# PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Caroline Simões Teixeira[1], Sarita Barbosa Sanches[2], Ivan dos Santos Vivas[3]

[1]Fisioterapeuta Diretora da área de Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTA) – Santos/SP.
[2]Fisioterapeuta, Chefe do Serviço de Fisioterapia da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS).
[3]Fisioterapeuta, Supervisor de Estágio da Universidade Santa Cecília (UNISANTA) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Docente do Curso de Fisioterapia da UNISANTA – Santos/SP.

**Resumo:** Esta pesquisa tem como objetivo determinar a prevalência de fatores de risco em pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com objetivo específico de separação de gêneros. Para isso, foi realizado um estudo observacional do tipo transversal com 104 voluntários internados na Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), no período de 2011 a 2015. Os pacientes foram avaliados por meio de um questionário onde foram coletadas informações de antecedentes pessoais e hábitos de vida dos mesmos e verificados a altura e peso do indivíduo a fim de traçar o índice de massa corpórea (IMC) para avaliação do grau de obesidade. Foi predominante o gênero masculino (n= 76; 73,1%), de etnia caucasiana (n= 62; 59,6%) e média de 62,56 ± 11,21 anos de idade. O antecedente pessoal mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 68,3% (n= 71) da amostra. Em relação aos hábitos de vida pessoais, houve a prevalência do sedentarismo (n = 63; 60,6%) sendo a média do IMC maior que o esperado, classificada em obesidade leve. Na comparação entre os gêneros, foi possível observar diferença significativa nos fatores dislipidemias (DLP) (p=0,002), Diabetes Melitus(DM) (p=0,035) e Doença Vascular Periférica (p=0,015) nas mulheres enquanto a ingesta de álcool(p=0,001) e o tabagismo (p=0,009) predominam nos homens. Não foi observada diferença significativa nos demais fatores de risco entre homens e mulheres. Dessa maneira, foi possível concluir que a presença de diversos fatores de risco leva ao desenvolvimento do IAM, sendo necessárias estratégias de prevenção e controle dos mesmos na tentativa de redução dos índices de DVP.

**Palavras-chave:** Infarto do miocárdio; fatores de risco; gênero.

## PREVAILLING RISK FACTORS FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

***Abstract:*** The aim of this research is to prove that there is a prevailance of certain risk factors according to the gender ( male or female) in patients who had AMI. A survey was run with 104 volunteers who were being treated at Santa Casa de Santos from 2011 to 2015. The survey was done with questions about their lifestyle, healthy and risk factors. Also, their heights and weights were checked using the hospital scale and the stadiometer to check the body weight and measured in order to check the level of obesity. In this case, the male gender was predominant (n= 76; 73,1%), caucasian ethnicity (n= 62; 59,6%) and avarage of 62,56 ± 11,21 years old. Blood pressure was also predominant 68,3% (n= 71) in the samples. Sedentarism was prevalent (n = 63; 60,6%) and a light obesity was higher than expected.

Comparing the genders, it was possible to observe significant difference in dyslipidemia (DLP) (p=0,002), Diabetes Melitus (DM)(p=0,035) and peripheral vascular disease (PVD)(p=0,015) in the female gender; however, smoking (p=0,009) and alcoholism (p=0,001) were more frequent among men. There was no significant diference among the other risk factors. All in all, we could conclude that the presence of many factors can lead to the development of AMI. Therefore, controlling and prevention are important to avoid the PVD index.

***Keywords:*** myocardial infarction, risk factors, gender.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem as principais causas de morte e o maior problema de saúde pública no mundo[1-8]. São também responsáveis pelo maior número de morbidades e incapacitações entre os países desenvolvidos[1-8], dentre estas, a doença arterial coronariana (DAC) resulta em maior incidência na população[3,5,8-10]. No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morte, sendo responsáveis por, em média, 31% dos óbitos por causas conhecidas[1,2,4-7,11-13], principais alocações de recursos públicos em hospitalizações, motivo de permanência hospitalar prolongada[1,5,8,12] e vêem sendo um obstáculo para as autoridades de saúde pública por serem doenças crônicas de difícil prevenção e alto custo social[4,5,12]. A projeção para o ano de 2020 é de que 40% das mortes estarão relacionadas à doença arterial coronariana[5,7,8,13], sendo o infarto agudo do miocárdio a principal causa[1,3, 5,8,13-15].

A grande responsável pelas doenças coronarianas geralmente, é a aterosclerose[6,9,15,16], que é uma condição em que ocorre o acumulo de placas fibro-gordurosas chamadas de ateroma que possuem cálcio, colesterol, células do sistema imunológico entre outros elementos na parede das artérias que leva ao estreitamento e enrijecimento das mesmas de forma difusa ou localizada[9,16]. O processo de aterosclerose tem início a partir de uma lesão endotelial[9,16], que continuada leva à evolução da placa, e a diminuição do diâmetro do vaso[9], podendo chegar à obstrução completa, diminuindo a demanda de oxigênio e nutrientes para o coração devido comprometimento da artéria coronária, que terá sua função comprometida levando a repercussões diversas[9,17], sendo uma delas, o infarto agudo do miocárdio[9,16,18].

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é resultado da estenose da artéria coronária, quase sempre consecutivos de aterosclerose[14,18], gerando isquemia que de forma prolongada leva à um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio do miocárdio resultando em lesão da musculatura e, parte do coração acometido entra em necrose e conseqüentemente perda de função[1,9,14,18].

São inúmeros os fatos que estão relacionados com a importância cada vez maior dessa doença e é fundamental o conhecimento dos mesmos para buscar formas de prevenção [2], diminuindo a mortalidade e morbidade, melhorando assim,

expectativa e qualidade de vida da população[10] e conseqüentemente diminuindo a incidência de infarto[2,7,8,10,12,13].

De acordo com os dados do estudo de Framingham[2,3,6,11,12], dentre os principais fatores de risco relacionados a esta moléstia encontram-se o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias e obesidade, sendo classificados como fatores de risco modificáveis[2-4,6,10-13,15]. Existem também os fatores de riscos não modificáveis que são a idade, sexo e hereditariedade[2-4,6,10-13,15]. Os hábitos de vida também vêem a serem fatores que contribuem para o IAM, como o estresse, álcool (seu consumo exagerado acarreta lesão no músculo cardíaco) e o sedentarismo (levando ao excesso de peso, gorduras, podendo desencadear outros fatores de risco)[3,4,10-13,15].

Dentre dos fatores de risco modificáveis o tabagismo é um dos principais[2,10-12] onde a nicotina contida no cigarro provoca um estreitamento da artéria e conseqüentemente diminui a oferta de sangue para as artérias do coração[11], também lesando o endotélio e possuindo efeito pró-coagulante[10,11]; as dislipidemias são caracterizadas por alterações metabólicas lipídicas[11], levando ao aumento de triglicerídeos, taxa de lipoproteína de muita baixa densidade (VLDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL) e diminuição de lipoproteína de alta densidade(HDL) no sangue ocasionado por sedentarismo e dieta rica em gordura[10,11]; a hipertensão arterial que corresponde à elevação dos níveis de pressão sanguínea[10,21] acima de 140/90mmHg[11,21,22], de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[22] ; a obesidade é um excesso de tecido adiposo e peso que está relacionado com o aumento da taxa de lipídeos[11] podendo gerar complicações cardiovasculares em indivíduos com risco[10,23] ; o diabetes mellitus (DM) é uma doença definida por uma deficiência total ou parcial de insulina ou de sua ação, ocorrendo aumento dos níveis de glicose sanguínea e alterações de proteínas e lipídios[11]. Os níveis altos de glicose acarretam a formação do ateroma, comprometendo o sistema vascular[24]. É responsável como causa secundária de internações hospitalares ou mortalidade em decorrência de doenças circulatórias[25].

Dentro dos fatores de risco não modificáveis encontram-se a idade[10], onde o aumento da mesma está associado a mudanças hemodinâmicas e anatômicas no sistema cardiovascular. A idade média em que os homens são acometidos pelo infarto está entre 45 anos, enquanto nas mulheres ocorre em idades mais avançadas, sendo após os 55 anos[10]; a hereditariedade[2,3,11], pois mesmo quando os

fatores de risco da doença são controlados, se a pessoa possui antecedentes familiares que desenvolveram a doença, geralmente tem o risco dobrado em adquirir IAM, embora se considere que o risco seja uma combinação de fatores ambientais com genéticos[2,11]. Outro fator importante é o sexo, onde prevalecem os casos de infarto em homens do que em mulheres[10], devido ao fato que de que os hormônios femininos aumentam o HDL no sangue com isso diminuindo o colesterol sanguíneo e pelos hábitos de vida serem mais saudáveis em mulheres do que homens[10].

Visto que a obesidade tem uma grande relação com o IAM pelo sedentarismo e/ou dieta inadequada[26], índices antropométricos são utilizados para avaliação da composição corporal e um dos mais utilizados é o Índice de Massa Corporal(IMC) que é reconhecido pela OMS como padrão internacional para avaliação do grau de obesidade e estado nutricional do indivíduo[27], classificando-os em grupos, tendo tendência maior a morbidade indivíduos classificados acima do peso[28].

A fisioterapia também tem um papel importante no controle dos fatores do risco, no tratamento e reabilitação cardiovascular, proporcionando a cada paciente um programa de treinamento físico apropriado[9,11,13] que tem como objetivo reduzir níveis glicêmicos, melhora da sensibilidade à insulina, redução de pressão arterial, controle de peso corporal e redução do percentual de gordura, melhora de força, condicionamento cardiovascular, melhorando auto-estima e qualidade de vida para que possam recuperar uma vida produtiva e ativa[9,11,13,19] e por fim, tem um importante papel na orientação e no tratamento de pessoas que querem abandonar o cigarro, criando programas para o abandono do fumo[11].

No Brasil, o conhecimento sobre a prevalência dos fatores de risco ainda é pequeno e sempre baseado em estudos em diferentes populações, não obtendo resultado apropriado. A redução ou controle de tais fatores de risco modificáveis se tornam a abordagem clínica primária para prevenir e diminuir as taxas de morbidade e mortalidade devido à DAC, reduzindo assim o número de indivíduos acometidos pelo IAM e contribuindo para a aplicação de medidas terapêuticas mais eficazes e especificas para cada tipo de paciente.

Este estudo tem como objetivo determinar a prevalência de fatores de risco em pacientes que sofreram de infarto agudo do miocárdio, tendo como objetivo específico verificar sua ocorrência entre os gêneros (masculino e feminino) para melhor precisão de tratamentos e prevenções da doença.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal.

### População estudada

A pesquisa contou com a participação de 104 pacientes voluntários que sofreram de infarto agudo do miocárdio, que seguiram os critérios de inclusão e exclusão.

*Critérios de inclusão*

- Paciente em pós-infarto agudo do miocárdio já estabilizado, internado em enfermaria;
- Ambos os sexos;
- Estar internado/a na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos;
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

*Critérios de exclusão*

- Preenchimento incompleto dos formulários;
- Desistência do protocolo;
- Intercorrência hospitalar;
- Estar restrito ao leito, incapacidade de deambulação;

### Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa iniciada no ano de 2011, aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, estando sob protocolo 35/2011, não tendo necessidade de aprovação pelo CEP da Unisanta/Santos-SP pois no ano de aprovação, os projetos não eram lançados na Plataforma Brasil. Vale ressaltar que este estudo seguiu todas as recomendações da resolução 196/96 na época e atualmente da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde(CNS).

Após breve esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do TCLE, os pacientes foram avaliados em suas respectivas alas dentro da ISCMS por meio de um questionário com informações de identificação, antecedentes pessoais e hábitos de vida dos mesmos. Em seguida foram coletados o peso e estatura do paciente para avaliação da composição corporal.

*Instrumentos da pesquisa*

O questionário é composto por quatro partes, sendo a primeira composta pela identificação do paciente com nome, idade, sexo e raça, a segunda por questões relacionadas à saúde do indivíduo: se o mesmo realizava tratamento para alguma doença, fazia o uso regular de medicamento e se possuía HAS, DM, dislipidemias, doença vascular periférica(DVP) e acidente vascular encefálico(AVE), a terceira por dados relacionados aos hábitos de vida e fatores de risco: se fazia ingesta de bebidas alcoólicas, uso de cigarro e se realizava atividade física regularmente e por fim a quarta, na qual foram coletados o peso (com utilização da balança do hospital) e a mediçao de estatura (com utilização do estadiômetro da própria balança) para obtenção do IMC.

O IMC foi obtido realizando a divisão do peso em quilogramas pela altura em metros elevado ao quadrado. A partir dos resultados, os indivíduos foram classificados, em: baixo peso (valores menores que 18,5kg/m²), aceitável ou ideal (de 18,5 a 24,9 kg/m²),), obesidade leve (de 25,0 a 29,9 kg/m²),), obesidade moderada (de 30,0 a 39,9 kg/m²),) e obesidade severa (maior ou igual a 40,0 kg/m²).

**Análise estatística**

Os dados coletados pelo autor do presente estudo foram tabulados juntamente com os dos colaboradores no programa Microsoft Office Excel 2003 e posteriormente transferidos para o programa SPSS® 16.0 para a realização de análise estatística descritiva.

Para avaliar a normalidade dos dados numéricos foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov onde a variável idade seguiu a curva Gaussisana, já o valor do IMC teve distribuição assimétrica, no qual serão expressos em média e desvio padrão (DP). Para a comparação dos dados paramétricos foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes, já a comparação dos dados não paramétricos foi utilizado o teste de Mann-Withney. Os dados categóricos foram expressos em freqüência relativa e absoluta e foram utilizados os testes Qui-quadrado e/ou Exato de Fisher para sua comparação.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 104 pacientes voluntários, com média de idade de 62,56 ± 11,21 com predomínio do gênero masculino sendo mais da metade da amostra (73,1%) prevalência étnica de caucasianos (59,6%), seguido por pardos (28,8,%) e negros (10,6%). Segundo o IMC para considerar o fator obesidade da amostra, a média encontra-se classificada em obesidade leve (IMC de 25,0 à 29,9kg/m²).

Relacionado ao IAM, 78,8% dos voluntários faziam uso regular de medicamento e 79,8% realizavam tratamento para alguma doença precedente.

De acordo com os antecedentes pessoais (Tabela 1), a predominância foi em HA, estando presente em 68,3% dos voluntários, ou seja, mais da metade da amostra.

Tabela 1 – Caracterização de acordo com antecedentes pessoais.

| VARIÁVEL | Fi | Fr (%) |
|---|---|---|
| **HAS** | | |
| Sim | 71 | 68,3 |
| Não | 27 | 26,0 |
| Não sabe referir | 6 | 5,8 |
| **DLP** | | |
| Sim | 33 | 31,7 |
| Não | 51 | 49,0 |
| Não sabe referir | 20 | 19,2 |
| **DM** | | |
| Sim | 30 | 28,8 |
| Não | 72 | 69,2 |
| Não sabe referir | 2 | 1,9 |
| **DVP** | | |
| Sim | 16 | 15,4 |
| Não | 82 | 78,8 |
| Não sabe referir | 6 | 5,8 |
| **AVE** | | |
| Sim | 5 | 4,8 |
| Não | 96 | 92,3 |
| Não sabe referir | 3 | 2,9 |

**Legenda**: AVE: Acidente Vascular Encefálico; DLP: Dislipidemias; DM: Diabete Melitus; Fi: freqüência absoluta; Fr: freqüência relativa; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na tabela 2 são mostrados os resultados de acordo com os hábitos de vida de cada voluntário, concluindo-se que 60,6% não realizavam nenhum tipo de atividade física com freqüência, 38,5% eram fumantes, 36,5% ex fumantes e 43,3% faziam ingesta de bebidas alcoólicas.

Tabela 2 – Caracterização de acordo com os hábitos de vida.

| VARIÁVEL | Fi | Fr(%) |
|---|---|---|
| **SEDENTARISMO** | | |
| Sim | 63 | 60,6 |
| Não | 41 | 39,4 |
| **TABAGISMO** | | |
| Fumante | 40 | 38,5 |
| Ex fumante | 38 | 36,5 |
| Não fumante | 26 | 25,0 |
| **INGESTA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS** | | |
| Sim | 45 | 43,3 |
| Não | 59 | 56,7 |

**Legenda:** Fi- Freqüência Absoluta; Fr – Freqüência Relativa.

O resultado da amostra dos 104 voluntários identificou que 76 são homens e 28 mulheres. De acordo com a Tabela 3, destes homens, a predominância de acordo com os antecedentes pessoais foi em HAS, estando presente em 63,2% dos mesmos da mesma forma que para as mulheres, totalizando 82,1% das mesmas, porém não foi observada diferença significativa entre os dois gêneros (p= 0,098).

Na comparação entre os gêneros (ainda na Tabela 3), observa-se que os fatores de risco DLP (p= 0,002), DM (p= 0,035) e DVP (p= 0,015) apresentaram diferença significativa estando mais presentes nas mulheres.

Enquanto em relação ao hábito de vida (Tabela 4), a ingesta de álcool (p= 0,001) e o tabagismo (p= 0,009) apresentaram diferença significativa, só que desta vez mais prevalente no gênero masculino. Em relação ao tabagismo foi encontrada uma alta incidência de mulheres não tabagistas (n=13; 46,4%). Na tabela 4 também se observa que o sedentarismo liderou na prevalência tanto dos homens (n= 46; 60,5%) quantos das mulheres (n= 17; 60,7%), presente em mais da metade dos mesmos, porém não apresentando diferença significativa entre eles (p= 0,585).

Tabela 3 – Comparação dos antecedentes pessoais de acordo com o gênero.

| | MASCULINO | | FEMININO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VARIÁVEL** | **Fi** | **Fr(%)** | **Fi** | **Fr(%)** | **p-valor** |
| **HAS** | | | | | |
| SIM | 48 | 63,2 | 23 | 82,1 | 0,098[a] |
| NÃO | 24 | 31,6 | 3 | 10,7 | |
| NÃO SABE REFERIR | 4 | 5,3 | 2 | 7,1 | |
| **DLP** | | | | | |
| SIM | 17 | 22,4 | 16 | 57,1 | 0,002[a] |
| NÃO | 41 | 53,9 | 10 | 35,7 | |
| NÃO SABE REFERIR | 18 | 23,7 | 2 | 7,1 | |
| **DM** | | | | | |
| SIM | 17 | 22,4 | 13 | 46,4 | 0,035[a] |
| NÃO | 58 | 76,3 | 14 | 50 | |
| NÃO SABE REFERIR | 1 | 1,3 | 1 | 3,6 | |
| **DVP** | | | | | |
| SIM | 7 | 9,2 | 9 | 32,1 | 0,015[a] |
| NAO | 64 | 84,2 | 18 | 64,3 | |
| NÃO SABE REFERIR | 5 | 6,6 | 1 | 3,6 | |
| **AVE** | | | | | |
| SIM | 4 | 5,3 | 1 | 3,6 | 0,911[a] |
| NAO | 70 | 92,1 | 26 | 92,9 | |
| NÃO SABE REFERIR | 2 | 2,6 | 1 | 3,6 | |

**NOTA:** p-valor referente ao teste Qui-quadrado de Pearson[a].
**Legenda**: AVE: Acidente Vascular Encefálico; DLP: dislipidemias; DM: Diabete Melitus; Fi: freqüência absoluta; Fr: freqüência relativa; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Tabela 4 – Comparação dos hábitos de vida de acordo com o gênero.

| | MASCULINO | | FEMININO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VARIÁVEL** | **Fi** | **Fr(%)** | **Fi** | **Fr(%)** | **p-valor** |
| **SEDENTARISMO** | | | | | |
| Sim | 46 | 60,5 | 17 | 60,7 | 0,585[a] |
| Não | 30 | 39,5 | 11 | 39,3 | |
| **TABAGISMO** | | | | | |
| Fumante | 33 | 43,4 | 7 | 25 | 0,009[b] |
| Ex fumante | 30 | 39,5 | 8 | 28,6 | |
| Não fumante | 13 | 17,11 | 13 | 46,4 | |
| **INGESTA DE BEBIDAS ALCOOLICAS** | | | | | |
| Sim | 40 | 52,6 | 5 | 17,9 | 0,001[a] |
| Não | 36 | 47,4 | 23 | 82,1 | |

**Nota:** p-valor referente ao teste Exato de Fisher[a] e Qui-quadrado de Pearson[b].
**Legenda**: Fi: Freqüência absoluta; Fr: Freqüência Relativa.

## DISCUSSÃO

No presente estudo pode-se dizer que a prevalência de IAM ocorre com mais freqüência em homens, com media de idade de 62 anos, etnia caucasiana, achado semelhante aos estudos de Colombo et al (1997)[3], Silva et al (1998)[6], Lemos et al (2010)[28], Colombo et al (2003)[29], divergindo somente no resultado encontrado no estudo de Gama(2011)[30] em Salvador/BA em relação a etnia dos pacientes, que aponta uma predominância de pardos e negros, entretanto essa alteração pode ter sido gerada tendo em vista que a população de Salvador possui um maior numero de negros e pardos comparados a população de São Paulo. Neste mesmo estudo, a média de idade encontra-se de 58 anos, chamando atenção por indicar uma população com tendência a apresentar a doença mais precocemente, diferentemente do resultado obtido nesta pesquisa.

A HAS liderou dentre os antecedentes pessoais em relação aos outros fatores, estando presente em mais da metade da amostra, seguindo o mesmo padrão dos resultados dos demais estudos[3,6,28,30], corroborando-se esta, portanto, como um importante fator de risco para a ocorrência do IAM. Segundo Nicolau(1999)[31], a HAS é um dos fatores de risco mais importantes para a doença aterosclerótica, sendo o seu desenvolvimento proporcional aos aumentos de níveis pressóricos, tendo em vista que a incidência de óbitos em pessoas hipertensas com diagnóstico de IAM é maior do que em pessoas normotensas[31]. Ainda sobre a HAS, vale ressaltar que a longo prazo, as chances de reinfarto no grupo de hipertensos é significamente maior[31] da mesma forma que a presença de falência ventricular durante a fase hospitalar, contribuindo ainda mais para a mortalidade e morbidade gerada por este importante fator de risco[31].

De acordo com a literatura[28,30,32], além da HAS seguem-se por ordem de prevalência os seguintes antecedentes: dislipidemias, DM, DVP e AVE, o que também vai de encontro com os resultados obtidos no presente estudo, excetuando-se a pesquisa de Colombo et al(1997)[3] que apresentou um percentual igual para DVP e AVE, ambos com 6,4%.

No presente estudo, o sedentarismo foi constatado como o hábito de vida mais prevalente tanto em homens quanto mulheres, ou seja, pacientes que não realizavam nenhuma atividade física regular, o que vai de acordo com os estudos de Lemos et al(2010)[28] que expressou percentual de mais de 50% da população

estudada, e Colombo et al(1997)[3] que objetivou identificar estilo de vida e fatores de risco para IAM em pacientes que tinham sofrido o primeiro infarto, constatando um percentual de 79,6% dos pacientes, o que sugere que o sedentarismo mostrou ser um fator de risco potente para o desenvolvimento do IAM, evidenciando-se que a atividade física diminui o risco de distúrbios ateroscleróticos[3], o que pode também ter contribuído para as prevalências elevadas de obesidade e sobrepeso da amostra devido a média do IMC ter sido classificada em obesidade leve.

Outro hábito que se encontra presente em grande parte da pesquisa sendo muito prejudicial é o tabagismo, onde o número de fumantes como também de ex-fumantes apareceram em uma parcela significativa da amostra, o que vai de concordância com os estudos de Colombo et al (1997)[3] com 44,9% fumantes e 21,8% ex-fumantes, Lemos et al (2010)[28] com 39,5% fumantes, Silva et al(1998)[6] com 41,69% fumantes e Avezum et al(2005)[7] que demonstrou o tabagismo como o fator de risco mais prevalente e importante para o aparecimento de IAM sendo constatado que o consumo de um a cinco cigarros/dia aumenta o seu risco em 40%[28].

Quanto aos não fumantes, certificou-se em um estudo[3] que 52% da amostra eram considerados fumantes passivos, com níveis elevados de monóxido de carbono expirado, diminuição da função pulmonar e, portanto o aumento do risco de desenvolvimento da DAC, podendo ser comparados aos indivíduos tabagistas[3].

O etilismo foi o hábito de vida menos prevalente, porém apresentou uma porcentagem alta e significativa neste estudo. Na pesquisa de Lemos et al (2010)[28], o resultado foi bem menor, com 14,4%.

Na comparação entre os gêneros do presente estudo, foi concluído que os fatores de risco DLP, DM e DVP apresentaram diferença significativa, estando mais presentes em mulheres.

Em relação ao DM, no estudo de Schaan et al (2004)[33] também prevaleceu o sexo feminino, porém o estudo de Lerario et al(2008)[34] não garante uma explicação satisfatória para a prevalência de DM em mulheres, que talvez possa estar ligada a menor proteção hormonal associada ao desenvolvimento da menopausa.

A dislipidemia é um fator que se agrava em várias situações, inclusive no período do climatério das mulheres[35], que compreende a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, ocorrido normalmente dos 45 aos 60 anos, caracterizado por mudanças endócrinas (atividade ovariana diminuída),

biológicas(declínio da fertilidade) e clínicas conseqüentes das alterações do ciclo menstrual e os mais variados sintomas que conseqüentemente aumentam os níveis de lipídeos séricos[35] . Também nesta fase, ocorre a diminuição de atividades físicas e o aumento do consumo alimentar devido à idade[35]. Nesse sentido, pode se explicar a maior prevalência em mulheres do presente estudo, visto que a maioria delas encontra-se nessa mesma faixa etária.

De acordo com o estudo de Makdisse et al[36], a DVP foi mais prevalente em mulheres, corroborando a presente pesquisa, e pode ser explicado pela inatividade física, tabagismo, obesidade, sendo fatores de risco que levam a tal patologia[36,37], estando, inclusive, presentes nas mulheres do presente estudo.

A ingesta de álcool e o tabagismo apresentaram diferença significativa no presente estudo, só que desta vez mais prevalentes nos homens, o que vai de acordo com o estudo de Costa (2004)[38] que indicou que homens, fumantes pesados e com pior nível socioeconômico são os grupos com maior consumo abusivo de álcool e também comprovando que homens têm menor cuidado com sua saúde comparado às mulheres, que se fazem mais presentes nos serviços de saúde[38]. A identidade masculina está associada a desvalorização do auto-cuidado[39], ou seja, a responsabilidade dos homens com sua própria saúde é raramente vista no dia a dia, fazendo com que os mesmos procurem serviços de saúde que atendam suas necessidades mais rápido, como farmácias e pronto-socorros que muitas vezes acabam não sendo suficientes[39].

Leva-se em consideração que, a presença de fatores de risco associados a problemas de saúde variem conforme o gênero[40], ou seja, problemas como obesidade, stress e pressões ligadas aos papéis sociais representados pelas mulheres são vistos como fatores que aumentam o risco de doenças neste grupo, já entre os homens o problema se dá pelo prejudicial estilo de vida, ocorrendo mais a ingestão de álcool, tabagismo e desvantagens em situações que sejam relacionadas ao trabalho, aumentando o risco dos mesmos a problemas de longo prazo[40].

Acredita-se que os homens assumem um comportamento pouco saudável devido a seus modelos de masculinidade e acabam tendo dificuldades em expressar suas necessidades de saúde, pois pode significar uma possível demonstração de fraqueza perante aos outros[39]. Isto também pode contribuir para um melhor entendimento sobre a prevalência dos homens com IAM, abordado no presente estudo.

## CONCLUSÃO

Constatou-se a HAS como o fator de risco com maior prevalência nos indivíduos avaliados da mesma forma que dentre os hábitos de vida, o sedentarismo liderou, ambos com mais da metade do percentual da amostra.

Diante da comparação entre homens e mulheres, aponta-se diferença significativa em DLP, DM e DVP, estando mais presentes nas mulheres, em contrapartida nos homens, o tabagismo e a ingesta de álcool apresentaram diferença significativa. Frente ao exposto, sugerem-se estratégias de prevenção e programas de reabilitação para tal população, a fim de que tenha uma tentativa de redução dos índices de DVC.

## REFERÊNCIAS

1.Pesaro AEP, Serrano CV, Nicolau JC. Infarto Agudo do Miocárdio – Síndrome Coronariana Aguda com supradesnível do segmento ST. *Rev. Assoc Med Bras.* 2004; 50(2): 214-20

2. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq. Bras. Cardiol*. 2002; 78(5): 478-83.

3. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev.latino-am.enfermagem*. 1997; 5(2): 69-82.

4. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(4): 684-91.

5. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.* 2012; 27(3); 411-8.

6. Silva MAD, Souza AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil Estudo FRICAS. *Arq. Bras. Cardiol.* 1998; 71(5): 667-75.

7. 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.

8. Soares JS, de Souza NRM, Filho JN, Cunha CC, Ribeiro GS, Peixoto RS et al. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. *Arq. Bras. Cardiol.* 2009; 92(6):464-71.

9. Bueno AKM, Umeda IIK, Milhomem RS. Fisioterapia na reabilitação de paciente com coronariopatia. Umeda IIK. *Manual de fisioterapia na reabilitação cardiovascular*. 2ª.Ed. Manole; 2006. p. 41-6.

10. Farmer JA, Gotto AM. Dislipidemia e Outros Fatores de Risco de Doença Arterial Coronária. Braunwald E. *Tratado de medicina cardiovascular*. 5ª. Ed. ROCA. 1999. p. 1202-04,1225-34..

11. Boas AGV, Perondini GB, Sperandio PCA, Kawauchi TS. Fisioterapia e fatores de risco da doença cardiovascular. Umeda IIK. *Manual de fisioterapia na reabilitação cardiovascular*. 2ª.Ed. Manole; 2006. Cap. 1.

12. Castro LCV, Franceschini SCC, Priore SE, Pelúzio MCG. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Rev. Nutr. 2004*; 17(3): 369-77.

13. - Silva MSM, Oliveira JF. Reabilitação cardíaca após infarto agudo do miocárdio: revisão sistemática. *Corpus et scientia*. 2013; 9(1): 89-100.

14. Antman EM, Braunwald E. Infarto Agudo do Miocárdio. Braunwald E. *Tratado de medicina cardiovascular*. 5ª. Ed. ROCA,1999. p. 1265-75.

15. Manfroi WC, Peukert C, Berti CB, Noer C, Gutierres DA, Silva FTBGC. Infarto Agudo do Miocárdio. Primeira Manifestação da Cardiopatia Isquêmica e Relação com Fatores de Risco. *Arq. Bras. Cardiol.* 2002; 78(4): 388-91.

16. Braunwald E. *Tratado de medicina cardiovascular*. Ross R. *Patogênese da Aterosclerose.* 5ª. Ed. ROCA. 1999. p. 1179-84.

17. Gottlieb MGV, Bonardi G, Moriguchi EH. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. *Scientia Medica*. 2005; 15(3): 203-7.

18. Silva AMM. Aterosclerose: Doença sistêmica com manifestações focais. Territórios e manifestações clínicas. *Revista Factores De Risco*. 2007; (6): 40-5.

19. Hiss MDBS, Neves VR, Hiss FC, Silva E, Silva AB, Catai AM. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. *Fisioter. Mov*. 2012; 25(1): 153-63.

20. Lima WA, Glaner MF. Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. *Rev. Bras Cineantropom*. 2006; 8(1): 96-104.

21. Kaplan NM. Hipertensão Sistêmica: Mecanismos e Diagnóstico. Braunwald E. *Tratado de medicina cardiovascular*. 5ª. Ed. ROCA,1999. P.859-63.

22. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev. Bras. Hipertens. São Paulo, p 15-6, janeiro/março 2010. Disponível em:

http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf

23. Pandolfi MM, Andrade AR, Higashi LSF, Gebin LFS, Félix MA, Colombo P. Conhecimento de pacientes obesos sobre riscos de saude relacionados à obesidade. *Rev. Bras. de Ciencias da Saude USCS.* 2009; VII(22): 35-40.

24.Gondim LGP, Oliveira WA, Grossi SAA. A diferenciação da dor do infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não-diabéticos. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2003; 11(6): 720-6.

25. Lerario AC, Coretti FMLM, Oliveira SF, Betti RTB, Bastos MSC, Ferri LAF et al. Avaliação da Prevalência do Diabetes e da Hiperglicemia de Estresse no Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq Bras Endrocrinol Metab*. 2008; 52(3): 465-72.

26. Pandolfi MM, de Andrade AR, Higoshi LSF, da Silva Gebin LF, Félix MA, Colombo P. Conhecimento de pacientes obesos sobre riscos de saude relacionados à obesidade. *Rev. Bras. de Ciencias da Saude USCS.* 2009; VII(22):35-40.

27. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Franceschinni SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do Índice de Massa Corporal na Avaliação da Gordura Corporal. *Rev Bras Med Esporte.* 2010; 16(2): 90-4

28. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):129-35.

29. Colombo RCR, Aguillar OM, Gallani MCBJ, Gobatto CA. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2003; 11(4):461-7.

30. 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; 45(3):624-31.

31. Nicolau JC, Baracioli LM, Costa OMC, Hernandes ME. Infarto do miocárdio em hipertensos. *HiperAtivo*. 1999; 6(1): 38-41.

32. Campos CAHM, Lemos PA, Ribeiro EE, Falcão JLAA, Perin MA, Kajita LJ et al. Síndrome Coronária Aguda sem Supradesnível de ST de alto risco: a mortalidade

intra-hospitalar é proporcional ao retardo para a intervenção. *Rev. Bras Cardiol Invas*. 2007; 15(3): 244-48.

33. Schaan BDA, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(4): 529-36.

34. Lerario AC, Coretti FMLM, Oliveira SF, Betti RTB, Bastos MSCB, Ferri LAF et al. Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq. Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52(3): 465-72.

35. Broch Q, Dornelles DP, Murussi CR, Gomes JL, Bortolotto J. Prevalência de dislipidemia em mulheres no climatério, dados preliminares [Trabalho de Conclusao de Curso]. Rio Grande do Sul: Graduação em Farmácia da Universidade de Cruz Alta; 2001.

36. Makdisse M, Pereira AC, Brasil DP, Borges JL, Coelho GLLM, Krieger JE et al. Prevalência e Fatores de Risco Associados à Doença Arterial Periférica no Projeto Corações do Brasil. *Arq. Bras Cardiol.* 2008; 91(6): 402-14.

37. Silva DK, Nahas MV. Fatores de risco em mulheres com doença vascular periférica. *Rev. Bras ciênc. saúde*. 2005; 9(1): 33-44.

38. Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(2): 284-91.

39. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. Saude Coletiva.* 2005; 10(1): 105-9.

40. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saude Coletiva.* 2002; 7(4): 687-707.

## CONFLITO DE INTERESSE

Não apresenta