

**SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM PRODUTORES DE TABACO:
FATORES DE RISCO PREVALENTES
ACUTE CORONARY SYNDROME IN TOBACCO PRODUCERS:
PREVALENT RISK FACTORS
EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LOS PRODUCTORES DE TABACO:
FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTE**

Murilo dos Santos Graeff¹
Silvia Goldmeier²
Lucia Campos Pellanda³

RESUMO: **Objetivos:** identificar a prevalência dos fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC) em pacientes internados por síndrome coronariana aguda nas unidades intensivas de região produtora de fumo. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, retrospectivo que avaliou prontuários de pacientes adultos internados entre 2006 a 2007 nos Hospitais do Vale do Rio Pardo vinculados ao sistema SUS. **Resultados:** revisados 152 prontuários, destes 80 (52%) eram pacientes do sexo masculino, 70 (46%) residentes em Santa Cruz do Sul, e de outras regiões. A idade média foi de 62,1±13,4 anos. Angina instável esteve presente em 62,5%; 76,3% eram tabagistas, 14,4% apresentavam história familiar de infarto agudo do miocárdio; 45,5% eram dislipidêmicos e 68% dos pacientes possuíam três ou mais fatores de risco associados para DAC. **Conclusão:** tabagismo, hipertensão arterial e dislipidemia foram os fatores de risco prevalentes. O conhecimento da cultura local permite estabelecer medidas preventivas mais efetivas e especialmente dirigidas aos habitantes de cada região.

Descritores: Enfermagem; Fatores de risco; Doença das coronárias.

ABSTRACT: **Objectives:** to identify the prevalence of risk factors for arterial coronary disease (ACD) in in-patients from tobacco producing region, who suffered from acute coronary syndrome in intensive care units. **Methods:** a descriptive, cross-sectional, retrospective study evaluated reports from 2006-2007 of adult in-patients in Vale do Rio Pardo hospitals linked to SUS system. **Results:** we review 152 reports, of these 80 (52%) patients were male, 70 (46%) live in Santa Cruz do Sul, and in other regions. Age average was 62, 1±13.4 years. 62.5% presented instable angina; 76.3% were smokers; 14.4% presented family history of acute myocardial infarct; 45.5% had dyslipidemia, and 68% with three or more associated RF for ACD. **Conclusion:** smoking, arterial hypertension and dyslipidemia were the most prevalent of risk factors. Knowledge of local culture allows the establishment of preventive measures for the habitants.

Descriptors: Nursing; Risk factors; Coronary disease.

RESUMEN: **Objetivos:** Identificar la prevalencia de factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria en pacientes internados por síndrome coronaria aguda en unidades intensivas en región productora de tabaco. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal,

¹Enfermeiro, Especialista em Cardiologia, Hospital Divina Providência - Porto Alegre, RS. Email: mu.gr@hotmail.com

²Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde: Cardiologia, Professora do Pós-Graduação Enfermagem em Cardiologia, Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia - Porto Alegre, RS. E-mail: pesquisa.sgold@gmail.com

³Cardiologista Pediátrica, Doutora em Ciências Cardiovasculares, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares, Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia - Porto Alegre, RS. E-mail: lupellanda@gmail.com

retrospectivo que evaluó fichas medicas de pacientes adultos internados entre 2006 hasta 2007 en los Hospitales del Vale do Rio Pardo ligado al sistema SUS. Resultados: Revisadas 152 fichas médicas, de estas el 52% de los pacientes eran de sexo masculino, el 46% residentes en Santa Cruz do Sul y otras regiones. La edad fue de $62,1 \pm 13,4$ años. Angina instable fue observada en el 62,5% de pacientes, el 76,3 % fumadores, el 14,4% presentaban historia familiar de infarto agudo de miocardio y el 45,5% eran dislipidémicos, y el 68% de los pacientes tenían 3 o más factores de riesgo para EAC. Conclusión: Tabaquismo, hipertensión arterial y dislipidemias fueron más frecuentes. Descriptores: Enfermería; Factores de Riesgo; Enfermedad Coronaria.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto os de média e baixa renda. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as DNCT são responsáveis por 58,5 % das mortes ocorridas no mundo.¹

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as primeiras causas de morte no Brasil, responsáveis por quase 32% de todos os óbitos.² Entre as DCV estão as síndromes coronarianas agudas (SCA) que compreendem um grupo de doenças do qual fazem parte o infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnível e com supradesnível do segmento ST e a angina instável.³

Apesar da significativa redução da mortalidade hospitalar do IAM, nas últimas décadas houve pouco avanço no conhecimento sobre a epidemiologia e o tratamento na fase pré-hospitalar.⁴

Como fatores de risco responsáveis pelo IAM, destacam-se tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, história familiar, consumo de álcool e fatores psicossociais, além de idade e sexo.⁵ Em estudo⁶, os fatores de risco são semelhantes em regiões e em todos os grupos étnicos no mundo todo, em ambos os sexos e em diferentes idades, e que a associação de fatores de risco eleva consideravelmente a probabilidade de cardiopatias.⁴ Pode haver diferenças culturais e étnicas que determinam os perfis de risco. Em um estudo de caso⁷ (15.152) e controle (14.820) desenvolvido em cinquenta e dois países de populações dos cinco continentes, avaliou a prevalência de fatores de risco para o IAM. Os resultados apontaram que os fatores de risco entre os pacientes foram os mesmos, em todas as regiões do mundo. No entanto, a fração atribuível na população, isto é, o impacto de um determinado fator sobre a ocorrência do desfecho em uma população variou de acordo com a região e a etnia.⁶

A região do Vale do Rio Pardo, localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul, é formada por 25 municípios e população de cerca de 415 mil habitantes. O perfil demográfico teve forte influência cultural e gastronômica da colonização alemã, ao passo que a instalação de grandes indústrias do fumo redefiniu ao longo dos anos o padrão sócio-econômico da região.

Face ao exposto, este estudo tem por objetivo identificar a prevalência dos fatores de risco em pacientes internados por síndrome coronariana aguda em dois hospitais da região produtora de fumo e de colonização germânica.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, que avaliou prontuários de pacientes adultos internados em unidades de tratamento intensivo no período de 2006 a 2007 em

dois hospitais que atendem pelo SUS, nas cidades de Santa Cruz do Sul e demais regiões adjacentes no Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Os pacientes residiam nos municípios da região e possuíam diagnóstico de SCA informado em prontuário por um cardiologista ou intensivista. As variáveis medidas contemplam dados de identificação (idade, sexo, escolaridade, estado civil) além do exame físico como peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e laboratorial como nível de glicemia, dosagem de enzimas cardíacas, índices de colesterol. As variáveis: história familiar e pessoal, tabagismo e alcoolismo foram extraídas das evoluções médicas e de enfermagem.

Os prontuários incluídos representaram 100% dos pacientes internados durante o período do estudo no Hospital de Santa Cruz do Sul e 50% dos pacientes de Venâncio Aires. Nesse último, a totalidade não foi atingida devido à indisponibilidade dos prontuários por problemas logísticos com o arquivamento.

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos, segundo a Resolução 196/96. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Rio grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia. Para a consulta dos dados, utilizou-se um termo de compromisso de utilização de prontuário, sob número 4026/07, em 13 de agosto de 2007.

Considerando-se uma prevalência de 30% de obesidade, sobrepeso e tabagismo, o tamanho da amostra foi estimado em 143 pacientes com uma amplitude total de intervalo de confiança de 7,5% e um nível de confiança de 95%.

Os dados foram inseridos em uma tabela do Programa Excel for Windows. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 14.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão (\pm) (quando distribuição normal). As variáveis categóricas foram expressas como frequências absolutas e relativas

RESULTADOS

Características demográficas, sociais e clínicas

Estudados 152 prontuários de pacientes, cuja média de idade é de $62,18 \pm 13,4$ anos, 52,6 % do sexo masculino, 46 % residentes na cidade de Santa Cruz do Sul e 54 % distribuídos nos 21 municípios da região. A angina instável constituiu-se como diagnóstico principal em 62,5 % dos pacientes.

Tabela 1. Características sociodemográficas da população estudada (n = 152) Porto Alegre- RS, 2008.

Característica	n (%)
Idade*	62,18 (± 13,4)
Sexo masculino	80 (52,6)
Naturalidade	
Santa Cruz do Sul	70 (46,0)
Venâncio Aires	27 (17,8)
Outros	55 (36,2)
Raça branca	134 (88,2)
Casado	100 (65,8)
Religião	
Católica	117 (77,0)
Outras	35(29,3)
Escolaridade	
Analfabeto	8 (5,3)
Ensino fundamental /médio	131 (86,1)
Superior	13 (8,6)
Profissão	
Aposentado/ do lar	57 (37,9)
Agricultor	21 (13,9)
Outras	73 (48,3)
Diagnósticos	
Angina instável	95(62,5)
IAM sem supra	40(26,3)
IAM com supra	17(11,2)

*Variável expressa com média e desvio-padrão;

No que se refere ao grau de instrução, do total de pacientes avaliados 86,1% possui os ensinos fundamental e médio, 8,6% eram analfabetos e 5,3% possuíam ensino superior. Os dados referentes à atividade profissional mostraram que um terço dos pacientes era inativo (n=57; 37,9%). A agricultura era a atividade mais comum entre os pacientes que se encontravam ativos (n= 21; 13,9%)

Fatores de risco

A Figura 1 demonstra as prevalências dos fatores de risco encontrados nos pacientes avaliados. Foi possível identificar que 76,3% dos participantes eram tabagistas, 14,4% apresentaram alguma história familiar positiva de IAM e 45,5% eram portadores de dislipidemias .

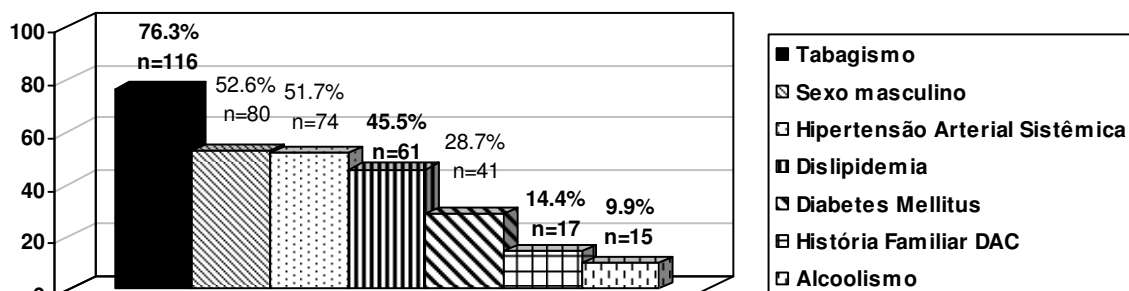


Figura 1. Prevalência de fatores de risco para DAC. Porto Alegre- RS, 2008

A Figura 2 demonstra a frequência de fatores de risco, no qual 68% dos pacientes possuíam concomitantemente três ou mais fatores de risco.

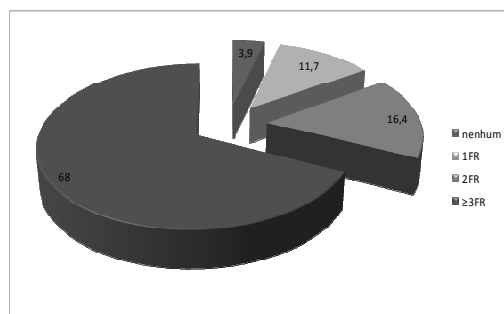


Figura 2. Frequência de fatores de risco concomitantes para DAC. Porto Alegre- RS, 2008.

DISCUSSÃO

Este estudo de prevalência histórico que avaliou pacientes internados por SCA demonstrou a prevalência de fatores de risco, em especial o tabagismo, hipertensão e dislipidemia em uma região caracterizada pela grande importância da produção de fumo para a economia local, o que representa aspectos ambientais, étnicos e culturais no Sul do Brasil.

A média de idade observada neste estudo foi superior à encontrada em um estudo brasileiro⁶ que descreveu como média de idade 58 anos. Entretanto, em estudo internacional⁷ a média de idade para os homens da América Latina foi de 64 anos. Acredita-se que a idade avançada possa ter aparecido em virtude de este estudo focar a prevalência de DAC e não a mortalidade pela doença.

No que se refere ao gênero, o estudo não mostrou diferenças significativas, pois 52,6 % são do sexo masculino, confrontando a literatura⁸ que aponta o sexo masculino o mais propenso a desenvolver DAC.

A história familiar de DAC (14,4%), demonstrou pouca relevância para a população estudada, entretanto, já foi demonstrado em estudos nacionais^{6,9} e internacionais⁵ a forte relação da história familiar positiva para o desenvolvimento da DAC.

Em estudo⁵, desenvolvido para avaliar de forma sistematizada a importância de fatores de risco para DAC ao redor do mundo, foram avaliados pacientes de 262 centros em 52 países dos cinco continentes. Os pacientes com IAM nas primeiras 24 horas foram pareados (idade e sexo) para controles hospitalares e comunitários. Como resultados principais, o tabagismo e a dislipidemia apareceram como fatores de risco mais importantes associados com o IAM.

No nosso estudo o tabagismo foi o fator de risco prevalente (76,3%), semelhante aos estudos nacionais e internacionais apresentando, no entanto, taxas superiores.⁶⁻⁷ Em outro estudo⁶ o tabagismo entre os casos de IAM foi de 41,69% e no estudo que avaliou qualidade de vida nos pacientes com o primeiro episódio de IAM no estado de São Paulo⁵ mostrou que a prevalência de tabagismo foi de 44,9%.

A dislipidemia também foi frequente, em concordância com o estudo⁶ que encontrou uma elevada prevalência no grupo com IAM, e reforçou a recomendação de se manter os níveis de colesterol total (CT) inferiores a 200mg/dl.¹⁰ Os dados referentes à hipertensão arterial sistêmica (HAS) foram obtidos por meio do histórico do diagnóstico antes da internação hospitalar seguindo as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.¹¹ Cerca de metade dos pacientes estudados eram hipertensos e,

destes, cerca de um terço tinham história familiar de hipertensão. A hipertensão arterial é uma doença de grande importância na realidade da saúde do país. Estudos apontam a prevalência de 22% a 44% na população urbana adulta², sendo superior a 30% no estado do Rio Grande do Sul (RS).¹²⁻¹³ Em estudo a frequência de HAS entre os casos foi de 39%. Os dados de um estudo da região metropolitana de São Paulo sugerem que a presença de HAS mostrou ser um fator de risco potente e independentemente associado ao IAM⁹. De acordo com o Ministério da Saúde¹⁴ a HAS é responsável por 25% das mortes por DAC e a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9% dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.

Referente ao Diabetes Mellitus (DM), este estudo encontrou 28,7% dos pacientes com diagnóstico prévio. Corroborando com este dado, um estudo brasileiro que buscou conhecer o estilo de vida e os fatores de risco em pacientes com o primeiro episódio de IAM³ identificou que 29,5% dos pacientes tinham história pessoal de DM. Em conformidade⁷, acredita-se que o impacto do diabetes e da hipertensão pode ter sido subestimado, já que esse dois fatores são de autoinformação.

No presente estudo observou-se uma escolaridade maior do que no estudo de São Paulo⁵, no qual 84,6% dos estudados eram analfabetos ou com o ensino fundamental incompleto. Entretanto, outro estudo⁶ não encontrou correlação entre o grau de instrução e a ocorrência de IAM, não havendo diferença significativa, quando comparados analfabetos com os de instrução primária, média ou superior.

Quanto à prevalência de fatores de risco, é importante observar que significativa parcela dos pacientes estudados apresentava mais de três fatores de risco, corroborando com os dados de um estudo que encontrou 41% de pacientes com mais de três fatores de risco modificáveis e 2,6% com nenhum fator de risco.³

Por ser um estudo retrospectivo e, portanto, estudar somente a prevalência e não a incidência de fatores de risco em pacientes portadores de DAC, limita a capacidade de se fazer relações causais.

Este fato representa, em si, um resultado importante, já que alguns dados significativos da história de um paciente com síndrome coronariana não foram registrados ou investigados. Sabe-se que o registro das informações do paciente deve ser diário e de responsabilidade de toda a equipe de saúde. Esses registros, além de servir como base para estabelecer condutas do tratamento, serve também como documentos legais e geram dados para atividades de ensino e pesquisa. Um estudo realizado para avaliar modelos de prontuário em Hospitais de Ensino¹⁵ mostrou uma desalentadora qualidade nos prontuários e ressaltou a extrema necessidade de qualificar os profissionais. A qualidade dos registros deve ser exaustivamente perseguida, já que fornece instrumentos para a reavaliação constante da prática em saúde.¹⁶ Esta população, em concordância com o observado na literatura, apresenta fatores de risco semelhantes a outros estudos nacionais e internacionais. No entanto, foram observadas prevalências relativamente mais altas de tabagismo, hipertensão arterial e dislipidemia. A identificação dos fatores de risco prevalentes na região e o conhecimento das características da população proporcionam à equipe de saúde e aos gestores estabelecer estratégias de políticas públicas focando as medidas educativas no controle dos fatores de risco modificáveis. Neste contexto, os programas a serem adotados, devem ser permanentes, possibilitando uma maior atenção aos grupos vulneráveis.

É sabido, no entanto, que o infarto associado a vários fatores de risco, implica em uma posição individual. O controle da progressão da doença e a forma de evitar e prevenir o próprio infarto, demanda da necessidade de reflexão e ações de promoção da saúde relacionadas com mudanças de estilo de vida. Desta forma a prevenção será mais efetiva e evitará a ocorrência de eventos cardiovasculares e a progressão da doença arterial coronariana.¹⁷

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta algumas limitações. A maior parte dos dados foi oriunda de prontuários de pacientes e, por esta razão, encontrou-se dificuldade de coleta dos dados. O estudo dependeu exclusivamente do registro adequado de dados coletados por terceiros, assim, houve alguns aspectos que deixaram a desejar: a falta dos dados referentes à altura não possibilitou a aferição do IMC e não se encontrou nenhuma medida de circunferência abdominal, visto que essas medidas já são bem estabelecidas como indicadores de fator de risco. Os dados sobre tabagismo não permitiram se estratificar o risco associado ao tabagismo, com base no número de cigarros fumados.

Para o enfermeiro, torna-se um grande desafio compreender a evolução das SCA e, principalmente, o monitoramento dos fatores de risco responsáveis pela sua instalação. Sendo assim, os resultados oriundos deste trabalho fornecerão subsídios para promover políticas públicas na prevenção e controle do IAM e da angina.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p. 337-62.
2. Pesaro AEP, Junior CVS, Nicolau JC. Infarto agudo do miocárdio - Síndrome coronariana aguda com supradesnível de ST. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):214-20.
3. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castilho 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.
4. Avezum A Jr., Braga J, Santos IS, Guimaraes HP, Marin-Neto JA, Piegas LS. Cardiovascular disease in South America: current status and opportunities for prevention. *Heart.* 2009;95(18):1475-82.
5. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev Latinoam Enferm.* 1997;5(2):69-82.
6. Silva MAD, Souza AGMR, Schatgodsky H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol.* 1998;71(5):667-75.
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-52.
8. Lotufo PA, Lolio CA. Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo: 1970 a 1989. *Arq Bras Cardiol.* 1993;61:149-53.
9. 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.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo: SBC; 2007.



11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2006.
12. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, conhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83(5):424-8.
13. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol.* 1994;63:473-9.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2006.
15. Silva GS, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(2):113-6.
16. Mussi FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev Latinoam Enferm.* 2004;12(5):751-9.
17. Araújo TL, Lopes MVO, Cavalcante TF, Guedes NG, Moreira RP, Chaves ES, et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):120-6.

Data de recebimento: 17/07/2012

Data de aceite: 26/10/2012

Contato com autor responsável: Silvia Goldmeier

Endereço: Av. Princesa Isabel, 370, 3º andar. Bairro Santana, Porto Alegre, RS.

CEP: 90620-000

E-mail: pesquisa.sgold@gmail.com