

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA EMERGÊNCIA

Karine Franke Lemos^a, Roberta DAVIS^b, Maria Antonieta MORAES^c, Karina AZZOLIN^d

RESUMO

Objetivou-se caracterizar o perfil do paciente portador de Síndrome Coronária Aguda (SCA) atendido em um serviço de emergência de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no que se refere aos fatores de risco. Estudo de prevalência entre agosto de 2007 e fevereiro de 2008. Para coleta de dados, foi utilizado um questionário, consulta ao prontuário e aferição de medidas antropométricas. Foram avaliados 152 pacientes com SCA, 63,8% do sexo masculino, idade média de 61±10,26 anos. Com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST em 50,7%, infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST em 14,5% e angina instável em 34,9%. Os fatores de risco foram: sedentarismo (86,8%); sobrepeso e obesidade (77%); hipertensão arterial sistêmica (75,7%); história familiar (56,6%); estresse (52,6%); dislipidemia (44,7%); diabete mellitus (40,1%); tabagismo (39,5%); e ingestão de álcool (14,4%). Constatou-se uma alta prevalência de fatores de risco para SCA, necessitando de programas de educação em saúde, visando reduzir a morbi-mortalidade.

Descritores: Síndrome coronariana aguda. Fatores de risco. Prevalência.

RESUMEN

Propusimos caracterizar el perfil de pacientes portadores del Síndrome Coronario Agudo (SCA) en un servicio de emergencia de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, en lo que se refiere a los factores de riesgo. Estudio de prevalencia entre agosto/2007 y febrero/2008. Para la colecta de datos, fue utilizado un cuestionario, consulta al prontuario y contraste de medidas antropométricas. Fueron evaluados 152 pacientes con SCA, 63,8% de sexo masculino, edad media de 61 ± 10,26 años. Con diagnóstico de infarto agudo del miocardio sin elevación ST en 50,7%, infarto agudo del miocardio con elevación ST en 14,5% y angina inestable 34,9%. Los factores de riesgo fueron, sedentarismo (86,8%); sobrepeso y obesidad (77%); hipertensión arterial sistémica (75,7%); histórico familiar (56,6%); estrés (52,6%); dislipidemia (44,7%); diabetes mellitus (40,1%); tabaquismo (39,5%); ingesta de alcohol (14,4%). Se constató una alta prevalencia de factores de riesgo para el SCA, necesitando programas de educación en salud, considerando reducir la morbimortalidad.

Descritores: Síndrome coronario agudo. Factores de riesgo. Prevalencia.

Título: Prevalencia de los factores de riesgo para el síndrome coronario agudo en los pacientes tratados en una emergencia.

ABSTRACT

Our purpose is to characterize the profile of patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) assisted in an emergency service in Porto Alegre. The characterization of the profiles focus on risk factors. This prevalence study was carried out from August, 2007 to February, 2008. To collect the data, we developed a questionnaire, checked bedside assessment and measured anthropometric evaluation. 152 patients had their ACS evaluated, of which 63,8% were males, with an average age of 61 ± 10,26 years. 50,7% had acute myocardial infarction non-ST elevation, 14,5% acute myocardial infarction with-ST elevation, and 34,9% unstable Angina. Risk factors were sedentariness (86,8%); overweightness and obesity (77%); systemic arterial hypertension (75,7%); family history (56,6%); stress (52,6%); dyslipidemia (44,7%); diabetes mellitus (40,1%); tobacco smoking (39,5%); and alcohol consumption (14,4%). A high prevalence of risk factors for ACS was verified, indicating a necessity of health education programs to reduce morbimortality.

Descriptors: Acute coronary syndrome. Risk factors. Prevalence.

Title: Prevalence of risk factors for Acute Coronary Syndrome in patients treated in an emergency service.

^a Especialista em Enfermagem em Cardiologia e em Enfermagem em Terapia Intensiva, Enfermeira do Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Especialista em Enfermagem em Cardiologia, Enfermeira do Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia, Docente do Programa de Pós-Graduação Lato Sensu: Enfermagem em Cardiologia e Coordenadora do Programa de Residência Enfermagem em Cardiologia do Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia, Docente do Curso de Enfermagem IPA Metodista, Docente do Programa de Pós-Graduação Lato Sensu: Enfermagem em Cardiologia do IC-FUC, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade em todo mundo. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Ministério da Saúde, no ano de em 2000 corresponderam a mais de 27% do total de óbitos no Brasil. No Sistema Único de Saúde (SUS), estas comorbidades são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475.000.000 reais⁽¹⁾.

Projeções para o ano de 2020, a DCV, permanecerá como causa principal de mortalidade e incapacitação e, atualmente, as regiões em desenvolvimento contribuem mais intensamente sobre o ônus da DCV que as desenvolvidas⁽²⁾.

O termo “fator de risco” (FR) surgiu pela primeira vez em 1961, quando foram divulgados os achados do *Framingham Heart Study*. Esse estudo pioneiro objetivou identificar FR para doença arterial coronariana (DAC) ao se comparar indivíduos doentes com aqueles que não tinham a doença. Mais tarde, estes fatores foram relacionados com uma maior incidência de doença, sendo denominados fatores de risco, isto é, fator que desempenha um papel no desenvolvimento de determinada patologia, podendo ser classificados como modificáveis e não modificáveis⁽³⁾.

As síndromes coronarianas agudas (SCA) são causadas por obstrução coronariana decorrente da interação entre fenômenos de trombose e vasoespasm, resultando em uma constelação de sintomas clínicos que são compatíveis com isquemia do miocárdio, englobando angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio (IAM), com ou sem supradesnívelamento do segmento de ST (IAM com ou sem SST)⁽⁴⁾.

Sabe-se que a maneira mais eficaz de reduzir o impacto das doenças cardiovasculares, em nível populacional, é o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento dos seus FR. A enfermagem deve conhecer os fatores de risco implicados no desencadeamento de síndromes coronarianas agudas, e quais os mais presentes na sua área de atuação, a fim de atuar de forma mais incisiva no desenvolvimento de programas capazes de reduzir a morbidade e mortalidade por DCV.

Assim, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil do paciente portador de SCA atendido na Emergência de um hospital público e geral

da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no que se refere aos fatores de risco para o desenvolvimento desta síndrome.

MÉTODOS

Estudo de prevalência com amostra aleatória de pacientes que ingressaram com SCA na maior Sala de Emergência do sul do país, com uma média de atendimento de 800 pacientes/dia, no período compreendido entre agosto de 2007 a fevereiro de 2008. A amostra foi constituída por 152 pacientes com quadro clínico estável, de ambos os sexos, idade ≥ 18 anos, com diagnóstico confirmado de SCA, e que concordassem em participar da pesquisa. Todos os pacientes que foram convidados aceitaram participar do estudo.

Considerou-se uma frequência de fator de risco de 50% ($\pm 8\%$) com nível de confiança de 95 % para o cálculo amostral.

Foi considerado SCA, casos de AI, infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAM com SSST), infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (IAM sem SSST) e com enzimas cardíacas alteradas (Troponina T $> 0,1$ ng/ml e Creatinoquinase fração MB massa (CKMB massa) > 5 ng/ml). Estes pacientes foram referenciados pela equipe assistente e seguiram a rotina diagnóstica na sala de emergência.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista. As entrevistas foram realizadas na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre, após as primeiras 48 horas do diagnóstico. O instrumento utilizado foi uma adaptação do questionário aplicado por Colombo e colaboradores⁽³⁾, sendo ainda realizada uma busca aos prontuários para obter informações complementares e, realizada aferição de dados antropométricos como peso, altura e circunferência abdominal (CA) pelas próprias pesquisadoras. Os dias da semana foram sorteados de forma aleatória, sendo a busca pelos pacientes e coleta de dados realizada três vezes na semana pelas pesquisadoras.

As variáveis consideradas para este estudo foram: sexo, idade, tempo de instrução e os seguintes fatores de risco:

a) hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e diabetes *mellitus* (DM): fatores de risco que foram questionados na entrevista e confirmados em prontuário;

b) ingestão alcoólica: foi considerado fator de risco a ingestão de álcool \geq três vezes/semana. Não foi investigado o tipo e a quantidade de bebida consumida;

c) sobrepeso/obesidade: foram avaliados o índice de massa corporal (IMC) e a CA. Caso o paciente tivesse um IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$, considerava-se sobrepeso; $> 30 \text{ kg/m}^2$, obesidade. O grupo de consultores sobre obesidade da OMS sugeriu os seguintes pontos de corte para a cintura: $\geq 80 \text{ cm}$ em mulheres e $\geq 94 \text{ cm}$ em homens⁽⁵⁾;

d) hábitos alimentares: conforme relato dos pacientes sobre consumo semanal, não foi analisada a quantidade;

e) sedentarismo: foi considerado sedentário aquele que não realizava atividade física no mínimo 30 minutos, três vezes por semana;

f) tabagismo: foram considerados tabagistas aqueles que consumiam, regularmente, no mínimo um cigarro por dia, pelo menos durante um ano, e que haviam fumado no ano anterior à inclusão no estudo; ex-tabagistas aqueles que não fumaram no ano anterior à inclusão no estudo, mas que o haviam feito entre um e os 10 anos anteriores; e não fumantes aqueles que nunca haviam fumado, ou o haviam feito há 10 anos;

g) história familiar: foi considerada história familiar positiva para DAC quando o paciente referia ter pelo menos um familiar direto (pais ou irmãos) que havia apresentado cardiopatia isquêmica;

h) estresse: presença de algum evento estressor ocorrido na semana anterior a internação, nos últimos seis meses, e se considerava ou não sua vida estressante.

Para a viabilização do estudo, no que se refere a seus aspectos éticos, em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁶⁾, este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária, com o parecer de número 4025/07, e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, sob o número de protocolo 111/07. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise estatística

As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 12.0. As variáveis categóricas foram expres-

sas com frequências absolutas e relativas, as contínuas como média \pm desvio padrão ou mediana e percentis 25% e 75%, conforme seguissem ou não distribuição normal. As variáveis categóricas foram comparadas entre grupos usando o teste do Qui-quadrado. Foram calculados os intervalos de confiança de 95% para as prevalências. Foram considerados significativos valores de $P < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra estudada foi de 152 pacientes, sendo as características demonstradas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Características sócio-clínico-demográficas da amostra (N=152). Porto Alegre, RS, 2008.

Características	n (%)
Idade, anos*	61 \pm 10,3
Sexo	
Masculino	97 (63,8)
IMC [†]	28,1 \pm 4,7
Circunferência abdominal*	
Feminino	97 \pm 13,8
Masculino	101 \pm 10,3
Procedência	
Porto Alegre	87 (57,2)
Região Metropolitana	50 (32,9)
Interior do Rio Grande do Sul	15 (9,9)
Profissões	
Aposentados	64 (42,1)
Dona de casa	32 (21,1)
Outras profissões	54 (35,5)
Estado civil	
Solteiros	4 (2,6)
Casados	108 (71,1)
Viúvo	20 (13,2)
Divorciado	15 (9,9)
Anos de estudo ≤ 5 anos	94 (61,8)
Diagnósticos	
AI	53 (34,9)
IAM sem SST	77 (50,7)
IAM com SST	22 (14,5)

* Variáveis contínuas expressas como média \pm desvio padrão; [†]IMC: Índice de Massa Corporal – valor calculado pela fórmula: $\text{Kg}/\text{Altura}^2$.

Legenda: AI: angina instável; IAM: infarto agudo do miocárdio; SST: supradesnível do segmento ST.

O sedentarismo foi o fator de risco mais prevalente para SCA, com 132 (86,8%) pacientes que não realizavam nenhuma atividade física regular. O sobrepeso e a obesidade também foram expressivos, estando presente em 117 (77%). O

consumo de álcool \geq três vezes/semana foi referido por uma pequena parcela da amostra 22 (14,4%), os demais fatores de risco estão descritos na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Fatores de risco para Síndrome Coronária Aguda (SCA). Porto Alegre, RS, 2008.

Fatores de risco para SCA	n (%)	IC (95%)*
Sedentarismo	132 (86,8)	80,8 – 91,5
Sobrepeso/Obesidade*	117 (77,0)	69,8 – 83,1
Hipertensão arterial sistêmica	115 (75,7)	68,4 – 82,0
História familiar	86 (56,6)	48,6 – 64,3
Estresse	80 (52,6)	44,7 – 60,5
Dislipidemia	68 (44,7)	37,0 – 52,7
Diabete <i>mellitus</i>	61 (40,1)	32,6 – 48,1
Tabagismo	60 (39,5)	31,9 – 47,4
Ingesta de álcool	22 (14,4)	11,6 – 27,1

* Índice de Massa Corporal (IMC) $>$ 25 Kg/m².

Legenda: IC: Intervalo de confiança.

Dentre as medicações mais citadas em uso domiciliar foram os anti-hipertensivos (62,5%), os antitrombóticos (41,4%) e os diuréticos (34,9%), o que corrobora os achados de alta prevalência para HAS.

Relatos dos próprios pacientes inferiram que aproximadamente 80% consumiam frutas e verduras com uma frequência \geq três vezes/semana. O consumo de doces (55,2%) e refrigerantes (59,8%) como fonte de carboidrato de rápida absorção foi $<$ que três vezes/semana. Alimentos que também apareceram com um consumo \geq três vezes/semana foi a ingestão de gorduras, através do consumo de alimentos fritos (20,4%), o café (72,4%), e a gordura vegetal, na forma de margarina, (3,2%). Dentre as gorduras animais, apenas o leite integral (63,2%) foi consumido \geq três vezes/semana.

DISCUSSÃO

Um fator de risco é definido como qualquer elemento clínico ou laboratorial associado à probabilidade da doença e sua progressão durante um período de tempo variável. Os fatores de risco para IAM não tem sido investigados adequadamente no Brasil. A prevalência e a força de associação dos FR observados em outras populações não irão necessariamente ser os mesmos na população brasileira porque o processo aterosclerótico é influen-

ciado por suscetibilidade genética e fatores ambientais⁽⁷⁾.

No presente estudo, a média de idade para a ocorrência de SCA foi de 61 anos, dado que se assemelha ao de muitas pesquisas^(8,9). No que se refere à diferença entre os sexos, nesse estudo a SCA foi mais prevalente entre os homens (63,8%), achado semelhante a um estudo conduzido no Rio de Janeiro, no qual a prevalência de homens foi de 61,5%⁽¹⁰⁾. Com relação à escolaridade, a maioria dos sujeitos da pesquisa tinham tempo de estudo \leq cinco anos. O estudo caso-controle AFIRMAR conduzido no Brasil para avaliar fatores de risco para IAM, concluiu que nível de educação e renda familiar foram inversamente relacionados com a doença, o que apóia a existência de uma associação entre baixa escolaridade e risco de desenvolvimento de SCA⁽⁷⁾.

O diagnóstico mais incidente na internação hospitalar foi por IAM sem SST em 50,7% dos pacientes, diferindo de um estudo conduzido em outra emergência cardiológica, no qual se obteve uma prevalência de 60% de pacientes com AI⁽¹¹⁾.

A análise dos dados demonstrou que os fatores de risco: sedentarismo, sobrepeso e obesidade, HAS, história familiar e estresse estão presentes em mais de 50% da população estudada. Dislipidemia, DM e tabagismo apareceram com menor frequência, porém em uma parcela significativa da amostra. Ingesta de álcool foi o único fator de risco com baixa prevalência, estando presente em apenas 14,4% da população.

Esse estudo demonstra o sedentarismo como sendo o fator de risco mais prevalente para SCA. A maioria dos pacientes eram idosos, aposentados e muitos já apresentavam quadro de insuficiência cardíaca e angina, aspectos que podem ter contribuído para este achado. Contudo, a elevada proporção de sedentarismo vem sendo demonstrada ao longo dos anos. Um estudo de prevalência realizado em Campinas, que objetivou identificar fatores de risco para IAM em pacientes que tinham sofrido primeiro infarto, constatou que 76,9% dos pacientes não exerciam nenhuma atividade física⁽³⁾.

Na população estudada, a média do IMC foi de 28,1, ou seja, 77% da amostra apresentaram IMC $>$ 25 Kg/m². As médias para circunferência da cintura para mulheres e homens foram 97 cm e 101 cm, respectivamente. Esses dados são preocupantes, pois demonstram que além do sobrepeso, tam-

bém pestão concentrando a gordura na região abdominal, elevando o risco para SCA. Um trabalho realizado em Campinas que objetivava caracterizar os fatores de risco cardiovasculares relacionados à atividade física e a nutrição de pacientes hipertensos obtiveram dados semelhantes visto que 83,1% tinham um IMC maior que 25 kg/m² sendo verificado um IMC médio de 29,2 kg/m²(12). O estudo INTERHEART demonstrou que a obesidade centrada no abdome é FR mais forte que o IMC, sugerindo que essa medida deva substituir o IMC(13).

A HAS foi o terceiro fator de risco mais presente em nossa população, com uma prevalência de 75,7%. Na década de 90, os achados do estudo de Framingham para prevalência de HAS foram os seguintes: pacientes sem doença 38%; pacientes que tiveram morte súbita por doenças cardíacas 63%; e pacientes com morte não súbita por doenças cardíacas 79%(14). Da mesma forma, o estudo de caso-controle FRICAS apresentou uma associação com HAS de 53,4% entre os casos e de 20, 8% entre os controles (P = 0,000). Estes resultados corroboram a importância da HAS como fator de risco para ocorrência da SCA(15).

A existência de familiares diretos que já haviam sido acometidos por IAM também foi investigada, com uma prevalência de 56,6% de história familiar positiva. Contudo, um estudo retrospectivo com prontuários realizado em um Centro de Terapia Intensiva de Botucatu, encontrou uma prevalência de antecedentes familiares de 19%, demonstrando uma menor associação desse fator de risco com SCA(16).

Em relação ao estresse foi também questionado se consideravam ou não sua vida estressante, obtendo-se 52,6% de respostas afirmativas. No estudo INTERHEART os resultados indicaram que os fatores psicossociais podem contribuir para uma proporção substancial do risco para IAM (OR = 2,51)(13).

Esse estudo obteve uma prevalência de 44,7% de pacientes dislipidêmicos. Porém, acredita-se que este dado não reflita a realidade, já que muitos pacientes possuíam baixa escolaridade e um déficit importante de conhecimento em relação a sua saúde e, além disso, alguns prontuários poderiam estar incompletos. O estudo INTERHEART identificou como preditor de risco mais forte a relação ApoB/ApoA1 (um marcador mais confiável de risco do colesterol). O risco associado a lipídios foi

particularmente acentuado naqueles com menos idade em relação aos mais idosos(13).

Neste estudo, 40,1% dos pacientes eram portadores de DM. Em um estudo retrospectivo que objetivou avaliar as diferenças entre homens e mulheres após IAM, o DM foi o fator de risco menos prevalente, presente em cerca de 10% dos pacientes, de ambos os sexos(17). Porém, em um outro estudo retrospectivo realizado na Bahia com população de características semelhantes, o DM foi mais freqüente nos grupos biarterial e multiarterial, 63% e 36% respectivamente(18).

O tabagismo foi constatado em 39,5% dos pacientes. O estudo INTERHEART mostrou que o tabagismo, com um consumo de um a cinco cigarros/dia aumenta o risco de IAM em 40%. Isto poderia cancelar os efeitos benéficos da prevenção secundária, como ácido acetilsalicílico, que reduz o risco em 20%; também eliminaria até 75% do benefício de ingerir estatinas, sendo que este risco aumenta com uma maior quantidade de tabaco/dia (OR de 9,2 naqueles que fumam mais de 40 cigarros/dia). Todas as formas de tabaco, incluindo filtrado ou não, cachimbos e charutos, além do tabaco mascado são prejudiciais(13).

Quanto ao consumo de álcool, este foi ≥ três vezes/semana em 14,4% pacientes. No estudo AFIRMAR, a proteção conferida pelo álcool moderado foi > 40% em relação a não ingesta (considerando-se um consumo de até dois vezes/semana). Porém, tal estudo salienta que não foi avaliado o tipo e a quantidade de bebida, o que compromete a avaliação do álcool(7). Da mesma forma, neste estudo não foram verificadas estas questões.

Os dados referentes à alimentação, neste estudo, foram levantados com o intuito de identificar os hábitos alimentares, procurando verificar a presença ou a ausência de alimentos sabidamente relacionados ao desenvolvimento da DAC. Segundo relato dos próprios pacientes o consumo de frutas e verduras era freqüente. Estes são alimentos reguladores, úteis na redução dos níveis de colesterol total e da ingesta calórica(3). Em relação ao consumo de alimentos construtores, entre eles: gema de ovo, carne vermelha, carne suína e pele de animais, deve-se lembrar que seu consumo deve ser restringido para evitar o aumento dos níveis séricos de colesterol. Dentre as gorduras animais, apenas o leite integral apresentou freqüência ≥ três vezes/semana. A margarina foi consumida ≥ três vezes/semana por 63,2% pacientes, dado que se as-

semelha ao estudo citado anteriormente⁽³⁾. A ingestão de gorduras, através do consumo de alimentos fritos, esteve presente 20,4% do grupo. No estudo de Campinas, todos os pacientes utilizavam-se de frituras como modo de preparo de seus alimentos, e 52,6% o fazia diariamente⁽³⁾. O consumo de café foi citado por 72,4 % pacientes. No estudo FRICAS, não houve diferença significativa entre casos e controles relativamente ao consumo habitual de café ($P= 0,946$)⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram hábitos de vida que condicionam ao desenvolvimento da doença arterial coronariana. Foi possível verificar uma alta prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda na população atendida na emergência de um hospital geral de Porto Alegre, dentre os quais sedentarismo, sobrepeso e obesidade e hipertensão arterial sistêmica apresentaram presença expressiva na amostra.

A maior limitação do presente estudo foi a coleta de dados secundários, pois alguns prontuários mostravam-se incompletos, especialmente por tratar-se de um serviço de emergência. A confiabilidade das informações vindas dos pacientes, também foi discutida, uma vez que possuíam tempo menor ou igual a cinco anos de estudo, demonstrando deficiência no conhecimento quanto suas reais condições de saúde, diferindo das populações em países desenvolvidos. E por último a inexistência de um questionário padrão validado para verificar os fatores de risco mais prevalentes da população. Porém, nos traz dados para ser adotados pelas equipes multidisciplinares no controle efetivo dos fatores de risco identificados, sendo importante implantar medidas preventivas, visando a redução da incidência de infarto agudo do miocárdio e de sua conseqüente morbi-mortalidade.

A despeito disso, permite-se concluir que a educação em saúde só poderá ser um instrumento de trabalho para os profissionais, se for estabelecido um perfil da população assistida, considerando suas peculiaridades, suas limitações e conseqüentemente as reais possibilidades de atuação da equipe multiprofissional. Propõem-se medidas de ação primária, através de programas elaborados com o intuito de agir sobre os fatores de risco para síndrome coronariana aguda, já mencionados na literatura e identificados neste estudo. Protocolos de

alta programada devem ser incentivados, a fim de esclarecer dúvidas sobre a doença, tratamento e medidas de auto-cuidado no domicílio e reduzir as taxas de reinternação, morbi-mortalidade e os elevados custos em saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos: Brasil-2000 [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2007 abr 12]. Disponível em: <http://www.data.sus.gov.br/idb>.
- 2 Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(3):206-13.
- 3 Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1997;5(2):69-82.
- 4 Martins HS. Síndromes coronarianas agudas sem elevação do segmento ST. In: Martins HS, Neto RAB, Neto AS, Velasco IT. *Emergências clínicas: abordagem prática*. São Paulo: Manole; 2006. p. 547-68.
- 5 Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 6 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 7 Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR, Neto JMR, Hoepfner C, Farran JA, et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J* 2003;146(2):331-8.
- 8 Piombo AC, Gagliardi J, Blanco F, Crotto K, Ulmete E, Guetta J, et al. Prevalencia, características y valor pronóstico del síndrome metabólico en los síndromes coronarios agudos. *Rev Argent Cardiol*. 2005;73(6):424-8.
- 9 Manfroi CW, Peukert C, Berti CB, Noer C, Gutierrez DA, Silva FTBGC. Infarto agudo do miocárdio: primeira manifestação da cardiopatia isquêmica e relação com fatores de risco. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78(4):388-91.
- 10 Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MTL. Infarto agudo do miocárdio: perfil clínico-epidemiológico e fatores associados ao óbito hos-

- pitalar no município do Rio de Janeiro. Arq Bras Cardiol. 2003;80(6):593-9.
- 11 Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2006;87(5):597-602.
- 12 Piovesana PM, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Hypertensive patients and risk factors related to physical activity and nutrition. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27 (4):557-63.
- 13 Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364:937-52.
- 14 Fox CS, Evans JC, Larson MG, Kannel WB, Levy D. Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999: the Framingham heart study. Circulation. 2004;110(5):522-7.
- 15 Silva MAD, Souza AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. Arq Bras Cardiol. 1998;71(5):667-75.
- 16 Zornoff LAM, Paiva SAR, Assalin VM, Pola PMS, Becker LE, Okoshi MP, et al. Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em hospital terciário universitário. Arq Bras Cardiol. 2002;78(4):396-400.
- 17 Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjô AM, Neto PAL, Ramires JAF. Comparação entre homens e mulheres jovens com infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol. 2002;79(5):510-7.
- 18 Pinheiro MG, Rabelo Jr A, Jesus RS, Nascimento LC, Costa UMM. Síndromes coronarianas agudas na ausência de doença arterial coronariana significativa. Arq Bras Cardiol. 2005;84(1):24-8.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Karina Azzolin
Av. Princesa Isabel, 370, Santana
90620-000, Porto Alegre, RS
E-mail: pesquisa.azzolin@gmail.com

Recebido em: 23/10/2009
Aprovado em: 09/02/2010