

FATORES DE RISCO DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA DOS FAMILIARES CONVIVENTES DE INDIVÍDUOS COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

RISK FACTORS OF CORONARY ARTERY DISEASE IN FAMILY MEMBERS LIVING WITH ACUTE CORONARY PATIENTS

FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA EN FAMILIARES QUE CONVIVEN CON PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Aluê Constantino Coelho ¹
Juliana de Lima Lopes ²
Vinicius Batista Santos ³
Alba Lucia Bottura Leite de Barros ⁴

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Escola Paulista de Enfermagem – EPE. São Paulo, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. UNIFESP, São Paulo, SP – Brasil.

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências. UNIFESP, Hospital São Paulo, Coordenador das Unidades de Cardiologia. São Paulo, SP – Brasil.

⁴ Enfermeira. Livre Docente. Professora Titular. UNIFESP, EPE. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Aluê Constantino Coelho. E-mail: alueconstantino@gmail.com
Submetido em: 18/08/2015 Aprovado em: 08/09/2016

RESUMO

A doença arterial coronariana é a principal causa de morbimortalidade no mundo e compromete o desempenho individual e familiar. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco da doença arterial coronariana e associá-los ao perfil sociodemográfico dos familiares conviventes de pacientes com síndrome coronariana aguda. Trata-se de estudo transversal realizado em um hospital universitário. A amostra foi composta de 50 famílias distintas e 158 familiares conviventes de pacientes com síndrome coronária aguda. Os fatores de risco foram avaliados mediante entrevista com instrumento elaborado pelos pesquisadores e por meio de instrumentos previamente validados. Os dados foram submetidos à estatística descritiva e para a avaliação das relações entre as variáveis foram utilizados testes de associação. A maioria das famílias apresentava baixa renda, baixo nível de escolaridade e elevado número de conviventes e dependentes. A hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, etilismo e tabagismo foram os fatores de risco mais encontrados. As associações registradas foram: idade acima dos 51 anos com diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia; idade entre 20 e 50 com alcoolismo e tabagismo; baixa escolaridade com diabetes *mellitus*, obesidade e hipertensão arterial; estado civil com diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia e alcoolismo; ocupação com alcoolismo e tabagismo; baixa renda com alcoolismo; e o alcoolismo com tabagismo. O estilo de vida inadequado associado aos fatores sociodemográficos e às comorbidades já existentes demonstram a necessidade de educação em saúde também para esses familiares conviventes.

Palavras-chave: Fatores de Risco; Doença das Coronárias; Cuidadores.

ABSTRACT

Coronary artery disease is a major cause of morbidity and mortality in the world and such comorbidity when diagnosed affects the context individual and family performance, so the aim of this study was to identify risk factors for coronary artery disease in cohabiting family members patients with acute coronary syndrome and identify the association of these factors with sociodemographic profile. It is a cross-sectional study, conducted at the University Hospital; the sample was composed of 50 different families and 158 cohabiting family members of patients with the acute coronary syndrome. The risk factors were evaluated by an interview with an instrument developed by the researchers and previously validated instruments. Data were submitted to descriptive statistics and to assess the relationship between the variables association tests were used. Most families had low income, low education level and a high number of cohabiting and dependents. Hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, obesity, physical inactivity, alcohol consumption and smoking were risk factors most commonly found. The age over 51 years was associated with diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia and age between 20 to 50 years showed greater association with alcoholism and smoking; poor education with diabetes mellitus, obesity and high blood pressure; marital status with diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia and alcoholism; the occupation was related to alcoholism and smoking, low income with alcoholism and alcohol abuse was associated with smoking. Improper lifestyle associated with sociodemographic factors and existing comorbidities demonstrate the need for health education also for these cohabiting family.

Keywords: Risk Factors; Coronary Disease; Caregivers.

Como citar este artigo:

Coelho AC, Lopes JL, Santos BV, Barros ALBL. Fatores de risco da doença arterial coronariana dos familiares conviventes de indivíduos com síndrome coronariana aguda. REME – Rev Min Enferm. 2016; [citado em ____ ____]; 20:e963. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20160033

RESUMEN

La enfermedad coronaria es la causa principal de morbilidad y mortalidad en el mundo y afecta el desempeño individual y familiar. El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo de la enfermedad coronaria y asociarlos con el perfil sociodemográfico de los familiares que conviven con pacientes con síndrome coronario agudo. Se trata de un estudio transversal realizado en un hospital universitario. La muestra consistió en 50 familias distintas y 158 familiares de pacientes con síndrome coronario agudo. Los factores de riesgo fueron evaluados en entrevistas con un instrumento elaborado por los investigadores y por medio de instrumentos previamente convalidados. Los datos fueron sometidos a la estadística descriptiva y se utilizaron pruebas de asociación para evaluar las relaciones entre las variables. La mayoría de las familias era de bajos ingresos, bajo nivel de escolaridad y alto número de convivientes y dependientes. Los factores de riesgo más encontrados fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, sedentarismo, etilismo y tabaquismo. Las asociaciones más frecuentes fueron: edad superior a los 51 años con diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia; edad entre 20 y 50 años con alcoholismo y tabaquismo; baja escolaridad con diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial; estado civil con diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y alcoholismo; ocupación con alcoholismo y tabaquismo; bajos ingresos con alcoholismo; y alcoholismo con tabaquismo. El estilo de vida inadecuado juntamente con los factores sociodemográficos y con las comorbilidades existentes demuestra que los familiares que conviven con estos pacientes deben recibir educación en salud. **Palabras clave:** Factores de Riesgo; Enfermedad Coronaria; Cuidadores.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 17 milhões de mortes nas últimas décadas, com projeção de aumento mundial de incapacidade ajustada para anos de vida no ano de 2020 para 150 milhões de pacientes.¹

Entre as DCVs, a doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte em indivíduos adultos em países desenvolvidos¹ e representa uma das principais causas de morbimortalidade no mundo,¹ sendo que no Brasil, em 2010, foi responsável por 8,8% das mortes.² Essa doença pode acarretar importantes impactos socioeconômicos¹ e, a partir do controle dos fatores de risco como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes *mellitus* (DM), a dislipidemia (DLP), obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo e o estresse psicoemocional, os resultados podem ser favoráveis para os pacientes.³ Para tanto, são necessárias medidas educativas, preventivas e promocionais à saúde.

A promoção da saúde proporciona acesso à orientação dos serviços de saúde e educação, favorece o desenvolvimento de condutas para uma vida saudável e oportunidades para que a população obtenha informação segura e adequada do processo saúde/doença;³ logo, o indivíduo é encorajado a adaptar, adquirir e manter o estilo de vida saudável.

A DAC é um evento agudo e para identificar indivíduos predispostos ao desenvolvimento dessa comorbidade e posterior prevenção é fundamental identificar os fatores de risco e os escores de risco.¹ Os fatores de risco são componentes que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças, logo, podem ser prevenidos para evitar o desempenho e manutenção de agravos de saúde. O estudo de Framingham definiu os principais fatores de risco para a DAC: tabagismo, hipertensão arterial, colesterol e diabetes *mellitus*. Posteriormente criou-se o Escore de Risco de Framingham, o qual identifica indivíduos de alto e baixo risco de desenvolver DAC.⁴

A família dos portadores de doenças crônicas participa de forma direta de todo o processo saúde/doença, assim, é funda-

mental incluí-los no processo de educação em saúde, pois o desempenho pode sofrer alterações frente às orientações multiprofissionais e adaptações do estilo de vida.⁵ Essas adaptações favorecem o desequilíbrio estrutural, socioeconômico e emocional, abrangendo não apenas o aspecto biológico, mas também o contexto social, político e cultural do indivíduo e seu núcleo familiar.⁵

Diante do efeito impactante da doença crônica nos familiares conviventes e com o intuito de propor um programa educacional voltado para a saúde, é importante que se conheça a realidade e o estilo de vida tanto dos pacientes quanto dos familiares que recebem as informações, bem como o acesso a orientações.

Frente ao exposto, surgiram os seguintes questionamentos: qual é o perfil sociodemográfico e quais são os fatores de risco associados à doença arterial coronariana de familiares conviventes de indivíduos com síndrome coronariana aguda? Qual a associação entre os fatores de risco cardiovascular e os dados sociodemográficos?

Entende-se que, identificando o perfil desses pacientes, poder-se-á pensar em estratégias para atuar na prevenção, promoção, recuperação, adesão ao tratamento e controle da doença, bem como proporcionar condições para que essas pessoas possam ter suas necessidades atendidas, de forma integral e contínua, considerando a individualidade e integralidade desse grupo. Desta forma, os objetivos do estudo foram identificar as características sociodemográficas e os fatores de risco para DAC de familiares conviventes de pacientes com síndrome coronária aguda e verificar a associação desses fatores com o perfil sociodemográfico.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade Cardiológica de um Hospital Universitário de grande porte, de São Paulo. O projeto de pesquisa foi aprovado por meio do processo nº 1430/10 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e os dados foram coletados após o familiar

aceitar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi do tipo conveniência, composta por familiares conviventes de pacientes hospitalizados por síndrome coronariana aguda (SCA) no período de novembro de 2010 a janeiro de 2011 e foi constituída por 158 familiares conviventes de 50 famílias, sendo que 100% das famílias entrevistadas foram incluídas na análise dos dados, portanto, não houve perda de amostra. O familiar convivente foi considerado como aquele indivíduo pertencente à mesma família e residente no mesmo domicílio que o paciente hospitalizado, não havendo a necessidade de apresentar laços de consanguinidade. O critério de inclusão foi ser familiar convivente do paciente com diagnóstico médico de DAC. E o critério de exclusão foi estabelecido para aqueles pacientes que não tinham familiares conviventes, ou seja, relatavam no histórico de enfermagem da instituição morar sozinhos e não apresentar relação próxima com algum familiar.

A entrevista foi realizada com os familiares conviventes maiores de 18 anos presentes no horário de visita, sendo que os mesmos respondiam pelos familiares conviventes ausentes ou menores de 18 anos em relação às variáveis relacionadas ao estudo.

Para a coleta de dados, realizou-se entrevista estruturada mediante um instrumento construído pelas pesquisadoras e baseado na literatura, contendo duas partes: a primeira continha questões relacionadas às variáveis sociodemográficas dos familiares. E a segunda constava de dados de interrogatório quanto à existência dos principais fatores de risco para a doença coronariana, conforme Framingham,⁴ além da mensuração de peso e altura, cálculo do índice de massa corporal (IMC) e classificação do nível de dependência do tabagismo,^{6,7} caso algum familiar relatasse essa dependência, segundo o Instrumento de Dependência do Tabagismo de Fagerstrom.

As variáveis sociodemográficas e sua respectiva categorização foram: sexo (feminino/masculino), idade (até 20 anos/ 21-50 anos / >51 anos), raça (branco/não branco), situação conjugal (casado/não casado), religião (católico/ evangélico/ outros), escolaridade (até ensino fundamental/ ensino médio/ ensino superior), número de conviventes e número de dependentes (variáveis contínuas), moradia (própria/não própria), renda familiar (foi obtida pela divisão da renda total da família pelo número de moradores do domicílio e analisada segundo o valor do salário mínimo – SM – vigente no ano de 2010 no Brasil, no valor de R\$ 510,00, sendo categorizada em: até cinco SM ou mais de cinco SM), ocupação (de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE⁸ – e categorizada em população economicamente ativa e população não economicamente ativa).

As variáveis relacionadas à doença coronariana foram avaliadas por meio da entrevista com os familiares, ou seja, foi-lhes questionado quanto a fatores de risco para a doença coronariana, tais como: tabagismo, etilismo, hipertensão arterial sistêmica

(HAS), diabetes *mellitus* (DM) e dislipidemia (DLP). Para a classificação do nível de atividade física realizada pelos familiares conviventes foram utilizadas as orientações da *American Heart Association* (AHA),⁹ que considera ser fisicamente ativo o indivíduo adulto que realiza pelo menos 30 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada pelo menos cinco dias por semana ou aeróbica vigorosa pelo menos 25 minutos no mínimo três dias por semana (ou a combinação de atividade moderada e vigorosa) ou aeróbica em dois ou três segmentos de 10 a 15 minutos por dia. A inatividade física em crianças e adolescentes (crianças com idade igual ou superior a 2 anos) é considerada pela AHA como a não realização de atividade aeróbica por pelo menos 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa todos os dias ou até dois segmentos de 30 minutos ou quatro segmentos de 15 minutos. A atividade física inclui exercícios aeróbicos como caminhar, subir escadas e praticar esportes.⁹ Portanto, foi questionado aos familiares quais os conviventes que realizavam essa prática de atividade física descrita.

Para a estratificação do nível de dependência nicotínica foi aplicado o Instrumento de Dependência do Tabagismo de Fagerstrom, que já é traduzido e validado no Brasil,^{6,7} nos familiares que relatavam o tabagismo. Esse instrumento avalia o nível de dependência nicotínica e consta de seis perguntas com diversas alternativas de resposta, que oscilam entre dois e quatro pontos, dependendo do item a ser avaliado.^{6,7} A pontuação varia de zero a 10 pontos e a categorização utilizada foi: 0 a 2 pontos, muito baixa; 3 a 4 pontos, baixa; 5 pontos, média; 6 a 7 pontos, elevada; e 8 a 10 pontos, muito elevada.

A avaliação antropométrica realizada por meio do cálculo do peso, altura e IMC foi feita somente nos familiares presentes na entrevista. Como não foram mensurados os dados antropométricos em menores de 18 anos, por não estarem presentes na entrevista, foi utilizada somente a classificação do índice de massa corporal para adultos de acordo com a Organização Mundial de Saúde.¹⁰ Com base nessa classificação, os pacientes foram classificados como: < 18,5 kg/m² (baixo peso), 18,5 a 24,9 kg/m² (eutrofia), 25,0 a 29,9 kg/m² (sobrepeso), 30 a 34,9 kg/m² (obesidade I), 35,0 a 39,9 kg/m² (obesidade II) e > 40 kg/m² (obesidade III).

Os resultados foram organizados, processados e armazenados em planilhas do *software Microsoft Office Excel*® 2007 e utilizou-se para o cálculo estatístico o programa SPSS versão 20.0. Foram realizadas análises descritivas utilizando-se cálculo de mínimo, máximo, média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas e frequências relativas e absolutas para as variáveis qualitativas. A análise das associações entre as variáveis sociodemográficas com os fatores de risco para doença arterial coronariana foi obtida por meio dos testes de associação de qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Foram considerados estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 158 familiares conviventes de 50 famílias, sendo que o número de conviventes na família no estudo variou de um a seis, com média de $3,16 \pm 1,37$ conviventes. O número de dependentes das famílias variou de nenhum a quatro e média de $1,54 \pm 1,15$ dependentes. Observou-se que a maior parte dos familiares conviventes de pacientes com síndrome coronária aguda mora com três a quatro conviventes, com média de um dependente por domicílio e em sua maioria possui moradia própria. Estes dados estão em consonância com os encontrados no censo demográfico do IBGE, que constatou média de 3,3 moradores por domicílio e 73,5% de domicílios próprios.¹¹

Em relação a idade, sexo e raça dos conviventes, observou-se que a idade variou de 10 a 70 anos: 36,7% com 20 anos de idade, 47,5% com 21 a 50 anos, com predominância do sexo feminino (n=89; 56%) e da raça branca (n=107; 67%).

Quanto à religião, estado civil, escolaridade e ocupação, verificou-se que mais da metade declarou-se católica (n=94; 59,5%), seguida de evangélicos (n=38; 24%). Os não casados (n=121; 76,6%) prevaleceram quando comparados aos casados (n=37; 23,4%). E em sua maioria, os indivíduos possuíam até o ensino fundamental (n=70; 44,3%), seguidos de ensino médio (n=52; 32,9%) e superior (n= 36; 22,8%). Quanto à ocupação, a maioria era economicamente ativa (n=75; 47%).

A renda familiar da maioria das famílias (n=50) foi de até cinco SM (n=37; 74,0%) e a maioria possuía moradia própria (n=38; 76,0%).

No que concerne às variáveis relacionadas à doença coronariana, os fatores de risco mais encontrados foram o sedentarismo, obesidade e etilismo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos fatores de risco dos familiares conviventes de pacientes hospitalizados por síndrome coronariana aguda segundo o relato individual de cada entrevistado – São Paulo, SP, Brasil, 2011

Fatores de risco	n (%)
Hipertensão arterial	18 (11,4)
Diabetes <i>mellitus</i>	7 (4,4)
Dislipidemia	14 (8,9)
Obesidade I/II	14 (23,7)
Sedentarismo	136 (86,1)
Etilismo	26 (16,4)
Tabagismo	24 (15,2)

Estudos^{1,12} mostram que as mudanças sociais, econômicas, demográficas, tecnológicas e culturais, decorrentes do processo de urbanização, globalização e industrialização, influenciaram nas últimas décadas, no Brasil, o estilo de vida e a saúde da população. As modificações do hábito alimentar e a redução

da atividade física justificam a prevalência da obesidade entre os brasileiros, sendo esta um fator preponderante para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.¹²

Em relação ao tabagismo, verificou-se que dos 24 familiares que relataram a dependência nicotínica, nove (37,5%) tinham grau de dependência do tabagismo muito baixo, seguido por seis (25,0%) com grau elevado, quatro (16,7%) com baixa dependência, três (12,5%) com dependência média e dois (8,3%) com dependência muito elevada de acordo com a escala de dependência nicotínica de Fagerstrom.

Ao avaliar a associação entre os fatores de risco da doença coronariana em familiares de pacientes internados por síndrome coronariana e as variáveis sociodemográficas, apurou-se com diferença estatística que quanto menor o número de conviventes, maior foi a prevalência de DM, embora não estatisticamente significativo verificamos essa tendência também para os demais fatores de risco, exceto o tabagismo (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação entre o número de conviventes e fatores de risco coronariano em familiares conviventes de pacientes com síndrome coronariana aguda – São Paulo, SP, Brasil, 2011

Fatores de risco	Presente ou Ausente	Número de conviventes		Valor p*
		1 a 3	4 a 6	
Hipertensão	Sim	5	0	0,058
	Não	23	22	
DM	Sim	2	0	0,049
	Não	26	22	
DLP	Sim	3	0	0,245
	Não	25	22	
Tabagismo	Sim	0	4	0,120
	Não	8	4	
Alcoolismo	Sim	4	1	0,368
	Não	24	21	
Obesidade	Sim	3	1	0,620
	Não	25	21	
Sedentarismo	Sim	22	21	0,324
	Não	6	1	

No que diz respeito a sexo, renda e raça, não foi obtida diferença estatisticamente significativa nos testes de associação entre os fatores de risco para a DAC.

Na análise entre os fatores de risco coronariano e a idade inferiu-se que os familiares com idade superior a 51 anos tinham maior prevalência de HAS, DM e DLP e o tabagismo e alcoolismo estiveram presentes com mais frequência na faixa etária de 21 a 50 anos (Tabela 3).

Estudos revelam que o aumento da faixa etária é diretamente proporcional ao aumento de fatores de risco para as

DCVs.¹³ A HAS representa um dos principais fatores de risco para a DAC e sua prevalência varia de 16,7 a 40,3%. Relaciona-se a idade, havendo significativo aumento de 39 a 59% em população com faixa etária de indivíduos acima dos 60 anos.¹⁴

Tabela 3 - Associação entre a idade e fatores de risco coronariano em familiares conviventes de pacientes com síndrome coronariana aguda – São Paulo, SP, Brasil, 2011

Fatores de risco	Presente ou Ausente	Idade			Valor de p*
		Até 20 anos	21 a 50 anos	51 a 70 anos	
Hipertensão	Sim	0	7	11	<0,001
	Não	58	68	14	
Diabetes	Sim	0	1	6	<0,001
	Não	58	74	25	
Dislipidemia	Sim	0	5	9	<0,001
	Não	58	70	16	
Alcoolismo	Sim	2	20	4	0,002
	Não	56	55	21	
Tabagismo	Sim	1	21	2	<0,001
	Não	57	54	23	

* teste exato de Fisher.

O DM encontra-se entre os principais fatores de risco para as DCVs, pois os portadores dessa doença apresentam risco coronariano elevado, já que o infarto do miocárdio é a complicação mais diagnosticada nessa população.¹³ Em 2025 estima-se que 64 milhões de indivíduos terão DM e que nos países em desenvolvimento haverá significativo aumento no grupo de 45-64 anos.¹⁴

A DLP relaciona-se a aterosclerose, processo inflamatório crônico associado à formação de placas de gordura (ateromas) nas paredes das artérias e, conseqüentemente, favorece o evento coronariano agudo.¹⁵ Estudo demonstrou que os idosos têm maior prevalência de DLP devido à sua associação com outras comorbidades tais como diabetes *mellitus*, obesidade e alcoolismo.¹⁵

O alcoolismo e o tabagismo, por sua vez, estiveram associados aos familiares com idade entre 21 e 50 anos. No mundo, aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, sendo que o início de tal hábito começa na adolescência, com a influência de amigos associado ao contexto social, comportamento este que se estende até a vida adulta.¹⁶ O mesmo estudo confirmou a prevalência do uso de álcool em indivíduos menores de 50 anos, sendo que esse resultado pode estar relacionado às dificuldades pessoais, profissionais e familiares, que faz com que os indivíduos busquem a bebida alcoólica na expectativa de diminuir a ansiedade, aumentar sensações de bem-estar e facilitar interações sociais.¹⁶

O tabagismo é o terceiro fator de risco mais frequente em populações com DCV.¹⁷ Estudo¹⁸ relatou minoria de fumantes nas idades menores de 25 e maiores de 65 anos, dados que corroboram os encontrados neste estudo, em que a maioria dos fumantes estava na faixa etária entre 21 e 50 anos. Pesquisa¹⁹ evidencia que problemas no cenário familiar e social contribuem para o desenvolvimento de comportamentos de risco, como o hábito de fumar, cujo comportamento está diretamente relacionado a outros comportamentos de risco, como o consumo de álcool – resultado este também encontrado no presente estudo.²⁰

Ao associar os dados de escolaridade a fatores de risco coronariano, obteve-se que os familiares com escolaridade concluída até o ensino fundamental apresentaram maior prevalência de HAS e DM, enquanto o mesmo grupo, porém com ensino superior completo, tinha maior prevalência de obesidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre a escolaridade e fatores de risco coronariano em familiares conviventes de pacientes com síndrome coronariana aguda – São Paulo, SP, Brasil, 2011

Fatores de risco	Presente ou Ausente	Escolaridade			Valor de p*
		Até ensino fundamental	Até ensino médio	Ensino superior	
Hipertensão	Sim	13	2	3	0,030
	Não	57	50	33	
Obesidade	Sim	2	2	5	0,050
	Não	68	50	31	
Diabetes	Sim	6	0	1	0,045
	Não	64	52	35	

* teste exato de Fisher.

HAS e DM relacionaram-se à baixa escolaridade e dados de estudo²¹ revelam a existência da associação entre o maior nível de escolaridade e/ou renda familiar e a menor prevalência de fatores de risco cardiovasculares, devido, provavelmente, a mais acesso à informação e a serviços de saúde, o que resulta na prática de hábitos de vida saudáveis.

Na análise entre os fatores de risco e o estado civil, foi evidenciado que os casados tiveram maior prevalência de fatores de risco, como: HAS, DM, DLP e alcoolismo (Tabela 5).

Quanto ao estado civil, observou-se que o DM, HAS e DLP relacionaram-se entre os indivíduos casados e o alcoolismo nos familiares não casados. Estudo²² revela que o relacionamento conjugal proporciona bem-estar pessoal e felicidade. Embora o casamento propicie afetos positivos, impõe ao casal necessidade de adaptações e, por sua vez, mudança de hábitos e rotinas para um convívio harmonioso. Tal fato pode expor o indivíduo ao estilo de vida não saudável e desenvolvimento de comorbidades, como DM, HAS e DLP. O alcoolismo foi associado aos

não casados, pelo fato de o consumo de bebidas alcoólicas iniciar-se em idades precoces, adolescência e adultos jovens. Nessas fases o indivíduo encontra-se mais suscetível aos comportamentos de risco, mais exposto aos afetos negativos e mais vulnerável aos sentimentos de depressão e desilusão,²² o que, conseqüentemente, faz com que ele consuma bebida alcoólica em busca de melhor interação social.

Tabela 5 - Associação entre o estado civil e fatores de risco coronariano em familiares conviventes de pacientes com síndrome coronariana aguda – São Paulo, SP, Brasil, 2011

Fatores de risco	Presente ou Ausente	Estado Civil		Valor de p*
		Não Casado	Casado	
Hipertensão	Sim	6	12	0,001
	Não	115	25	
Diabetes	Sim	2	5	0,002
	Não	119	32	
Dislipidemia	Sim	5	9	< 0,001
	Não	116	28	
Alcoolismo	Sim	15	11	0,010
	Não	106	26	

* teste exato de Fisher.

Houve mais associação entre a ocupação com o tabagismo e o etilismo, ou seja, observou-se que os pacientes com hábito mais acirrado do consumo de álcool e cigarro estavam no grupo dos familiares economicamente ativos com renda inferior a cinco salários mínimos. Isso pode estar relacionado ao estresse cotidiano no trabalho e nas relações familiares, fazendo com que os indivíduos busquem a sensação de bem-estar promovida pelo fumo e bebida alcoólica. Estudo²³ demonstra que o uso do álcool está relacionado ao nível econômico, devido à interação do indivíduo com os sistemas pessoais, sociais e econômicos, mostrando que, diante de dificuldades, o ser humano se expõe aos fatores de risco relacionados aos hábitos de vida.

É de extrema importância o controle dos fatores de risco para doenças crônicas, com o intuito de evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Neste estudo foram avaliados os fatores de risco cardiovascular em familiares conviventes de pacientes internados por SCA, pois se acredita que os mesmos hábitos de vida que ocasionaram o evento agudo coronariano do paciente sejam os mesmos praticados pelos familiares, ou seja, ambos compartilham dos mesmos fatores de riscos associados às doenças cardiovasculares.

Para atuar com estratégias voltadas para a prevenção, promoção, recuperação, adesão ao tratamento, controle da doença e proporcionar melhor qualidade de vida, é fundamental conhecer a realidade e o perfil não só dos pacientes interna-

dos, bem como de seus familiares conviventes, que influenciam direta e indiretamente nas atitudes de toda a família. Assim, devem-se considerar a individualidade, integralidade, os fatores de riscos modificáveis e não modificáveis relacionados aos hábitos/estilo de vida inadequados e favoráveis ao desenvolvimento da doença e estimular a melhoria nos indicadores socioeconômicos para reduzir a morbimortalidade da DAC.

Tendo em vista que existe alta prevalência de fatores de risco cardiovascular em familiares de pacientes sabidamente coronariopatas, faz-se necessária a incorporação de intervenções de enfermagem para toda a família, que abordem a correção de hábitos de vida inadequados à saúde cardiovascular, com o intuito de reduzir a incidência e prevalência de eventos isquêmicos cardíacos e, conseqüentemente, a mortalidade.²⁴

A família participa de forma direta no cuidado dos indivíduos tanto em situações de doença como de saúde, em especial quando há um signifiante nesse processo. Portanto, destaca-se a importância na adesão ao tratamento dos pacientes, na promoção e prevenção da saúde.²⁵ Para que isso ocorra, deve haver a cooperação de toda a estrutura familiar e, diante disso, deve-se conhecer não só os fatores de risco e hábitos de vida dos pacientes, mas também de seus familiares conviventes, a fim de promover a educação em saúde.

CONCLUSÕES

Constatou-se que o perfil dos indivíduos estudados é, em sua maioria, do sexo feminino, economicamente ativo, renda familiar de até cinco salários mínimos, baixa escolaridade com crenças religiosa e núcleo familiar com alto número de familiares conviventes que influenciam diretamente no desenvolvimento de todo o grupo. As comorbidades mais encontradas foram a obesidade, o sedentarismo e o etilismo.

A idade acima de 51 anos teve mais associação com DM, HAS e DLP; e idade entre 21 e 50 anos com o hábito do etilismo e tabagismo. O menor número de conviventes teve associação significativa com DM e o menor nível de escolaridade com a HAS, obesidade e o diabetes. O estado civil casado teve mais associação com DM, HAS, DLP e alcoolismo.

Sabe-se que o perfil sociodemográfico interfere na relação biopsicossocial e contribui de forma favorável para o desenvolvimento de hábitos de vida inadequados e fatores de risco associados a doenças cardiovasculares e outras comorbidades.

Diante dos resultados encontrados, em que os familiares de pacientes coronarianos possuem importante prevalência de fatores de risco, acredita-se que é fundamental que a equipe multiprofissional reconheça a importância da instituição de programas de educação em saúde, visando estabelecer formas educacionais que abranjam tanto o paciente quanto seus familiares conviventes.

AGRADECIMENTO

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) número processo PIBIC/CNPq: 111820/2010-3.

REFERÊNCIAS

1. Simão AF, Prêcoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2013[citado em 2011 jun. 15];101(Supl.2):1-63. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.asp
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informação e Informática do SUS. Informações de saúde: cadernos de informação de saúde do Brasil, 2011. Brasília: MS; 2011. [citado em 2012 jan. 20]. Disponível em: <http://datasus.gov.br/cadernos/geral/br/BrasilGeralBR.xls>
3. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc Saúde Coletiva. 2012[citado em 2011 jun. 15];17(1):7-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100004
4. Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie N, Stokes J. Factors of risk development of coronary heart disease-six years follow-up experience: the Framingham study. Ann Intern Med. 1961[citado em 2011 jun. 15];55:33-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13751193>
5. Ferreira HP, Martins LC, Braga ALF, Garcia MLB. O impacto da doença crônica no cuidador. Rev Bras Clin Med. 2012[citado em 2011 jun. 15];10(4):278-84. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3045.pdf>
6. Carmo JT, Pnevovs AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. Rev Bras Med. 2002[citado em 2011 jun. 15];59(1/2):73-80. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1798&fase=imprime
7. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991[citado em 2011 jun. 15];86:1119-27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1932883>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2004.
9. Strath SJ, Kaminsky LA, Ainsworth BE, Ekelund U, Freedson PS, Gary RA, et al. Guide to the Assessment of Physical Activity: clinical and research applications a scientific statement from the American Heart Association Circulation. 2013[citado em 2011 jun. 15];128(20):2259-79. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24126387>
10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization; 1998.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Famílias e Domicílios: resultados da amostra. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010.
12. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2013[citado em 2011 jun. 15];100(Supl.3):1-40. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Gorduras.pdf
13. Silva VR, Cade NV, Molina MCB. Coronary risk and associated factors in hypertensive patients at a family health clinic. Rev Enferm UERJ. 2012[citado em 2011 jun. 15];20(4):439-44. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a05.pdf>
14. Soares GP, Brum JD, Oliveira GMM, Klein CH, Silva NAS. Evolução de indicadores socioeconômicos e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil. Arq Bras Cardiol. 2013[citado em 2011 jun. 15];100(2):147-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200007
15. Xavier HT, Izar MC, Faria NJR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013[citado em 2011 jun. 15];101(Supl.1):1-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001
16. Cavariani MB, Oliveira JB, Correa FK, Lima MCP. Positive expectations towards alcohol use and binge drinking: gender differences in a study from the GENACIS project. São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública. 2012[citado em 2011 jun. 15];28(7):1394-404. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700017
17. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Accumulated behavioral risk factors for cardiovascular diseases in Southern Brazil. Rev Saúde Pública. 2012[citado em 2011 jun. 15];46(3):534-42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22450564>
18. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
19. Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta DC. Smoking exposure among school children in Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2010[citado em 2011 jun. 15];15(2):3027-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800007
20. Albrecht DS, Kareken DA, Yoder KK. Effects of smoking on D2/D3 striatal receptor availability in alcoholics and social drinkers. National Institutes of Health, Brain Imaging Behav. 2013[citado em 2011 jun. 15];7(3):1-17. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818334/>
21. Souza RKT, Bortoletto MSS, Loch MR, González AD, Matsuo T, Cabrera MAS, et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. 2013[citado em 2011 jun. 15];22(3):435-44. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300008
22. Comin FS, Santos MA, Souza RM. Expressão do afeto e bem-estar subjetivo em pessoas casadas. Estud Psicol. 2012[citado em 2011 jun. 15];17(2):321-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/17.pdf>
23. Thompson RG, Greenstein E, Grant BF, Hasin DS. Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States. National Institutes of Health. Am J Public Health. 2013[citado em 2011 jun. 15];103(2):1-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865876/>
24. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem – NIC. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 944 p.
25. Squarcini CFR, Silva LWS, Reis JF, Pires EPOR, Tonosaki LMD, Ferreira GA. A pessoa idosa, sua família e a hipertensão arterial: cuidados num programa de treinamento físico aeróbio. Rev Temática Kairós Gerontol. 2011[citado em 2011 jun. 15];14(3):105-25. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6492/4708>