos	68	68
<b>Acrescenta Sal no alimento pronto (n=100)</b>		
Não	87	87
Sim	7	7
Às vezes	6	6
<b>Gordura antes do evento† (n=100)</b>		
Mais	85	85
Médio	11	11
Menos	4	4
<b>Gordura depois do evento† (n=100)</b>		
Mais	4	4
Médio	28	28
Menos	68	68
<b>Preparo atual dos Alimentos (n=164)*</b>		
Cozidos	76	46,3
Assados	55	33,6
Grelhados	18	10,9
Fritos	15	9,2
<b>Tipo atual de gordura usada (n=185)*</b>		
Óleo Soja	70	37,8
Óleo Girassol	30	16,3
Azeite Oliva	26	14,1
Margarina sólida	16	8,6
Margarina Cremosa	12	6,5
Azeite Dendê	11	5,9
Óleo Coco	11	5,9
Manteiga	9	4,9
<b>Prepara a própria refeição (n=100)</b>		
Sim	57	57
Não	43	43

† O evento corresponde à Síndrome Coronariana Aguda

\*Os participantes mencionaram mais de uma forma de preparo dos alimentos e tipo de gordura utilizada

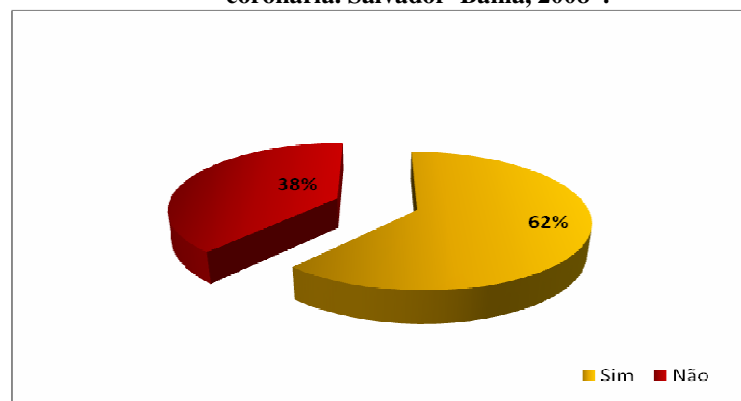
Conforme ilustrado no Gráfico 3, dos 86 participantes que receberam orientações para o controle da doença (Tabela 9), 38% informaram que não estão seguindo adequadamente algumas daquelas determinações.

**Tabela 12 – Participantes segundo o consumo atual de alimentos. Salvador – Bahia, 2008.**

Consumo atual de alimentos	n	%
<b>Tipo de Carne (n=176)*</b>		
Galinha SEM pele	69	39,2
Carne de Boi	56	31,8
Peixe	31	17,7
Vísceras	8	4,5
Carne de Porco	5	2,8
Galinha COM pele	5	2,8
Não come carne	2	1,2
<b>Consumo semanal de ovos (n=100)</b>		
<1 ovo/semana	13	13
1 ovo	18	18
2 ovos	22	22
≥ 3 ovos	11	11
Não consome	36	36
<b>Consumo de bolos e biscoitos (n=100)</b>		
Sim	61	61
Não	39	39
<b>Consumo de café(n=100)</b>		
1 - 2 Xícaras†/dia	67	67
≥3 Xícaras†/dia	28	28
< 3 Xícaras† na semana	1	1
Não consome	4	4
<b>Consumo de chá(n=100)</b>		
1 - 2 Xícaras†/dia	26	26
≥3 Xícaras†/dia	10	10
< 3 Xícaras† na semana	28	28
Não consome	36	36
<b>Bebe Refrigerantes (n=100)</b>		
Sim	80	80
Não	20	20
<b>Local que faz refeição (n=100)</b>		
Casa	96	96
Restaurante	2	2
Trabalho	2	2

\*A maioria dos participantes mencionaram mais de um tipo de carne consumida

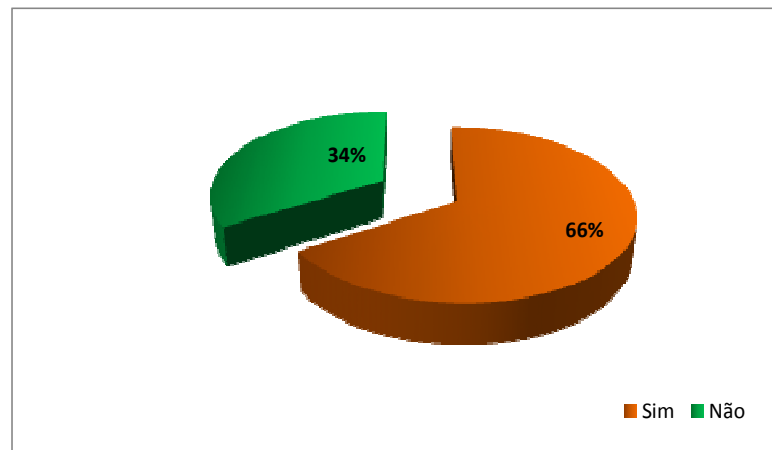
† A xícara referida é de tamanho regular (~150 mL)

**Gráfico 3 – Participantes segundo a referência de seguimento das orientações para o controle da doença arterial coronária. Salvador–Bahia, 2008\*.**

\*14 participantes informaram não ter recebido qualquer tipo de orientação para o controle da doença

De acordo com o Gráfico 4, 34% dos entrevistados relataram não cumprir integralmente a receita médica.

**Gráfico 4 – Participantes segundo a informação sobre o cumprimento integral da receita médica. Salvador–Bahia, 2008.**



### 3.3.3 Dificuldades para adesão ao tratamento

Analisando a Tabela 13, observa-se que os motivos apontados pelos 33 participantes do estudo para o não seguimento de orientações médicas para o controle da DAC (Gráfico 3) recaíram predominantemente sobre a condição econômica deficitária (24,2%) e a dificuldade para a modificação dos hábitos alimentares (24,2%). Outros mencionados com menor frequência foram associados ao estresse (12,1%), à não valorização do tratamento (12,1%) e à falta de orientação sobre o controle da DAC (9,2%). Em 18,2% dos participantes, não foi encontrado registro sobre o motivo de não adesão às orientações recebidas.

**Tabela 13 – Participantes segundo os motivos apontados para o não seguimento das orientações recebidas para o controle da doença arterial coronária (DAC). Salvador – Bahia, 2008.**

Motivos para o não seguimento das orientações para o controle da DAC	n	%
Condição econômica deficitária	8	24,2
Dificuldade em modificar dieta	8	24,2
Não valoriza o tratamento	4	12,1
Estresse	4	12,1
Falta orientação quanto ao controle da DAC	3	9,2
Sem registro	6	18,2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 14 ilustra os motivos de não adesão ao tratamento medicamentoso informados por 34% dos participantes (Gráfico 4), chamando a atenção para prevalência de

condições econômicas deficitárias (41,2%), em que, destes, 10 (71,4%) tinham renda menor ou igual a 1 salário mínimo e os demais (28,6%) recebiam mensalmente de 1 a 2 salários mínimos. Evidenciou-se também o esquecimento de tomar a medicação no horário previsto como motivo de não adesão (29,4%), seguido de falta de recebimento de orientação por parte dos profissionais e/ou familiares (11,8%).

**Tabela 14 – Participantes segundo os motivos referidos para o não cumprimento integral da receita médica. Salvador – Bahia, 2008.**

	n(34)	%
Condição econômica deficitária	14	41,2
Esquecimento	10	29,4
Falta orientação	4	11,8
Não valoriza o tratamento	3	8,8
Efeitos adversos da medicação	2	5,9
Familiar esquece	1	2,9

Os dados da Tabela 15 evidenciam que a maioria dos entrevistados (89%) realizava a compra de pelo menos uma medicação prescrita pelo médico. 58% referiram receber pelo menos uma das medicações no posto de saúde, ou amostra grátis e doações. Para facilitar a compra das medicações, 79,8% dos indivíduos fazem uso do produto genérico, reduzindo os custos.

**Tabela 15 - Informação sobre o modo de aquisição da medicação prescrita pelo médico. Salvador – Bahia, 2008.**

Aquisição de medicações	n(100)	%
APENAS COMPRA†	40	40
COMPRA† E RECEBE*	49	49
APENAS RECEBE*	11	11

†Dos 89 indivíduos que compram medicação, 71 usam Genérico

\*Refere-se às recebidas pelo posto de saúde, às amostras grátis, doações

## 4 DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em um grupo de homens e mulheres, considerado de alto risco cardiovascular, já que possuíam doença arterial coronária (DAC) prévia, ou seja, 18% tiveram diagnóstico médico de angina instável e 82% de IAM (Tabela2). Guimarães (2002), afirma que dentre os indivíduos de alto risco para doença cardiovascular estão aqueles com manifestações clínicas de doença aterosclerótica, hipertensos com lesões de órgãos-alvo e diabéticos.

Sabe-se que o risco de doença cardiovascular duplica após os 55 anos (STEFFENS, 2003), corroborando com os achados desse estudo em que a média de idade para os homens foi de 58,5 anos e de mulheres (44%) 58,9 anos. Porém, a incidência de DAC prematura (<55 anos no homem e <65 anos na mulher) também tem aumentado (CONTI, 2005).

Esse grupo apresentou, também, características socioeconômicas homogêneas, era dependente de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), oriundo basicamente da cidade de Salvador e Região Metropolitana, declarou-se majoritariamente de raça/cor negra e vive em condições de desigualdade social evidenciada pela baixa escolaridade e renda familiar e inatividade profissional, em razão de aposentadoria ou desemprego (Tabela 1). Estes achados confirmam as descrições na literatura nacional (FRANÇA, 2006; KAISER, 2004, LESSA et al, 2004) e internacional (YUSUF et al, 2001) dessas características como potencializadoras do risco de doença cardiovascular.

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, são especialmente as camadas mais pobres e menos educadas da população as mais vulneráveis aos fatores de risco cardiovascular. Segundo Kaiser (2004), pessoas com melhores condições econômicas, principalmente residentes em áreas urbanas, têm melhor acesso aos serviços de saúde e às informações de saúde difundidas pelos meios de comunicação sobre os fatores de risco, bem como dispõem de recursos financeiros para escolher modos de vida saudáveis, a exemplo da alimentação e atividade física.

O impacto clínico de um fator de risco cardiovascular é determinado pelo risco atribuível de uma população vir a desenvolver a doença pela presença do mesmo. Segundo a OPAS (2003), os fatores de risco representam a principal causa da doença arterial coronária e muitas vezes as pessoas apresentam mais de um fator, o que agrava ainda mais a situação clínica.

Quando se fala em agregação de fatores de risco, atenta-se para uma situação que por si só já potencializa a chance de novo evento coronário. Nos participantes deste estudo, observou-se que a média ( $\mu$ ) de agregação de fatores de risco cardiovascular foi de 4. Apesar de ser uma amostra em que 100% já tinham apresentado evento cardiovascular, chamou atenção o fato de 64% dos homens e 79,6% das mulheres terem 4 ou mais fatores de risco associados (Tabela 7). Este fato é ainda mais preocupante ao se detectar que, além da associação desses fatores, houve um grau de descontrole importante dos mesmos (Tabela 6), associado a uma situação socioeconômica deficitária (Tabela 1).

Tal como foi constatado nesse estudo, outras pesquisas internacionais analisadas por Kaiser (2004) verificaram que cerca de 80% a 90% dos homens e das mulheres acometidos por um evento coronariano agudo ou submetidos a procedimentos de revascularização miocárdica apresentaram pelo menos um dos oito fatores de risco coronariano mais conhecidos: hipertensão arterial, diabetes, níveis elevados de colesterol total ou HDL-colesterol baixo, sobrepeso/obesidade, obesidade central, tabagismo, sedentarismo e hereditariedade.

A falta de controle da pressão arterial foi freqüente no grupo estudado, pois 94% informaram hipertensão arterial e, na avaliação clínica, a minoria (20%) tinha pressão arterial dentro dos parâmetros considerados normais pela V Diretriz Brasileira de Hipertensão - SBC, 2006 (Tabela 6). Este achado é preocupante e desafia a implementação de estratégias de controle já que a hipertensão arterial é considerada um fator de risco fortemente associado a eventos cardiovasculares graves na população mundial e brasileira (BRASIL, 2006; SBC, 2006; GUIMARÃES, 2008). Resultados não muito distantes destes aqui apresentados foram mostrados no estudo brasileiro de Gus et al. (2004), no qual, dos indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento, mas apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (<140/90 mmHg). Além disso, a idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle da pressão arterial.

Um outro importante fator de risco cardiometabólico associado à elevação das taxas de eventos cardiovasculares é o diabetes melittos. Além de predispor ao desenvolvimento da doença arterial coronária, aumenta também o risco de ocorrência das síndromes coronárias agudas, cuja incidência chega a 20% em 7 anos, em indivíduos diabéticos, contra 3,5% em não-diabéticos (BRAGA, 2007). Neste estudo, com relação à glicemia casual, o percentual de 19% de glicemia casual  $\geq 200$ mg/dL, sugestiva de diabetes melittos, foi elevado e representa importante

risco a ser controlado (a maioria dos participantes mostraram-se mais controlados, constatando-se glicemia casual  $\leq 200$  mg/dL em 81% dos casos) (Tabela 6). Embora não se tenham evidenciado casos novos, observou-se ainda um descontrole das taxas glicêmicas, já que entre os 35 indivíduos que informaram diagnóstico de diabetes mellitus (Tabela 4), 54,3% estavam com os níveis glicêmicos acima de 200 mg/dL.

A dislipidemia, fator de risco associado com infarto agudo do miocárdio (IAM) de maior impacto clínico, segundo o *Interheart* (Hawken, 2004), foi informada por 83% dos participantes e, dos 17 indivíduos que mencionaram a sua ausência ou o desconhecimento da presença dessa condição, 9 estavam com colesterol total acima de 200 e treze com HDL baixo. Verificaram-se, também, frequências elevadas de pessoas com alteração no perfil lipídico, 43% estavam com colesterol total elevado ( $\geq 200$  mg/dl), 65% com HDL-C baixo e 41% com Não-HDL-C alto ( $\geq 160$ ). Embora os triglicérides (TG) estivessem altos em 53% dos participantes, esse dado pode estar superestimado, considerando que a dosagem foi feita sem jejum (Tabela 6). Contudo, ele encontra respaldo nos 65% de pessoas com HDL-C baixo, desde quando este frequentemente se associa a TG elevados (SBC, 2007).

Na avaliação do IMC (índice de massa corporal), indicador da obesidade generalizada, mais da metade da amostra apresentou sobrepeso ou algum grau de obesidade (Tabela 6), a qual está relacionada à elevada prevalência e incidência de doenças cardiovasculares, sendo considerada como um dos maiores problemas atuais de saúde pública nos países desenvolvidos e nos emergentes (BRASIL, 2006; PITANGA, 2007). O IMC acima do ideal contribui para cerca de 58% do diabetes e 21% da cardiopatia isquêmica (OMS, 2003), no entanto, tal índice isoladamente não reúne condições para avaliação da gordura corporal, além de nem sempre estimar de forma correta os padrões de obesidade, sendo necessária a utilização de outros indicadores (PITANGA, 2007). De acordo com Pitanga (2007), evidências recentes demonstraram uma associação maior entre os indicadores de obesidade central e o risco coronariano elevado do que entre os indicadores de obesidade generalizada.

No presente estudo, a medida da circunferência abdominal foi utilizada como indicador de obesidade central, observando-se que todas as mulheres e 82% dos homens tinham circunferência abdominal aumentada (Tabela 6), tomando como normalidade parâmetros nacionais (BARBOSA et al., 2006) e internacionais (IDF, 2006). Tais dados demonstram um descontrole preocupante já que, de acordo com Guimarães (2002), a medida da circunferência

abdominal tem maior especificidade como fator de risco, principalmente na faixa de sobrepeso, pois sinaliza concentração de gordura abdominal, expressão fisiopatológica básica da síndrome metabólica, que é caracterizada, na sua plenitude, por obesidade central, hipertensão, HDL-C baixo, triglicérides alto e diabetes mellitus.

A constatação da interrupção do tabagismo por 59 indivíduos após o evento cardiovascular, a maioria há mais de 2 anos, foi importante e consiste em uma mudança do estilo de vida necessário na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Na atualidade, apenas 4% eram ainda fumantes (Tabela 10). Sabe-se que indivíduos que já apresentaram evento coronário podem apresentar redução de até 50% do risco de um novo evento (IAM), de morte súbita cardíaca, e da mortalidade total se deixarem de fumar. Entretanto, a velocidade e a magnitude da redução do risco quando se deixa de fumar são discutíveis, havendo estudos que citam períodos de 3 a 20 anos após a interrupção associados a reduções significativas na doença arterial coronária (JATOI, 2007).

A despeito do consumo moderado de bebidas alcoólicas ter se mostrado como fator protetor no estudo *Interheart* (HAWKEN, 2004), neste estudo não foram explorados a quantidade, o tipo e a frequência de ingestão diária pelo indivíduo, sendo apenas possível caracterizar uma mudança de hábito de vida, constatando-se que 51% dos entrevistados deixaram de beber após o evento coronário (Tabela 10).

Outro fator de risco prevalente no estudo foi o sedentarismo, o qual pode ter contribuído para as prevalências elevadas de sobrepeso/obesidade, de circunferência abdominal aumentada e de dislipidemia, pois 81% dos indivíduos negaram a prática de exercício físico regular (Tabela 4), especialmente os homens (Gráfico 1). A atividade física regular é fundamental para prevenir doenças crônicas, inclusive doença arterial coronária. Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, hormônios, trânsito intestinal e estresse psicológico aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos de enfermidades crônicas (BRASIL, 2006).

Dados da OPAS (2003) afirmam que pelo menos 60% da população global não obedecem à recomendação mínima de 30 minutos diários, durante cinco dias, de atividade física de intensidade moderada, aumentando 1,5 vezes o risco de contrair doença cardiovascular ou ser acometido por outro evento.



A herança genética de doença arterial coronária também é considerada um fator de grande importância na suscetibilidade à ação de fatores ambientais ou na geração de distúrbios metabólicos, cuja gravidade pode determinar isoladamente a doença coronária (GUIMARÃES, 2002), sendo constatada em 64% dos familiares consangüíneos de primeiro grau dos indivíduos estudados (Tabela 5), estando mais presente no gênero masculino (Gráfico 1).

Os dados apresentados revelaram um grau de descontrole dos diversos fatores de risco cardiovascular para a amostra estudada, podendo ter sido gerado pela agregação de variáveis comportamentais, econômicas, sociais e do próprio entendimento sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença coronária. Medidas de prevenção e controle de um fator de risco cardiovascular, quando não adotadas, podem implicar também no descontrole de outros fatores, já que existe uma interrelação entre os mesmos. A exemplo, têm-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física como componentes importantes na prevenção e controle da hipertensão, diabetes, dislipidemia e obesidade.

No que se refere ao aspecto comportamental, mais especificamente sobre os hábitos alimentares, verificou-se que os participantes afirmaram redução significativa do consumo de sódio e evitaram o saleiro à mesa, além de uma redução do consumo de gordura após o evento coronário (Tabela 11). Passaram, ainda, a preparar os alimentos, preferencialmente de forma cozida, assada ou grelhada. No entanto, constatou-se que parte da amostra continua utilizando mais de um tipo de gordura no preparo dos alimentos, salientando-se, entre elas, as contraindicadas como o azeite de dendê (11%) e o óleo de coco (11%) [Tabela 11]. Embora soubessem dos benefícios do uso do óleo de girassol e de oliva, apontaram como principal justificativa para o uso do óleo de soja o menor custo associado à condição econômica deficitária.

Observou-se, também, o consumo de alimentos de grande teor calórico e baixo teor nutritivo, como de bolos e biscoitos industrializados (61%) e refrigerantes (80%), mesmo após o evento cardiovascular. Estes alimentos tendem a ser ricos em gorduras vegetais saturadas e trans-insaturadas, todas com elevado poder aterogênico. Além disto, o consumo de carne de boi com ou sem gordura visível foi citado por 56%, de 2 ou mais ovos por semana por 33% (não sendo possível identificar, porém, a forma do seu preparo, pois um ovo frito, principalmente na manteiga, tende a aumentar o seu poder aterogênico) e de café diário por 95% (Tabela 12). Tais hábitos, somados à prevalência de sedentarismo, podem estar associados às evidências de

controle ineficaz do perfil lipídico, de sobrepeso e obesidade, de circunferência abdominal aumentada e de níveis pressóricos elevados, constatados na amostra.

Segundo estimativas globais da OMS, o insuficiente consumo de frutas e hortaliças é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração. Ainda segundo a OMS, dislipidemias causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal determinam anualmente 4,4 milhões de mortes, sendo responsáveis por 18% de doença cerebrovascular e 56% de doença isquêmica do coração (BRASIL, 2006).

Além desses hábitos de vida inadequados, viu-se, também, que, dos 86 participantes que informaram receber alguma orientação para o controle da DAC, 33 relataram dificuldades para adesão às mesmas (Gráfico 3), sobretudo em razão das condições econômicas deficitárias (24,2%) (Tabela 13). Além disso, apesar de 53 indivíduos informarem o seguimento das orientações para DAC, não pode ser identificado no estudo se a adesão era a todas ou a algumas das recomendações médicas. Também não foi possível identificar se a não adesão foi ampla ou restrita a algumas das recomendações médicas, excetuando-se para a terapêutica medicamentosa. No particular, constatou-se que 34% dos entrevistados relataram não cumprir integralmente a receita médica (Gráfico 4), também em razão da deficiência econômica e da falta de estrutura dos serviços de saúde no provimento dos remédios receitados (Tabela 14). É válido salientar que apenas 11% dos entrevistados recebiam gratuitamente a totalidade das medicações prescritas, 40% compravam todos os medicamentos e 49% recebiam ou compravam. Com a intenção de facilitar a compra das medicações, 79,8% dos indivíduos fazia uso do produto genérico, reduzindo os custos (Tabela 15). Dos 34 participantes que informaram não cumprir integralmente a receita médica, a grande maioria (62%) comprava ou recebia pelo menos alguma medicação prescrita.

Mesmo com a implantação de políticas que visam ao acesso dos medicamentos no Brasil, como os genéricos e as listas de medicamentos essenciais, muitas prescrições trazem medicamentos que não são acessíveis a grande parte da população, impedindo o seguimento do tratamento prescrito (LEITE, 2008), o que precisa ser revisto pela equipe médica em prol da adesão ao tratamento medicamentoso. Além disso, apesar dos gastos com fármacos representarem grande parte do investimento em saúde pública, a disponibilização gratuita de tais medicamentos não cobre as necessidades da população. Santos et al (2005) afirmam que é

comum, no acompanhamento dos pacientes, a irregularidade do tratamento farmacológico muitas vezes ligada à falta de recursos financeiros para adquirir o remédio quando este não é encontrado na instituição.

Outros fatores apontados para o não seguimento da medicação e das orientações médicas para o controle da DAC clamam para a necessidade de investimentos em práticas de cuidar pela equipe de saúde, especialmente de enfermagem. O esquecimento da medicação — seja pelo participante ou por seu familiar — e a falta de orientação para o seu uso foram ressaltados pelos participantes e implicam na adoção de práticas de cuidar que favoreçam aos clientes a identificação correta do nome, da dose, da via e do horário das medicações, bem como, dos efeitos desejados e benefícios obtidos quando do seu uso correto.

Outra dificuldade apontada para o seguimento das orientações refere-se à dificuldade para modificação dos hábitos alimentares. Algumas prescrições para o controle da DAC consistem em restrições altamente frustrantes, pois determinam a privação de prazeres da vida, desafiando os profissionais de saúde na formulação de cardápios mais atrativos e adequados às preferências e às condições econômicas dos participantes.

Não era de se esperar que 14 participantes referissem não ter recebido qualquer tipo de orientação para o controle da doença, inclusive por estarem sendo acompanhados em atendimento ambulatorial, a maioria (90%) clientes recentes, estando de um a dois anos em acompanhamento (Tabela 1). Há que se considerar, também, a possibilidade da falta de lembrança ou a não valorização ou assimilação de algo recomendado pela equipe de saúde. Além disso, apesar de 86 participantes terem recebido mais de um tipo de orientação, perfazendo a média ( $\mu$ ) de 2,4 orientações por participante, era de se esperar uma média superior a esta, tendo-se em vista a gama de fatores de risco cardiovascular modificáveis e não modificáveis e da presença de DAC na vida desses indivíduos.

Considerando que o controle desses fatores de risco implica em alterações no estilo de vida, o que por sua vez sofre influência das crenças em saúde, notou-se também a formação de crenças em saúde limitadas ou equivocadas quanto a causas, controle, tempo de tratamento e possibilidade de cura da doença arterial coronária pela maior parte dos indivíduos (Tabelas 8 e 9).

Observou-se que a grande maioria dos participantes não tinha idéia sobre o tempo de tratamento e a possibilidade de cura, pois apenas 22% consideraram que o tratamento para a doença arterial coronária deveria durar a vida toda, e 23% entendia que a doença não tinha cura

após o uso de medicamentos, realização de cirurgia ou angioplastia. Apenas 10% responderam de forma correta sobre tempo de tratamento e cura da DAC. Para os demais, que desconheciam ou acreditavam que o tempo de tratamento era limitado ou que a cura haveria de chegar, a preocupação em evitar ou prevenir a ocorrência de novos eventos cardiovasculares pode ter sido minimizada.

Além disso, a média de crenças associadas à causa da DAC foi baixa, de 1,53 por entrevistado, revelando a compreensão limitada sobre os fatores determinantes da doença, apesar da natureza dos fatores associados à sua ocorrência e progressão terem sido adequadamente relatados pelos participantes. Todavia, não era de se esperar que 17 deles não soubessem informar sobre a causa da doença e 18 desconheciam as medidas para seu controle. Ainda com relação às medidas de controle da DAC, a média de crenças por participante foi de 1,45, apontando a baixa compreensão sobre a natureza e extensão do tratamento não medicamentoso (Tabela 8).

As crenças em saúde associadas ao seguimento do regime alimentar, ao uso das medicações prescritas pelo médico, a redução do estresse diário e abdicar do fumo foram narradas com baixa frequência. Os resultados encontrados quanto às crenças em saúde parecem indicar que o comportamento preventivo pode estar sendo desconsiderado pela maioria dos indivíduos. Considerando-se que as crenças em saúde consistem em um dos componentes que influenciam a adesão ao tratamento, há que haver maiores investimentos na esfera de cuidados com vistas à reflexão com a clientela sobre os fatores de risco cardiovascular. É importante compreender, junto com os indivíduos, as relações que estabelecem entre o adoecer, sua história de vida, seu modo de viver e os fatores de risco atrelados à doença arterial coronária (MUSSI, 2003).

Todos os indivíduos que apresentam risco cardiovascular aumentado devem ser orientados de forma clara, estimulados a reconhecer em si a necessidade de mudança de atitude frente aos fatores de risco da doença. Mussi (2004) afirma que qualquer ação eficaz para mudança de atitude somente poderá ocorrer se a pessoa estiver motivada e contar com suportes imprescindíveis da estrutura econômica e social.

Conceitualmente, a não adesão ao tratamento precisa ser assumida como um problema de múltiplas dimensões, pois vários fatores podem estar envolvidos, como as características sociodemográficas (idade, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade,

sintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida; tratamento (custo, reações indesejáveis, esquemas complexos); instituição (acesso, atendimento); e o relacionamento com os profissionais de saúde (SANTOS et al, 2005). A partir desta compreensão, podem-se traçar estratégias de prevenção individualizadas. Neste estudo, evidenciaram-se pessoas em condição de desigualdade social, com obtenção limitada e entendimento inadequado sobre as medidas de controle da DAC e baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Nesse sentido, o estudo implica em profunda reflexão dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, sobre as práticas de cuidar visando à prevenção e ao controle da doença arterial coronária no lócus do estudo. Aponta para a necessidade do desenvolvimento de atividades educativas relacionadas ao controle dos fatores de risco cardiovascular, a serem implementadas e monitoradas de forma extensiva e continuada, e baseadas em peculiaridades socioeconômicas e nas crenças em saúde da clientela. É essencial que os indivíduos possam ser auxiliados a compreender a importância da terapêutica e a utilizar os recursos que dispõem de forma mais adequada e atrativa para a prevenção de novos eventos coronários.

Por meio de uma abordagem interdisciplinar que vise à integralidade das ações da equipe de saúde no ambulatório de estudo e à apreensão das reais necessidades dos indivíduos atendidos, bem como — através da proposição de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas viáveis — de implementação pela clientela, poderá obter-se melhor êxito no controle dos fatores de risco cardiovascular.

A enfermagem junto aos demais integrantes da equipe de saúde precisa inserir-se numa perspectiva de compreensão das reais necessidades de saúde dos indivíduos atendidos no ambulatório lócus de estudo, de forma a pensar e implementar cuidados à saúde que contemplem as distintas condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência destes sujeitos (CHIESA, 2007). Como afirma Mussi (2004), a vivência dos processos de adoecimento é influenciada pelas formas de vida, trabalho e saúde e pelas percepções, crenças e valores dos grupos sociais. Como o sujeito pensa, o que sente, o que conhece, quais crenças, valores e atitudes possui e o contexto social em que o comportamento se processa são fatores essenciais a serem considerados para se propor uma estratégia pedagógica efetiva.

Considerando as condições socioeconômicas deficitárias da clientela estudada, além da falta de controle dos fatores de risco cardiovascular, há que se pensar em intervenções que auxiliem na modificação dos hábitos de vida, nas crenças sobre a doença, ou seja, na própria idéia

de saúde e doença que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, sobre a doença arterial coronária, e por isso torna-se importante a implementação de medidas voltadas especificamente para educação à saúde, com linguagem acessível ao nível de compreensão desta clientela, a fim de contribuir para melhor adesão terapêutica e controle da doença arterial coronária e fatores de risco associados.

O conhecimento detalhado da situação de saúde das pessoas inseridas neste estudo traz à tona a reflexão sobre a elaboração de políticas preventivas mais conscientes, que envolvam desde tecnologias leves e de baixo custo dirigidas aos fatores de risco mais prevalentes, porém desafiadoras no alcance de resultados profícuos (grupos pedagógicos, elaboração de cartilhas, seminários, orientações em sala de espera, etc.), até a alocação de recursos públicos para instalação de projetos de alto custo, como, por exemplo, a criação de uma farmácia com dispensação das medicações padronizadas dentro do próprio ambulatório, já que a adesão dos indivíduos ao tratamento farmacológico vem sendo configurada como um grande desafio entre os profissionais que os acompanham.

É neste contexto que o profissional de saúde, e em especial a enfermeira, tem papel fundamental; tanto na identificação das barreiras que podem levar ao não cumprimento, ou ao cumprimento insatisfatório do tratamento, como no ato de oferecer sempre as informações e condições necessárias para que os indivíduos compreendam a racionalidade terapêutica das recomendações médicas (LEITE, 2008).

Não se pode perder de vista que “[...] a educação em saúde pressupõe, minimamente, que os profissionais de saúde conheçam a população que estão assistindo, para que possam levar em consideração suas especificidades e limitações nas estratégias de educação à saúde, visando à adesão à terapêutica e à valorização de uma nova forma de ser e de viver” (MUSSI, 2003). Através do presente estudo confirma-se que as atividades educativas devem levar em conta as diferenças sociais, econômicas e culturais para se conseguir uma efetividade em sua aplicação.

## CONCLUSÃO

A maioria dos indivíduos com doença arterial coronária em acompanhamento no ambulatório de Cardiologia apresentou elevada agregação e descontrole de fatores de risco cardiovascular.

O entendimento sobre os fatores de risco cardiovascular, sobre o surgimento e progressão da doença arterial coronária foram muito restritos entre os participantes deste estudo.

As mudanças de atitude frente à doença foram insatisfatórias, tanto em relação às alterações no estilo de vida quanto ao tratamento medicamentoso regular.

O baixo nível socioeconômico da amostra e uma abordagem interdisciplinar insatisfatória parecem constituir os fatores mais importantes para estes achados.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO J.C.; GUIMARÃES A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública/ Journal Public Health**, São Paulo, n. 41, 2007. p. 368-374.

ARAÚJO, C. de R. D. de. **Autocuidado na utilização de medicamentos cardiovasculares: proposta educativa de enfermagem**. 1996. 139f. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa/PB, 1996.

ÁVILA, F. B. de. **Pequena enciclopédia de moral e civismo**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fename. Ministério da Educação e Cultura, 1972.

AYRES, J. R. de C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. p. 1-10.

\_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 2001. p. 63-72.

BAHIA. **Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB**. Perfil Epidemiológico da Bahia, mai. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dics/PERFIL%20EPID.BAHIA%20MAIO202007.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2007.

BARBOSA P.J.; LESSA FILHO, I. de A.N.; MAGALHÃES, L.B.; ARAÚJO, J. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 4; n. 87, 2006. p. 407-414.

BARROS NETO, T.L. **Sedentarismo**. Doenças & Prevenção. Disponível em: <[http://www.emedix.com.br/doe/mes001\\_1f\\_sedentarismo.php#texto1](http://www.emedix.com.br/doe/mes001_1f_sedentarismo.php#texto1)>. Acesso em: 17 out. 2007.

BHALODKAR, N.C.; BLUM, S.; ENAS, E.A. Accuracy of the ratio of triglycerides to high-density lipoprotein cholesterol for predicting low-density lipoprotein cholesterol particles sizes, phenotype B, and particle concentrations among Asian Indians. **Am J Cardiol**, n. 97, 2006. p. 1007-09.



BORTOLON, P. C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Revista Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2007. p. 1219-1226.

BRAGA, J. R. de; SANTOS, I. S. O.; GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. Diabetes Mellitus e Síndromes Coronarianas Agudas. **Rev. Cardiometabolismo na Prática Clínica**, São Paulo, v. 2, n. 1, nov., 2007. p. 10-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.196/96**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Revista Bioética (Suplemento)*, Brasília/DF, v. 4, n. 2, 1996. p. 15-25.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (documento para discussão). Brasília/DF: Editora MS, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília/DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL BRASIL – 2006**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2007.

CAVAGIONI, L.C. **Perfil dos riscos cardiovasculares em motoristas profissionais de transportes de cargas da Rodovia BR-116 no trecho Paulista-Régis Bittencourt**. 2006. 230f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**: para uso dos estudantes universitários. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHEN, L.; CHESTER, M; KASKI, J.C. Clinical factors and angiographic features associated with premature coronary artery disease. **Chest**, n. 108, 1995. p. 364-69.

CHIESA, A. M.; TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S. de C. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Rev. Texto & Contexto**, Rio de Janeiro, v. 16, 2007. p. 12-4.

COHN, J.S.; MCNAMARA, J.R.; SCHAEFER, E.J. Lipoprotein Cholesterol Concentrations in the Plasma of Human Subjects as Measured in the Fed and Fasted States. **Clinical Chemistry**, v. 34, n. 12, 1988. p. 2456-9.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2. ed. Lisboa: LIDEL, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CONTI, R. A. S.; ROCHA; R. de S. Risco cardiovascular: abordagem dentro da empresa. **Rev. Bras. Med. Trab**, São Paulo, v. 3, n. 1, 2005. p 10-21.

CZEPIELEWSKI, M. A. **Obesidade**. ABC da saúde, 2006 Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?303> – 2006 >. Acesso em: 23 jul. 2007.

DELA COLETA, M. F. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde**. Teorias, estudos e instrumentos. Taubaté, SP: Cabral editora e livraria universitária, 2004.

DIDIER, M.T.; GUIMARÃES, A.C. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, n. 88.2007. p. 218-224.

DRUMOND Jr., M.; BARROS, M. B. de A. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 2, n 1, 1999. p. 34-49.

DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**: um estudo exploratório. Brasília (DF): OPAS, 2002.

FORMIGA, A. S. de C.; DIAS, M. R.; SALDANHA, A. A. W. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. **PsicoUSF**, Itatiba - SP, v.10, n. 1, jun. 2005.

FRANÇA, E. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40. n. 4, 2006. p. 1-8.

FREITAS, O. de C. et al. Prevalência de hipertensão na população urbana de Catanduva no Estado de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**. Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, 2001. p.16-21.

GLASER, B. **Theoretical sensitivity**. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1978. p.164.

GIANNOTTI, A. Prevenção da Doença Coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Psicol. USP**, v. 13, n. 1, São Paulo, 2002.

GRUNDY, S.M.; CLEEMAN, J.I.; DANIEL, S S.R.; DONATO, K.A.; ECKEL R.H. et al..  
Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. **Circulation**, n. 112, 2005. p. 2735-2752.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A.; MARCÍLIO, C. S. Otimizando a prática clínica preventiva em hipertensão arterial. **Rev. Cardiometabolismo na Prática Clínica**, São Paulo, v. 2, n. 2, fev. 2008. p. 38-43.

GUIMARÃES, A. C. Hipertensão Arterial. Tratamento Não-medicamentoso. Princípios Gerais. In: BRANDÃO, A.A.; AMOEDO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D. Fuchs (Orgs.). **HIPERTENSÃO**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 289-395.

\_\_\_\_\_. Prevenção de doenças cardiovasculares no século 21. **Hipertensão**, v. 5, n. 3, 2002. p. 103-106.

GUIMARÃES, A. C. et al. The cholesterol level of a selected Brazilian salaried population: biological and socioeconomic influences. *CVD Prevention*, n. 1, 1998. p. 3306-317. Disponível em: <http://www.who.int/infobase/meddtails.aspx?surveycode=101370e2>. Acesso em: 03 dez. 2007.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M.; Prevalence, Awareness, and Control of Systemic Arterial Hypertension in the State of Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol**, Rio de Janeiro, n. 83, 2004. p. 429-33.

HAWKEN, S. et al. Association of psychosocial risk factors with risks of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTER-HEART study): case-control study. **Lancet**, n. 364, 2004. p. 953-62.

IDE, C.A.C.; DOMENICO, E.B.L. de. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

IDF - International Diabetes Federation. **The Consensus Worldwide definition of the Metabolic Syndrome**. Belgium, 2006.

JATOI, N.A.; JERRARD-DUNNE, P.; FEELY, J.; MAHMUD, A. Impacto do Tabagismo e da interrupção do tabagismo na rigidez arterial e na reflexão da onda aórtica em hipertensos. **Hypertension – Journal of the American Heart Association**. Ed. Bras., São Paulo, v. 1, n. 1, set. 2007. p. 14-8.

JNC-7. Seventh Reporto of the National Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertensio**, n. 42, 2003. p. 1206-1252.

KAISER, S. E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, 2004. p. 11-18.

KELL, M. do C.G. **Integralidade da Atenção à Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <[www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc](http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc)>. Acesso em: 15.set. 2008.

KISH L. Survey Sampling. New York (USA): Wiley; 1965.

KOIZUMI, M.S. Fundamentos Metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 26, n. Especial, 1992. p. 33-47.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como proposta para avaliar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 91-101.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, 2008. p. 89-95.

LEOPARDI, M.T.; GELBCKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, 2001. p. 32-49.

LESSA, I. et al. Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, 2004. p.131-7.

LIMA, J. G. et al. Dislipidemia pós-prandial como achado precoce em indivíduos com baixo risco cardiovascular. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2002. p. 249-54.

LIMA, N. K. da C.; NOBRE, F. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos. In: **Manual de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 70.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. de C.M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, nov.-dez. 2007.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRACO, 2001.

MEHRY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A. de A. (Orgs.). **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1 ed., v. 1. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 21-45.

\_\_\_\_\_; SILVA J.R.A.G. da; CARVALHO, L.C. de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. de. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde, 1 ed., v. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 113-128.

MORIGUCHI, E. H. Novos fatores de risco na prática clínica. **Hipertensão**, São Paulo, v. 5, n. 2, 2002. p. 63-66.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm**, S. Paulo, v. 18, n. 1, 2005. p. 72-81.

\_\_\_\_\_. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev. Latino-am Enferm**, v. 12, n. 5, 2004. p. 751-9.

\_\_\_\_\_. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 16, n. 3, 2003. p.88-97.

NORONHA, K.V.; VIEGAS, M. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Ceará, n. 32 (Especial), 2002. p. 877-97.

OLIVEIRA, G.M.M.; KLEIN, C.H.; SOUZA E SILVA, N.A. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2002. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 2, 2006. p. 85-93.

**OMS - Organização Mundial de Saúde.** Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca, 2004.

\_\_\_\_\_. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório Mundial.** Brasília, 2003.

**OPAS - Organização Panamericana da Saúde.** Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública;** v. 37 n. 5, 2003. p. 42-9.

PIEGAS L. S. et al. AFIRMAR Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. **Am Heart J,** v. 146, n. 2, 2003. p. 331-8.

PIMENTA, L. Doença cardiovascular na mulher: fatos e mitos. **Rev da SOCERJ,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out.-nov.-dez, 2001. p. 287-92.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol,** São Paulo, v. 10, n. 2, 2007. p. 239-48.

POLANCZYK, A.C. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! **Arq Bras Cardiol,** Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, 2005. p.199-01.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. de Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 9, n. 3., 2001. p. 51-7.

RIFAI, N.; MERRILL, J.R., HOLLY, R.G. Postprandial effect of a high fat meal on plasma lipid, lipoprotein cholesterol and apolipoprotein measurements. **Ann Clin Biochem.** Sep, v. 27, n. 5, 1990. p. 489-93.

RODRIGUES, J.D. **Atividade Física, Exercício Físico e Esporte**. Disponível em: <[www.botucatu.sp.gov.br/artigos/artigos/atividade\\_fisica\\_exercicio\\_fisico\\_esporte.prn.pdf](http://www.botucatu.sp.gov.br/artigos/artigos/atividade_fisica_exercicio_fisico_esporte.prn.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2007.

ROTHMAN, K. **Modern Epidemiology**. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1986. p. 299-304.

SAILER, G.C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com os anti-retrovirais pós exposição ocupacional a material biológico**. 2004. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP; 2004.

SANTOS, Z.M.S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 3, jul.-set. 2005.

SANTOS, S.M.; NORONHA, C. P. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n.5, 2001. p. 1099-1110.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 88, (supl I), abr. 2007.

\_\_\_\_\_. DIRETRIZES SOBRE OBESIDADE. Departamentos de Aterosclerose e Cardiologia Clínica Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 78 (Suplemento I), 2002.

SBC/FUNCOR - Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Programa de Prevenção Cardiovascular no Brasil**. Guia prático de prevenção cardiovascular para médicos. 2006. Disponível em: <<http://prevencao.cardiol.br/programa/material.asp>>. Acesso em: 08 abr. 2007.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Atualização brasileira sobre diabetes 2006** – versão atualizada. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. p. 140.

\_\_\_\_\_. **Consenso Brasileiro sobre diabetes**: diagnóstico e classificação do diabetes melittos e tratamento do diabetes melittos tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2002.

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE

HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 6, n. 5, 2006. 48f.

SIQUEIRA, S.M. de F.; MOURA, L.F. de; JARDIM, A.R.. A importância de uma assistência diferenciada ao cliente hipertenso visando à adesão ao tratamento proposto. **Anais do 8º encontro de extensão** da UFMG, Belo Horizonte, out. 2005. p. 25

SINGH, G.K.; SIAHPUSH, M. Increasing inequalities in allcause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998. **Int J Epidemiol**, n. 31, 2002. p. 600-13.

STEFFENS, A.A. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. **Rev da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, ano XII, n. 3, set.-out.-nov.-dez. 2003. p. 5-15.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WHO. The world Health Report 2003. Tobacco Free Initiative: World Health Organization; 2003.

YUSUF, S.; REDDY, S.; ÔUNPUU, S.; ANAND, S.; Global burden of cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. **Circulation**, v. 104, n. 23, 2001. p. 2855-64.



## APÊNDICE A



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., RG....., concordo em participar como voluntário(a) da pesquisa cujo título é “*Fatores de Risco Cardiovascular: implicações para o cuidado à saúde*” que tem como objetivo avaliar os fatores de risco cardiovascular de indivíduos com doença arterial coronariana atendidos no ambulatório do Incoba/Hospital Ana Nery. Foi-me explicado que as doenças cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio (ataque cardíaco), angina do peito (dor no peito), acidente vascular cerebral (derrame) são as que mais causam morte em todo o mundo e são provocadas por algumas condições ou fatores de risco como fumar, falta de exercício físico e estresse, uso de bebidas alcoólicas em quantidade elevada, excesso de peso, pressão alta, diabetes (açúcar no sangue), entre outros. E por isso é preciso conhecer como essas condições se apresentam nas pessoas que tiveram doenças cardiovasculares para ajudá-las na prevenção e controle de seus fatores de risco. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Glicia Gleide Gonçalves Gama.

**A minha participação consistirá em:**

- conceder entrevista, sendo que o registro de minhas respostas será realizado pela pesquisadora, enfermeira, e uma graduanda de enfermagem após a GRAVAÇÃO;
- conceder verificação de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal;
- conceder a coleta de sangue para dosagem da glicemia (taxa de açúcar no sangue coletado) e para o perfil lipídico (gorduras presentes no sangue coletado). A coleta será feita no laboratório do hospital (o material utilizado será descartável e estéril).

**Estou ciente de que:**

- terei os esclarecimentos antes e durante o período de realização da pesquisa, sendo que qualquer informação que eu solicitar me será fornecida no momento em que eu achar conveniente;
- as respostas que eu fornecer serão anônimas, ou seja, não haverá possibilidade de que eu seja identificado (a);
- terei o direito de parar de participar da pesquisa em qualquer momento que achar necessário, sem que isso corresponda a nenhuma despesa ou prejuízo para mim;
- os dados obtidos nessa pesquisa poderão ser usados para publicações e/ou apresentação em revistas, eventos científicos;
- não terei nenhum gasto financeiro durante a minha participação nesta pesquisa, sendo que qualquer custo ficará a cargo da pesquisadora;
- poderei conhecer e consultar os resultados dessa pesquisa no local em que for divulgada e com a própria pesquisadora através do programa de Pós Graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3263-7631.

De acordo com a resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, a minha assinatura abaixo revela minha concordância em participar da presente pesquisa.

Salvador, ..... de .....de 2008.

Ass. Participante \_\_\_\_\_

Ass. Pesquisadora \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

### INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

HOSPITAL ANA NERY/INCOBA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

#### PARTE I: DADOS SOCIOECONÔMICOS:

1.	NOME (Iniciais):			
2.	Qual a data de seu nascimento? ___/___/___	IDADE (em anos completos):		
3.	Sexo: (1) masculino (2) feminino			
4.	Qual a sua raça/cor (auto declarada)? (1) branca (2) preta (3) parda			
5.	Qual o seu estado civil? (1) casado (2) amasiado (3) solteiro (4) viúvo (5) separado /divorciado			
6.	Qual a sua escolaridade? (1) analfabeto (2) Até o 1º grau (3) Até o 2º grau (4) Até o 3º grau			
7.	Com relação a sua situação empregatícia, você é: (1) desempregado (2) empregado (3) aposentado (4) aposentadoria por invalidez			
8.	Qual a sua renda familiar (em salários mínimos)? (1) ≤1 salário (2) 1-2 salários (3) ≥ 3 salários			
9.	Quantas pessoas dependem dessa renda? _____			
10.	Você tem filhos? (1) sim, quantos? _____ (2) não			
11.	RESIDÊNCIA: END.:			
CEP:	Cidade:	Estado:	Tel. 1:	Tel. 2:

#### PARTE II: ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR:

12.	Você tem ou já teve pressão alta? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
13.	Se sim, há quanto tempo? ___anos. [0] não se aplica			
14.	Você tem ou já teve diabetes? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
15.	Se sim, há quanto tempo? ___anos. [0] não se aplica			
16.	Você teve ataque cardíaco (IAM ou Angina Aguda)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
17.	Se sim, quando foi? Há ___anos. [0] não se aplica			
18.	Você já teve ou tem dor no peito quando faz esforço, se emociona ou tem raiva (angina do peito)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
19.	Você teve derrame cerebral (AVC)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
20.	Você tem ou já teve colesterol ou triglicérides alto (taxa de gordura aumentada no sangue)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
21.	Você está sem menstruação há mais de um ano (menopausa)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe [4] histerectomia [0] Não se aplica			
22.	Você tem ou já teve excesso de peso? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
23.	Existe alguém na sua família com pressão alta? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
24.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
25.	Existe alguém na sua família com açúcar alto no sangue (diabetes)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
26.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
27.	Existe alguém na sua família com excesso de peso? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
28.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
29.	Existe alguém na sua família que teve derrame cerebral (AVC)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
30.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
31.	Existe alguém na sua família com gordura aumentada no sangue (colesterol ou triglicérides altos)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
32.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
33.	Alguém na sua família teve ataque cardíaco (IAM ou Angina Aguda)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
34.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
35.	Alguém na sua família tem dor no peito quando faz esforço, se emociona ou tem raiva (angina do peito)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
36.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
37.	Alguém na sua família fez cirurgia no coração (ponte de safena)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
38.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			
39.	Alguém na sua família desobstruiu algum vaso no coração/ colocou alguma mola pelo braço ou pela virilha (angioplastia)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
40.	Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) irmãos [0] não se aplica			

## PARTE III – CRENÇAS EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS RELACIONADAS À DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA

41. O que você acha que causou a sua doença?
42. O que você acredita que ajuda no controle da doença?
43. Que tipo de orientação você recebeu relacionada ao controle da doença? [1] fazer dieta [2] praticar exercícios [3] parar de fumar [4] reduzir o peso [5] reduzir a ingestão de bebida alcoólica [6] reduzir o estresse [7] outros – especifique: \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica/ não recebeu orientação
44. Você tem conseguido seguir as orientações recebidas? [1] Sim [2] Não [0] Não se aplica
45. O que tem impedido? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica
46. Quanto tempo deve durar o tratamento da sua doença? [1] menos que 1 ano [2] de 1 a 5 anos [3] a vida toda [4] não sabe
47. O remédio, e/ou a cirurgia, e/ou a angioplastia pode curar a doença? [1] sim [2] não [3] não sabe
48. Você compra alguma medicação? [1] sim [2] não [3] não sabe
49. Você recebe alguma medicação pelo posto de saúde? [1] sim [2] não [3] não sabe
50. Você recebe algum medicamento gratuitamente? [1] sim [2] não [3] não sabe
51. Você toma algum medicamento genérico? [1] sim [2] não [3] não sabe
52. Você consegue tomar os remédios que foram receitados? [1] sim [2] não
53. Se não, por quê? \_\_\_\_\_ [0] não se aplica
54. Você fuma? [1] Sim [2] Não [3] Parou
55. Se fumar, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica
56. Se parou de fumar, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica
57. O que fuma? [1] cachimbo [2] charuto [3] cigarro [0] Não se aplica
58. Quantos cigarros /dia? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica
59. Você bebe? [1] Sim [2] Não [3] Parou
60. Se beber, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica
61. Se parou de beber, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica
62. Costuma beber refrigerante? [1] Sim [2] Não
63. Quantos refrigerantes /semana? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica [99] só faz uso em festas
- O seu sabor para o sal é:
64. Antes do evento: [1] Mais [2] Menos [3] Médio
65. Depois do evento: [1] Mais [2] Menos [3] Médio
66. Acrescenta sal aos alimentos além do que já foi usado no seu preparo? [1] Sim [2] Não [3] As vezes [4] não usa sal nos alimentos
- Quanto usa de gordura no preparo dos alimentos?
67. Antes do evento: [1] Mais [2] Menos [3] Médio
68. Depois do evento: [1] Mais [2] Menos [3] Médio
69. Qual a principal forma usada para preparar os alimentos? [1] cozidos [2] assados [3] fritos [4] grelhados
70. Que gordura usa diariamente no preparo dos alimentos? [1] azeite dendê [2] óleo côco [3] óleo girassol [4] óleo soja [5] azeite oliva [6] manteiga [7] margarina sólida [8] margarina cremosa
71. Qual tipo de carne que consome mais comumente? [1] carne de boi [2] carne de porco [3] vísceras [4] galinha COM pele [5] galinha SEM pele [6] peixe [0] não se aplica
72. Quantos ovos come por semana? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica [99] às vezes (<3X na semana)
73. Tem costume de comer bolos e/ou biscoitos para lanches? [1] Sim [2] Não
74. Você prepara a sua própria refeição? [1] Sim [2] Não
75. Onde costuma fazer sua refeição? [1] em casa [2] restaurante [3] trabalho
76. Quantas xícaras de café bebe diariamente? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica [99] às vezes (<3X na semana)
77. Quantas xícaras de chá bebe diariamente? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica [99] às vezes (<3X na semana)
78. Pratica exercício físico? [1] Sim [2] Não
79. Caso pratique, quantas vezes/semana? \_\_\_\_\_ [0] Não se aplica
80. Qual a duração em horas por dia? [1] menos de 1h [2] 1-2horas [3] mais de 2 horas [0] Não se aplica

## PARTE IV- DADOS CLÍNICOS E ANTROPOMÉTRICOS E RESULTADOS DE EXAMES:

81. PA(1): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mm Hg
82. PA(2): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mm Hg
83. Peso: \_\_\_\_ Kg
84. Altura: \_\_, \_\_ m
85. IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>
86. Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_ cm
87. Glicemia capilar: \_\_\_\_\_
88. hora última refeição: \_\_\_\_:\_\_\_\_
89. Colesterol total: \_\_\_\_\_
90. HDL-c: \_\_\_\_\_
91. Triglicérides: \_\_\_\_\_

## ANEXO A

## CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Governo do Estado da Bahia  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

PARECER N° 217/2008  
Registro CEP: CAAE --0002.0.053.000-08

**I. Identificação:**

**Projeto de Pesquisa:** "Fatores de Risco Cardiovascular: implicações para o cuidado à saúde"

**Pesquisador (a) Responsável:** Glícia Gleide Gonçalves Gomes  
**Instituição onde se realizará:** Hospital Ana Nery – INCOBA  
**Área de Conhecimento:** 4.00 e 4.04

**II. Justificativas e Objetivos:**

**Justificativas:** O controle desses fatores de risco é fundamental, mesmo com avanço científico, com a evolução das técnicas intervencionistas (ex: cateterismo, angioplastia transluminal percutânea...), é necessário estabelecer ações e estratégia de controle e prevenção. É a única forma de se evitar o aparecimento e a progressão da doença cardiovascular.

É importante tomar medidas de prevenção primária e secundária de modo eficiente e eficaz.

**Objetivo Geral:** Avaliar os fatores de risco cardiovascular de indivíduos com doença vascular coronariana.

**Objetivos Específicos:**

1. Fatores condicionantes e relacionados ao perfil genético e ao estilo de vida associado às questões sócio-culturais preposto à aquisição das doenças cardiovasculares;
2. Fatores causais, relacionados diretamente ao dano cardiovascular como dislipidemia – hipertensão arterial – intolerância a glicose diabete – tabagismo.
3. Fatores predisponentes facilitadores do aparecimento dos fatores causais: despontando – sobrepeso/ obesidade; - o sedentarismo; - o estresse psicológico.

**III. Desenho e Metodologias:**

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública  
Rua Conselheiro Pedro Luís, N° 171 – Rio Vermelho.  
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116- 5324  
E-mail: [cepsesab@saude.ba.gov.br](mailto:cepsesab@saude.ba.gov.br)



Governo do Estado da Bahia  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

É um estudo descritivo, exploratório de corte transversal. Tem como vantagem não modificar nada; é o mesmo utilizado na rotina de atendimento do ambulatório de cardiologia.

**IV. Critérios de Participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa):**

O campo de estudo é um ambulatório de um hospital Estadual do Município de Salvador, Bahia. O atendimento médico do ambulatório feito por especialidades de cardiopatia – ambulatório de coronária ( aritmologia – hipertensão arterial ). O diagnóstico médico será coletado do prontuário, uma parte do instrumento; a outra parte será obtida mediante entrevista com paciente.

**V. Comentários e Parecer do (a) relator (a):**

Trata-se de um projeto de grande porte e extremamente interessante para acompanhamento das doenças cardiovasculares. A parceria com a equipe de saúde do ambulatório é interessante; deixa-se uma dúvida a respeito da utilização do prontuário.

**VI. Situação do projeto: Aprovado,**

Salvador, 27 de fevereiro de 2008.

Pelo Comitê,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Maria Fernandes Ritta', written over a horizontal line.

ANA MARIA FERNANDES RITTA  
Coordenadora do CEP-SESAB