

IVAN PAULO DEMARCHI

**GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE OS
FATORES DE RISCO PARA
CORONARIOPATIA EM PACIENTES
COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1999

IVAN PAULO DEMARCHI

**GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE OS
FATORES DE RISCO PARA
CORONARIOPATIA EM PACIENTES
COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do curso de medicina: Edson José Cardoso

Orientador: Mário Sérgio Soares de Azeredo Coutinho

FLORIANÓPOLIS

1999

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marcelino e Iria, e aos meus irmãos pela compreensão, carinho e paciência durante esses seis anos que se passaram.

Aos meus companheiros, com quem compartilhei muitos momentos e que tornaram esses anos de convivência inesquecíveis. Em especial a querida amiga Glauce Lippi de Oliveira e sua família, com quem dividi os mais difíceis momentos deste trabalho.

Ao Dr. Mário Coutinho cujo auxílio foi imprescindível durante o período em que foi adquirido o conteúdo expresso aqui, pela sua orientação e paciência.

À direção do Instituto de Cardiologia por ter-me apoiado cedendo o espaço para o trabalho de laboratório.

Aos professores e médicos que transmitiram seus conhecimentos contribuindo muito para minha formação profissional.

*É indispensável
que homem aprenda a
ser grande
nas tarefas humildes,
para que saiba ser
humilde
nas grandes tarefas.*

FRANCISCO CÂNDIDO XAVIER

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO-----	5
2 – OBJETIVOS-----	8
3 – MÉTODO-----	9
4 – RESULTADOS-----	13
5 – DISCUSSÃO-----	19
6 – CONCLUSÕES-----	26
7 – REFERÊNCIAS-----	27
RESUMO-----	32
SUMMARY-----	33
APÊNDICE-----	34
NORMAS-----	38

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardíacas são a mais importante causa de morte no mundo ocidental. Nos EUA, em 1987, elas foram responsáveis por 44% das mortes¹ e em 1992 por 30%². Dessas mortes, metade deveu-se à cardiopatia isquêmica¹. Estes são dados que não diferem muito dos do Brasil. Segundo Lotufo, os óbitos por doença cardiovascular (DCV) representam 34% do total e um terço destas são devidos à coronariopatia³, sendo o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) a causa mais importante⁴.

O IAM é definido como necrose isquêmica do miocárdio, causado pela obstrução coronariana, secundária a um trombo originado da ruptura de uma placa aterosclerótica^{2,5,6}.

Nas últimas décadas, os países desenvolvidos vêm registrando um progressivo declínio nas taxas de mortalidade para DCV, ajustados para idade. A maioria dos dados sugere que esta queda deve-se, além de melhores métodos diagnósticos e terapêuticos, também ao controle dos níveis de colesterol, melhores hábitos dietéticos, com menos gordura saturada de origem animal, ao declínio do tabagismo e aos cuidados com a hipertensão arterial sistêmica^{1,4,7,8}. Em conjunto, estas características são conhecidas como “fatores de risco” para as DCV.

Define-se fator de risco como: “o hábito ou traço que possa ser usado para prever a probabilidade de um indivíduo desenvolver uma doença”⁹. Os fatores de risco para coronariopatia podem ser distribuídos em dois grupos: os fatores modificáveis e os não-modificáveis. Os fatores não-modificáveis compreendem: a idade maior que 45 anos, o sexo masculino e a história familiar de doença

cardiovascular. Os fatores de risco modificáveis são: o tabagismo, a Hipertensão Arterial Sistêmica, as dislipidemias, o Diabetes Mellitus, além da obesidade, do sedentarismo e dos fatores psicológicos (estresse)^{10,11}. A importância dos fatores de risco no Brasil é confirmada por dados que mostraram que, dos óbitos por doença coronariana, 42% apresentavam dislipidemia, 35,8% eram fumantes, 32% eram obesos e 76% eram diabéticos¹². Há, portanto, oportunidade para a adoção de medidas preventivas com o objetivo de mudar o quadro atual.

Existem três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária atua em pessoas inteiramente livres de doença. A secundária enfocaria as medidas para tratar indivíduos assintomáticos, mas que já possuem doença em sua forma pré-clínica. E a terciária, por fim, englobaria a prevenção das complicações em pacientes já com doença clínica. Contudo, hoje essa classificação foi quase que totalmente substituída. Emprega-se, comumente, o termo primária para prevenção de eventos clínicos em indivíduos sem doença clínica estabelecida. E secundária para aqueles que já têm doença clínica manifesta¹³.

Diante disso, fica clara a necessidade do conhecimento, por parte da população, desses fatores de risco. De acordo com Giannini¹⁴: " ao lado das estratégias populacionais, compete aos profissionais de saúde em geral, e aos médicos, em particular, motivar os indivíduos para a avaliação regular de seu risco de doença aterosclerótica, permitindo a adoção de medidas preventivas em tempo oportuno para evitar a eclosão de eventos clínicos, que podem ser de máxima gravidade". No entanto, no ano de 1995 apenas 25% dos pacientes, que se submeteram a cirurgias de revascularização miocárdica, tinham seus fatores de risco avaliados. Estes pacientes cirúrgicos foram avaliados por clínicos gerais e cardiologistas, e submetidos a métodos diagnósticos sofisticados na fase pré-operatória. Seria lógico se esperar que os pacientes conhecessem seus fatores de

risco e estivessem informados sobre a doença coronária. Porém, pesquisas mostram que muitos ignoram seus níveis pressóricos, seus níveis de colesterol e glicose sanguíneos¹⁵. Além disso não existe uma consciência disseminada na população sobre a importância do diagnóstico e controle dos fatores de risco para as DCV.

O presente trabalho foi conduzido para verificar o nível de conhecimento dos pacientes, vítimas de um primeiro Infarto Agudo do Miocárdio, sobre fatores de risco clássicos para doença cardiovascular.

2. OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivos:

1. Determinar, em pacientes vítimas de um primeiro Infarto Agudo do Miocárdio, o nível de conhecimento quanto aos fatores de risco para a Doença Coronariana.
2. Determinar a frequência dos fatores de risco nestes indivíduos
3. Comparar o nível de conhecimento sobre os fatores de risco para doença coronariana com pessoas sem doença cardíaca conhecida.

3. MÉTODO

3.1. Desenho

Este foi um estudo transversal, individual, contemporâneo, observacional, controlado, que incluiu 100 pacientes consecutivos internados no Instituto de Cardiologia do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes no período de 3 de janeiro a 27 de abril de 1999, após seu primeiro Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). As informações foram obtidas do prontuário e de entrevista interpessoal, na qual se utilizou um questionário-padrão (Apêndice 1), aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia. Todos os pacientes foram solicitados a participar do estudo e assinaram um consentimento informado (Apêndice 2).

Foi também constituído um grupo controle, que foi entrevistado com questões específicas sobre o conhecimento dos fatores de risco para coronariopatia. Este grupo foi formado por indivíduos que aguardavam a consulta oftalmológica no Hospital Regional de São José. Foram selecionados as 10 primeiras mulheres da fila com idade entre 50 e 70 anos, e os 20 primeiros homens da mesma idade. Foram excluídos do grupo controle pacientes que relataram ser portadores de doença cardiovascular.

Desenvolvimento do questionário

Foi desenvolvido questionário-padrão, com perguntas fechadas, com o objetivo de obter as informações: sobre a ciência quanto o papel dos fatores de risco na determinação de Doença Coronariana e de quais fatores o paciente se dizia portador.

Além disso, o paciente foi pesado e medido para se obter o seu índice de massa corporal (IMC). Também foram medidas as circunferências abdominal e do quadril, para o cálculo da relação cintura/quadril.

A validação do questionário foi obtida pela aplicação do mesmo em dez pacientes, após o primeiro episódio de IAM, da enfermaria do Instituto de Cardiologia, previamente ao início da coleta de dados do presente estudo. Um segundo entrevistador refez o mesmo questionário com os mesmos pacientes, um dia após, obtendo mais de 90% de concordância dos dados.

A aplicação do questionário ocorreu no local da internação do paciente, por meio de entrevista, realizada pelo autor, com duração de cerca de 20 minutos.

Nem todos os dados coletados foram analisados no presente estudo, sendo utilizados apenas aqueles referentes aos objetivos da pesquisa.

Dados do Prontuário Médico

Após cada entrevista colheu-se do prontuário de cada paciente o valor da glicemia de jejum, do colesterol total e da medida da pressão arterial mais recente (Apêndice 1).

Definição dos casos

Todos os pacientes após o primeiro IAM definido pela presença de pelo menos dois dos três seguintes critérios:

- Dor ou desconforto precordial em queimação ou aperto, irradiando-se com freqüência para dorso, mandíbula e braço esquerdo. Que alivia só parcialmente com o uso de nitrato e com duração maior que 20 minutos.

- Elevação de pelo menos 0,1 mV do segmento ST em duas derivações contíguas do eletrocardiograma.

•Elevação enzimática da CK total e CK MB duas vezes em relação ao valor basal^{2,16}.

Definições

1. Hipercolesterolemia: colesterol total maior que 200mg/dl¹⁷.
2. Hipertensão Arterial Sistêmica: pressão sistólica maior que 140mmHg, ou pressão diastólica maior que 90mmHg¹⁸.
3. Diabetes Mellitus: glicemia de jejum maior que 126mg/dl ou uso regular de hipoglicemiante oral ou de insulina¹⁹.
4. Relação cintura-quadril (C/Q): quociente entre os valores de circunferência abdominal ao nível do umbigo e do quadril ao nível do grande trocânter femoral. Valores normais: < 1.0 para homem e < 0.8 para mulheres²⁰.
5. Índice de Massa Corpórea (IMC): foi calculado dividindo-se o peso (kg) pelo quadrado da altura (m²). Obesidade foi definida como $IMC \geq 25Kg/m^2$ ²¹.
6. História familiar: ocorrência de IAM ou morte súbita em parentes de primeiro grau (pais ou irmãos).

Consentimento livre e esclarecido do paciente

O paciente, antes de participar do estudo, foi consultado e colhido seu consentimento através do seguinte formulário:

“É de livre vontade que aceito participar do questionário sobre “Fatores de Risco para desenvolver um Infarto Agudo do Miocárdio”. Libero meus dados para serem utilizados no trabalho de conclusão de curso a que ele se propõe”.

3.2 . Análise estatística

A descrição das variáveis contínuas foi feita como média e desvio padrão.

A distribuição das variáveis categóricas foi apresentada como porcentagens.

Casos e controles foram comparados usando o teste do Qui-quadrado. O nível de significância aceito foi de 5%.

4. RESULTADOS

Características demográficas e sócio-econômicas

As características demográficas e sócio-econômicas são apresentadas na Tabela I. Foram entrevistados 100 pacientes consecutivos após seu primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Destes 65 (65%) eram do sexo masculino e 35 (35%) feminino (figura 1). A idade variou entre 39 e 84 anos, com média de 60,5 anos e desvio padrão (DP) de 11,3 anos. Quanto à escolaridade, 14% eram analfabetos, 62% tinham o curso primário (1ª a 4ª série), 11% cursaram o ginásio (5ª a 8ª série), 11% cursaram o segundo grau e 2% tinham curso superior.

TABELA I: Dados demográficos e sócio-econômicos dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (caso) e outros da sem infarto prévio (controle).

	Caso (n* = 100)	Controle (n* = 30)
Masculino (%)	65	66.6
Feminino (%)	35	33.3
Idade (Média ± DP**)	60.5 ± 11.3	62.3 ± 8.7
Analfabetos (%)	14,0	13.3
Curso Primário (%)	62,0	63.3
Curso Ginásial (%)	11,0	16.6
Segundo Grau (%)	11,0	3.3
Curso Superior (%)	2,0	3.3

*n = número de entrevistados

**DP = desvio padrão

Fonte: ficha de coleta de dados de pacientes internados no Instituto de Cardiologia após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio (caso) no período de 3 de janeiro a 27 de abril de 1999 e pacientes da fila de espera para consulta oftalmológica do Hospital regional de São José (controle) nos dias 15 e 18 de maio de 1999.

O grupo controle era formado por 30 pessoas sem doença cardiovascular (DCV) conhecida. Destes, 20 (66,6%) eram homens e 10 (33,3%) eram mulheres. A idade variou entre 50 e 70, com média de 62,3 anos e DP de 8,7 anos (Tabela I). Eram

analfabetos 4 (13,3%) entrevistados, cursaram o primário 19 (63,3%), o curso ginásial 5 (16,6%), segundo grau 1 (3,3%) e curso universitário 1 (3,3%).

Distribuição dos fatores de risco

Na Tabela II é representada a distribuição dos fatores de risco para coronariopatia nos pacientes vítimas de IAM. Na Tabela III são demonstradas as medidas e desvio padrão das variáveis contínuas nos pacientes vítimas de IAM.

TABELA II: Distribuição dos fatores de risco entre casos de Infarto Agudo do Miocárdio (n*=100)

Fatores de risco	Freqüência
Hipercolesterolemia	51%
Hipertensão Arterial Sistêmica	58%
Tabagismo	26%
Diabetes Mellitus	53%
História familiar	57%
C/Q ** > 1	69%
IMC*** > 25	58%
Sedentarismo	47%

*n = número de entrevistados

** C/Q = relação cintura quadril

***IMC = Índice de Massa Corporal

Fonte: ficha de coleta de dados de pacientes internados no Instituto de Cardiologia após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio no período de 3 de janeiro a 27 de abril de 1999.

TABELA III: Média e desvio padrão das variáveis contínuas nos indivíduos vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio (n* = 100)

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Colesterol Total	211,7	54,3
Pressão Arterial Sistólica	124,8	20,0
Pressão Arterial Diastólica	78,1	13,2
Glicose	155,2	76,9
Índice de Massa Corporal	26,5	4,8
Relação Cintura Quadril	1,01	0,13

*n = número de entrevistados

Fonte: ficha de coleta de dados de pacientes internados no Instituto de Cardiologia após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio no período de 3 de janeiro a 27 de abril de 1999.

Na Tabela IV está a relação entre os intervalos do valor do colesterol total e a distribuição dos pacientes em cada faixa de valor.

TABELA IV: Distribuição da concentração sérica de colesterol total no grupo de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio

Valor (mg/dl)	Frequência (%)
< 199	48
200 – 239	25
240 – 250	05
251 – 299	12
> 300	10

Fonte: ficha de coleta de dados de pacientes internados no Instituto de Cardiologia após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio no período de 3 de janeiro a 27 de abril de 1999.

O conhecimento que os indivíduos, que tiveram o primeiro IAM (n = 100), possuíam sobre quais eram os fatores de risco para se desenvolver uma doença aterosclerótica está representado na Tabela V. Na Tabela VI está expresso as respostas do grupo controle (n = 30) ao ser questionado sobre o mesmo assunto.

TABELA V: Conhecimento sobre os fatores de risco para coronariopatia entre os pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (n*=100).

Fatores de risco	Conheciam %
Colesterol	64
Hipertensão Arterial Sistêmica	81
Tabagismo	92
DM	38
História familiar	61
Sedentarismo	66
Obesidade	79

*n = número de entrevistados

Fonte: ficha de coleta de dados de pacientes internados no Instituto de Cardiologia após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio no período de 3 de janeiro a 27 de abril de 1999.

TABELA VI: Conhecimento dos fatores de risco para coronariopatia entre os indivíduos do grupo controle (n=30).

Fatores de risco	Controle %
Colesterol	70
Hipertensão Arterial Sistêmica	77
Tabagismo	87
Diabetes Mellitus	40
História familiar	67
Sedentarismo	67
Obesidade	93

*n = número de entrevistados.

Fonte: ficha de coleta de dados de pacientes da fila de espera para consulta oftalmológica do Hospital regional de São José dos dias 15 e 18 de maio de 1999.

A medida da pressão arterial sistêmica encontrava-se elevada em 32% dos pacientes no dia da entrevista. Quarenta e quatro deles se diziam hipertensos, sendo que 35 destes faziam uso de anti-hipertensivos. Porém, durante a internação verificou-se 14% dos pacientes não sabiam que eram hipertensos. Concluindo que o número total de hipertensos fazendo uso de medicação durante a internação hospitalar foi 58%. Dos entrevistados 81% reconhecia a hipertensão como fator de

risco para coronariopatia (Tabela V). A média da pressão arterial sistólica foi 124,8mmHg com DP de 20mmHg e da pressão diastólica foi 78,1mmHg com DP de 13,3mmHg (Tabela III). Do grupo controle, 77% apontavam a Hipertensão como possível causa de IAM (Tabela VI).

O tabagismo distribuiu-se em: 26% de fumantes, 36% de ex-fumantes e 38% de pessoas que nunca fumaram (Figura 1). O tabagismo foi relacionado às DCV por 92% das vítimas de primeiro IAM, mesmo assim, cerca de $\frac{1}{4}$ eram fumantes ativos. Dos que pararam de fumar, 13 (36,1%) o fizeram há menos de 1 ano, 6 (16,6%) entre 1 e 5 anos, e 17 (47,2%) há mais de 5 anos (Tabela VII). O grupo controle mostrou 87% de conhecimento (Tabela III), semelhante quanto ao hábito de fumar e as DCV.

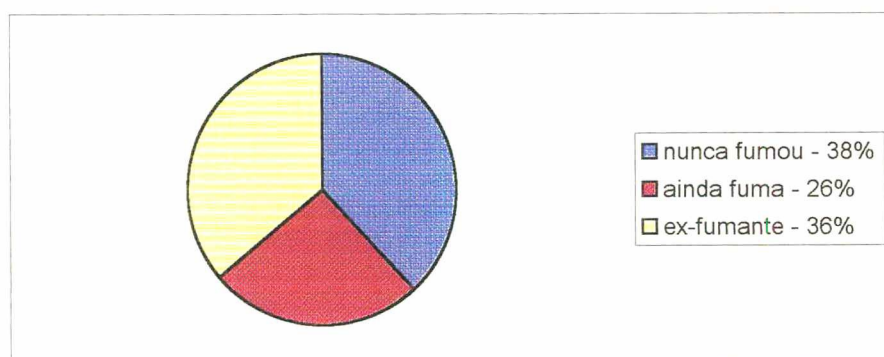


Fig. 1: Porcentagem de pacientes entrevistados quanto ao hábito de fumar

TABELA VII: Mostra o tempo que o paciente parou de fumar.

Tempo (anos)	Porcentagem (%)
< 1	13 (36,1)
1 – 5	6 (16,6)
>5	17 (47,2%)

Fonte: ficha de coleta de dados de pacientes internados no Instituto de Cardiologia após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio no período de 3 de janeiro a 27 de abril de 1999.

Apesar de somente 22% se declararem diabéticos, 64% tinham a glicemia de jejum maior que 110mg/dl e 53% maior de 126mg/dl. A média da glicose de jejum foi 155,2 +/- 76,9mg/dl (Tabela III). Dos entrevistados 38% sabiam que o Diabetes Mellitus era fator de risco. Quarenta por cento do grupo controle consideravam o Diabetes Mellitus um fator de risco para doenças cardíacas (Tabela VI).

A história familiar de IAM em parentes de primeiro grau foi relatado por 57% dos pacientes (Tabela II), sendo que 61% considerava como fator de risco (Tabela V). Em 67% do grupo controle a história familiar de infarto foi reconhecida como fator de risco (Tabela VI).

Quanto à atividade física 47% dos pacientes foram considerados sedentários, 29% realizavam atividades físicas leves, 16% atividades moderadas, 8% atividades físicas intensas. Para 66% das vítimas de IAM o sedentarismo incluía-se entre os pacientes como um fator de risco. Também 67% reconheceram o sedentarismo como fator de risco (Tabela VI).

O índice de massa corporal (IMC) médio foi 26,5 com DP de 4,8 e a média da relação cintura/quadril (C/Q) foi 1,01 com DP de 0,13 (Tabela III). Sendo que, 58% apresentava $IMC \geq 25$, e 69% apresentavam $C/Q \geq 1$. A obesidade foi relatada como fator de risco por 79% dos pacientes com IAM (Tabela V) e por 93% do grupo controle (Tabela VI).

5. DISCUSSÃO

Desde os estudos dos Sete Países e de Framingham, os fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) são conhecidos e cada vez mais divulgados nos meios da saúde^{22,23}. Está demonstrado que, a atuação enérgica sobre estes fatores reduz a incidência de coronariopatia e aumenta a sobrevida dos pacientes. Apesar destes conhecimentos, as doenças coronarianas continuam sendo responsáveis por elevada morbi-mortalidade na população adulta.

Os profissionais da Saúde, em geral, reconhecem que o caminho de menor custo e maior efetividade para reduzir a mortalidade é através da prevenção primária, dando ênfase na educação do paciente^{10,15,24}.

No Brasil, a prática da prevenção sob forma de campanhas sem continuidade é freqüente, porém essa é uma realidade que precisa mudar se quisermos ter um efetivo trabalho de prevenção²².

O presente estudo procurou verificar se os pacientes estavam cômnicos quanto aos principais fatores de risco para DCV e se estavam informados de que eram portadores dos mesmos.

Para explicar a percepção que um indivíduo tem das doenças, e sua susceptibilidade a elas, tem sido proposto o modelo do “senso comum”. Este propõem que a análise das respostas individuais a uma doença partem de estruturas cognitivas já pré-formadas, com informações e organização que normalmente consideram cinco aspectos: a causa da doença, o tempo da doença, a sintomatologia, as complicações e a cura. Através deste modelo tem-se estudado uma variada gama de doenças incluindo Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes

Mellitus, as Doenças Sexualmente Transmissíveis e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estes estudos mostram que as pessoas têm um modelo implícito de pensar sobre uma determinada enfermidade e este ponto de vista norteia sua conduta, seja visando o diagnóstico, como o tratamento. Por exemplo, pacientes com IAM nos quais suas expectativas quanto sua doença foram concordantes com a sintomatologia que apresentaram, trataram-se mais adequadamente do que aqueles nos quais conceitos foram discordantes. Outro exemplo ilustrativo desta interligação é o dos pacientes que fazem uma associação entre sintomas e a Hipertensão. Mesmo quando lhes é mostrado que essa ligação, em geral, não existe eles se mostram resistentes a abandonar suas idéias²⁴. Baseado no modelo do “senso comum” o presente trabalho focou o conhecimento do aspecto causal do IAM.

É importante salientar que o hospital de onde a presente amostra foi extraída era uma instituição pública, referência estadual em DCV e que atende majoritariamente pacientes do Sistema Único de Saúde. Além disso, todos os pacientes foram internados em consequência de seu primeiro evento de IAM.

Pela literatura, a proporção entre homens e mulheres portadores de coronariopatia é de 3:1 e com uma tendência a diminuir para 2:1 com o aumento da faixa etária e a chegada da menopausa^{1,4}. O presente estudo mostrou uma relação um pouco menor, mas ainda assim houve predominância do sexo masculino. Nossos dados foram semelhantes aos encontrados em Trabalho de Conclusão de Curso realizado em pacientes com coronariopatia internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU)²⁵.

A idade média da amostra é concordante com a literatura, que registra um aumento da incidência de coronariopatia a partir dos 45 anos, atingindo níveis mais elevados na sexta década de vida¹.

A baixa escolaridade observada deve-se principalmente às características sócio-econômicas da população atendida na instituição. Somente 13% haviam cursado além do primeiro grau e 14% eram analfabetos.

Estudos como dos Sete Países e o de Framingham mostraram a relação entre colesterol e aterosclerose²³. A redução de 1% dos níveis de colesterol total diminui a incidência de IAM em 2% a 3%. Além disso ela evita novos eventos coronarianos nos indivíduos que já infartaram, e favorece a redução da aterosclerose coronariana em alguns pacientes^{26,27,28}. É válido ressaltar que, para se ter uma completa identificação dos fatores de risco é importante a medida das lipoproteínas, porém a medida do colesterol total serve para o rastreamento de pacientes com risco aumentado de DCV²⁷. Em nosso estudo o nível médio de colesterol foi um pouco maior que no estudo feito no HU, mas manteve-se em níveis comparáveis com a literatura^{25,26}. Sabe-se que o risco do IAM duplica quando o colesterol total está entre 240mg/dl e 250mg/dl e quadruplica quando maior que 300mg/dl²⁹. Apenas 10% dos nossos casos foram maiores que 300mg/dl. No nosso estudo 64% dos pacientes disseram saber que o colesterol elevado era um fator de risco. Na literatura há uma variação nos níveis de conhecimento sobre o colesterol como fator de risco: no estudo de Simons³⁰ na Austrália há 92%, no estudo de Dubin³¹ 34,1%, no de Zervic²⁴, 75%. Nestes dois últimos estudos os pacientes nomeavam espontaneamente os fatores de risco em forma de pergunta aberta. O grupo controle do presente estudo mostrou conhecer um pouco mais sobre o papel do colesterol nas DCV, porém a diferença não foi significativa.

A frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica (58%) encontrada neste estudo, coincide com os valores apontados pela literatura^{25,32,33}. A pressão arterial sistêmica varia com a idade. É essencial reconhecer, avaliar e tratar todos os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica para evitar as muitas conseqüências, entre elas o

IAM e Acidente Vascular Cerebral. Para que isso seja possível, é necessária a cooperação do paciente na mudança do estilo de vida, assim como na correta tomada dos medicamentos. Isso só é obtido quando o indivíduo reconhece a Hipertensão Arterial Sistêmica como um risco para sua saúde. Dos entrevistados, 81% reconheceram a Hipertensão Arterial como co-responsável pelo IAM, 15% menos que no estudo australiano³⁰. Em média, a pressão arterial mensurada por ocasião da entrevista foi normal, isto se deve ao uso contínuo de medicação durante a internação hospitalar.

Um dos fatores de risco de maior impacto sobre as DCV é o tabagismo. Em grande quantidade de artigos científicos está citada a relação entre o fumo e a coronariopatia³⁴. A importância de parar de fumar é demonstrada em estudos epidemiológicos como o projeto da Karélia do Norte, na Finlândia, onde a diminuição de 16% no uso do tabaco reduziu em 10% a mortalidade por IAM e o aumento de 9% elevaram em 11% as taxas de mortalidade³⁵. A porcentagem total de mortalidade dos ex-tabagistas diminuiu gradualmente aproximando-se dos não tabagistas após dez a quinze anos de abstenção. E a taxa de mortalidade diminuiu para metade nos ex-fumantes após um ano de abstinência. Em suma, os benefícios dependem da quantidade prévia, do tempo de uso e do estado de saúde no momento que abandonou o hábito³⁴. Dentre nossos pacientes, 92% declararam estar cientes dos malefícios do uso do tabaco. Isso deve-se certamente ao grande número de campanhas feitas nos meios de comunicação. Lembramos aqui que o conselho do médico é importante, sendo um reforço às campanhas na mídia, levando o paciente a valorizar e acreditar mais na prevenção²³. Entretanto nos EUA somente 50% da população foi orientada a respeito do tabagismo pelo seu médico^{34,36}. Em outros trabalhos menor porcentagem de pacientes indicaram o tabagismo como fator de

risco^{24,30,31}. O nosso grupo controle manteve também o mesmo nível alto de conhecimento.

A hereditariedade não pode ser menosprezada como fator de risco. É ela que explica a diferente susceptibilidade dos indivíduos ao fator de risco. Assim, a história familiar é um fator não-modificável importante²³. Os resultados encontrados no nosso estudo quanto a frequência de história familiar positiva é semelhante aos da literatura^{11,25,23}. Quanto ao conhecimento deste fator, nosso trabalho mostrou valor pouco inferior aos trabalhos já publicados^{24,30,31} e o grupo controle não mostrou diferença considerável.

O risco para aterosclerose chega a ser 2 a 3 vezes maior em diabéticos que nos não-diabéticos, independente de outros fatores. A influência dos fatores de risco clássicos também é maior nos diabéticos^{14,37}. Assim vemos a importância do diagnóstico e tratamento do diabetes para o sucesso da prevenção. O nosso estudo encontrou altos níveis médios de glicose sérica. Isto se explica, em parte, pelo fato do evento isquêmico alterar a liberação de insulina nos primeiros dias após o infarto²⁵. No estudo foi utilizado a glicemia do primeiro e segundo dia após o infarto. De todos os fatores de risco pesquisados o Diabetes Mellitus foi o menos conhecido, pouco mais de um terço dos entrevistados reconheceu seu poder aterogênico, valor que se repetiu no grupo controle. Não foram encontrados outros estudos que tenham pesquisado o conhecimento do paciente sobre Diabetes Mellitus como fator de risco para DCV³⁷.

O exercício físico é tornou-se parte importante da reabilitação cardíaca após eventos coronarianos, e na DCV em geral. Ele age positivamente sobre a função ventricular esquerda, sobre os vasos periféricos e no processo aterosclerótico. O efeito benéfico de exercício físico nas DCV deve-se à sua atuação sobre os outros fatores de risco e também a mecanismos diretos³⁸. O exercício físico promove:

diminuição do colesterol de baixa densidade (LDL) e dos triglicerídeos, aumento do colesterol de alta densidade (HDL), queda na glicemia, diminui a ansiedade ajudando a quem quer parar de fumar, diminui os níveis de pressão arterial sistêmica e ajuda no controle da obesidade^{14,38,39}. Somente 24% dos entrevistados faziam exercícios regularmente, valor condizente com a literatura local²⁵. Os pacientes e o grupo controle relataram em 66% das vezes, saber da importância do exercício físico na prevenção das DCV. Bastante superior aos dados citados na literatura^{24,30,31}.

A obesidade é um importante problema de Saúde Pública. Atualmente, 30% da população nos EUA é obesa. Dados brasileiros recentes mostram número próximo de 20%⁴⁰. Os pacientes apresentavam risco aumentado para coronariopatias. O índice de massa corporal (IMC) é um dos parâmetros mais usados para verificar a obesidade. Valores inferiores a 25 são normais, entre 25 e 30 são chamados de sobrepeso e acima de 30, obesos. Os estudos indicam que indivíduos com IMC acima de 27,5 têm risco aumentado para IAM^{14,40}. Nossa amostra apresentou IMC médio de 26,5, acima do nível normal, mas concordante com outros estudos em pacientes com IAM^{22,25}. Há uma complexa relação entre quociente cintura/quadril (C/Q) e obesidade, dislipidemia, intolerância a glicose e Hipertensão Arterial Sistêmica. Elas formam uma síndrome conhecida como “Síndrome X”, que está relacionada a risco aumentado de DCV. O C/Q é considerado alterado quando superior a 1 para os homens, e a 0,8 para as mulheres^{14,20,40}. O conhecimento dos pacientes quanto à obesidade como fator de risco de DCV foi semelhante ao encontrado na literatura. A obesidade juntamente com o fumo e a hipertensão, são os fatores de risco para DCV mais conhecidos^{24,30,31}, o mesmo se observou no grupo controle com indivíduos sem doença clínica conhecida.

Os fatores de risco, em geral, não ocorrem isoladamente. Por isso, só a análise em conjunto de todos os fatores de risco é capaz de dar o perfil de risco do paciente. Atualmente, o conhecimento por parte da população e dos profissionais da Saúde quanto a importância dos fatores de risco para DCV tem aumentado de maneira considerável. Entretanto só isso não basta. É necessária uma parceria entre profissionais e paciente com o objetivo de obter resultados na prevenção. O primeiro passo para a redução dos fatores de risco é melhorar a habilidade do paciente em reconhecê-lo²⁴. Apesar do conhecimento generalizado sobre os fatores de risco, apresentado pelo trabalho, ficou explícito, como em outros trabalhos, que dificilmente os pacientes atuam sobre eles, persistindo com estilos de vida prejudiciais²⁴. Por exemplo, o tabagismo, que mostrou alto grau de conhecimento (92% dos entrevistados sabiam do risco), mas, mesmo assim, um quarto dos entrevistados persistia fumando. A baixa escolaridade não impediu que os entrevistados conhecessem os fatores de risco, porém, este fator pode interferir na alteração do estilo de vida, necessário para se alcançar resultados com a prevenção. Como visto em estudo nos Estados Unidos, o hábito de fumar foi abandonado nas pessoas com maior nível de escolaridade^{34,36}.

O presente trabalho não buscou o esclarecimento dos resultados achados. Preocupou-se apenas em relatar como se encontra, atualmente, a percepção pelo paciente dos fatores de risco.

Com base nestes dados e nos de outros estudos foi possível concluir que pessoas livres de DCV e aqueles com um primeiro evento coronariano tinham conhecimento razoável quanto ao papel dos fatores de risco. Porém, ainda existia uma parcela considerável de indivíduos que precisava ser melhor informada, não só pela mídia, mas também pelos profissionais da Saúde, para se alcançar objetivos preventivos concretos e de grande impacto social.

6. CONCLUSÕES

Mediante avaliação dos pacientes, após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio, internados no Instituto de Cardiologia do Hospital Homero de Miranda Gomes, podemos concluir:

- Os pacientes da amostra não apresentam maior conhecimento dos fatores de riscos para o Infarto Agudo do Miocárdio comparados ao grupo controle sem doença cardíaca clínica.
- Os Fatores de Risco para doença cardiovascular mais conhecidos pelos pacientes foi a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Tabagismo e a Obesidade. E o menos conhecido foi o Diabetes Mellitus.
- As frequências dos Fatores de Risco na amostra estudada são: sexo masculino 65%; idade média $60,5 \pm 11,3$ anos; Colesterol Total 51%; Hipertensão Arterial Sistêmica 58%; Tabagismo 26%; Diabetes Mellitus 53%; História Familiar 57%, Sedentarismo 58% e Obesidade 58% .

7. REFERÊNCIAS

1. Luepker RV. Epidemiologia das enfermidades em grupos populacionais. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M, editores. Compêndio de cardiologia preventiva. São Paulo: Publicações científicas; 1997. p.1-10.
2. Sobel BE. Infarto agudo do miocárdio. In: Wingarden JB, Smith LH, Bennett JC, editores. Cecil tratado de medicina interna, 19^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.p.309-23.
3. Lotufo PA. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: história, situação atual e proposta de modelo teórico. Rev Soc Cardiol Est SP 1996;6:541-7.
4. Conran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins: patologia estrutural e funcional. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
5. Killip T. Distúrbios isquêmicos do miocárdio. In: Berckow R. Manual Merck de medicina, 16^a ed. São Paulo: Roca; 1992.p.496-518.
6. Shah PH. Fisiopatologia da ruptura de placa e o conceito de estabilização de placa. In: Crawford MH, editor. Clínicas cardiológicas. Rio de Janeiro: Interlivros; 1996.p.17-29.
7. Crowley ST. Angina. IN: Adair OV, Havranek EP, editores. Segredos em cardiologia: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na dúvida, em expressões orais e escritas. Porto Alegre: Artes médicas; 1996.p.110-6.
8. Abrans J, Parternak R. Prefácio. In: Crawford MH, editor. Clínicas cardiológicas. Rio de Janeiro: Interlivros; 1996.p.14-16.

9. Blackburn H. O conceito de risco. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M, editores. *Compêndio de cardiologia preventiva*. São Paulo: Publicações científicas; 1997.p.25-42.
10. Friedewald WT. Epidemiologia da doença cardiovascular. In: Wingarden JB, Smith LH, Bennett JC, editores. *Cecil tratado de medicina interna*, 19^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.p.157-61.
11. Former JA, Gotto AM. Dyslipidemia and other risk factors for coronary artery disease. In: Braunwald E, editor. *Heart disease: a text book of cardiovascular disease medicine*, 5^a ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997. p.1126-60.
12. Gus i. Prevenção da cardiopatia isquêmica. O investimento na saúde. *Arq Bras Cardiol* 1998;70(5):351-3.
13. Greenland P. Identificação de paciente com alto risco para doença cardiovascular. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M, editores. *Compêndio de cardiologia preventiva*. São Paulo: Publicações científicas; 1997.p.43-54.
14. Giannini SD. *Aterosclerose - Dislipidemias*. São Paulo: BG Cultural; 1998.
15. Ockne IS, Ockne JK. Entraves às alterações no estilo de vida e necessidade de desenvolvimento de uma abordagem integrada para a prevenção. In: Crawford MH, editor. *Clínicas cardiológicas*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1996.p.155-63.
16. Neto JD. Infarto agudo do miocárdio. In: Neto YC, Santos AS, Valin RCS, editores. *Manual de terapêutica: clínica médica*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina; 1997.p.20-3.
17. Elin RJ. Limites de referência e valores laboratoriais de importância clínica. In: Wingarden JB, Smith LH, Bennett JC, editores. *Cecil tratado de medicina interna*, 19^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.p.2427-36.

18. Opanil S. Hipertensão arterial. In: Wingarden JB, Smith LH, Bennett JC, editores. Cecil tratado de medicina interna, 19^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.p.258-74.
19. DeFronzo RA, Ferrannini E. Insuline resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care* 1991; 14:173-94.
20. Wajchenberg BL, Malerbi DA, Luz PL, Rocha MS, Santomauro ATMG. Síndrome da resistência à insulina (Síndrome X de Reven). In: Wajchenberg BL, editor. Tratado de endocrinologia clínica. São Paulo: Roca; 1992.p.825-44.
21. Halpern A. Obesidade. In: Wajchenberg BL, editor. Tratado de endocrinologia clínica. São Paulo: Roca; 1992. p.911-29.
22. Bensenor IJM, Lotufo PA. Avaliação da atividade de busca de alto risco para doença cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 1996; 66(3):139.
23. Porto CC. Fatores de risco, estilo de vida e doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editor. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.100-7.
24. Zerwic JJ, King KB, Wlasowicz GS. Perceptions of patients with cardiovascular disease about the causes of coronary artery disease. *Heart lung* 1997;26(2):92-8.
25. Trentin AP. Avaliação dos fatores d risco para infarto agudo do miocárdio (trabalho de conclusão de curso). Florianópolis: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
26. Gotto AM. Alterações dos lipídios e lipoproteínas. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M, editores. Compêndio de cardiologia preventiva. São Paulo: Publicações científicas;1997.p.107-29.
27. Costelli WP. Risco coronariano: relativo ou absoluto? *Mundo Lip* 1998;(1):1-4.

28. Walter D. Lições aprendidas dos ensaios de regressão da aterosclerose coronariana. In: Crawford MH, editor. Clínicas cardiológicas. Rio de Janeiro: Interlivros; 1996.p.31-49.
29. Guimarães AC. Dislipidemias. In: Porto CC, editor. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.121-32.
30. Simons L. Awareness of coronary risk. Med J Aust 1978; 1(8):445.
31. Burg G, Murphy AW, Power R, Daby S, Mehigan C, Walsh JP. Awareness of heart attack signals and cardiac risk markers amongst the general public in Dublin. Ir Med J 1992; 85(3): 96-7.
32. Frolich ED. Hipertensão. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M, editor. Compêndio de cardiologia preventiva. São Paulo: Publicações científicas;1997.p.131-42.
33. Jardim PCGV, Sousa ALL, Monego ET. Hipertensão arterial. In: Porto CC, editor. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.453-60.
34. Rigotti NA, Pasternak RC. Tabagismo e doença coronariana. Risco e conduta. . In: Crawford MH, editor. Clínicas cardiológicas. Rio de Janeiro: Interlivros; 1996.p.51-67.
35. Neto AA, Rassi RH, Labbadia EM. Tabagismo e doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editor. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.134-8.
36. Becker DM. Enfoques clínicos dos fatores de risco cardiovascular: tabagismo. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M organizadores. Compêndio de cardiologia preventiva. São Paulo: Publicações científicas;1997.p.143-57.

- 37.Orchard TJ. Diabetes. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M, editores. Compêndio de cardiologia preventiva. São Paulo: Publicações científicas;1997.p.159-71.
- 38.Fletcher GF. O efeito antiaterosclerótico do exercício e o desenvolvimento de uma prescrição para exercício. In: Crawford MH, editor. Clínicas cardiológicas. Rio de Janeiro: Interlivros; 1996.p.83-93.
- 39.Carvalho T. Sedentarismo e doença cardiovascular. In: Porto CC, editor. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.134-8.
- 40.Elner PJ. Obesidade e doença cardiovascular: enfoques práticos para redução de peso na prática clínica. In: Person YA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M, editores. Compêndio de cardiologia preventiva. São Paulo: Publicações científicas; 1997.p.189-204.

RESUMO

GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE OS FATORES DE RISCO PARA CORONARIOPATIA EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.

Demarchi, I.P.; Coutinho, M.S.S.A. Departamento de Clínica Médica, UFSC, Florianópolis - SC.

Objetivo: Determinar o nível de conhecimento dos pacientes quanto aos fatores de risco para a doença coronariana, comparando com o grupo controle. E determinar a frequência dos fatores de risco nos indivíduos da amostra estudada.

Método: Estudo transversal, individual, contemporâneo, observacional, controlado, com cem pacientes consecutivos, internados na enfermaria do Instituto de Cardiologia do Hospital Regional de São José, no período de 3 de janeiro a 28 de abril, após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio. E 30 controles normais sem coronariopatia conhecida. As informações foram obtidas através de questionário e do prontuário do paciente.

Resultados: A distribuição dos fatores de risco foi: colesterol total (CT) ≥ 200 mg/dl 51%, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 58%, tabagismo 26%, Diabetes Mellitus (DM) 53%, história familiar (HF) 57%, sedentarismo 58% e obesidade 58%. Quanto ao grau de conhecimento sobre os fatores de risco os pacientes estavam assim distribuídos: CT 64%, HAS 81%, tabagismo 92%, DM 38%, HF 61% sedentarismo 66% e obesidade 79%. No grupo controle observou-se: CT 70%, HAS 77%, tabagismo 87%, DM 40%, HF 67%, sedentarismo 67% e obesidade 93%.

Conclusão: Os fatores de risco mais conhecidos são a HAS, o tabagismo e a obesidade. O menos conhecido é o DM. Não há diferença significativa entre o grupo controle e a amostra estudada.

Endereço do responsável pelo trabalho:

Ivan Paulo Demarchi

R. Carlos Frederico Ramthum, 16345

Santa Luzia – Jaraguá do Sul/SC

CEP: 89251-970

SUMMARY

KNOWLEDGE ABOUT RISK FACTORS FOR CORONARY DISEASE IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Demarchi, I.P.; Coutinho, M.S.S.A. Clinical Medicine Department, UFSC, Florianópolis - SC.

Purpose: To determine the degree at knowledge of patients about risk factors to coronary artery disease and compare it with a control group; to determine the risk factor frequency in the studied sample.

Method: This is a cross-section, individual, contemporary and controlled study. One hundred patients admitted to the "Instituto de Cardiologia do Hospital Regional de São José" were consecutively assessed in the period jannuary to april 99, after their first acute myocardial infarction episod. Thirty normal controls without know cardiopathy were used as controls. The informations were obtained from questionnaires and patients' files.

Results: The distribution of risk factors was: total cholesteral (CT) ≥ 200 mg/dl 51%, arterial systemic hypertension (HAS) 58%, smokers 26%, Diabetes Mellitus (DM) 53%, familial history (HF) 57%, sedentary life and obesity 58%, each. The measure of knowledge about the risk factors in the study group was distributed in this form: CT 64%, HAS 81%, smokers 92%, DM 38%, HF 61%, sedentary life 66% and obesity 79%. In the control group it was observed: CT 70%, HAS 77%, smokers 87%, DM 40%, HF 67%, sedentary life 67% and obesity 93%.

Conclusion: The most known risk fators are: HAS, smoking and obesity. The least known is DM. There isn't significative difference between control group and the sample studied.

Current address of the author:

Ivan Paulo Demarchi

R. Carlos Frederico Ramthum, 16345

Santa Luzia - Jaraguá do Sul/SC

CEP: 89251-970

14. Você sabia que quem fuma, tem mais chance de ter um infarto agudo do miocárdio? S() N()
15. Você tem Diabetes Mellitus? Sim () Não () Ignora ()
16. Caso tenha, você se trata? Sim () Não ()
17. Com que ? Dieta () Hipoglicemiante oral () Insulina ()
18. Você sabia que quem tem Diabetes Mellitus, tem mais chance de ter um infarto agudo do miocárdio? S() N()
19. Possui história familiar (parentes de 1º grau) de Infarto do Miocárdio? Sim () Não () Ignora ()
20. Você sabia que ter historia familiar de IAM é fator de risco para infarto agudo do miocárdio? S() N()
21. Atividade física:
- () Nenhuma – trabalho sedentário e sem atividade física de lazer
 - () Leve – trabalho sedentário e alguma atividade física de lazer ou o inverso (1 a 2 vezes por semana)
 - () Moderada – alguma atividade física no trabalho e alguma atividade física de lazer (1 a 2 vezes/semana)
 - () Intensa – atividade física no trabalho e atividade física de lazer (mais de 3 vezes por semana)
22. Você sabia que o sedentário, tem mais chance de ter um infarto agudo do miocárdio? S() N()
23. Você sabia o obeso (acima do peso), tem mais chance de ter um infarto agudo do miocárdio? S() N()
24. Dados antropométricos:
- Peso: Altura: IMC=
- Circunferência da cintura: Circunferência do quadril: C/Q=

2 - PRONTUÁRIO

O quadro seguinte será preenchido com os dados colhidos do prontuário do paciente:

FATORES DE RISCO	VALORES
PRESSÃO ARTERIAL	
COLESTEROL TOTAL	
GLICEMIA	

Apêndice 2. Consentimento livre e esclarecido do paciente:

É de livre vontade que aceito participar do questionário sobre fatores de risco para desenvolver um Infarto Agudo do Miocárdio. Libero meus dados para serem utilizados no trabalho de conclusão de curso a que ele se propõe.

Assinatura:

NORMAS

Este trabalho foi digitado segundo as normas da resolução nº 001/97 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

TCC
UFSC
CM
0418

N.Cham. TCC UFSC CM 0418
Autor: Demarchi, Ivan Pau
Título: Grau de conhecimento sobre os fa



972807693

Ac. 253567

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM