

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPGEnf

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Evidências para o cuidado de enfermagem na avaliação do risco coronariano em pacientes hospitalizados

Evidence for nursing care in the evaluation of coronary risk in hospitalized patients

La evidencia de Cuidados de enfermería en la evaluación del riesgo coronario en pacientes hospitalizados

Randson Sousa Rosa ¹, Darlyane Antunes Macêdo ², Bruno Gonçalves de Oliveira ³, Eliane dos Santos Bomfim ⁴, Cezar Augusto Casotti ⁵, Ivanete Fernandes do Prado ⁶

ABSTRACT

Objective: assess coronary risk in hospitalized patients the likelihood of developing an acute myocardial infarction over the next decade and discuss the nursing care based on scientific evidence. **Method:** this is a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 42 hospitalized patients. Data were collected between May and June 2013. This study was approved by the Research Ethics Committee of the University of Bahia (protocol 266.907). **Results:** it was checked that 42.5% of hospitalized present a high risk of developing myocardial infarction within the next 10 years. **Conclusion:** The data reveal that there are hospitalized patients in coronary risk becoming clear that the risk was higher with increasing age. **Descriptors:** Coronary risk, Risk factors, Nursing.

RESUMO

Objetivo: avaliar o risco coronariano em pacientes hospitalizados a probabilidade de desenvolver um infarto agudo do miocárdio nos próximos dez anos e discutir o cuidado de enfermagem com base nas evidências científicas. **Método:** trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. A amostra foi constituída por 42 pacientes hospitalizados. Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2013. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (protocolo 266.907). **Resultados:** foi verificado que 42,5% dos hospitalizados apresentam um alto risco para desenvolver infarto agudo do miocárdio nos próximos 10 anos. **Conclusão:** Os dados revelam que existem pacientes hospitalizados em risco coronariano, ficando evidente que o risco apresentou-se maior com o avanço da idade. **Descritores:** Risco coronariano, Fatores de risco, Cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el riesgo coronario en pacientes hospitalizados desarrollar infarto agudo de miocardio en los próximos diez años y discutir los cuidados de enfermería basada en la evidencia científica. **Método:** se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra consistió en 42 pacientes hospitalizados. Los datos fueron recogidos entre mayo y junio de 2013. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Bahia (protocolo 266 907). **Resultados:** se encontro que el 42,5% de los hospitalizados presentan un alto riesgo de desarrollar infarto de miocardio en los próximos 10 años. **Conclusión:** Los datos muestran que no son hospitalizados los pacientes en riesgo coronario es bastante evidente que el riesgo fue mayor con la edad avanzada. **Descriptor:** Riesgo coronario, Factores de riesgo, Cuidados de enfermería.

1 Enfermeiro. Pós-graduado em Saúde do trabalhador pela Universidade Cândido Mendes. Jequié-BA. E-mail: randson_17@hotmail.com 2 Enfermeira. Pós-graduada em Gestão da Atenção Básica com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado, pela EESP - Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem Universidade do Estado da Bahia - UNEB. E-mail: damacedo@uneb.br 3 Enfermeiro, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA. Brasil. E-mail: brunoxrmf5@gmail.com 4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA. E-mail: elianebofim17@gmail.com 5 Cirurgião dentista, doutor, Docente da Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ PPGES/UESB. Jequié (BA). E-mail: cacasotti@uesb.edu.br 6 Enfermeira. Doutoranda em Educação Física pela Universidade Católica de Brasília. Docente da Universidade do Estado da Bahia. E-mail: iprado@uneb.br

INTRODUÇÃO

Evidências científicas relacionadas às transformações ocorridas no perfil da população mundial têm sido impulsionadas pela transição demográfica, epidemiológica e tecnológica, e pela crescente urbanização e redução das taxas de fertilidade e de mortalidade. Essas transformações proporcionaram mudanças no perfil de causas de morte, na expectativa de vida, e na carga de doenças. E dentre o grande grupo de doenças que acometem a população mundial, as doenças não transmissíveis são as causas de morte mais recorrentes, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por quase metade destas doenças não transmissíveis.¹ Este novo perfil populacional associado ao envelhecimento tem contribuído no desenvolvimento de elevados índices de doenças cardiovasculares.

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCVs) ocupam um cenário de ampla magnitude nos problemas referentes à saúde, sendo responsáveis pela mortalidade de homens e mulheres.² Sabe-se que os eventos cardiovasculares apresentam como base o processo de aterosclerose, no qual sua progressão silenciosa vem se desenvolvendo ao longo de décadas e sofre forte influência dos fatores de risco cardiovascular, como, por exemplo, a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diminuição do HDL-c, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade.³

Estes fatores estão disseminados na sociedade e habitualmente começam nas fases iniciais da vida e dão continuidade durante a vida adulta, porém seus efeitos deletérios se acentuam na velhice. Assim, fica evidente que o envelhecimento contribui com o surgimento progressivo de DCVs capazes de produzirem alterações cardíacas anatômicas e funcionais.⁴ O que torna válido conhecer as peculiaridades dos agravos cardiovasculares tanto no adulto em envelhecimento, como nos idosos.

Dentre as DCVs que mais afetam a funcionalidade do sistema circulatório e do coração, destaca-se a doença arterial coronariana (DAC), sendo representada pelo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e pela Angina Instável.⁵ Em 2012, de acordo com o DATASUS, o IAM foi responsável por cerca de 84.121 mortes no país, 22.818 no Nordeste e 4.126 na Bahia.⁶ Além da mortalidade ocasionada pelas DCVs. Vale, no entanto, ressaltar que o manejo com as DCVs resulta em gastos elevados para o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial com medicamentos, internações e na atenção da alta complexidade.⁷

Nas últimas décadas, surgiram mecanismos capazes de explicar a fisiopatologia, etiologia e prevenção das doenças cardiovasculares, bem como a capacidade de rastrear e graduar indivíduos com risco.⁸ Frente a essa questão, o conhecimento das DCVs tem

despertado à atenção dos profissionais de saúde, principalmente entre os profissionais de enfermagem, devido a sua ação direta e contínua de cuidados com os pacientes.

Nesse sentido, a enfermagem tem assumido um papel importante no processo de avaliação do risco coronariano, que abrange desde a identificação previa de múltiplos fatores de risco cardiovascular, monitoramento de grupos de risco, como: hipertensos, diabéticos, obesos e idosos quanto no estabelecimento de ações de cuidados preventivos.

Diante disso, o presente estudo objetivou avaliar o risco coronariano dos pacientes hospitalizados das unidades de clínica médica (CM) e cirúrgica (CC) de um hospital público do interior do estado da Bahia de desenvolver um IAM nos próximos dez anos e discutir o cuidado de enfermagem com base nas evidências científicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. Participaram desta pesquisa pacientes internados nas unidades de clínica médica (CM) e cirúrgica (CC) de um hospital público Regional de Guanambi-BA.

Nas duas unidades a capacidade máxima é de 42 leitos, sendo que 26 na clínica médica e 16 na clínica cirúrgica. Neste estudo foram incluídos os indivíduos que estavam em condições clínicas (verbalizar, caminhar, e ficar em pé sem auxílio) para participar da pesquisa, na faixa etária entre 20 e 79 anos, de ambos os sexos, sem previsão de alta médica, e que possuíssem anexados ao prontuário resultados de exames laboratoriais recentes de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicérides e glicemia de jejum de no máximo até seis meses, a contar do início da coleta. Foram excluídos pacientes com diagnóstico clínico de doença arterial coronariana (DAC).

Respeitando as normas, rotinas e horários determinados pela instituição os pacientes foram abordados nos leitos em que se encontravam internados, e convidados a participar do estudo, e os que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (protocolo 266.907).

Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2013 e o instrumento utilizado foi um questionário constituído de questões de caracterização sociodemográfica, clínicas e epidemiológicas, sendo incluído o *Score de Risco de Framingham (ERF)*.

Para obter as informações sociodemográficas utilizou-se entrevista semiestruturada sendo a variável idade (em anos), etnia autoreferida (branca, parda e negro), local de residência (cidade onde reside), procedência (urbana ou rural) e escolaridade (sem escolaridade, 1º grau incompleto, 2º grau incompleto, 3º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau completo e 3º grau completo).

As medidas antropométricas foram mensuradas com auxílio dos seguintes instrumentos: para o peso e altura, utilizou-se uma Balança Profissional Mecânica Antropométrica de marca Welmy, com Estadiômetro acoplado a mesma, sendo encontrada na própria instituição. Para as medidas de circunferência abdominal (CA), circunferência da cintura (CC) e circunferência do quadril (CQ) utilizou-se uma fita métrica extensível de marca CESCORF, e as técnicas de avaliação foram realizadas conforme as instruções do manual de antropometria da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (9). O IMC foi obtido pela divisão da massa corporal pela estatura elevada ao quadrado ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$).⁹ Consideraram-se obesos os participantes que tinham o $IMC \geq 30$.⁹

A pressão arterial foi aferida através do método indireto, utilizando um esfigmomanômetro aneroide de marca BD, e os procedimentos foram realizados conforme preconizado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁰ Consideraram-se hipertensos e/ou diabéticos aqueles que faziam uso de anti-hipertensivo, hipoglicemiantes orais, insulina, ou com diagnósticos médicos já conhecidos pelo paciente. Os resultados dos exames laboratoriais (Glicemia, Colesterol total e suas frações) foram coletados diretamente do prontuário do paciente quando estes eram encontrados em anexo.

Considerou-se a condição de fumante os indivíduos com uso diário de cigarros, sem determinar a quantidade.

Para avaliar o risco coronariano utilizou-se o Escore de Risco de Framingham (ERF), instrumento de importância no campo da prevenção, sugerido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia¹¹ e preconizado pelo Ministério da Saúde¹² para avaliação do risco cardiovascular no cuidado de adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde, e adaptado para o contexto brasileiro.

O ERF baseia-se na soma de múltiplos fatores de risco dispostos em uma tabela, a saber: idade, colesterol total, HDL-colesterol, tabagismo (fumante ou não fumante), pressão arterial sistólica (PAS) com pontuações específicas para homens e mulheres, acrescido de pontuações específicas para os fatores de correção de importância na população brasileira, sendo eles: o histórico familiar de primeiro grau para DAC e a obesidade ($IMC \geq 30$) associada com a $CA \geq 102$ cm, em homens ou $CA \geq 88$ cm, em mulheres. Ao final desse somatório e os devidos ajustes estabelecidos pelos fatores de correção, obtêm-se a estratificação do risco de ocorrência de um evento coronariano (Infarto Agudo do Miocárdio fatal e não-fatal) estimados para os próximos dez anos. Assim, indivíduos de baixo risco para ocorrência de um evento coronariano teriam uma probabilidade menor que 10%; médio risco, entre 10% e 20% e alto risco, igual ou maior que 20%.¹²

Os resultados foram inseridos em uma planilha do Programa Excel for Windows e analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. As variáveis categóricas foram expressas em percentual e valores absolutos, e as contínuas em média e desvio padrão. Os dados foram discutidos, em paralelo com as literaturas científicas com níveis de recomendações aceitáveis, utilizando-se para tal a enfermagem baseada em evidência, no intuito de subsidiar a prática dos profissionais de enfermagem, bem como de qualquer outro profissional da saúde que participe do processo do cuidar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 42 pacientes das clínicas médica e cirúrgica do Hospital Regional de Guanambi-BA, sendo destes 59,5% (n=25) do sexo masculino, 64,3% referiram pertencer a etnia não branca, 47,6% (n=20) possuíam 1º grau incompleto, 54,8% (n=23) residiam na zona urbana de Guanambi e 54,2% (n=19) na zona rural do município e de demais municípios da região.

A média de idade foi de 50,81 anos (DP \pm 18,71), sendo 54,6% (n=23) da faixa de 50-59 anos e 45,7% com 60 ou mais.

Na tabela 1, são apresentados dados de fatores de risco coronarianos empregados no cálculo do *Score Framingham*. Ao analisar os parâmetros clínicos os pacientes foram evidenciados: concentrações elevadas de colesterol total (>200ml/dL) em 40,5% (n=17), tabagismo em 35,7% (n=15), concentrações elevadas de HDL (<40 ml/dL) com 57,1% (n=24), níveis pressóricos elevados, com destaque para pressão arterial sistólica (PAS) > 140 mmHg em 52,4% (n=22), desconhecimento dos participantes quanto ao diabetes mellitus 33,3% (n=14) e histórico familiar de doença arterial coronariana (DAC) precoce em 61,9% (n=26) e com alto risco para desenvolver IAM em 45,2% (n=19), nos próximos 10 anos.

Tabela 1: Fatores de risco coronarianos em pacientes hospitalizados, segundo os elementos do *Score de Risco de Framingham*, Guanambi-Ba, Brasil. 2013. (n=42)

VARIÁVEIS	n	%
Colesterol (ml/dL)		
< 160	12	28,5
160-199	13	31,0
200-239	07	16,7
240-279	08	19,0
\geq 280	02	4,8
Tabagismo		
Sim	15	35,7
Não	27	64,3
HDL (ml/dL)		
>60	04	9,5
50-59	08	19,0
40-49	06	14,3
<40	24	57,1
PAS (sist. mm Hg)		
< 120	08	19
120-129	08	19
130-139	04	9,5
140-159	15	35,7
\geq 160	07	16,7
Diabetes Mellitus		
Sim	06	14,3
Não	22	52,4
Não sabe referir	14	33,3
Histórico Familiar de DAC Precoce (H<55 anos/ M <65 anos)		
Um Familiar	10	23,8

Dois Familiares	06	14,3
Não sabe referir	26	61,9
Índice de Massa Corporal (Kg/m²)		
< 30	36	85,7
≥ 30	06	14,3
Risco Cardiovascular		
< 10% (Baixo Risco)	18	42,9
10% - 20% (Médio Risco)	05	11,9
> 20% (Alto Risco)	19	45,2

Tabela 2: Variáveis sócio-demográficas em pacientes hospitalizados, segundo a classificação da *Score de Risco de Framingham*, Guanambi-BA, Brasil. 2013. (n=42)

Variáveis / categorias	Risco coronariano						
	Baixo		Médio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária	20 --- 29	08	100	-	-	-	-
	30 --- 39	06	66,7	01	11,1	02	22,2
	40 --- 49	02	66,7	01	33,3	-	-
	50 --- 59	01	33,3	-	-	02	66,7
	60 --- 69	01	10	01	10,0	08	80,0
	70 --- 79	-	-	02	22,2	07	77,8
Sexo	Masculino	11	44,0	02	08	12	48,0
	Feminino	07	41,2	03	17,6	07	41,2
Procedência	Urbana	09	39,1	02	2,7	12	52,2
	Rural	09	39,1	03	15,8	07	41,2

Conforme observado na tabela 2, a variável idade foi dividida em intervalos de nove anos (de 20 a 29 anos, de 30 a 39 e assim sucessivamente). Quando avaliado o risco coronariano segundo a faixa etária, percebe-se com o avançar da idade houve um aumento do risco coronariano nos estratos médio e alto. Diante destes achados, pôde-se perceber que o risco aumentado para desenvolver um infarto agudo do miocárdio foi maior em idosos com idade acima de 60 anos 78,9%(n=15), sendo este risco de 80% no grupo etário de 60 a 69 anos e de 77,8% no de 70 anos ou mais. Houve também predomínio risco coronariano alto para os pacientes do sexo masculino 48% (n=12) e com procedência da zona urbana 41% (n=07).

No presente estudo avaliou o risco coronariano dos pacientes adultos e idosos hospitalizados, utilizando o *Score de Risco Framingham (ERF)* por ser este um instrumento importante para prevenção do risco coronariano, de fácil aplicação e preconizado pelo Ministério da Saúde. A opção de utilizar o ERF como subsídio no cuidado de enfermagem, deve-se pelo fato destes profissionais estabelecerem laços de cuidados rotineiramente com os pacientes. O que facilita desenvolver atividades de promoção da saúde juntamente com esses indivíduos.

Os achados do estudo evidenciaram o alto risco para o desenvolvimento de um IAM, em um período de 10 anos, no subgrupo de idosos com idade acima de 60 anos. Em um estudo realizado no ambulatório de Fisioterapia do Hospital Municipal de Lajedo do Tabocal-BA¹³ resultados inferiores foram identificados, onde o risco de desenvolver IAM em indivíduos com idade acima de 60 anos foi de 61,4%. Vale destacar que as diferenças identificadas entre os estudos podem ser explicadas pelas diferentes populações analisadas, visto que neste estudo avaliamos adultos e idosos hospitalizados.

Outro fator que também pode ter influenciado prevalências maiores neste estudo deve-se ao fato de diferenças metodológicas. Em nosso estudo trabalhamos com *Escore de Framingham*, numa versão recomendada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2012, onde foram incluídas variáveis como a obesidade e o histórico familiar de doença arterial coronariana (DAC). Enquanto, no estudo realizado em Lajedo do Tabocal-BA¹³ ainda não havia incorporado estas variáveis na escala. O que pode ter levado a uma subestimação dos resultados encontrados.

Os achados do presente estudo também evidenciaram um número expressivo de 48% (n=12) de pacientes do sexo masculino, diferente dos achados da pesquisa realizada em Lajedo do Tabocal-BA¹³ onde apresentou 40% dos homens com alto risco a desenvolver DAC. Neste sentido a população masculina necessita de maior acompanhamento em relação aos cuidados com a DAC e outras doenças, pois, estes geralmente só procuram os serviços de saúde de média e alta complexidade, quando já estão adoecidos.¹⁴

De acordo com os resultados apresentados percebe-se que os pacientes residentes na zona urbana obtiveram um número expressivo no escore de risco alto (51,2%), apresentado percentual superior do que aos pacientes provenientes da zona rural. Tal resultado corrobora com o estudo realizado na China entre idosos com doenças crônicas, na qual evidenciou a prevalência de doenças cardíacas na zona urbana em comparação aos que residem na área rural.¹⁵

No presente estudo, uma parcela considerável de pacientes provenientes da zona rural foi constatada com alto risco cardiovascular 41,2% (n=7), evento cada vez mais expressivo nas comunidades rurais. Esse fato deve-se à existência de barreiras geográficas como a distância da zona rural em relação à zona urbana que, por sua vez, dificulta o maior acesso dessa população aos serviços de saúde.¹⁶ Outra explicação para esse evento pode ser justificada como decorrência do processo de urbanização que passou a influenciar novos modos de viver no campo que facilitou o acesso a bens tipicamente urbanos que corroboraram com o surgimento de fatores de risco.¹⁷

Em relação à etnia auto referida pelos participantes deste estudo, observou-se a predominância de não brancos (pardos e negros). Estes achados se aproximam dos resultados encontrados em uma pesquisa realizada no estado da Bahia com adultos e idosos, evidenciou-se que 84% de não brancos haviam sofrido IAM.¹⁸ Embora ainda, existam poucas evidências científicas brasileiras que possam associar a etnia como fator predisponente de um evento coronariano. São necessárias, investigações futuras para melhor esclarecer o papel da etnia como um possível fator determinante de eventos coronarianos.

Quanto à escolaridade, observou-se que a maioria dos entrevistados estavam compreendidos entre analfabetos ou indivíduos com apenas ensino fundamental incompleto. Esses dados corroboram com os descritos em outros estudos^{19,20} que evidenciaram maior prevalência de doenças cardiovasculares entre as pessoas com menor grau de escolaridade. O baixo nível de escolaridade pode dificultar a compreensão dos pacientes no que se refere aos fatores de risco e suas formas de prevenção e terapêutica adequada, bem como no estímulo para o autocuidado.²⁰

Nessa perspectiva, a enfermagem deve criar práticas educativas compatíveis com cada indivíduo, com linguagem simples e de acordo com suas vivências, conhecimentos, crenças e

valores, bem como suas limitações econômicas e educacionais. Dessa forma a equipe de enfermagem poderá alcançar mudanças nos hábitos de vida e nos fatores de risco compatíveis com adesão terapêutica proposta, no intuito de minimizar ou controlar a ação dos mesmos na vida dos pacientes.²¹

O hábito tabagista foi evidenciado em uma pequena porcentagem dos pacientes, resultados semelhantes também foram encontrados em outro estudo²², onde 16,9% eram tabagistas e 26,7% ex-tabagista/ não tabagistas. Segundo Monengo²³ o tabagismo corresponde um potente fator de risco cardiovascular e representa um dos fatores de riscos mais prejudiciais à saúde de um indivíduo. É importante salientar, que o enfermeiro como educador, tem o papel fundamental de enfatizar os malefícios que utilização de tabaco poderá trazer nas condições de saúde dessa população.²¹

Para as variáveis representadas pelos componentes lipídicos colesterol total e HDL-c, constataram-se valores de concentrações alterados em comparação aos valores desejados pela IV Diretriz de Dislipidemia.¹¹ Em relação ao colesterol total (CT) observaram-se concentrações acima do recomendável ($\geq 200\text{mg/dL}$). No entanto, para a fração de HDL-c destacaram-se concentrações insatisfatórias ($< 40\text{mg/dL}$).¹¹ Esses resultados se assemelham ao estudo realizado por SALVARO *et al.*²⁴, verificou que 38,1% (n=24) da amostra com níveis séricos de CT elevados e 47,6% (n=30) de HDL-c com níveis abaixo do recomendável. Segundo KRAUSS²⁵ o aumento nas concentrações de CT está intimamente relacionado ao risco aumentado de desenvolver uma doença cardiovascular, ao contrário das concentrações elevadas de HDL-c, que atuam como um fator de proteção para estas doenças.

Embora neste estudo os percentuais de diabetes mellitus tenham sido menores em relação há outros estudos. Uma porcentagem considerável não soube referir se são ou não portadores dessa patologia, e nem foram encontradas evidências nos resultados de exames laboratoriais. Este resultado torna-se preocupante para a população estudada, servindo como uma alerta, haja vista que o diabetes é um dos graves problemas de saúde pública. E pode ser considerado como risco equivalente coronariano.¹² Sendo que o risco relativo aumenta cerca de cinco vezes nas mulheres e duas vezes nos homens em comparação com não portadores dessa doença.²⁶

No que concerne ao descontrole pressórico, observou-se na amostra estudada níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maiores que 140 mmHg o que pode-se aventar, potenciais hipertensos. Estes resultados, também se tornam preocupantes devido à presença recente de evidências que já demonstram a associação independente entre o aumento da PAS e o risco cardiovascular.²⁷ Nessa perspectiva, prevenir os pacientes contra a exposição de fatores de risco cardiológicos configura-se como uma das medidas mais eficazes para se manejar as DCVs, pois também contribui com a melhoria da qualidade de vida.²⁸ É relevante ressaltar que o controle efetivo da pressão arterial diminui as chances de eventos cardiovasculares.³

Diante desses parâmetros clínicos de descontrole glicêmico e descontrole pressórico, bem como outros fatores de risco cardiovascular (FRC) evidenciados. É válido salientar que nas últimas décadas a base para a prevenção de eventos cardiovasculares tem sido o controle rigoroso destes fatores de risco.³ De acordo com o Ministério da Saúde²⁹, a utilização do tratamento não farmacológica, como: atividade física, a redução do peso, a menor ingestão de sódio e álcool tem contribuído fundamentalmente na conduta clínica da hipertensão,

diabetes e de outros fatores de risco, apresentando benefícios perceptíveis com a diminuição de até 10 mmHg da pressão arterial sistólica e no aumento da captação da glicose pelo tecido muscular, conseqüentemente, melhorando o controle glicêmico, e reduzindo os fatores de risco para doença coronariana.

Em relação aos Fatores de correção (História familiar de DAC prematuro e obesidade) considerados importantes para o desenvolvimento de DCV, foram incluídos ao cálculo do *Escore de risco de Framingham*, e contribuíram no aumento do número de pacientes com alto risco cardiovascular em 10 anos. Esse fato se assemelha a uma pesquisa realizada com hipertensos em Juiz de Fora que após a incorporação desses critérios ao *Escore de Risco de Framingham* modificado, o risco cardiovascular aumentou cerca de duas vezes entre a amostra pesquisada, passando de 12% para 22% dos indivíduos com alto risco.³⁰

O presente estudo teve como limitações a ausência ou incompletude dos resultados de exames laboratoriais de importância para se estimar o risco coronariano através do ERF. Isso dificultou um número mais expressivo de participantes na pesquisa. Além disso, existe uma escassez de evidências científicas na enfermagem que já tenham investigado ao mesmo tempo pacientes hospitalizado, com procedência da zona rural e urbana. O que reforça a necessidade de novas pesquisas nesses ambientes aqui discutidos, no intuito de compreender a associação entre a presença de fatores de risco e o risco cardiovascular aumentado, como determinantes ou não de eventos coronarianos.

CONCLUSÃO

Os dados revelam que existem pacientes hospitalizados em risco coronariano, ou seja, esta população apresenta-se em parte com risco de desenvolver um IAM de acordo os critérios do *escore de framingham* para os próximos dez anos, ficando evidente que o risco se apresentou maior com o avançar da idade. Evidenciou-se também que em sua grande maioria, muitos desconhecem sobre suas comorbidades como a hipertensão, diabetes e HF de DAC. Mais da metade da amostra apresentou PAS elevada. O que reforça uma maior vigilância à saúde, na tentativa de prevenir futuros eventos cardíacos. Portanto, a adoção de prestação de cuidados clínicos deve ser discutida, elaborados e implementados ao cotidiano do profissional da enfermagem, quando o objetivo é a redução e o controle da morbidade e da mortalidade ocasionada pelas doenças cardiovasculares.

Atualmente, muitos pacientes hospitalizados não têm conhecimento sobre a presença de fatores risco cardiovascular no seu cotidiano, muito menos que podem gerar conseqüências visíveis na sua qualidade de vida, e que posteriormente possam vir desenvolver um evento coronariano. É notório que muitos desses fatores ainda passam despercebidos pelos profissionais nas instituições de saúde.

Sugere-se que a equipe de enfermagem esteja qualificada a detectar a presença desses fatores de risco nos pacientes hospitalizados, em especial, os que residem na zona rural em comparação aos que vivem na zona urbana, pois estes geralmente enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto, a enfermagem na condição de gerenciadora do cuidado, deveria enfatizar a manutenção de um cuidado integral, com base em um sistema de referência e contra referência, ou seja, isso pressupõe a manutenção de cuidados estabelecidos durante o tratamento hospitalar e, assim, garantir a transferência de informações necessárias para a continuidade do cuidado na atenção básica. Sabe-se que atenção básica é um ambiente onde a enfermagem tem uma maior autonomia para aplicação de prestações de cuidados baseado em ações de promoção, prevenção e controle dos fatores de riscos cardiovasculares.

Contudo, faz-se necessário que a enfermagem estabeleça parcerias com os demais membros da equipe multidisciplinar, para melhor compreensão do processo de adoecimento da saúde cardiovascular, de modo a promover a implantação de cuidados de enfermagem compatíveis com os manuais de cuidados direcionados aos pacientes crônicos potencialmente vulneráveis e assintomáticos, com vista à prevenção do IAM.

REFERÊNCIAS

- 1 Laslett LJ, Alagona P, Jr., Clark BA 3rd, Drozda Jr JP, Saldivar F, Wilson SR, et al. The worldwide environment of cardiovascular disease: prevalence, diagnosis, therapy, and policy issues: a report from the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol.* 2012; 60(25 Suppl): S1-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.002>
- 2 Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras. Cardiol.* 2012; 99(2): 755-761. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n2/aop05812.pdf>
- 3 Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AM. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2013 Jan; 100(1Suppl3):1-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1s3/v100n1s3a01.pdf>
- 4 Mendes R, Barata JT. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Med Port.* 2008; 21(2): 193-8. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/769/446>
- 5 Paim CP, Azzolin KO, Moraes MAP. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. *Rev bras enferm.* 2012; 65(1): 77-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/11.pdf>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Sistema e serviços. Sala Situação em Saúde. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

- 7 Andrade JP, Mattos LAP, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. *Arq Bras. Cardiol.* 2013; 100(3): 203-211. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n3/v100n3a01.pdf>
- 8 Stein A, Zelmanowicz AM, Lima AK. Promoção da saúde e detecção precoce de doenças no adulto. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 9 Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: PNS2013. Manual de Antropometria*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual%20de%20Antropometria%20PDF.pdf>
- 10 VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras. Cardiol.* 2010; 95(1 Suppl 1): I-III. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>
- 11 Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras. Cardiol.* 2013. Out; 101(4 Suppl 1): 1-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n4s1/v101n4s1.pdf>
- 12 Brasil. Ministério da Saúde, Portaria CP n.15, de 24 de setembro de 2012. Aprova o uso da avaliação do risco cardiovascular no cuidado de adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/25/cp15.pdf>
- 13 Mascarenhas CHM, Reis LA, Souza MS. Avaliação do risco de doença coronariana em adultos e idosos no município de Lajedo do Tabocal / BA. *Arq Ciênc Saúde Unipar.* 2009; 13 (1): 15-20. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/2791/2077>
- 14 Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 15 Liu Z, Albanese E, Li S, Huang Y, Ferri CP, Yan F, et al. Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2009; 9 (0): 1-11. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/394/>
- 16 Rodrigues TC, Lima MHM, Nozawa MR. O controle do diabetes mellitus em usuários de Unidade Básica de Saúde, Campinas, SP. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2006; 5(1):41-9. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5109/3325>
- 17 Oliveira EP; Souza MLA; Lima MDA. Prevalência de Síndrome Metabólica em uma área rural do semiárido Baiano. *Arq Bras. Endocrinol Metab.* 2006; 50 (3): 456-465. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n3/30643.pdf>
- 18 Gama GGG, Mussi FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des) controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2011 June;45(3):624-631. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a11.pdf>
- 19 Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc. Anna Nery.* 2011;15(4):737-745. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a12v15n4.pdf>
- 20 Costa IKF, Tibúrcio MP, Melo GSM, Nunes JP, Néó MEMF, Torres GV. Characterization of diabetics and hypertensive people monitored by the computerized system of registration and

monitoring of hypertensive and diabetics. J Nurs UFPE on line. 2012 Nov; 6(11):2719-28. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3281>

21 Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Paiva ODC, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. Acta sci, Health sci. 2011; 33(1): 9-17. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708/7708>

22 Giroto E, Andrade SM, Cabrera, MAS, Ridão EG. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. Acta Scientiarum Health Sciences. 2009;31, (1):77-82. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4492/4492>

23 Monengo ET; Jardim PCBV. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. Arq. Bras. Cardiol. 2006; 87(1):37-45. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n1/a06v87n1.pdf>

24 Salvaro RP, Júnior SA. Perfil Lipídico e a com Fatores sua Relação de Risco Cardiovascular em Estudantes de Nutrição. Rev. SOCERJ. 2009; 22(5):309-317. Disponível em:

http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2009_v22_n05_06rosangele.pdf

25 Krauss RM. Lipids and lipoproteins in patient's whit type 2 diabetes. Diabetes Care. 2004; 27 (6): 1496- 1504, 2004. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/6/1496.full>

26 Fernandes CE, Pinho-Neto JC, Gebaral OCE. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC).

Arq Bras. Cardiol. 2008; 91(1):1-23. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_DCV_mulheres.pdf

27 Gus M. Ensaios clínicos em hipertensão sistólica isolada. Rev. Bras. Hipertens. 2009; 16(1):26-28. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/08-ensaios.pdf>

28 Gorayeb R, Facchini GB, Schmidt A. Caracterização Psicossocial de Pacientes Internados em Enfermaria de Cardiologia. Rev. Bras. Cardiol. 2012 ;25(3):218-225. Disponível em:

<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n3/v25n03a07.pdf>

29 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

30 Paula EA, Paula RB, Costa DMN, Colugnati FAB, Paiva EP. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. Ver Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(3): 1-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0820.pdf

Recebido em: 19/03/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:
Randson Sousa Rosa
Enfermeiro. Pós-graduado em Saúde do trabalhador pela Universidade
Cândido Mendes. Jequié-BA. E-mail: randson_17@hotmail.com