

ASPECTOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA DAS DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO

*Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz**

CRUZ, D.A.L.M. da. Aspectos de enfermagem na prevenção primária das doenças isquêmicas do coração. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(2):215-221, ago. 1988.

Este artigo apresenta informações sobre alguns fatores de risco para as doenças isquêmicas do coração que auxiliam na fundamentação das ações preventivas do enfermeiro nessa área.

UNITERMOS: *Cardiologia. Fatores de risco. Assistência de enfermagem.*

INTRODUÇÃO

Análises dos dados de mortalidade têm apontado as doenças cardiovasculares como problema de saúde importante para a nossa população sendo que as doenças isquêmicas do coração (DIC) são determinantes desses coeficientes (LAURENTI¹³, LOLIO & LAURENTI¹⁵).

Através de estudos epidemiológicos pode ser estabelecida a relação de certas características pessoais, hábitos ou estilos de vida com a ocorrência das doenças coronarianas. Essas características, chamadas fatores de risco, estão presentes com maior frequência em indivíduos que desenvolvem DIC do que na população geral.

Nas DIC esses fatores de risco são múltiplos, complexos, interrelacionados e difíceis de serem isolados; entre os mais estudados incluem-se: idade, sexo, hipertensão arterial, fumo de cigarros, hipercolesterolemia, hiperglicemia, vida sedentária, obesidade, história familiar de doença cardíaca, tipo de personalidade e estresse. (HEYDEN⁷, KANNEL⁹, WOLINSKY²⁰).

Dentre estes, destacam-se os que são potencialmente reversíveis, direcionando assim os esforços para prevenção das DIC.

Em alguns países desenvolvidos, tem-se observado um declínio nos coeficientes de mortalidade por DIC aventando-se a possibilidade de que estão sendo feitas as "coisas certas" para sua prevenção (STAMLER¹⁷), associando-se a essa tendência alterações nos hábitos de vida como: redução do fumo, menor consumo de gorduras animais e colesterol, e possivelmente um controle mais efetivo da hipertensão e melhor tratamento da cardiopatia isquêmica (HEYDEN⁷).

Conclui-se também, num estudo realizado no município de São Paulo, que a mortalidade por DIC apresentou tendência ascendente de 1.950 até 1.976, havendo um declínio a partir dessa época (LOLIO & LAURENTI¹⁵). Apesar de não haver ne-

* Enfermeira. Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP — disciplina *Enfermagem Médico-Cirúrgica*.

nhuma conclusão acerca das razões do declínio observado, é possível que exista alguma relação com modificação de fatores de risco e com os progressos no tratamento e controle das DIC.

Essas possíveis relações indicam uma área importante para atuação do enfermeiro que junto aos seus clientes, pacientes e suas famílias provavelmente encontrará pessoas submetidas a fatores de risco que necessitam de assistência tendo em vista a prevenção das DIC.

A prevenção das doenças isquêmicas do coração envolvem a identificação dos fatores de risco a que as pessoas podem estar submetidas e a modificação daqueles passíveis de serem alterados³. Assim, é importante que o enfermeiro seja capaz de reconhecer os fatores de risco e esteja preparado para fazer as orientações necessárias para a sua modificação.

Apesar das dificuldades relativas à mudança de comportamento, a pessoa que recebe assistência de enfermagem precisa, no mínimo, de estar informada quanto aos riscos de desenvolver DIC impostos por hábitos ou comportamentos seus. Além de ter conhecimentos e habilidades referentes ao ensino do paciente/cliente, ao processo de ensino-aprendizagem como um todo, o enfermeiro deverá ter conhecimentos específicos acerca dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento das DIC.

A seguir, os principais fatores de risco das DIC serão abordados com a finalidade de contribuir para a fundamentação teórica necessária para essa atuação do enfermeiro.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é um dos fatores que concorrem para acelerar o processo de aterosclerose, independente de ser lábil ou não, sistólica ou diastólica, basal ou secundária, de estar relacionada a idade ou sexo (KANNE⁹). Cabe salientar, porém, que muitas pessoas hipertensas podem ter outros fatores de risco associados, tais como: obesidade, hiperlipidemia, inatividade física e estresse que aumentam o risco das DIC.

Apesar das dificuldades de se determinar níveis pressóricos normais é aceito que indivíduos com pressão diastólica acima de 90 mm Hg e acima de 80 mm Hg, para pessoas com idade inferior a 40 anos, sejam orientados para modificação de alguns hábitos (KAPLAN¹¹). A restrição de sódio e manutenção de peso são recomendações prudentes, especialmente no caso de adultos jovens que têm hipertensão leve ou moderada e nenhum outro fator de risco cardiovascular (ALLRED & AYERS¹).

Apesar das controvérsias acerca dos benefícios da restrição de ingestão de sódio para a prevenção e controle da hipertensão a sua redução até ao mínimo tolerado certamente não produzirá nenhum efeito deletério e pode trazer algum benefício (KAPLAN¹¹).

O sal contém grande quantidade de sódio (2,3 mg/colher de chá), porém outros alimentos são fontes importantes de sódio e devem ser evitados, como por exemplo: enlatados, embutidos, molho de soja, azeitonas, pickles, carnes defumadas,atum em óleo (KERN & GAWLINSKI¹²).

Considerando-se a possibilidade de estarem associados outros fatores de risco, deve-se orientar também quanto a técnicas de relaxamento, desenvolvimento de atividade física regular e eliminação do hábito de fumar.

A pessoa hipertensa deve ser encaminhada para avaliação médica, e o enfermeiro deve assisti-la na sua evolução que inclui a orientação quanto a cronicidade e possíveis complicações da hipertensão, quanto a importância de controle periódico da pressão e aderência às orientações e ao tratamento instituído.

HIPERLIPIDEMIA

O metabolismo lipídico, especialmente o do colesterol, desempenha papel importante nas doenças cardiovasculares, tanto isoladamente quanto associado a outros fatores (GOTTO & WITTELS⁶).

Apesar de não haver provas absolutas quanto a prevenção das DIC através da adequação dietética, há uma forte evidência quanto a sua efetividade e segurança. Essa adequação visa principalmente a diminuição dos níveis de colesterol, que são afetados por diferentes componentes alimentares. Os ácidos graxos saturados e o colesterol da dieta tendem a aumentar o colesterol sérico, enquanto que os ácidos graxos insaturados tendem a diminuir os (TURPEINEM¹⁹). Assim, a redução da ingestão de ácidos graxos saturados é a primeira recomendação. As principais fontes destes são as gorduras animais de bovinos, de suínos e de aves. Em segundo lugar indica-se substituir o conteúdo de ácidos graxos saturados da dieta por ácidos graxos polinsaturados, o que pode ser obtido pela substituição de gorduras animais, por óleos vegetais (milho, soja e girassol). Muitas gorduras de peixes são também boas fontes de ácidos graxos insaturados (TURPEINEM¹⁹).

O terceiro e não menos importante ponto a ser observado é a diminuição da ingestão de alimentos ricos em colesterol tais como a gema do ovo, figado e rins (TURPEINEM¹⁹). Conforme DEL NERO⁴, a parte mais importante do ovo é a clara que é rica em albumina, mas ainda continua bastante arraigado entre nós o uso da "gemada" por ainda ser popularmente considerada um bom "fortificante". Outros alimentos ricos em colesterol que devem ser eliminados da dieta são: manteiga, queijos preparados com leite integral, sorvetes, leite integral, iogurte com leite integral, óleo de oliva, banha, gordura de coco, bacon, carnes em conserva, linguiças, salsichas, carne de porco, carneiro, pele de frango, carne de pato e ganso, peixes conservados em óleo, camarão, abacate, chocolate, coco, molhos, etc. (KERN & GAWLINK¹²).

A influência de outros lipídios tem sido estudada, especialmente a das lipoproteínas. Ainda não há uma conclusão, mas parece que os níveis plasmáticos de HDL (lipoproteína de alta densidade) exercem ação protetora contra as DIC, e as mulheres têm níveis séricos médios de HDL mais altos que os homens (ALLRED & AYERS¹). As medidas para aumentar o HDL sérico ainda não são claras e comprovadamente seguras. No entanto, é importante alertar os indivíduos com HDL baixo para que adotem estilo de vida o mais saudável possível, incluindo: redução de peso para obesos, exercícios regulares, parar de fumar e evitar o uso de contraceptivos orais (ALLRED & AYERS¹).

TABAGISMO

O fumo de cigarros é um dos fatores de risco mais freqüentes das doenças isquêmicas do coração. A mortalidade por DIC é 70% maior em homens que fumam

um maço de cigarros por dia que em não fumantes, e os que param de fumar, perdem progressivamente o risco adicional. As mulheres que associam o uso de contraceptivos orais e o fumo têm um aumento na mortalidade por cardiopatia isquêmica (ARONOW & KAPLAN²).

Não se chegou a uma conclusão se o fumo favorece a aterosclerose ou se causa unicamente um efeito agudo por diminuir transitoriamente a oferta de oxigênio ao miocárdio e aumentar a sua demanda concomitantemente (HEYDEN⁷). O efeito agudo explicaria a redução do risco em indivíduos que deixam de fumar. Assim, a relação entre as DIC e o tabagismo permanece apenas parcialmente explicada.

As razões preventivas dirigem-se para dois pontos: em primeiro lugar, quanto à aquisição do hábito, os adolescentes adquirem o hábito possivelmente por pressão dos amigos para que pareçam mais maduros, além do encorajamento adicional proveniente do exemplo dos pais e dos meios de comunicação. Muitos estão conscientes dos prejuízos a longo prazo causados pelo fumo quando começam a fumar e apesar de desejarem parar de fumar logo cedo, apenas 25% o consegue (ARONOW & KAPLAN²). Assim, quando um adolescente começa a fumar a probabilidade de que mantenha o hábito por toda vida é muito grande. Em segundo lugar, quanto aos indivíduos que estão já habituados ao fumo, é importante ressaltar que mesmo que o fumo seja iniciado por questões psicossociais, os efeitos farmacológicos da nicotina podem causar dependência (ARONOW & KAPLAN²).

Apesar das dificuldades referidas por quem tem o hábito, a recomendação básica é clara: evitar, diminuir ou parar de fumar (ARONOW & KAPLAN²).

DIABETES

Não são claros os mecanismos pelos quais a hiperglicemia participa no processo da aterogênese, aumentando o risco de DIC entre os diabéticos e pessoas com tolerância anormal à glicose (ALLRED & AYERS¹, HEYDEN⁷, KAPLAN¹⁰). Sabe-se, no entanto, que os indivíduos diabéticos têm também, freqüentemente, outros fatores de risco associados (ALLRED & AYERS¹).

Como a prevenção das diabetes não é possível e há controvérsias se o controle da glicemia reduz o risco de DIC ou não (ALLRED & AYERS¹), as orientações mais importantes referem-se ao controle dos outros fatores de risco associados e a necessidade de acompanhamento médico e de enfermagem quando houver alterações de glicemia, que devem ser detectadas o mais precocemente possível.

OBESIDADE

Não há consistência nos dados quanto a contribuição independente da obesidade para as DIC. A obesidade geralmente é acompanhada por outros fatores de risco como hiperlipidemia, hipertensão arterial e intolerância à glicose, sendo que as alterações de peso, geralmente correspondem a alterações nesses outros riscos cardiovasculares (KANNEL⁹).

Independentemente desses questionamentos, a aquisição e manutenção de peso corporal adequado só podem trazer benefícios, sejam físicos, sociais ou psicológicos. A abordagem quanto a prevenção primária das DIC entre os obesos deve

centrar-se nas modificações dietéticas (restrição de calorias, colesterol e sódio, e substituição dos ácidos graxos saturados por insaturados) e na prática regular de exercício físico visando a redução de peso.

VIDA SEDENTÁRIA

Apesar das controvérsias existentes, algumas investigações mostram a influência dos exercícios físicos sobre o nível dos lipídios circulantes (GIANNINI⁵). De qualquer maneira, havendo ou não outros fatores de risco associados o esporte é necessário para que se evitem tensões e se metabolize melhor o excesso de colesterol que ingerimos na alimentação diária (DEL NERO⁶).

Ao selecionar-se um modo apropriado de exercício físico, deve-se considerar o tipo, intensidade, duração e frequência do mesmo (LEON & BLACKBURN¹⁴). As atividades recomendadas para um adequado condicionamento cardiocirculatório são as aeróbicas, como natação, ciclismo e especialmente as caminhadas em terrenos planos. A manutenção da regularidade na prática esportiva é imprescindível para o condicionamento físico. Contudo, é preciso ressaltar que o exercício físico não é isento de riscos, sendo frequente a ocorrência de morte súbita em pistas de corrida, quadras de tênis, etc. Por isso, o American College of Sports Medicine, citado por ALLRED & AYERS¹ recomenda que seja feita avaliação clínica com teste de esforço antes de se iniciar qualquer programa para os seguintes indivíduos:

1. assintomáticos, fisicamente inativos, com 35 anos de idade ou mais e sem nenhum outro fator de risco coronariano;
2. assintomáticos, fisicamente ativos ou inativos, em qualquer idade, com qualquer risco coronariano;
3. assintomáticos ou sintomáticos, ativos ou inativos em qualquer idade, com história prévia de DIC;
4. submetidos a qualquer outra condição clínica que exija atenção.

TIPO DE PERSONALIDADE E ESTRESSE

As tensões psicossociais relativas a situações de vida ou circunstâncias culturais, têm sido relacionadas às DIC por condicioná-las ou agravá-las (KANNEL⁹). Os mecanismos pelos quais essas situações estariam ligadas ao desenvolvimento prematuro das DIC não são conhecidos e, frequentemente, outros padrões comportamentais de risco (fumo, tipo de alimentação, atividade física) estão associados ao estresse.

JEKINS⁸ subdivide os fatores psicossociais e comportamentais, cujos mecanismos de risco para as DIC não são conhecidos, em: problemas emocionais crônicos (ansiedade, depressão, hipocondriase, alterações do sono, etc) e padrão de comportamento "tipo A" que se caracteriza por comportamentos como competitividade, esforços intensos para realização, hostilidade facilmente provocável, sentimento de urgência para fazer coisas e ser pontual, impaciência, gestos e fala rápidos, concentração em objetivos auto selecionados sem considerar outros aspectos do ambiente, inclusive as observações e objetivos de outras pessoas, supervalorização da realização profissional ou vocacional em detrimento de outros aspectos da vida. Genericamente, as pessoas que têm comportamento opostos são definidos como um padrão comportamental "tipo B".

Os estudos quanto às medidas para se modificar esses fatores ainda não são conclusivos. Sugere-se a orientação para exercícios regulares, relaxamento físico e mental e desenvolvimento de suporte familiar (ALLRED & AYERS¹). Além disso, as pessoas que se caracterizam por esses comportamentos ou estão nessas situações devem receber orientações quanto as possíveis intervenções nos outros fatores de risco associados.

O importante é que qualquer esforço que altere esses comportamentos se torna válido por resultar, pelo menos, em uma vida mais agradável tanto para o próprio indivíduo quanto para sua família.

CONCLUSÃO

Todas as medidas para modificação de fatores de risco das doenças isquêmicas do coração envolvem mudanças de comportamentos, eliminação e adoção de hábitos diferentes.

A análise da situação de cada paciente, cliente ou família deve ser conjunta, isto é, o enfermeiro deve criar momentos para discutir com a pessoa ou família sob seus cuidados quanto aos hábitos que tem e os possíveis riscos envolvidos afim de que se determine, conjuntamente, os comportamentos a serem modificados, estabelecendo-se metas a serem alcançadas (SHULTZ¹⁶).

As responsabilidades do paciente, cliente ou família, assim como as do enfermeiro devem ser definidas, e a avaliação da efetividade das medidas adotadas é fundamental para a realimentação do processo como um todo, devendo também ser feita pelo enfermeiro em conjunto com o paciente.

A modificação de comportamento não é um processo simples, totalmente conhecido, baseado somente na aquisição de algumas informações, exigindo outras funções além da cognitiva. Por isso o trabalho a nível de prevenção primária das DIC deve ser planejado e conduzido com a maior participação possível da pessoa ou grupo a que se destina, considerando suas reais necessidades de saúde, crenças, valores e motivação.

Em função das dificuldades relativas às mudanças de comportamento tem se enfatizado a importância de que as crianças adquiram e mantenham um estilo de vida saudável e que reconheçam a saúde como um valor a ser preservado.

É possível que a prevenção primária das DIC, iniciada na infância, tenha melhores resultados e pode partir de três aspectos relacionados ao estilo de vida: alimentação, atividade física e fumo (STRONG¹⁸).

CRUZ, D.A.L.M. da. Nursing aspects in primary prevention of ischemic heart disease. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(2):215-221, Aug. 1988.

This article presents the current informations on risk factors on the development of ischemic heart disease in order to support nurse's intervention in this field.

UNITERMS: *Cardiology. Risk factors. Nursing care.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLRED, C.A. & AYERS, C.R. The primary prevention of premature CVD: update. **Occup. Health Nurs.**, Thorofare, 31(8):28-32, 1983.
2. ARONOW, W.S. & KAPLAN, N.M. Smoking. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p. 51-60.
3. BRIODY, M.E. The role of the nurse in modification of cardiac risk factors. **Nurs. Clin. North. Am.**, Philadelphia, 19(3):387-396, 1984.
4. DEL NERO, E. Fatores de risco para as doenças cardiovasculares. **Ars. Curandi**, São Paulo, 19(5):3-9, 1986.
5. GIANNINI, S.D. Fatores de risco coronariano. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, 23():345-352, 1970.
6. GOTTO, A.M. & WITTELS, E.H. Diet, serum cholesterol, lipoproteins, and coronary heart disease. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p. 33-50.
7. HEYDEN, S. **Cardiologia preventiva**. Mannheim, Boehringer Mannheim, 1983. 143p.
8. JENKINS, C.D. Psychosocial and behavioral factors. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p. 98-112.
9. KANNEL, W.B. An overview of the risk factors for cardiovascular disease. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p. 1-19.
10. KAPLAN, N.M. Diabetes and glucose intolerance. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p. 113-119.
11. _____. Hypertension. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p. 61-72.
12. KERN, L.S. & GAWLINKI, A. Stage managing coronary artery disease. **Nursing**, Springhouse, 13(4):34-40, 1983.
13. LAURENTI, R. Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, 38(4):243-248, 1982.
14. LEON, A.S. & BLACKBURN, H. Physical inactivity. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p. 86-97.
15. LOLIO, C.A. & LAURENTI, R. Mortalidade por doença isquêmica do coração no Município de São Paulo: evolução de 1950-81 e mudanças recentes na tendência. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, 46(3):153-156, 1986.
16. SHULTZ, C.M. Lifestyh assesment: a tool for practice. **Nurs. Clin. North. Am.**, Philadelphia, 19(2):271-81, 1984.
17. STAMLER, J. Coronary heart disease: doing the "right things" **N. Eng. J. Med.**, Boston, 312(6): 1053-1055, 1985.
18. STRONG, W.B. Atheroscleroses: Its pediatric roots. In: KAPLAN, N.M. & STAMLER, J. **Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. p.20-32.
19. TURPEINEM, O. Effect of cholesterol lowering diet on mortality from CHD and their causes. **Circulation**, New York, 59(1):1-7, 1979.
20. WOLINSKY, H. Atheroscleroses. In: BEENSON, P.B. et alii. **Cecil textbook of medicine**. 15. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1979. p. 1218-1223.