

Dissertação

**EFETIVIDADE DE UM AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR
NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES APÓS O PRIMEIRO
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

ROSANA MARIA CAROLO DA COSTA E SILVA

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL
FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração: Cardiologia

EFETIVIDADE DE UM AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR NO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES APÓS O PRIMEIRO
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Autora: Rosana Maria Carolo da Costa e Silva

Orientador: Prof^a Beatriz D Schaan

*Dissertação submetida como requisito para
obtenção do grau de Mestre ao Programa de
Pós-graduação em Ciências da Saúde, da
Fundação Universitária de Cardiologia /
Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul.*

Porto Alegre

2005

Catálogo na fonte:

C337 Costa e Silva, Rosana Maria Carolo da

Efetividade de um ambulatório transdisciplinar no acompanhamento de pacientes após o primeiro infarto agudo do miocárdio. Porto Alegre: Fundação Universitária de Cardiologia, 2005. 80f.

Dissertação de Mestrado. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Cardiologia).

Áreas de concentração: Aterogênese e Cardiopatia Isquêmica – Cardiologia Fetal e Pediátrica - Função cardíaca. Normal e Patológica.

Infarto agudo do miocárdio
Prevenção de risco
DAC – Doença arterial coronariana

CDU: 616.127-084

Bibliotecária responsável
Diana da Motta
CRB 10 / 397

Às minhas filhas, Renata e Fernanda.

Ao meu marido, Sergio.

Aos meus pais, Geraldo e Maria Natália.

A DEUS, em especial.

Agradecimentos

Mais uma etapa importante da minha vida foi concluída com êxito, tanto no âmbito pessoal como profissional. Foram momentos árduos, mas compensadores. Somou-se a realização deste trabalho os cuidados com a família, a gerência do serviço de nutrição e dietética (SND) do IC/FUC, os alunos, os pacientes, o conselho federal de nutricionistas (CFN) e outras atividades por mim realizadas dentro da área da cardiologia. Mas o resultado foi positivo graças ao auxílio das pessoas que acreditaram na minha capacidade e sentiram o comprometimento que tenho com a cardiologia. São 15 anos dedicados a esta área, no Instituto de Cardiologia do RS/Fundação Universitária de Cardiologia e a estas pessoas nós gostaríamos de agradecer.

Primeiramente, aos pacientes que permitiram a sua inclusão neste trabalho oportunizando sua realização e aos mestres que me ensinaram e incentivaram a estar em constante busca do aperfeiçoamento, do ensino e da pesquisa.

À Dra Beatriz D'Agord Schaan, minha orientadora, pela dedicação e pela competência profissional com que me auxiliou na execução deste trabalho.

À Dra Vera Portal, minha co-orientadora, pelas opiniões importantes na condução deste trabalho e pelos ensinamentos passados no decorrer dos atendimentos ambulatoriais.

À MSc Silvia Goldmeier, enfermeira, diretora da Escola Profissional da FUC, colega e amiga, que me deu a oportunidade de realizar o mestrado culminando com este trabalho. Minha grande incentivadora.

Ao Dr Renato Kalil, por acreditar no meu desempenho profissional.

À enfermeira Patrícia Maciel Valença, minha colega e amiga que prestou a assistência de enfermagem aos pacientes do Ambulatório de Prevenção Secundária da DAC.

Aos bolsistas de iniciação científica Aline Furquim, Mario Furquim e Vinícius Simas pelo auxílio diário na coleta dos dados dos pacientes.

Às secretárias Janice Klein, secretária do programa de Pós-Graduação e Sandra Regina Whittaker do Serviço de Epidemiologia, pela dedicação e profissionalismo.

Aos funcionários da Unidade de Pesquisa do IC/FUC, em especial ao Ângelo de Souza, Vânia Hirakata e Maria del Carmem S. de Stefani, pela presteza e competência.

A todos os funcionários do SND, cozinheiros, auxiliares, atendentes, despenseiros, técnicas em nutrição e dietética, ao Peter, à Flávia, às minhas colegas nutricionistas: Delaine, Denise, Eleni, Izabele, Juçanã, Leila, Manuela, Patrícia, Sandra Barbiero, Sandra Muttoni e às R1 em Nutrição: Letícia e Priscila pela compreensão da minha ausência em alguns momentos importantes, mas que por competência e comprometimento do grupo, o serviço e a escola se mantiveram com qualidade.

À minha amiga e colega nutricionista Maria Estela Ramos pelo apoio incondicional.

Aos meus alunos e alunas do curso Técnico em Nutrição e Dietética que compreenderam a minha ausência para conclusão deste trabalho, bem como aos conselheiros, funcionários e assessores do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) pelas plenárias que não foi possível comparecer.

Sumário

1	BASE TEÓRICA	1
1.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	
1.2	TABAGISMO.....	
1.3	DISLIPIDEMIA.....	
1.4	OBESIDADE.....	
1.5	SEDENTARISMO.....	
1.6	DIABETES MELLITUS (DM).....	
1.7	SÍNDROME METABÓLICA VERSUS RISCO DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....	
1.8	ABORDAGEM TRANSDISCIPLINAR DA DAC.....	
2	OBJETIVOS	
2.1	OBJETIVO GERAL.....	
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	
3	ARTIGO	
	Efetividade de um Ambulatório Transdisciplinar no Acompanhamento de Pacientes Após o Primeiro Infarto Agudo do Miocárdio	
	RESUMO.....	
	ABSTRACT.....	
	INTRODUÇÃO.....	
	MATERIAL E MÉTODOS.....	
	RESULTADOS.....	
	DISCUSSÃO.....	
	CONCLUSÃO.....	

4 APÊNDICE

- I - LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....
- II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....
- III – PROTOCOLO PARA PACIENTES COM PRIMEIRO IAM.....
- IV - PROTOCOLO APLICADO AOS PACIENTES DO GRUPO CONTROLE APÓS 180 DIAS DO IAM.....
- V- PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: PRIMEIRA CONSULTA MÉDICA AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA DAC.....
- VI- PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: CONSULTA MÉDICAS DE EVOLUÇÃO AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA DAC.....
- VII - FICHA – CONSULTA DE NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA DAC.....

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA BASE TEÓRICA.....
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ARTIGO.....

Base teórica

1 BASE TEÓRICA

O conhecimento de que a doença arterial coronariana representa uma doença multifatorial induz-nos a uma abordagem global dos fatores de risco com vistas à redução de eventos coronarianos. A prevalência destes fatores de risco em nosso Estado foi recentemente estudada pelo Serviço de Epidemiologia do Instituto de Cardiologia do RS (ICFUC), tendo sido observada hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 20,4% dos indivíduos avaliados; fumo em 68%; colesterol elevado em 5,6%, sobrepeso e obesidade em 56,3%, história familiar de cardiopatia isquêmica em 57,3%; sedentarismo em 71,3% (6) e diabetes mellitus (DM) em 12,4% (16). A elevada prevalência dos fatores de risco para DAC em nosso meio vem confirmar a importância da aplicação, com maior ênfase, de medidas preventivas.

Recentemente, foi redefinido o conceito de aterosclerose coronariana como sendo resultado da interação de múltiplos processos associados a estados de hiperlipidemia, envolvendo agressão endotelial e resposta inflamatória. Estes processos, relacionados a fatores genéticos e influências hemodinâmicas locais podem promover a formação de placa aterosclerótica fibrogordurosa ou fibrosa como resposta à reparação da parede arterial (17). À medida que a doença evolui, as coronárias se estreitam e os pacientes podem apresentar dor ou pressão no peito, conhecida como angina. Duas

condições representativas da doença coronariana são a angina e o infarto, causas importantes de morte em nossos dias.

Desde os anos 60, após os resultados iniciais do estudo de Framingham (4), passou-se a dar maior importância aos denominados fatores de risco para doenças cardiovasculares: tabagismo, HAS, DM, dislipidemias, obesidade, sedentarismo e o cuidado com os mesmos passaram a compor o cotidiano dos indivíduos.

Mais recentemente outros fatores de risco têm sido valorizados, tais como hiperhomocisteinemia, hiper-fibrinogenemia, hiperreatividade plaquetária, inflamação. Alguns marcadores inflamatórios foram estudados nesse sentido, tais como: selectinas E e P; molécula de adesão intercelular (ICAM-1 *intercellular adhesion molecule-1*); molécula de adesão vascular (VCAM-1 *vascular adhesion molecule-1*); fator de necrose tumoral alfa (TNF- α *tumor necrosis factor- α*); interleucina 6 (IL-6); proteína C reativa hipersensível (h-CRP *hipersensitive C-reactive protein*) (18). O aumento dos lipídios pós-prandiais também é considerado fatores de risco emergente. Estudo recente de nosso grupo demonstrou sua ocorrência de forma mais prolongada em indivíduos com diabetes, o que pode estar associado ao maior risco de doença cardiovascular (DCV) que estes pacientes apresentam (19). Em indivíduos com intolerância à glicose, no entanto, a resposta pós-prandial dos lipídios é semelhante a dos indivíduos normais (20). Dados preliminares indicam que a elevação de triglicerídeos pós-prandial está relacionada à piora da função endotelial transitória (21). Estes fatores de risco ainda não são abordados de forma rotineira nos pacientes.

Iremos discorrer a respeito dos fatores de risco conhecidos e comprovados: HAS, tabagismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, antecedente familiar de cardiopatia isquêmica precoce e DM (1,11), os quais são responsáveis por 90% das doenças cardíacas e consideradas universais, pois afeta tanto o europeu branco quanto o

indivíduo de origem asiática. O estudo INTERHEART (22) nos oferece esta confirmação. Este estudo incluiu 15.152 indivíduos que tiveram seu primeiro IAM e 14.820 voluntários saudáveis que foram acompanhados em média por 5 anos. Além do tamanho maciço (2.000 indivíduos na América Latina, 6.000 na China, 4.000 no Sul da Ásia, 3.500 nas nações árabes, 2.000 noutros asiáticos e 1.400 na África) o estudo usou novas abordagens, como medida de cintura em substituição ao índice de massa corporal (IMC) e avaliação das apolipoproteínas (Apo B e Apo A-1) além da avaliação dos lipídios. O tabagismo foi o item que ocupou o segundo lugar, com um aumento de 36% na associação de risco de doença cardiovascular e quando combinado aos lipídios, os dois foram responsáveis por dois terços de infartos. Fumar um a cinco cigarros por dia aumenta o risco de IAM em 40% em relação aos não-tabagistas, 20 cigarros (um maço) aumenta quatro vezes o risco e dois ou mais maços de cigarros por dia associa-se a um aumento de risco de nove vezes. Completando a lista de fatores de risco foi observado que uma dieta nutritiva, atividade física regular e ingestão moderada de álcool reduziram o risco de doença cardíaca.

Estes fatores de risco são comuns, até mesmo nas regiões urbanas e rurais, mesmo com as diferenças culturais e sócio-econômicas. A maioria dos fatores de riscos cardiovasculares é mais freqüente nas grandes cidades, enquanto a HAS parece ser mais comum nas populações rurais. Singh e cols (12) analisaram fatores de risco cardiovasculares em 143 indivíduos de uma comunidade rural da Bahia, onde 43,7% eram homens e 56,2% mulheres. A freqüência de HAS foi de 35,6%, de DM foi de 4% e a de tabagismo foi de 11,9%. A obesidade foi constatada em 7,9% e sobrepeso em 27,8% dos indivíduos. O fator de risco mais prevalente foi à obesidade abdominal identificada em 41,3% dos estudados. Quanto à dosagem de colesterol total os homens

apresentaram uma prevalência maior que as mulheres, o que não teve significância estatística para as demais variáveis lipídicas (12).

1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A perfusão tecidual é garantida pela manutenção da força motriz da circulação, a pressão sangüínea, em níveis adequados e preferencialmente constantes, estando o indivíduo em repouso ou em diferentes atividades. Durante as 24 horas ocorrem modificações de comportamento na atividade corporal (movimentos, situações de estresse, descanso), mas estes não causam grandes alterações dos níveis pressóricos devido à interação de complexos mecanismos que mantêm a pressão em uma faixa com pouca variação. A pressão arterial depende de fatores físicos, como volume sangüíneo e capacitância da circulação, sendo resultante da combinação entre o volume minuto cardíaco, a resistência periférica e a capacitância venosa, que condiciona pré-carga e, portanto, o volume sistólico. Cada um dos determinantes primários da pressão arterial é determinado por vários fatores e dependem de mecanismos complexos (23).

A relação entre os níveis de pressão arterial e a incidência de doença coronariana é linear, isto é, quanto mais alta a pressão, maior é o risco do aparecimento da doença (33).? É importante ressaltar que, assim como ocorre com o colesterol, níveis elevados de pressão não necessariamente produzirão sintomas.

1.2 TABAGISMO

O tabagismo associa-se a maior morbidade e mortalidade por doença coronariana aterosclerótica. Esta associação advém dos múltiplos efeitos deletérios causados pelo tabagismo nos mecanismos de aterogênese, trombose, vasomotor e arritmogênico.

A nicotina e o monóxido de carbono são dos agentes liberados pelo cigarro, os mais implicados no desenvolvimento das doenças coronarianas e suas manifestações. As estatísticas americanas estimam que o fumo é responsável por 350.000 mortes prematuras a cada ano, a maioria delas por doenças das artérias coronárias. Além disto, o cigarro é a principal causa de câncer de pulmão e de bronquite crônica estando fortemente associado a acidentes cérebro-vasculares, úlcera de estômago ou duodeno, câncer de boca, de laringe, de esôfago, de estômago, de pâncreas, dos rins, da bexiga, entre outros. Portanto, o fumo é a maior causa de morte que pode ser prevenida em todo o mundo (24).

O fumo aumenta a morbidade e mortalidade em indivíduos de alto risco mesmo que estes utilizem adequadamente medicações que reconhecidamente reduzem os eventos cardiovasculares (24).

1.3 DISLIPIDEMIA

A dislipidemia é classificada sob dois enfoques, laboratorial e etiológica.

Na classificação laboratorial, hipercolesterolemia isolada é definida como o aumento do colesterol total (CT), e/ou colesterol contido na lipoproteína de baixa densidade (LDL-C); hipertrigliceridemia isolada é representada pelo aumento dos triglicérides (TG); hiperlipidemia mista é o aumento do CT e dos TG; diminuição isolada do colesterol contido na lipoproteína de alta densidade (HDL-C) ou associada a aumento dos TG e/ou do LDL-C (13).

A classificação etiológica compreende as dislipidemias primárias (origem genética) e dislipidemias secundárias. Estas são causadas por outras doenças ou uso de medicamentos, tais como hipotireoidismo, DM, síndrome nefrótica, insuficiência renal

crônica (IRC), obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de altas doses de diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides, anabolizantes (13).

A concentração plasmática elevada de LDL-C tem relação direta com o desenvolvimento de doença arterial coronariana (47) e a baixa concentração plasmática da lipoproteína de alta densidade (HDL-C) tem sido apontada como um dos mais fortes fatores de risco independentes para a mesma (4). Novas evidências indicam que aumentos modestos nos triglicerídeos também aumentam o risco de eventos coronarianos e a progressão da doença arterial coronariana, assim como a formação de novas lesões (48,49). Pacientes com infarto do miocárdio prévio, que tenham altos níveis de colesterol total, aumento de LDL-C e baixos níveis de HDL-C, têm um aumento de risco de re-infarto, de morte por doença coronariana e morte por todas as causas (50,51). Estudos clínicos randomizados (52,53), metanálises de estudos clínicos prévios (54) e estudos angiográficos (55,56) têm documentado os benefícios de reduzir o LDL-C em pacientes com doença arterial coronariana, especialmente com o uso de estatinas (46).

Os avanços na fisiopatologia da aterosclerose mostraram o papel fundamental da inflamação mediando todas as etapas da doença, do início até as complicações avançadas, como a ruptura e trombose da placa aterosclerótica. As dislipidemias estão associadas a uma maior atividade inflamatória, mas fatores de risco clássicos da doença aterosclerótica como o diabetes e a hipertensão arterial também parecem estar associados à inflamação. Mais recentemente ficou evidenciado que os marcadores da inflamação podem identificar indivíduos de alto risco para uma evolução adversa (57).

1.4 OBESIDADE

Obesidade, definida como índice de massa corporal (IMC) acima de 30 kg/m², é reconhecidamente um fator de risco primário na gravidade de doenças e a causa principal de morbidade e mortalidade, mais visivelmente de hipertensão, DM e doença arterial coronariana. Apesar de inúmeros métodos preventivos, o número de americanos com excesso de peso e obesos alcança grandes proporções e está em contínuo crescimento [10](#). Nos estudos de obesidade utiliza-se geralmente o IMC para o diagnóstico da doença, por sua facilidade de mensuração e quantidade de estudos que o utilizaram previamente. Entretanto, avaliar a distribuição da gordura corpórea é importante para estimar os fatores de risco de doenças cardiovasculares. A obesidade abdominal, indicada pela circunferência abdominal (CA) elevada, tem sido mostrada como um fator preditivo, independente do IMC para doenças como hipertensão arterial e DM tipo 2 (22). Isso provavelmente ocorre devido a mudanças metabólicas associadas com o depósito de gordura intra-abdominal. Vários estudos demonstraram que homens e mulheres com valores elevados da CA apresentavam maior risco de morte, síncope e miocardiopatia isquêmica, de intolerância à glicose, bem como de níveis mais elevados de pressão arterial e de lipídios séricos.

Vários estudos internacionais mostram que mesmo pequeno ganho de peso pode aumentar as possibilidades de um indivíduo ter doença cardiovascular, independentemente de o mesmo ser hipertenso, hiperlipidêmico ou diabético. Por outro lado, a obesidade pode levar também à hipertensão, diabetes, hiperlipidemia, artropatia e uma série de outras doenças mais ou menos graves. O tipo de distribuição da gordura corporal também é importante. O aumento de gorduras na região do abdômen aumenta o risco de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), DM e mortalidade total, quando comparada com pessoas onde a gordura se acumula nos quadris. De acordo com

estudo publicado no *Jornal de Epidemiologia e Saúde Comunitária*, na Inglaterra, em outubro de 1996, a obesidade na infância pode ser um indicativo de futuros riscos cardíacos. Esse estudo foi conduzido no Hospital St. Thomas em Londres; abordou 1700 crianças de nove anos sendo que os pesquisadores encontraram um nível mais alto de pressão arterial, bem como de colesterol nessas crianças quando comparadas com outras de peso normal. Sabemos que a obesidade aumenta os riscos das coronariopatias devido ao aumento da pressão arterial. O excesso de gordura acarreta o aumento do trabalho da bomba cardíaca, além de causar hipertrofia das paredes, aumenta os lipídeos sanguíneos (LDL-C e triglicérides) e diminui o HDL-C, diminui a habilidade de o organismo utilizar glicose, requerendo assim, um aumento do nível de insulina e, conseqüentemente, aumenta o risco de DM levando a um aumento de risco de aterosclerose.

1.5 SEDENTARISMO

Diversos estudos comprovam relação inversa entre atividade física e doença arterial coronariana. O risco de infarto do miocárdio em pessoas fisicamente ativas é 45% menor em relação a indivíduos sedentários. A prática contínua de exercício físico proporciona diversas alterações fisiológicas benéficas para o sistema cardiovascular como baixa da frequência cardíaca, menores níveis de pressão arterial, redução do LDL-C, melhor resposta ao estresse e auxílio na manutenção do peso ideal. A atividade física melhora o condicionamento cardiovascular e pulmonar, melhora o metabolismo, protegendo das doenças cardiovasculares (25).

1.6 DIABETES MELLITUS (DM)

O DM inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação e está associado a um aumento da mortalidade por doença arterial coronariana e complicações microvasculares (1, 11). A classificação etiológica proposta atualmente inclui quatro categorias: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Em 1997, a Associação Americana de Diabetes (ADA) propôs que os critérios diagnósticos fossem fundamentados principalmente na medida da glicose plasmática de jejum. Anteriormente, o diagnóstico de diabetes era baseado em critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), definidos como glicose plasmática de jejum ≥ 140 mg/dl e/ou glicose plasmática 2h após sobrecarga oral de 75g de glicose ≥ 200 mg/dl. No entanto, não havia uma correspondência entre estes dois valores. Apenas 25% dos pacientes com glicose plasmática de 2h ≥ 200 mg/dl no teste oral de tolerância à glicose (TOTG) apresentavam glicose plasmática de jejum ≥ 140 mg/dl. O valor de glicose plasmática de 2h no TOTG ≥ 200 mg/dl foi definido devido à sua associação com o desenvolvimento de complicações microvasculares específicas do diabetes (33). Com as mudanças propostas hoje é considerado diabético aquele indivíduo que apresentou glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl em 2 ocasiões ou glicemia aleatória ≥ 200 mg/dl associada a sintomas típicos de hiperglicemia ou glicemia ≥ 200 mg/dl após TOTG (45).

A maior parte dos pacientes com DM tipo 2 apresenta resistência à insulina, a qual está envolvida na gênese do próprio DM e da DAC. Fatores que se associam à resistência à insulina são: obesidade, fatores genéticos, idade avançada, e inatividade física (34). Existe um aumento da mortalidade por doença cardíaca coronariana em torno de duas a três vezes no homem e quatro a seis vezes na mulher, comparada com pessoas com tolerância normal à glicose (11, 22).

Tanto o DM tipo 1, como o tipo 2 são fatores de risco independentes para DAC, a qual freqüentemente é assintomática nestes pacientes (1). Além disso, estes pacientes apresentam mais freqüentemente doença de múltiplas artérias. As placas ateroscleróticas que causam infarto do miocárdio e morte súbita geralmente são leves a moderadas em gravidade, em indivíduos com ou sem intolerância à glicose (2). Por outro lado, estudos que avaliaram o conteúdo de células musculares lisas nos ateromas de pacientes com diabetes demonstraram que há uma tendência à formação de ateromas instáveis e mais vulneráveis à ruptura (4). Fatores de risco clássicos para DAC em indivíduos não diabéticos, tais como hipercolesterolemia, fumo e hipertensão arterial sistêmica, demonstram-se aditivos ao DM em aumentar o risco de DAC (7).

Os resultados de vários estudos, especialmente de dois grandes ensaios clínicos recentes, em pacientes com DM do tipo 1 (8) e do tipo 2 (9), demonstraram a relação direta entre a hiperglicemia crônica e as complicações micro e macrovasculares. O aumento de glicose intracelular é o principal determinante do dano tecidual causado pelo diabetes, dano este que pode ser reversível quando restaurada a normoglicemia, ou irreversível, mesmo revertida a hiperglicemia, pois se originou de alterações cumulativas em macro-moléculas de vida longa (10).

O estudo Decode (27) comparou a tolerância à glicose e mortalidade a partir dos critérios de diagnóstico da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Associação Americana de Diabetes (ADA). A ADA recomenda que a taxa de glicose em jejum deva ser usada para diagnosticar o DM, enquanto que a OMS associa a necessidade do teste oral de tolerância à glicose para este diagnóstico. Foi avaliada a mortalidade associada com os critérios da glicose em jejum da ADA comparados com os critérios da OMS de glicose pós-carga de 2h. Este estudo concluiu que somente as concentrações de glicose em jejum não identificam todos os indivíduos em risco elevado de mortalidade

cardiovascular associada com a hiperglicemia. O teste oral de tolerância à glicose fornece informação prognóstica adicional e permite a detecção dos indivíduos com deficiência na tolerância à glicose que tem maior risco de morte (28). Estudos demonstram que indivíduos com intolerância à glicose que são submetidos à dieta hipocalórica mais exercício físico reduzem seu risco de desenvolver DM (Knowler)

1.7 SÍNDROME METABÓLICA VERSUS RISCO DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

A agregação de várias alterações metabólicas aterogênicas, descrita primeiramente por Reaven com o nome de Síndrome X (35) e hoje mais comumente referida como Síndrome Metabólica, caracteriza-se por resistência à insulina, intolerância à glicose ou diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, redução de HDL-C, hipertensão arterial sistêmica e obesidade com distribuição central. Considerando a definição da Organização Mundial de Saúde, Hu et al recentemente demonstraram que a Síndrome Metabólica está presente em 15% de indivíduos não diabéticos, um dado preocupante tendo em vista o alto risco cardiovascular que estes pacientes apresentam (4).

O aparecimento da hiperglicemia em pacientes com Síndrome Metabólica parece acelerar um processo aterogênico já em desenvolvimento. Tendo em mente a história natural do DM é importante considerar que estes indivíduos mantêm um estado metabólicos pré-diabético por muitos anos, mesmo apresentando glicemias normais. Este período em que vai se desenvolvendo o perfil aterogênico determina por si só risco elevado de doença cardiovascular (5).

A maior parte dos pacientes com DM tipo 2 apresenta resistência à insulina, a qual está envolvida na gênese do DM e da DCV. Fatores que se associam à resistência à insulina são: obesidade, fatores genéticos, idade avançada e inatividade física. Indivíduos com síndrome metabólica podem se beneficiar de uma agressiva modificação no estilo de vida. (26).

1.8 ABORDAGEM TRANSDISCIPLINAR DA DAC

A Sociedade Européia de Cardiologia e a Associação Americana de Cardiologia (AHA), assim como a Sociedade Brasileira de Cardiologia, recomendam medidas padronizadas de prevenção multifatorial do IAM, com objetivos definidos com relação ao estilo de vida, modificação dos fatores de risco e tratamento medicamentoso. Os principais objetivos são parar de fumar, proporcionar escolha de alimentos saudáveis, tornar-se fisicamente ativo, alcançar índice de massa corporal adequado (14), controlar os níveis pressóricos, reduzir os níveis de colesterol sanguíneo além de usar drogas profiláticas apropriadas, tais como agentes anti-agregantes plaquetários, beta-bloqueadores e inibidores da enzima conversora de angiotensina (2, 3, 7, 13).

No estudo Steno-2 (12), foi comparado o efeito de uma intervenção objetiva, intensificada e multifatorial versus um tratamento convencional para fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular em pacientes com DM tipo 2. Foram randomizados 160 pacientes, sendo 80 para receber o tratamento convencional e 80 para o tratamento intensivo, com implementação de modificação no comportamento e uma intervenção com medicamentos para hiperglicemia, hipertensão, dislipidemia e microalbuminúria juntamente com o uso de ácido acetil salicílico na prevenção secundária da DAC. Os pacientes foram acompanhados após 7,8 anos. O grupo que recebeu a terapia intensiva apresentou maior declínio nos valores de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac), da pressão arterial sistólica e diastólica, dos níveis de triglicérides, da taxa urinária de albumina, do que o grupo que recebeu tratamento convencional. Além disso, os pacientes que receberam a terapia intensiva tiveram um risco significativamente menor para: DAC de 0,47 (0,24-0,73), nefropatia de 0,39 (0,21-0,86) e neuropatia autonômica de 0,37 (0,18-0,79).

A partir desses conceitos hipotetizamos que a abordagem transdisciplinar seria a forma mais adequada de tratar os indivíduos com doença arterial coronariana, uma vez que devem ser considerados os múltiplos fatores de risco que estão envolvidos e profissionais de diferentes áreas da saúde abordam um mesmo problema de forma diversa e aditiva.

Um mesmo objeto de estudo pode freqüentemente ser apreciado de *múltiplos pontos de vista*. Assim, uma obra de arte, uma pintura, pode ser estudada não apenas do ponto de vista da Arte, mas também da História, da Sociologia, da Psicologia e da Religião, para que se possa compreender as condições e motivações sob as quais foi feita; do ponto de vista da Física e da Química, para compreender as técnicas e materiais utilizados, etc. Esta atitude é denominada *Multidisciplinaridade*. Para Nicolescu, "é uma justaposição de conhecimentos", "é o estudo do ponto de vista de múltiplas disciplinas".

Por vezes, sente-se a conveniência e necessidade de importar-se um método de uma disciplina para outra, surgindo uma *interdisciplina*. A *Interdisciplinaridade* "Diz respeito sempre ao objeto de estudo de disciplinas do ponto de vista do método. [...] Quando se faz a transferência de método de uma disciplina para a outra, fica-se no espaço da interdisciplina". "A *Transdisciplinaridade* é complementar da aproximação disciplinar; ela faz emergir da confrontação das disciplinas novos dados que as articulam entre si e que nos dão uma nova visão da natureza e da realidade".
NICOLESCU (29).

A noção de promoção à saúde mais difundida na área médica foi introduzida por Leavell e Clark em 1976, no desenvolvimento do modelo denominado "história natural da doença". Neste modelo, aplicado a partir do grau de conhecimento do curso de cada uma das doenças, definem-se três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. A prevenção primária tem por objetivo evitar que as pessoas adoçam; para tanto, lança

mão de medidas voltadas para as condições do meio ambiente e social, não só para promoção geral da saúde, como para dar proteção específica a algumas doenças, como é o caso das vacinas.

De acordo com a medicina, as intervenções preventivas são tradicionalmente enfocadas sob três aspectos, a saber, (9):

1. *Prevenção Primária*: consiste em quaisquer atos destinados a diminuir a incidência de uma doença numa população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos. Pretende ainda, intervir antes que surja algum problema, no sentido de instruir, informar e educar com vistas à manutenção da saúde.

2. *Prevenção Secundária*: consiste em quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência de uma doença numa população, reduzindo sua evolução e duração. Caracteriza-se por ser um prolongamento da prevenção primária, quando essa não atingiu os objetivos propostos. No âmbito da questão do uso indevido de drogas, trata-se, portanto, de intervenções que tem como objetivo principal evitar que um estado de dependência se estabeleça, uma vez que o indivíduo já possui a doença.

3. *Prevenção Terciária*: consiste em quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença.

A definição adequada de qualidade de cuidados em saúde para populações preconiza a habilidade para acessar assistência efetiva, com eficiência para otimização do benefício em saúde e do bem-estar para toda a população (30). O conceito de cuidados efetivos envolve a capacidade diagnóstica, a aderência dos profissionais de saúde e dos pacientes (31).

Para que estes cuidados tenham um resultado eficiente buscamos dar ao paciente uma abordagem transdisciplinar dos diversos fatores de riscos que envolvem a DAC.

Vários estudos têm demonstrado que o atendimento clínico realizado por profissionais das diversas áreas da saúde parece beneficiar o paciente quanto à educação e qualidade de vida, trazendo benefícios em longo prazo.

No desenvolvimento deste trabalho sobre a transdisciplinaridade no atendimento ao paciente pós IAM e suas patologias associadas foram encontradas publicações científicas abordando a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Para o paciente diabético a abordagem interdisciplinar foi utilizada em um trabalho que teve como alvo: (a) determinar se a aproximação interdisciplinar oferecida pelo programa móvel ocidental do diabetes da clínica de Negev (WNMDCP) trouxe benefícios aos pacientes com diabetes mal controlado do tipo 2 e (b) qual a maior característica dos pacientes refratários ao tratamento. Duas clínicas foram selecionadas de forma aleatória como o controle e intervenção e foi avaliada a hemoglobina glicada (HbA1c) após 6 meses. Os pacientes da clínica controle (n=34) seguiram o tratamento usual e os da clínica da intervenção (n=48) receberam tratamento interdisciplinar onde foi programada uma primeira consulta com o endocrinologista, o nutricionista e o enfermeiro, quando objetivos educacionais e terapêuticos do paciente eram estabelecidos e agendadas consultas regulares para continuidade do tratamento. A taxa da melhoria do controle do diabetes, medida como uma diminuição em valores de HbA1c de no mínimo 0,5%, e a adesão ao tratamento foi determinada. Os pacientes da clínica intervenção demonstraram melhorias significativas na glicose plasmática (-1,5 mmol/l; p=0.003) e HbA1c (-1,8%; p=0.00001) o que não ocorreu no grupo de controle. As taxas de adesão eram 85% e 71% para o grupo da intervenção e 32% e 35% para o grupo de controle, respectivamente. A descontinuidade do tratamento foi de 15% na clínica da intervenção, comparada a 32% na clínica do controle. Na leitura dos resultados pode-se observar que a maioria de

pacientes do grupo intervenção cumpriu com o programa do tratamento: a prescrição da medicação foi modificada com frequência conforme as exigências da patologia, e o mais importante, o valor de HbA1C da média diminuiu significativamente. O oposto foi visto na clínica do controle: um maior número de pacientes não retornaram para a continuação do tratamento, a prescrição da medicação quase não foi alterada o valor médio de HbA1C não melhorou (43).

Outro estudo em diabético foi realizado para desenvolver um Programa Intensivo Multidisciplinar de Educação baseado na aproximação do cuidador com o objetivo de ajudar este paciente a obter controle adequado da glicemia e melhora da qualidade de vida. O programa constituiu de 12 dias de sessões de grupo e aconselhamento individual para os cuidados com o diabetes através da dosagem da HbA1C, o controle de saúde, da ansiedade e o conhecimento de como tratar a doença. Este estudo iniciou com 598 pacientes, tendo sido excluídos 7 por não completarem o programa. Os 51 pacientes que permaneceram durante todo o programa receberam a abordagem de educação multidisciplinar realizada por médico, enfermeiro e nutricionista, apresentando melhora no controle metabólico com efeitos positivos na qualidade de vida, porém este trabalho se deteve em analisar somente um grupo, sem comparar os efeitos em pacientes que não receberam a educação multidisciplinar (39).

Na abordagem multidisciplinar da hipertensão arterial sistêmica de difícil manejo, um estudo americano avaliou os pacientes atendidos em um hospital público. Os pacientes com pressão arterial elevada (140/90mmHg) apesar do tratamento simultâneo com três ou mais medicamentos por pelo menos três meses de uso foram avaliados e tratados por equipe multidisciplinar de saúde composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas que avaliaram e reforçaram de forma mais agressiva o tratamento da hipertensão arterial com objetivos educacionais de acordo

com as necessidades individuais dos pacientes. Dos pacientes que participaram deste estudo de educação multidisciplinar 58% conseguiram atingir níveis pressóricos menores em 6 meses, mas houve 22% de perdas, provavelmente por baixa adesão ao tratamento medicamentoso (37).

Conforme o consenso da American Heart Association (AHA) para prevenção de ataques cardíacos e morte em pacientes com doença coronariana é importante um desenvolvimento adequado de estratégias de prevenção bem estabelecidas. Em 1997 foi desenvolvido um programa de treinamento para profissionais da área da cardiologia baseado no consenso da AHA. Baseado nisso um grupo de americanos (Rhode Island, USA) teve a iniciativa de implementar o consenso de prevenção secundária em pacientes com DAC. Participaram 641 pacientes com DAC pré-existente, 380 homens e 261 mulheres. O objetivo do estudo foi analisar as divergências de identificação, documentação, avaliação e manejo do LDL-C elevado em pacientes com DAC preexistente. Este estudo retrospectivo avaliou as práticas no manejo da dislipidemia em ambulatório de cardiologia de um hospital após a instituição de programa de manejo com médico e enfermeira, em 352 pacientes, os quais foram comparados com 289 tratados com outro controle de forma usual. A reavaliação mostrou que os dois grupos mostraram uma melhora no perfil lipídico (40).

Outro estudo avaliou um programa multidisciplinar que foi projetado para melhorar os resultados em pacientes após um evento coronariano agudo. O objetivo preliminar do programa era que a terapia para dislipidemia estivesse prescrita para paciente pós-infarto agudo do miocárdio e angioplastia coronariana transluminal percutânea. Os objetivos secundários para este programa eram um painel do lipídio basal dentro das primeiras 24 horas da admissão e documentação da prescrição para a terapia da dislipidemia no prontuário médico do paciente. A equipe composta por

médico, enfermeiro, farmacêutico e administrador desenvolveram um programa com protocolo para iniciar a terapia para redução dos lipídios em pacientes internados e simultaneamente era realizado levantamento da medicação prescrita no prontuário do paciente. Se a prescrição não contemplasse a terapia para redução de lipídios, o farmacêutico anexava ao prontuário um lembrete para que o médico completasse a prescrição, conforme as diretrizes do *National Cholesterol Education Program* (NCEP). As melhorias foram relatadas para todos os objetivos. Dos pacientes pós IAM, 100% saíram do hospital com prescrição da medicação conforme o protocolo instituído. Para o indicador de preliminar, a terapia da dislipidemia foi prescrita na internação, aumentando de 40% par 72-81% do realizado antes do estudo. A porcentagem dos pacientes com um perfil lipídico já verificado dentro de 24 horas da admissão melhorou de 13% para 38-71%. No total, 28-78% de registros de pacientes contiveram a documentação da medicação para dislipidemia aconselhada após a iniciação do programa. Os autores concluíram que a aproximação multidisciplinar na terapêutica do paciente foi um fator de melhoria dos cuidados com o paciente foi um fator de melhoria dos cuidados com o paciente pós-evento coronariano. (41).

Kenneth e colaboradores, com um trabalho de educação a partir de encontros trimestrais de uma equipe multidisciplinar com pacientes com doença arterial coronariana mostraram que a implementação da colaboração qualitativa da equipe de apoio médico-hospitalar com treinamento interativo e o uso de instrumentos e diretrizes para prevenção de doenças cardiovasculares acarretaram maior aderência na modificação de estilo de vida dos pacientes para prevenção de novos eventos cardiovasculares. Neste estudo participaram e colaboraram 24 hospitais de Massachusetts durante encontros trimestrais para apresentações educacionais e de boas práticas com equipes multidisciplinares. Foram coletados dados de 1738 pacientes

admitidos com DAC de julho de 2000 a junho de 2001. Foram avaliadas diferentes medidas basais e após 10-12 semanas, com acompanhamento do uso de aspirina, beta-bloqueador, inibidor da enzima conversora da angiotensina (ECA), medicação e tratamento para o colesterol, cessação do tabagismo, controle da pressão arterial e reabilitação cardíaca. Os pacientes apresentaram significância clínica e estatística do basal para a avaliação de 10-12 semanas, assim descritos: cessação do tabagismo de 48% para 87%, tratamento lipídico de 54% para 79%, diminuição dos níveis de lipídeos de 59% para 81% e reabilitação cardíaca de 34% para 73%, respectivamente. O controle da pressão arterial foi de 60% para 68%. Este trabalho demonstra importância por ter sido realizado com um número grande de indivíduos e por ter sido realizado em várias instituições, porém não há um grupo controle para que possamos comparar as diferenças entre os mesmos. A ausência de um grupo tradicionalmente tratado impede a valorização plena destes resultados, já que poderiam ser obtidos simplesmente porque o paciente recebeu mais cuidado, por estar participando de um estudo (42).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar desfechos clínicos e laboratoriais relacionados à prevenção secundária da DAC em dois grupos de pacientes que tiveram um primeiro IAM e, foram atendidos de forma tradicional (grupo 1) ou no ambulatório de prevenção secundária (grupo 2) do ICFUC, buscando demonstrar que o tratamento realizado de forma transdisciplinar resulta em um melhor prognóstico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aumentar a adesão ao tratamento quanto ao:

- Comparecimento às consultas médicas;
- Comparecimento às consultas com nutricionista e enfermeiro;
- Uso correto dos medicamentos prescritos;
- Tratamento dietético;
- Prática de atividade física.
- Melhor controle glicêmico nos pacientes diabéticos, dos lipídios plasmáticos nos pacientes com dislipidemias e da pressão arterial nos pacientes hipertensos.

Artigo

**EFETIVIDADE DE UM AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR NO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES APÓS O PRIMEIRO INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Rosana M.C. Costa e Silva
Vera Lucia Portal
Patrícia Maciel
Aline Furquim
Mário Furquim
Vinícius Simas
Beatriz D. Schaan

**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL
FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA
Porto Alegre – RS, Brasil**

Correspondência para o autor:

Rosana C. Costa e Silva

Av. Princesa Isabel, 370 CEP 90620-001, Porto Alegre, RS, Brasil

Telefone/Fax: 51 32303600 Ramal: 3877 e 3927

e-mail: pesquisa@cardiologia.org.br

bschaan.voy@terra.com.br

RESUMO

Fundamentação: A doença arterial coronariana (DAC) é importante causa de morte; medidas de prevenção secundária são essenciais para evitar novo evento cardiovascular nesses pacientes. Idealizou-se então a criação de um ambulatório de prevenção secundária da DAC com abordagem transdisciplinar.

Objetivos: Comparar os desfechos dos pacientes submetidos a atendimento tradicional (G1) vs atendimento transdisciplinar no ambulatório de prevenção secundária da DAC (G2) em pacientes que sofreram seu primeiro infarto agudo do miocárdio (IAM).

Métodos: Foram estudados 146 pacientes com IAM que internaram no IC/FUC, randomizados em G1 (n=75), que foram encaminhados ao ambulatório de cardiologia tradicional e G2 (n=71), encaminhados ao ambulatório de prevenção secundária para consultas com. Foram submetidos a questionário e exame físico específico, receberam plano dietético ainda na internação e foram reavaliados após 60-90 e 180-210 dias por enfermeiro, nutricionista, cardiologista e endocrinologista, quando foram coletados dados de evolução (adesão aos medicamentos e dieta, cessação fumo, atividade física, re-internações, consultas na emergência), realizada avaliação antropométrica, medida de pressão arterial, glicemia capilar (diabéticos) e exames laboratoriais (glicemia, lipídios).

Resultados: Os grupos estudados foram semelhantes entre si na 1ª avaliação (internação); 63,4% eram homens, 88,2% tiveram IAM com supradesnivelamento do segmento ST, 22,9% eram diabéticos e 61,4% eram hipertensos. Os resultados encontrados mostraram que o comparecimento às consultas pelos pacientes do G2 foi de 82,7% vs 47,9% do G1 ($p<0,001$), o percentual de reinternações foi maior no G1 do que no G2 (43,5% e 26,7%, respectivamente, $p=0,052$), o percentual de pacientes que abandonou o tabagismo ($p=0,09$) e que aderiu à dieta ($p=0,073$) foi maior no G2.

Quando comparados os dados basais aos da CF, houve diminuição da glicose plasmática de 35,7% ($p < 0,001$), no G2. O índice de adesão foi muito bom em mais pacientes do G2 vs G1 (18,7% vs 5,6%), enquanto que a não adesão ao tratamento foi maior no G1 vs G2 (53,5% vs 48%, respectivamente, $p = 0,047$).

Conclusão: O estudo demonstrou que a proposta de tratamento em um ambulatório transdisciplinar de prevenção secundária da DAC trouxe benefícios aos pacientes após o primeiro IAM.

ABSTRACT

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dos 930 mil óbitos registrados no Brasil em 1998, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27% (1). Desde os anos 60, após os resultados iniciais do estudo de Framingham (2), passou-se a dar maior importância aos denominados fatores de risco para doenças cardiovasculares: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias, obesidade, sedentarismo.

Medidas de prevenção secundária, abordando todos os fatores de risco são necessárias para que se evite um novo evento cardiovascular em pacientes com DAC prévia. Estas incluem mudanças no estilo de vida (cessação do tabagismo, alimentação saudável, atividade física regular, diminuição do peso, controle dos níveis pressóricos, melhora do perfil lipídico), e o uso de medidas farmacológicas (estatinas, agentes anti-agregantes plaquetários, beta-bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina e anticoagulantes) (3). A abordagem transdisciplinar dos diversos fatores de risco para DAC tem sido sugerida ser benéfica.

Em pacientes com diabetes, programa interdisciplinar foi testado por 6 meses em clínica selecionada aleatoriamente, comparando os resultados ao do tratamento usual oferecido em outra clínica. Tanto o controle metabólico (redução da HbA1c -1,8%), como a adesão ao tratamento foram melhores nos indivíduos submetidos ao programa (4). Resultados semelhantes, além de melhora na qualidade de vida, foram observados em estudos não controlados, tanto em diabéticos (5) como em hipertensos de difícil controle (6). Em ambulatório de cardiologia, estudo retrospectivo avaliou as práticas de manejo da dislipidemia antes (289 pacientes) e após (352 pacientes) a instituição de

programa com médico e enfermeira, não demonstrando diferença no perfil lipídico entre os grupos (7).

Especificamente em pacientes com DAC, outro estudo não controlado avaliou o efeito da educação por uma equipe multidisciplinar em 1738 pacientes de 24 hospitais, antes e após 12 semanas. Observou-se cessação do tabagismo de 48 para 87%, adesão ao tratamento da dislipidemia de 54 para 79%, redução dos níveis de lipídeos de 59 para 81% e controle da pressão arterial de 60 para 68% (8). Outro estudo em pacientes com DAC demonstrou a efetividade de um programa com protocolo para iniciar a terapia para redução dos lipídios em pacientes internados conforme as diretrizes do *National Cholesterol Education Program* (NCEP) que envolvia equipe composta por médico, enfermeiro, farmacêutico e administrador. Dos pacientes pós-IAM, 100% saíram do hospital com prescrição da medicação conforme o protocolo instituído. Os autores concluíram, neste estudo, que a aproximação multidisciplinar na terapêutica foi um fator de melhoria dos cuidados com o paciente pós-evento coronariano (9).

Baseado neste contexto idealizou-se a criação de um ambulatório de prevenção secundária da doença arterial coronariana reforçando a atuação do Instituto de Cardiologia do RS/ Fundação Universitária de Cardiologia (ICFUC) no atendimento de pacientes com DAC, de forma transdisciplinar, seguindo as normas mundiais para o manejo desta doença (10). Para demonstrar a eficácia dessa medida comparamos o atendimento tradicionalmente prestado aos pacientes que sofreram o primeiro IAM (grupo 1-controle) ao atendimento transdisciplinar no ambulatório de prevenção secundária da doença arterial coronariana (grupo 2-intervenção).

MATERIAL E MÉTODOS

Este foi um ensaio clínico randomizado; os dois grupos, controle e intervenção, foram distribuídos aleatoriamente em blocos de vinte, através de programa computadorizado, à medida que foram sendo randomizados.

Pacientes

Foram estudados pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) que internaram no Instituto de Cardiologia do RS. Foram incluídos 153 pacientes, que internaram no IC/FUC pelo sistema único de saúde (SUS) com o diagnóstico de seu primeiro IAM, que foram divididos em 2 grupos: controle (G1, n=75) e intervenção (G2, n=78). Estes pacientes foram submetidos a questionário que incluía dados da história da doença atual, história clínica pregressa (diabetes, dislipidemia hipertensão arterial sistêmica), medicamentos em uso, tabagismo, atividade física, história de doença cardiovascular precoce na família, e de exame físico (medidas de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal). Nos pacientes em estado grave inicial, os dados eram completados no decorrer de sua internação. Após a randomização e aplicação do questionário, 4 pacientes do G1 e 3 do G2 foram a óbito ainda durante a hospitalização, restando 71 pacientes no G1 e 75 no G2 para o acompanhamento nos 180 dias pós-IAM.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi considerada presente naqueles pacientes que tinham diagnóstico de hipertensão previamente ao IAM e/ou que faziam uso de drogas anti-hipertensivas ou que apresentassem pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg. (11). Foram considerados diabéticos aqueles pacientes com diagnóstico prévio da doença e/ou que vinham em uso de drogas anti-hiperglicêmicas ou que apresentassem glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (12). Dislipidemia foi considerada presente quando o paciente relatava história pessoal do

problema. Foram considerados com sobrepeso os pacientes com índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m², mas abaixo de 29,99 kg/m² e obesos aqueles com IMC \geq 30 kg/m² (13). A circunferência abdominal foi considerada normal até 102 cm (homens) ou 88 cm (mulheres) (14). Foram considerados fumantes aqueles pacientes que diziam ser tabagistas até o momento do IAM, independente do número de cigarros/dia. Os pacientes foram classificados como sedentários quando não realizavam nenhuma atividade física, ou que esta atividade física fosse menor do que 30 minutos de duração, no mínimo 3 vezes por semana. O tipo de IAM foi definido como com supra-desnívelamento (segmento ST \geq 2 mm) e sem supra-desnívelamento (segmento ST <2 mm) (15), a partir dos eletrocardiogramas constantes do prontuário.

Ainda durante a internação, todos os 153 pacientes foram visitados por uma nutricionista que, após avaliação nutricional, prescreveu um plano alimentar para a alta hospitalar. Os pacientes do G1 tiveram a sua alta hospitalar com encaminhamento para o ambulatório tradicional de atendimento cardiológico do IC/FUC, enquanto os do G2 receberam encaminhamento para consulta no ambulatório de prevenção secundária da doença arterial coronariana (DAC).

Todos os pacientes incluídos neste estudo assinaram previamente termo de consentimento livre e esclarecido, tendo este trabalho aprovação prévia do comitê de ética em pesquisa do Instituto de Cardiologia do RS/Fundação Universitária de Cardiologia (CEP – ICF/UC).

Seguimento ambulatorial

Os atendimentos no ambulatório de prevenção secundária da DAC foram realizados por cardiologista, endocrinologista, enfermeiro e nutricionista. A cada consulta eram marcados novos retornos para um seguimento total de seis meses. Os atendimentos seguiram protocolos previamente discutidos pela equipe tendo sido

coletadas informações que foram armazenadas em banco de dados. Os retornos para as consultas no ambulatório de prevenção secundária da DAC correspondiam a etapas pré-estabelecidas no protocolo de atendimento (30, 60, 120 e 180 dias). O atendimento iniciava com a consulta de enfermagem, onde que eram revisados os medicamentos em uso, o estado atual com relação ao hábito de fumar, e, em pacientes diabéticos medida de glicemia capilar (fitas reagentes Advantage, Roche, Indianápolis, IN, USA), revisão da aplicação de insulina e exame dos membros inferiores. Seguia-se a consulta com o nutricionista, que avaliava o peso corporal, circunferência abdominal e realizava recordatório alimentar. Com estes dados, os pacientes passavam à consulta cardiológica, onde era realizada anamnese, exame físico e solicitação de exames complementares específicos. Todos os pacientes diabéticos eram avaliados por médico endocrinologista.

A pressão arterial foi aferida com o paciente sentado por cinco minutos, utilizando-se esfigmomanometro aneróide ou de mercúrio, periodicamente calibrado, conforme recomendações do VII JNC (11) e IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (16). A circunferência abdominal (CA) foi avaliada na metade da distância entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca (13), com fita métrica de 150 cm de comprimento. O peso e a altura foram medidos em balança manual da marca Filizzola, com capacidade máxima para carga de 150 kg de peso e 1,90 cm de altura.

Após 180-210 dias da alta hospitalar, os grupos foram comparados quanto às medidas antropométricas (peso, IMC, cintura), de pressão arterial e bioquímicas (glicose plasmática de jejum e lipídios). Foram também avaliados os seguintes desfechos clínicos: número de consultas à emergência, re-internações e óbitos, abandono do tabagismo, atividade física e adesão ao tratamento. A adesão à dieta foi avaliada questionando-se diretamente o paciente e pelo percentual de peso perdido; aos

medicamentos pelo questionamento direto do paciente/familiares, às consultas ambulatoriais pela presença do paciente em 2 consultas após a alta. Foi construído um índice de adesão somando 7 itens considerados importantes neste sentido (diminuição de peso de no mínimo 5 % do peso inicial, diminuição de pressão arterial diastólica e/ou sistólica, adesão à dieta, aos medicamentos, à atividade física, às consultas e abandono do tabagismo), cada qual valendo 1 ponto. A soma final de 5-7 foi considerada muito boa adesão, de 3-4 adesão parcial e menor ou igual a 2 de não adesão.

Avaliação laboratorial

As amostras de sangue foram coletadas no ambulatório, como usualmente é feito para todos os pacientes do SUS, com os pacientes em jejum de 12h, e analisada no laboratório de análises clínicas do IC/FUC. O colesterol plasmático total (valores de referência: abaixo de 200 mg/dl) e os triglicerídeos (valores de referência: abaixo de 150 mg/dl) foram analisados em triplicata, usando “kits” comerciais (*Roche* Indianápolis, IN, USA). O HDL-C (valores de referência: acima de 40 mg/dl) foi isolado, utilizando o método heparina-2M $MnCl_2$ e medidos com o mesmo kit enzimático usado para colesterol plasmático total. O LDL-C (valores de referência: abaixo de 130 mg/dl) foi estimado pela fórmula de Friedwald em mg/dl. Quando os triglicerídeos foram maiores de 400, o cálculo do LDL-C foi feito a partir da fórmula do colesterol não-HDL menos 30 mg/dl. A glicose plasmática de jejum (valores de referência: 70 a 100 mg/dl) foi dosada através de método enzimático automatizado (*Roche* Indianápolis, IN, USA) e a hemoglobina glicada (valores de referência: 4,5 a 5,9 mg/dl) pelo método imunoturbidimétrico do mesmo laboratório (*Roche*, Indianápolis, IN, USA).

Análise estatística

Os dados são apresentados como média e desvio-padrão. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo previamente às análises. As diferenças nas características iniciais e desfechos entre os grupos de comparação foram analisadas através de teste de Qui-quadrado para variáveis nominais e teste *t de Student* para variáveis contínuas. Foram utilizadas ANOVA para medidas repetidas quando comparadas as variáveis no seguimento dos grupos. A análise estatística foi realizada com o auxílio do *programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 10.0*

RESULTADOS

Na tabela I estão representadas as características basais dos 153 pacientes estudados, cujos dados foram levantados através de questionário e exame físico na internação. Os grupos estudados, G1 e G2, foram semelhantes entre si quanto à idade ($58,4 \pm 11,7$ anos), percentual de idosos (22,2%), gênero (63,4% homens), percentual de indivíduos sedentários, características antropométricas, níveis pressóricos, tipo de infarto (88,2% com supra-desnívelamento do segmento ST), história prévia de fatores de risco para DAC, não apresentando diferença estatística quanto a estas variáveis, o que indica a homogeneidade dos dois grupos, conforme era esperado. Com relação ao diabetes mellitus 22,9% dos pacientes responderam que se sabiam diabéticos e/ou estavam em tratamento medicamentoso e/ou dietoterápico antes do IAM. A história pessoal de hipertensão arterial foi positiva em 61,4% da nossa amostra total, o que reforça os estudos de que a hipertensão arterial é um dos preditores de risco para eventos cardiovasculares.

A tabela II demonstra as variáveis que foram coletadas no decorrer do seguimento ambulatorial (com 60 a 90 dias, CI, e com 180 a 210 dias de seguimento, CF) no grupo 2 (intervenção). Observou-se redução de 11,3% na glicose plasmática no seguimento nesses pacientes ($p < 0,001$). As demais variáveis mantiveram-se semelhantes entre a CI e a CF, apesar de se observar uma tendência de redução na medida da cintura, colesterol não HDL, triglicerídeos e aumento de HDL-C. Resultados semelhantes foram observados quando da comparação dos dados basais aos da CF (180-210 dias de seguimento) com diminuição da glicose plasmática de 35,7% ($p < 0,001$), do colesterol total e do LDL-C em 5,22% ($p = 0,472$) e 19,8% ($p = 0,200$), respectivamente, o HDL-C aumentou 21,9% ($p = 0,234$) e a redução de triglicerídeos foi de 24,7% ($p = 0,338$).

Tabela I: Características basais dos indivíduos estudados, após diagnóstico de primeiro infarto agudo do miocárdio (IAM), antes da intervenção.

	G1	G2	p
Idade (anos)	58,9 ± 13,4 (71) n=71	57,9 ± 10,0 (75) n=75	0,567
Idade >65 anos (%)	26,8 (19) n=71	21,1 (15) n=75	0,555
Sexo masculino (%)	64,0 (71) n=71	62,8 (75) n=75	0,999
Homens idade>55 anos/Mulheres idade >60 (%)	54,9 (39) n=71	56,8 (42) n=75	0,957
Tabagistas (%)	32,9 (23) n=70	45,2 (33) n=73	0,096
Sedentarismo (%)	62,3 (38) n=61	62,0 (44) n=71	0,999
Peso (kg)	77,4 ± 15,3 (71) n=71	75,2±13,2 (75) n=75	0,395
IMC (kg/m ²)	28,2±4,5 (71) n=71	28,0±4,6 (75) n=75	0,723
Glicose plasmática (mg/dL)	152,2 ± 62,1 (46) n=46	160,1 ± 71,0 (47) n=47	0,571
PAS (mmHg)	136,1±27,1 (71) n=71	128,4±29,0 (75) n=75	0,101
PAD (mmHg)	80,1±16,0 (71) n=71	78,6±16,9 (75) n=75	0,585
IAM com supra ST (%)	91,5 (65) n=71	86,7 (65) n=75	0,668
IAM sem supra ST (%)	8,5 (6) n=71	13,3 (10) n=75	0,668
História familiar para DAC (%)	76,9 (50) n=65	75,0 (54) n=72	0,950
História de dislipidemia (%)	52,9 (41) n=53	71,0 (27) n=43	0,743
História de HAS (%)	73,0 (46) n=63	71,9 (46) n=64	0,999
História de DM (%)	31,0 (18) n=58	33,3 (15) n=45	0,972

G1: grupo controle; G2: grupo intervenção; IMC: índice de massa corporal; IAM: infarto agudo do miocárdio; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; DAC: doença arterial coronariana; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus. O número descrito entre parênteses é o n representativo do percentual.

Tabela II – Comparação entre os valores basais os do atendimento transdisciplinar no ambulatório de prevenção secundária da DAC, dos pacientes do G2.

	CI 60-90dias	CF 180-210 dias	p
Peso (kg)	74,8±14,5 n=40	74,0±12,8 n=40	0,676
IMC (kg/m ²)	28,1±5,4 n=40	28,0±5,7 n=40	0,340
Cintura (cm)	94,4±11,7 n=40	92,9±10,1 n=40	0,317
<hr/>			
Glicose plasmática (mg/dl)	116,0±33,2 n=40	102,9±30,9 n=40	0,000
<hr/>			
PAS (mmHg)	131,3±19,7 n=40	133,6±25,9 n=40	0,124
PAD (mmHg)	82,1±11,7 n=40	81,7±12,8 n=40	0,313
<hr/>			
Colesterol total (mg/dl)	171,6±50,7 n=40	172,4±47,0 n=40	0,107
HDL-C (mg/dl)	44,0±11,3 n=40	51,7±26,4 n=40	0,223
Colesterol não HDL (mg/dl)	137,3±50,9 n=40	124,4±41,2 n=40	0,176
LDL-C (mg/dl)	107,7±68,2 n=40	101,4±38,4 n=40	0,707
Triglicerídeos (mg/dl)	147,6±97,9 n=40	137,3±70,1 n=40	0,350

G2: grupo intervenção; IMC: índice de massa corporal; IAM: infarto agudo do miocárdio; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; DAC: doença arterial coronariana; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus. CI: consulta ambulatorial realizada entre 60 a 90 dias após o IAM. CF: consulta ambulatorial realizada entre 180 a 210 dias após o IAM.

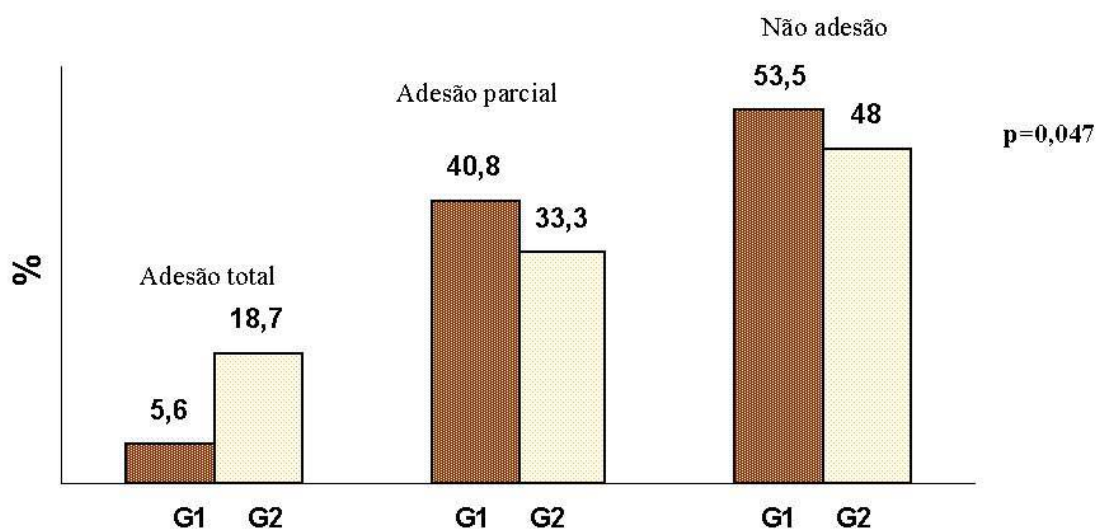
As variáveis que foram utilizadas como representativas da adesão dos pacientes ao tratamento ambulatorial convencional (G1) e ao tratamento transdisciplinar no ambulatório de prevenção secundária da DAC (G2) estão representadas na Tabela III. Observou-se melhor adesão do G2 ao tratamento, tendo em vista: 1) apresentarem 82,7% de comparecimento às consultas vs 47,9% do G1 ($p<0,001$); 2) o percentual de re-internações ter sido maior no G1 do que no G2 (43,5% e 26,7%, respectivamente, $p=0,052$); 3) o percentual de pacientes que abandonou o tabagismo ($p=0,09$) e que aderiu à dieta ($p=0,073$) ter sido maior no G2, apesar destas últimas comparações não terem alcançado diferença estatística. Foi semelhante entre G1 e G2 o número de consultas à emergência e de óbitos, percentual de pacientes que mantinham atividade física regular e adesão aos medicamentos.

Tabela III – Análise comparativa da evolução dos pacientes do G1 e G2 após 180-210 dias do IAM, quanto aos desfechos clínicos e adesão.

Avaliação	G1	G2	p
Consulta na emergência (%)	47,8 (33) n=71	48,0 (36) n=75	0,999
Reinternação (%)	43,5 (30) n=71	26,7 (20) n=75	0,052
Óbito (%)	4,2 (3) 71	0,0 (0) 75	0,230
Abandono tabagismo (%)	56,0 (14) n=23	72,4 (25) n=33	0,096
Atividade Física (%)	42,0 (21) n=50	47,7 (21) n=44	0,723
Adesão à dieta (%)	34,7 (17) n=50	54,5 (24) n=44	0,073
Adesão à medicação (%)	76,5 (38) n=50	88,6 (39) n=44	0,203
Adesão às consultas (%)	47,9 (34) n=71	82,7 (62) n=75	<0,001

G1: grupo controle, G2: grupo intervenção.

A figura 1 apresenta o índice de adesão nos grupos estudados, G1 e G2 o qual foi construído considerando-se 7 itens importantes neste sentido (diminuição de peso de no mínimo 5 % do peso inicial, diminuição de pressão arterial diastólica e/ou sistólica, adesão à dieta, aos medicamentos, à atividade física, às consultas e abandono do tabagismo), cada qual valendo 1 ponto. A soma final de 5-7 foi considerada muito boa adesão, de 3-4 adesão parcial e menor ou igual a 2 de não adesão, conforme descrito na metodologia. Observou-se adesão muito boa em maior percentual de pacientes do G2 vs G1 (18,7% vs 5,6%), enquanto que a não adesão ao tratamento avaliada desta forma foi maior no G1 vs G2 (53,5% vs 48%, respectivamente, $p=0,047$).



G1: grupo controle, G2: grupo intervenção.

Figura 1. Percentual de pacientes que compareceram às consultas após o infarto agudo do miocárdio, sendo G1 – grupo controle atendido no ambulatório tradicional e G2 – grupo intervenção atendido no ambulatório transdisciplinar de prevenção secundária.

A tabela IV demonstra dados da análise comparativa dos grupos quanto à adesão realizada considerando-se terem sido atingidas as metas estipuladas pelos consensos nacionais e internacionais (AHA 2002, SBC 2002). O percentual de pacientes que atingiram perda de peso corporal acima de 5% (9) ($p=0,415$), que atingiram níveis

pressóricos e lipídios considerados alvo (pressão arterial sistólica <140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica <90 mmHg. (7) (p=0,549 p=0,203, respectivamente), colesterol total <200 mg/dl, HDL-C >40 mg/dl para homens e >45 mg/dl para mulheres (p=0,415), LDL-C <100 mg/dl (p=0,732) e triglicérides <150 mg/dl (12) (p=0,902), demonstrando que esta forma de análise não permitiu identificar diferenças entre os grupos estudados.

Tabela IV – Análise comparativa da evolução dos pacientes do G1 e G2 após 180-210 dias do IAM, quanto aos dados antropométricos, de pressão arterial e exames laboratoriais.

Avaliação	G1	G2	p
Diminuição de peso corporal em kg de no mínimo 5% (%)	31,3 (15) n=48	21,1 (8) n=38	0,415
PAS ≤135mmHg (%)	44,1 (15) n=34	54,1 (20) n=37	0,549
PAD ≤85mmHg (%)	61,8 (21) n=34	78,4 (29) n=37	0,203
Colesterol total ≤200 mg/dl (%)	73,5 (25) n=34	80,0 (28) n=35	0,725
HDL-C ≥40mg/dl, nos homens e ≥45mg/dl nas mulheres (%)	50,0 (16) n=32	62,9 (22) n=35	0,415
LDL ≤100 mg/dl (%)	51,7 (15) n=29	59,4 (19) n=32	0,732
Triglicérides ≤150mg/dl (%)	64,5 (20) n=31	60,0 (21) n=35	0,902

G1: grupo controle, G2: grupo intervenção.

DISCUSSÃO

O ambulatório de prevenção secundária da DAC do IC/FUC, formatado para atender de forma transdisciplinar os pacientes da instituição que internam e são acompanhados após o primeiro episódio de IAM demonstrou, pelos dados descritos neste estudo, muito bons resultados. Observamos maior adesão dos pacientes ao comparecimento às consultas ambulatoriais, menor número de re-internações, maior adesão à dieta e maior índice de abandono do tabagismo nos pacientes acompanhados neste ambulatório comparativamente àqueles tradicionalmente tratados.

Neste modelo de ambulatório os pacientes tiveram consultas com a equipe de saúde composta por enfermeiro, nutricionista, cardiologista e endocrinologista (para pacientes diabéticos e com intolerância à glicose), pois acreditamos que esta forma de tratamento permite uma troca de conhecimentos entre os profissionais envolvidos reforçando aos pacientes as medidas que devem ser adotadas para evitar um novo evento coronariano, sem com isto perder as competências que cada área da saúde tem em particular. Vários estudos reforçam a idéia de que o tratamento dos fatores de risco para DAC tem maior sucesso se abordados de maneira multidisciplinar. Tao et al (17) estudaram o tratamento de pacientes com difícil manejo da pressão arterial e obtiveram resultados satisfatórios em 6 meses de acompanhamento com equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas). Sadur et al (18) estudaram um programa de educação em saúde com equipe multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo e nutricionista) para pacientes diabéticos obtendo como resultados a melhora significativa dos níveis de HbA1c, bem como melhora no auto-cuidado e no estilo de vida. Simpson et al (19) demonstraram em um estudo randomizado, resultados importantes quanto à diminuição dos fatores de risco para DAC, através de tratamento com medidas não farmacológicas em 2 grupos de pacientes, sendo que o grupo que recebeu abordagem de

equipe multidisciplinar (grupo intervenção) teve melhores resultados em comparação com o grupo controle. Todos estes resultados nos levam a propor uma mudança no estilo de tratar, uma vez que o modelo de ambulatório de cardiologia tradicional do IC/FUC não permite que o paciente tenha contato com toda a equipe de profissionais de saúde simultaneamente.

O perfil dos pacientes da nossa amostra foi semelhante ao dos pacientes de outros estudos realizados em nosso meio. O percentual de mulheres que apresentam IAM, o qual vem aumentando nas últimas décadas, foi em média 36,6% vs 27,2% (20) e 35% (21) observados em outras séries. A idade média da ocorrência do primeiro IAM também tem se apresentado maior nos últimos anos, mostrando-se semelhante entre os estudos brasileiros (nossa amostra: $58,4 \pm 11,7$ vs 60,5 (20) e 61 anos (21). O número de fumantes e pacientes com história pessoal de dislipidemia foi também semelhante a relatos prévios (21), no entanto, observamos maior prevalência de HAS e de DM em nossa amostra, indicando tratar-se de uma população de alto risco. A ocorrência de mais de 30% de pacientes com DM é, no entanto, compatível com outros relatos da literatura (22). Importante observar que estas características à entrada no estudo foram semelhantes entre os grupos, demonstrando que foram adequadamente randomizados.

Consideramos a adesão ao tratamento proposta muito boa, o que foi avaliado por um índice construído considerando-se diminuição de peso, de pressão arterial, adesão à dieta, aos medicamentos, à atividade física, às consultas e abandono do tabagismo. Um estudo em pacientes com cardiopatia isquêmica (8) demonstrou que o atendimento multidisciplinar também é capaz de aumentar a adesão à cessação do tabagismo e ao uso de medicamentos para dislipidemia, a diminuição dos níveis de lipídeos, a melhora na reabilitação cardíaca e um melhor controle da pressão arterial. No entanto, era um estudo não controlado e não foi avaliada adesão às consultas e re-internações como no

nosso. Riccio et al estudaram pacientes com hipertensão de difícil controle, demonstrando que consultas frequentes com médicos, enfermeiros e farmacêuticos resultaram no melhor controle da pressão arterial desses pacientes, o que foi atingido nas 5 primeiras consultas (em 75 dias) (23). Outro estudo italiano mostrou que pacientes com insuficiência cardíaca tiveram um melhor prognóstico e menor número de re-hospitalizações após a implantação de uma assistência com médico e enfermeiro (24).

Não obtivemos significância quando comparados colesterol total, LDL-C, HDL-C e triglicerídeos entre os grupos, provavelmente por erro beta. A amostra inicial calculada foi de 160 pacientes, porém, por questões administrativas, alguns pacientes (n=7) internaram pelo sistema único de saúde (SUS), mas após a randomização, a aplicação do questionário e a alta hospitalar, os mesmos optaram pelo acompanhamento cardiológico por seu médico assistente, visto serem pacientes que possuíam convênios de saúde.

Interessante observar que a glicemia inicial média foi elevada em ambos os grupos estudados, reduzindo-se no mesmo percentual no decorrer do seguimento, atingindo valores médios próximos dos considerados normais após 180-210 dias do IAM. Sabe-se que a elevação da glicemia à chegada do paciente com síndrome coronariana aguda é fator de mau prognóstico, resultando em maior número de óbitos e complicações cardiovasculares em curto (21) e longo prazo (25), independente da presença ou não de DM prévio. Vários estudos sugerem que a hiperglicemia, em pacientes não diabéticos, representa, na verdade, o diabetes não diagnosticado (22). A elevação da glicemia à chegada do paciente ao hospital nestas condições tem origem em estresse, sendo provável que a hiperglicemia de estresse possa ser um marcador de dano miocárdico extenso (26). A hiperglicemia, tanto aguda quanto crônica, também está

relacionada com comprometimento da função endotelial (27), liberação de catecolaminas (28) e diminuição da sensibilidade à insulina (29).

A pressão arterial na nossa amostra não reduziu de forma significativa entre a avaliação intermediária e a final e entre os grupos, G1 e G2, porém não foram avaliados os indivíduos hipertensos separadamente, assim como não foram estratificados os hipertensos de acordo com os níveis de pressão arterial, pelo fato de que estas estratificações trariam perda de poder estatístico. O fato da comparação ter sido feita entre avaliações casuais realizadas com apenas uma medida de pressão arterial também reduz o poder discriminatório destas medidas, tendo em vista a grande quantidade de vieses que podem estar atuantes (estresse da consulta médica, uso ou não de drogas anti-hipertensivas antes da consulta, atividade física imediatamente antes da consulta, etc). A utilização da medida ambulatorial de pressão arterial seria uma alternativa para minimizar estes efeitos (30). O percentual de pacientes hipertensos na entrada do estudo foi de 72%, taxa acima da encontrada em outros estudos - 53,8 e 39,2% nos estudos de Manfroi et al (31) e Borghi et al (32) - provavelmente por nossa instituição ser referência para doenças cardíacas graves em toda a região sul do país.

Quanto ao tabagismo, os estudos utilizando placebo e adesivos transdérmicos demonstram uma taxa de abandono com placebo de 5 a 10% e com adesivos de 18 a 77% (33). Nesse trabalho não utilizamos nenhuma técnica especial e nenhuma droga, por ser um ambulatório do SUS e os pacientes não terem disponibilidade financeira para aquisição de medicamentos anti-tabagismo por serem de custo elevado, porém nossos resultados mostraram 72,4% de abandono do tabagismo. Estudo em nosso meio utilizando apenas o aconselhamento em pacientes hipertensos obteve resultado de 30% de cessação de tabagismo, o que se associou ao número de consultas que os pacientes tinham realizado, maior do que o relatado para este subgrupo de pacientes, indicando

que o enfoque intensivo da equipe de saúde pode obter resultados semelhantes àqueles com o uso de farmacoterapia coadjuvante (34).

Apesar de não ter havido diferença significativa, não ocorreram óbitos em nossa amostra, comparativamente a 3 óbitos no G1. Alguns estudos demonstram redução gradual na mortalidade por infarto nos últimos anos, ainda que essa tendência não se configure de maneira uniforme em todos os países. A melhoria no acesso aos hospitais e a possibilidade de redução do número de óbitos fulminantes, associados à disponibilidade de tratamentos mais modernos, estão entre os fatores apontados para as mudanças no comportamento da mortalidade (35). Hipotetizamos que o uso mais regular das medicações, maior cessação do fumo esteja implicada em menor número de re-internações e de óbitos no grupo tratado de forma transdisciplinar (G2).

O resultado alcançado quanto à adesão à dieta é medida importante para uma melhor evolução clínica desses pacientes, mas os resultados objetivos da mesma (redução de peso corporal e da circunferência abdominal) não foram alcançados como uma média, o que é achado usual em outros estudos. Seguimento por tempo semelhante ao de nosso estudo em pacientes hipertensos demonstrou que apenas 1/3 dos pacientes atinge e mantém perda de 2kg, o que é efetivo na redução de seus níveis pressóricos (36). Outras medidas, tais como grupos de apoio, farmacoterapia e intensificação da atividade física poderão trazer melhores resultados futuros (37).

CONCLUSÃO

Em conclusão, nosso estudo demonstrou que a presente proposta de tratamento aos pacientes em um ambulatório transdisciplinar de prevenção secundária da DAC trouxe benefícios aos pacientes após o primeiro infarto agudo do miocárdio. A proposta de ampliação desta rotina na forma de tratamento para as demais doenças cardiovasculares em nossa e outras instituições é sugerida pelos autores.

I - LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAM	– Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	– Índice de Massa Corporal
HbA1c	– Hemoglobina Glicada
DM	– Diabetes Mellitus
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-C	– colesterol contido na lipoproteína de alta densidade
LDL-C	– colesterol contido na lipoproteína de baixa densidade

II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*“Efetividade de um Ambulatório Transdisciplinar no Acompanhamento de Pacientes
Após o Primeiro Infarto Agudo do Miocárdio”*

(Nome completo do paciente – preencher em letra de forma) Idade sexo

O abaixo assinado e identificado, sob a responsabilidade da nutricionista que assina este documento, declara ter recebido uma explicação clara e completa sobre a pesquisa acima mencionada a que se submete de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

- 1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa que se trata este consentimento: melhorar o atendimento ambulatorial para os pacientes pós primeiro Infarto Agudo do Miocárdio;
- 2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados:
Entendi que se eu participar deste estudo serão feito exames de sangue conforme rotinas de prescrição de exames no Ambulatório do Instituto de Cardiologia, comparecerei às consultas previamente agendadas com a equipe transdisciplinar do Ambulatório de Prevenção Secundária (cardiologista, endocrinologista, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social)
- 3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.
- 4º Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o meu tratamento.
Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, sobre os meus direitos como participante do mesmo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar a Nutricionista Rosana Maria Carolo da Costa e Silva, no telefone 3230 3600 ramal: 3859.
- 5º - Foi dada a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do Estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.
- 6º - Foi dada a garantia de não ser identificado e de ser mantido o caráter confidencial de informação em relação à minha privacidade.

7º - Foi assumido o compromisso de proporcionar-me informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade em continuar participando.

8º - Assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

A minha assinatura neste *Consentimento Livre e Esclarecido* dará autorização ao patrocinador do estudo, ao comitê de ética do hospital, e a organização governamental de saúde de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, _____, _____, _____.

Assinatura do Paciente:

Assinatura do Nutricionista Responsável:

Nome do nutricionista responsável: Dra Rosana Maria Carolo da Costa e Silva

CRN 2 N° 1993

Declaro que este formulário foi lido para.....

em ____/____/____ por Rosana Maria Carolo da Costa e Silva enquanto eu estava presente.

.....
Assinatura da Testemunha

.....
Nome

III – PROTOCOLO PARA PACIENTES COM PRIMEIRO IAM



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL/
FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA
SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA

Perfil Sócio-Demográfico

DATA: ___/___/___

- 1- Nome: _____
- 2- N° Prontuário: _____
- 3- Endereço: _____
- Fone: _____ Cidade: _____ Estado: _____
- 4 -Data de nascimento: ___/___/___ 5 -Idade: _____ anos
- 6- Faixa etária: 1) Até 29 anos 2) 30-49 3) 50-59 4) 60-69 5) 70 ou +
- 7- Gênero: 1) Masculino 2) Feminino
- 8- Raça: 1) Branca 2) Negra 3) Parda 4) Indígena 5) Amarela
- 9- Escolaridade: _____ anos de estudo completados
- 10 -Nível de Escolaridade: 1) Nunca Estudou; 2) 1º Grau Incompleto; 3) 1º Grau Completo
4) 2º Grau Incompleto; 5) 2º Grau Completo; 6) 3º Grau Incompleto; 7) 3º Grau Completo
- 11 – Profissão: _____ (códigos IR) – códigos devem estar no sistema

FATORES DE RISCO - DADOS CONHECIDOS ANTES DA INTERNAÇÃO

12 – Antecedentes Familiares Doença Arterial Coronariana (Angina, IAM ou morte súbita):

- 1) Sim 2) Não
- 13- Pai com Doença Coronariana; 1) Sim, Idade Diagnóstico: _____Anos;
2) Não
- 14- Mãe com Doença Coronariana 1) Sim, Idade Diagnóstico: _____Anos;
2) Não
- 15- Irmão (ã) com Doença Coronariana 1) Sim, Idade Diagnóstico: _____Anos;
2) Não
- 16- Outro Familiar? Qual? _____ 1) Sim, Idade Diagnóstico: _____Anos;
2) Não
- 17- História Familiar Positiva - **HAS**: 1) Pai 2) Mãe 3) Irmão (ã) 4) Outro Familiar
5) Não
- 18- História Familiar Positiva - **DM**: 1) Pai 2) Mãe 3) Irmão (ã) 4) Outro Familiar
5) Não
- 19- História Familiar Positiva - **Hipercolesterolemia**: 1) Pai 2) Mãe
3) Irmão(ã) 4) Outro Familiar
5) Não
- 20- História Familiar Positiva - Doença Cerebrovascular: 1) Pai 2) Mãe
3) Irmão (ã) 4) Outro Familiar
5) Não
- 21- História Familiar Positiva - Insuficiência Cardíaca: 1) Pai 2) Mãe
3) Irmão (ã) 4) Outro Familiar
5) Não

- 22- Fumo: 1) Sim 2) Nunca Fumou 3) Ex-Fumante
 23- Cigarros/dia: 1) até 10; 2) 11-20; 3) 21-30 4) +31;
 24- Idade que começou a fumar? _____ anos
 25- Se ex-fumante, há quanto tempo parou? 1) Até 1 Ano 2) 2-5 a 3) 6-9 a
 4) 10 ou +
 26 - Consumo Habitual de Cocaína: 1) Sim 2) Não
 27- Outra droga: 1) _____ Sim, Qual
 2) Não
 28 – Consumo de Álcool: 1) Sim, _____g/dia (definir)
 2) Não
 29 – Atividade Física: 1) Sim 2) Não
 30- Intensa: Atividade Esportiva Diária, > 40 Min: 1) Sim 2) Não
 31- Moderada: 4 a 6 Vezes / Sem (Caminhada / Natação, pelo menos 30 Min): 1) Sim
 2) Não
 32- Leve: 3 Vezes/Sem (Caminhada/Natação, pelo menos 30 Min): 1) Sim
 2) Não
 33- Relacionada à Ocupação Profissional: 1) Sim 2) Não
 34- Hipertensão Arterial Sistêmica: 1) Sim 2) Não 3) Não Sabe se tem
 35- Hipertenso em Tratamento: 1) Sim 2) Não
 36- Abandonou o Tratamento: 1) Sim 2) Não 3) Nunca tratou
 37- Hipercolesterolemia: 1) Sim 2) Não 3) Não sabe se tem
 38- Hipercolesterolemia em Tratamento Dietético: 1) Sim 2) Não
 39- Abandonou o Tratamento: 1) Sim 2) Não 3) Nunca tratou
 40- DM: 1) Sim 2) Não 3) Não sabe se tem DM
 41- DM tratamento Dietético: 1) Sim 2) Não 3) Abandonou o tratamento
 42- Triglicerídeos: 1) Sim 2) Não 3) Não sabe se tem
 43- Triglicerídeos alto em tratamento dietético: 1) Sim 2) Não 3) Abandonou o tratamento

SOMENTE PARA MULHERES (questões 44, 45 e 46):

- 44- Pré-Menopáusia: ACO: 1) Há quanto tempo? _____ 2) Não
 45- Pós-Menopáusia: HORMÔNIOS 1) Há quanto tempo? _____ 2) Não
 46- Idade de Início da Menopausa: 1) Quantos anos _____ 2) Não se aplica
 47- Sabe que Droga(s) utiliza: 1) Sim 2) Não
 Quais: _____

OBS: Nominar os medicamentos (depois verei com a Dra Beatriz como classifica-los)

Exame Físico na Internação (preencher com os dados do primeiro atendimento)

- 48- Peso _____ Kg
 49- Altura: _____ m
 50- PAS (mmHg): 1) <120 2) 120-139 3) 140-159 4) ≥160
 51- PAD (mmHg) 1) < 80 2) 80-89 3) 90-99 4) ≥ 100
 52- FC _____ bpm
 53-HGT _____
 54- Mucosas Descoradas 1) Sim 2) Não
 55- Olhos com Arco Corneano 1) Sim 2) Não
 56- Olhos com Xantelasma 1) Sim 2) Não
 57- Dentes Séticos 1) Sim 2) Não
 58- Bócio 1) Sim 2) Não
 59- Sopros Cervicais 1) Sim 2) Não

APARELHO CARDIOVASCULAR:

- 60- RITMO:** 1) REGULAR 2) IRREGULAR
61- Bulhas: 1) Normofonéticas 2) Hipofonéticas 3) Hiperfonéticas
62- Sopros: 1) Carotídeo 2) Aórtico 3) Mítral 4) Não

- 63- Atrito:** 1) Pericárdico 2) Pleural 3) Não

Aparelho Respiratório

- 64- Pulmões:** 1) Limpos 2) Estertores 3) Roncos 4)

Sibilos

Abdômen:

- 65- Hepatomegalia** 1) Sim 2) Não
66- Ascite 1) Sim 2) Não
67- Sopros 1) Sim 2) Não
68- Massas 1) Sim 2) Não

Membros Inferiores:

- 69- Edema:** 1) Sim 2) Não
70- Grau do edema: 1) 1+ 2) 2+ 3) 3+ 4) 4+
71- Lesões 1) Sim 2) Não
72- Pulsos: 1) Presentes 2) Ausentes 3) Diminuídos

Exames Laboratoriais da Internação (mg/dl) (coletar os exames realizados no primeiro atendimento)

- 73- Colesterol Total:** 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
74- C-HDL: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
75- C-LDL: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
76- Triglicerídeos: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
77- Glicemia Jejum: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
78- Fibrinogênio: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
79- Proteína C Reativa US: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
80- Uréia: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
81- Creatinina: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
82- Sódio: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
83- Potássio: 1) Sim, Valor: _____ 2) Não
84- Características do IAM: 1) IAM Inferior 2) IAM D. Diafragmático 3) IAM Septal
 4) IAM Anterior 5) IAM Anterior extenso 6) IAM Dorsal 7) IAM Não Q

85- Presença de Doença Cardiovascular diagnosticada previamente:

- 1) Doença Arterial Coronariana 2) Insuficiência Cardíaca 3) Doença Cérebro-Vascular
 4) Vasculopatia Periférica 5) Arritmia Cardíaca 6) Aortopatia (Aneurisma)
 7) Outra (especificar): _____ 8) Não

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS**86- CAT:**

- 1) VE Normal 2) FE 30-50% 3) FE < 30% 4) Coronárias Normais
 5) Lesão de Um Vaso 6) Lesão Dois Vasos 7) Lesão Três Vasos ou +
 8) Doença Valvular Leve 9) Doença Valvular Moderada 10) Doença Valvular Severa
 11) Outras Alterações: _____ 12) Não Fez

87- Cintilografia:

- 1) VE Normal 2) FE 30-50% 3) FE < 30% 4) Perfusão Normal
 5) hipoperfusão Leve 6) Hipoperfusão Moderada 7) Hipoperfusão Severa

8) Outras alterações: _____ 9) Não Fez

88- Ecocardiograma

1) VE Normal 2) FE 30-50% 3) FE < 30% 4) Doença Valvular Associada Leve

5) Doença Valvular Moderada 6) Doença Valvular Severa

7) Outras Alterações: _____ 8) Não Fez

89- Eletrocardiograma

1) Normal 2) Zona Inativa 3) SVE 4) Ritmo Sinusal 5) Arritmia

6) Outras, Descrever: _____

90- Radiograma Tórax

1) Normal 2) Cardiomegalia 3) Sinais ICE 4) Derrame Pleural 5) Sinais DPOC

Descrever alterações: _____ 9) Não Fez

91- Ergometria:

1) PA Inicial _____ 2) PA Final _____ 3) FC Max Atingida (%) _____

4) Duplo Produto _____ 5) Tempo de Esforço _____

6) Padrão Eletrocardiográfico _____ 7) Protocolo Utilizado _____

8) Não Fez

92- Outros Testes Diagnósticos Realizados 1) Sim, Quais _____

2) Não

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS (DA INTERNAÇÃO DO 1º IAM)

93- Trombolítico: 1) SK 2) rtPA 3) TNK 4) Não

94- Inibidor IIb/IIIa 1) Tirofiban 2) Reopro 3) Não

95- ACTP PRIMÁRIA 1) TIMI I 2) TIMI II 3) TIMI III 4) Não

96- ACTP COM BALÃO 1) TIMI I 2) TIMI II 3) TIMI III 4) Não

97- ACTP COM STENT 1) TIMI I 2) TIMI II 3) TIMI III 4) Não

98- Marcapasso 1) Transitório 2) Definitivo 3) Não

99- Swan-Ganz 1) até 1 dia 2) 2-3 3) + 3 dias 4) Não

100- CRM (nº vasos revascularizados) 1) 1vaso 2) 2 vasos 3) 3 vasos 4) + 3 vasos 5) Não

101- Cardioversão Elétrica 1) Sim 2) Não

102- Desfibrilação Elétrica 1) Sim 2) Não

103- Reanimação Cardiorrespiratória 1) Sim 2) Não

104- Ventilação Mecânica 1) até 2 dias 2) 2-5 dias 3) 6-10 dias 4) + 10 dias 5) Não

105- Outros: _____

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA APLICADA NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DO IAM

106- Aspirina: 1) Sim 2) Não

107- Heparina Baixo Peso: 1) Sim 2) Não

108- Heparina: 1) Sim 2) Não

109- Trombolíticos: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não

110- Inibidores IIb/IIIa: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não

111- Beta-Bloqueadores: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não

112- Inibidor ECA: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não

113- Nitrato: 1) Sim 2) Não

114- Amiodarona: 1) Sim 2) Não

115- Diuréticos: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não

116- Verapamil: 1) Sim 2) Não

117- Digital: 1) Sim 2) Não

118- Lido: 1) Sim 2) Não

- 119- Outro Antiarrítmico: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 120- Estatinas: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 121- Outros: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não

Complicações Intra-Hospitalares:

- 122- Angina Pós-Infarto 1) Sim 2) Não
 123- IVE (B3 + Congestão Pulmonar) 1) Sim 2) Não
 124- ICC (IVE + Edema MsIs + TJ ... 1) Sim 2) Não
 125- Arritmia: 1) BRE 2) BRD 3) ACFA 4) Flutter Atrial 5)
 Outra TSV
 6) ESV 7) TV 8) FV 9) BAV T 10) Não
 126- Pericardite 1) Sim 2) Não
 127- PCR 1) Sim 2) Não
 128- AVC 1) Isquêmico 2) Hemorrágico 3) Transitório
 129- Choque Cardiogênico 1) Sim 2) Não
 130- Complicações Mecânicas 1) RM 2) Ruptura VE 3) CIV
 131- Reinfarto 1) Sim, Data ____ / ____ / ____ 2) Não
 132- Óbito 1) Sim, Data _____ 2) Não
 133- Outros 1) Sim. Qual? _____ 2) Não

Terapêutica na Alta (nome farmacológico e dose):

- 134- Aspirina: 1) Sim 2) Não
 135- Estatina: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 136- Beta Bloqueadores: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 137- Nitrato: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 138- Diuréticos: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 139- Antiarrítmico: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 140- Inibidor ECA: 1) Sim. Qual? _____ 2) Não
 141- Outros: -

142- Fez Parte DURANTE INTERNAÇÃO de Protocolo de ENSAIOS CLÍNICOS?

- 1) Sim 2) Não 3) Não Sei
 143- Entrevistador: 1) Vinícius 2) Aline 3) Mario

**IV - PROTOCOLO APLICADO AOS PACIENTES DO GRUPO CONTROLE
APÓS 180 DIAS DO IAM**



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL/
FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA
SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA

DATA: ____ / ____ / ____

Perfil Sócio-Demográfico

1- Nome: _____

2 - Nº Prontuário _____

3 - Endereço: _____

Fone: _____ Cidade: _____ Estado: _____

4 – Idade: ____ Anos 5 – Peso: ____ Kg 6 - Altura: ____ m 7 – IMC: ____

8 – O(a) senhor(a) fuma cigarro? 1) Sim 2) Nunca Fumou 3) Ex-Fumante

9 – Nº de cigarros/dia _____ 10 – Há quanto tempo fuma, em anos: _____

11 – Há quantos anos parou de fumar? _____

12 – O(a) senhor(a) consome droga tipo cocaína? 1) Sim 2) Não

13 – O(a) senhor(a) costuma ingerir bebida de álcool? 1) Sim, ____ g/dia

2) Não

14 – O(a) senhor(a) pratica algum exercício físico (Sedentarismo)? 1) Sim

2) Não

15 – Atividade Física Intensa: (atividade esportiva diária, > 40 min) 1) Sim

2) Não

16 – Atividade Física Moderada: 4 a 6 vezes/semana (Caminhada /Natação, pelo menos 30 min) 1) Sim 2) Não

17 – Atividade Física Leve: 3 vezes/semana (Caminhada / Natação, pelo menos 30 min) 1) Sim 2) Não

18 – Atividade Física Relacionada à Ocupação Profissional 1) Sim 2) Não

19 – O(a) senhor(a) tem pressão alta? 1) Sim 2) Não 3) Não sabe

20 – Hipertenso em tratamento 1) Sim, qual droga? _____ 2) Não

21 – Sabia-se Hipertenso, mas abandonou o tratamento 1) Sim 2) Não

22 – Sabia-se Hipertenso, mas nunca tratou 1) Sim 2) Não

23 – O(a) senhor(a) tem colesterol alto? 1) Sim 2) Não 3) Não sabe

1) Hipercolesterolemia em tratamento dietético 1) Sim 2) Não

2) Hipercolesterolemia em tratamento farmacológico. Que droga (s) utiliza? _____

- 3) Sabia ter Hipercolesterolemia, mas abandonou o tratamento. 1) Sim 2) Não
- 4) Sabia ter Hipercolesterolemia, mas nunca tratou. 1) Sim 2) Não
- 24 – O(a) senhor(a) tem açúcar alto no sangue? 1) Sim 2) Não 3) Não sabe
- 1) Diabetes em Tratamento Medicamentoso 1) Sim 2) Não
- 2) Diabetes em Tratamento Dietético 1) Sim 2) Não
- 25 – O(a) senhor(a) tem triglicerídeos alto? 1) Sim 2) Não 3) Não sabe
- 1) Triglicerídeos Alto em Tratamento Medicamentoso 1) Sim 2) Não
- 2) Triglicerídeos Alto em Tratamento Dietético 1) Sim 2) Não

SOMENTE PARA MULHERES (questões 26 e 27)

26 - Está na pré-menopausa? Contracepção Hormonal Oral (CHO)?

(1) Sim que CHO: _____ Há quanto tempo? _____ (2) Não

27 – Com que idade a senhora entrou na menopausa? _____ anos (1) Não se aplica.

Exames de Retorno:

28- Colesterol Total: _____ mg/dl

29- Colesterol HDL: _____ mg/dl

30- Colesterol LDL: _____ mg/dl

31- Triglicerídeos: _____ mg/dl

32- Glicemia em jejum: _____ mg/dl

33 – Fibrinogênio: _____ mg/dl

34 – Proteína C Reativa: _____ mg/dl

35 – Procedimentos diagnósticos e terapêuticos após o 1º IAM?

1) Internação 2) CAT 3) ACTP/STENT 4) Marcapasso

5) Reanimação Cardiorrespiratória (PCR)

36- Qual a terapêutica em uso atualmente? Colocar o nome do fármaco e dose:

1) Aspirina: _____

2) Estatinas: _____

3) Beta bloqueadores: _____

4) Nitrato: _____

5) Diuréticos: _____

6) Antagonista do Cálcio: _____

7) Inibidor da ECA: _____

8) Outros: _____

37- Consultou, no ambulatório, após infarto (1) Sim (2) Não

38- Número de consultas com cardiologista (1) Uma (2) Duas (3) Mais

- 39- Número de consultas com endocrinologista (1) Uma (2) Duas (3) Mais
- 40- Número de consultas com nutricionista (1) Uma (2) Duas (3) Mais
- 41- Número de consultas com enfermeiro (1) Uma (2) Duas (3) Mais
- 42- Foi solicitado exames, em geral (1) Sim, Quais _____ (2) Não

Nome do Entrevistador: _____

**V-PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: PRIMEIRA CONSULTA MÉDICA
AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA
DAC**

DATA: ____/____/____

Nome: _____

Prontuário: _____

Sintomas:

- Dor peito (1) Sim (2) Não
 Se sim é característica de angina? (1) Sim (2) Não
 Classe funcional () 1 () 2 () 3 () 4
 Frequência () vezes/semana ou () vezes/dia
 Intensidade () 1- leve () 2- média () 3- importante
 Alívio com nitratos (1) Sim (2) Não
 Sintomas concomitantes (1) náusea/vômito (2) síncope (3)..
 Dispneia (1) Sim (2) Não
 Se sim (1) pequenos (2) médios (3) grandes esforços (4) ortopnéia
 (5) paroxística noturna
 Cansaço (1) Sim (2) Não
 Se sim (1) pequenos (2) médios (3) grandes esforços
 Palpitações (1) Sim (2) Não

Para os diabéticos:

- Polidipsia (1) Sim (2) Não
 Poliúria (1) Sim (2) Não
 Dor membros inferiores (1) Sim (2) Não
 Se sim (1) em peso, diurna (2) noturna (3) desencadeada pela caminhada
 Intensidade (1) fraca (2) média (3) forte
 Visão embaralhada (1) Sim (2) Não

Drogas em uso efetivamente:

.Listar.....

.....

Drogas abandonadas:

Listar.....

.....

Motivo: (1) \$ (2) efeitos adversos (3) não achou necessário usar

Fumo (somente para os fumantes na 1ª avaliação)

Parou? (1) Sim (2) Não

Álcool (somente para os que ingeriam álcool excessivamente na 1ª avaliação)

Parou? (1) Sim (2) Não

Cocaína e/ou outras drogas (somente para os que usavam na 1ª avaliação)

Parou? (1) Sim (2) Não

Dieta

(1) Fazendo bem; (2) Fazendo um pouco de dieta (3) Não está fazendo dieta

Exercícios físicos

(1) Fazendo com regularidade (2) Fazendo irregularmente (3) Não está fazendo

Necessitou consultar serviço de emergência desde a alta? (1) Sim (2) Não

Se sim, motivo

Necessitou internação hospitalar desde a alta deste hospital? (1) Sim (2) Não

Se sim, motivo

OBJETIVO

1 – Peso e Altura: _____ Kg _____ m

2 – PAS _____ PAD _____ FC _____ HGT _____

3 – Mucosas Descoradas (1) Sim (2) Não

4- Dentes Sécnicos (1) Sim (2) Não

5- Aparelho CardioVascular:

A-Ritmo:

(1)-Regular (2)- Irregular

B-Bulhas:

(1)-Normofonética: (2)-Hipofonética (3)-Hiperfonética

C-Sopros:

(1)-Carotídeo (2)-Aórtico (3)-Mitral

D-Atrito:

(1)-Pericárdio (2)-Pleural

6 -Pulmões: (1)-Limpos (2)-Estertores (3)-EAP

7- Abdômen:

A) Hepatomegalia (1) sim (2) não

B) Ascite (1) sim (2) não

C) Sopros (1) sim (2) não

D) Massas (1) sim (2) não

8- Membros Inferiores:

A) Edema (1) sim (2) não

B) se 8^A = sim (1) 1+ (2) 2+ (3) 3+ (4) 4+

C) Lesões (1) sim (2) não

D) Pulsos (1) presentes (2) ausentes (3) diminuídos

Resultado dos Principais Exames da Internação:

Glicemia jejum

CT

HDL-C

LDL-C

TG

ECG

Ergo

Ecocardiograma

Cintilo Miocárdica

Cineangiocoronariografia

Fatores de Risco Modificáveis e Tratáveis:

(1) Fumo

(2) Dislipidemia

(3) HAS

(4) DM

(5) Obesidade/sobrepeso

(6) Sedentarismo

(7) Outros (homocisteína, Lp(a), hipercoagulabilidade)

Avaliação de risco do IAM (baseado na FEVE e na isquemia residual):

(A) Risco baixo (B) Risco médio (C) Risco alto

CONDUTA

Drogas prescritas:

Outras medidas (Manejo Fatores de risco):

Exames solicitados para a próxima consulta:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------|---------|
| (1) Exames laboratoriais | (2) ECG | (3) Rx Tórax | (4) Eco |
| carótidas | | | |
| (5) Ecocardiograma | (6) Cintilografia Miocárdica | (7) | |
| Cineangiocoronariografia | | | |
| (8) Ergometria | (9) Outros: Citar | | |

**VI-PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: CONSULTA MÉDICAS DE EVOLUÇÃO
AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA
DAC**

DATA: ____/____/____

Nome: _____

Prontuário: _____

Subjetivo

Sintomas:

- Dor peito (1) Sim (2) Não
 Se sim é característica de angina? (1) Sim (2) Não (3)
 Não definida
 Classe funcional () 1 () 2 () 3 () 4
 Frequência () vezes/semana ou () vezes/dia
 Intensidade () 1- leve () 2- média () 3-
 importante
 Alívio com nitratos (1) Sim (2) Não
 Sintomas concomitantes (1) náusea/vômito (2) síncope
 (3) sudorese
 Dispnéia (1) Sim (2) Não
 Se sim (1) pequenos (2) médios (3) grandes esforços (4) ortopnéia
 (5) paroxística noturna
 Cansaço (1) Sim (2) Não
 Se sim (1) pequenos (2) médios (3) grandes esforços
 Palpitações (1) Sim (2) Não

Para os diabéticos:

- Polidipsia (1) Sim (2) Não
 Poliúria (1) Sim (2) Não
 Dor membros inferiores (1) Sim (2) Não
 Se sim (1) em peso, diurna (2) noturna (3) desencadeada pela caminhada
 Intensidade (1) fraca (2) média (3) forte
 Visão embaralhada (1) Sim (2) Não

Drogas em uso efetivamente:

Listar.....

Drogas abandonadas:

Listar.....

Motivo: (1) \$ (2) efeitos adversos (3) não achou necessário
 usar

Fumo (somente para os fumantes na 1ª avaliação)

Parou? (1) Sim (2) Não

Álcool (somente para os que ingeriam álcool excessivamente na 1ª avaliação)

Parou? (1) Sim (2) Não

Cocaína e/ou outras drogas (somente para os que usavam na 1ª avaliação)

Parou? (1) Sim (2) Não

Dieta

(1) Fazendo bem; (2) Fazendo um pouco de dieta (3) Não está fazendo dieta

Exercícios físicos

(1) Fazendo com regularidade (2) Fazendo irregularmente (3) Não está fazendo

Necessitou consultar serviço de emergência desde a última consulta? (1) Sim (2) Não

Se sim, motivo

Necessitou internação hospitalar desde a última consulta? (1) Sim (2) Não

Se sim, motivo

Objetivo

1 - Peso e Altura: _____ Kg _____ m

2 - PAS _____ PAD _____ FC _____ HGT _____

3 - Mucosas Descoradas (1) Sim (2) Não 4- Dentes

Sépticos (1) Sim (2) Não

5- Aparelho CardioVascular:

A-Ritmo:

(1)-Regular (2)- Irregular

B-Bulhas:

(1)-Normofonética: (2)-Hipofonética (3)-Hiperfonética

C-Sopros:

(1)-Carotídeo (2)-Aórtico (3)-Mitral 4) Não

D-Atrito:

(1)-Pericárdio (2)-Pleural (3) Não

6 -**Pulmões:** (1)-Limpos (2)-Estertores (3)-EAP

7- Abdômen: A) Hepatomegalia (1) sim (2) não

B) Ascite (1) sim (2) não

C) Sopros (1) sim (2) não

D) Massas (1) sim (2) não

8- Membros Inferiores:

A) Edema (1) sim (2) não

B) se 8A = sim (1)1+ (2)2+ (3) 3+ (4) 4+

C) Lesões (1) sim (2) não

D) Pulsos (1) presentes (2) ausentes (3) diminuídos

Resultado dos principais exames solicitados na consulta anterior:

Glicemia jejum:

CT

HDL-C

LDL-C

TG

Uréia

Creatinina

Ácido úrico

Potássio

Outros exames laboratoriais:

(1) Eletrocardiograma

(A) Normal (B) Zona Inativa (C) SVE (D) Ritmo sinusal (E) Arritmia

(F) Alterações Isquêmicas

Descrever: _____

(2) Rx Tórax

(A) Normal (B) Cardiomegalia (C) Sinais ICE (D) Derrame Pleural (E) Sinais DPOC

Descrever alterações: _____

(3) Ergometria

(A) inicial _____ (B) PA final _____ PA
 (C) atingida (%) _____ (D) Duplo produto _____ FC Max
 (E) Tempo de esforço _____ (F) Padrão eletrocardiográfico _____

Protocolo utilizado _____

(4) Ecocardiograma

(A) VE normal (B) FE 30-50% (C) FE < 30% (D) Disfunção diastólica
 (D) Doença valvular associada leve (E) Doença valvular moderada (F) Doença valvular severa

(G) outras alterações: _____

(5) Cintilografia Miocárdica

(A) VE normal (B) FE 30-50% (C) FE < 30%
 (D) perfusão normal (E) hipoperfusão leve (F) hipoperfusão moderada (G) hipoperfusão severa

(H) Outras alterações: _____

(6) Cineangiocoronariografia

(A) VE normal (B) FE 30-50% (C) FE < 30%
 (D) Coronárias normais (E) lesão de 1 vaso (F) lesão 2 vasos (G) lesão 3 vasos ou +
 (H) Doença valvular leve (I) Doença valvular moderada (J) Doença valvular severa

(K) Outras alterações _____

(7) Outros testes diagnósticos realizados

Avaliação de risco do IAM (baseado na FEVE e na isquemia residual):

(A) Risco baixo (B) Risco médio (C) Risco alto

Conduta

Drogas prescritas:

Outras medidas (Manejo dos Fatores de Risco):

Exames solicitados para a próxima consulta:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------|
| (1) Exames laboratoriais | (2) ECG | (3) Rx Tórax |
| (4) Eco carótidas
Miocárdica | (5) Ecocardiograma | (6) Cintilografia |
| (8) Ergometria | (7) Cineangiocoronariografia | (9) Outros - Citar |

VII - FICHA – CONSULTA DE NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM
AMBULATÓRIO TRANSDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA
DAC



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA/FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE
 CARDIOLOGIA
 AMBULATÓRIO DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO IAM
 Dados Prontuário Eletrônico: 1ª Consulta e Evolução

Nome _____ N° Prontuário _____

Data Nascimento ___/___/___ Peso ___ kg Altura ___ cm

Data: ___/___/___ () 1ª Consulta () Evolução

Peso atual ___ kg IMC _____ Cintura _____

Alteração de Peso () Não () Aumento () Perda

VET _____ P _____ HC _____ L _____

PA _____ FC _____

HGT _____ Jejum () Sim. Horário: _____

() Não. Horário: _____

_____ Alimentos _____

Você toma a medicação prescrita pelo médico?

() Sim () Não.

Porquê? _____

Sinais e Sintomas () Não () Sim

() Tontura () Dor. Tipo: _____

() Dispnéia () Cansaço () Náusea () Vômitos

() Constipação () Diarréia () Anorexia

Tipo(s) de dieta(s) prescrita(s):

() Normocalórica () Hipocalórica

() Para Diabetes Mellitus () Hipolipídica

() Hipossódica com 2g sal () Hipossódica com 4g de sal () Sem sal

()

Outra: _____

Ingestão Alimentar () Sem alteração

() Alteração, por () Inapetência,
 () Não adesão à dieta

Você se sente motivado a seguir o tratamento nutricional?

() Não () Sim () Não sabe

5. Referências Bibliográficas

(A) – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA BASE TEÓRICA

1. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Position statement. *Diabetes Care* 2001;24(suppl 1):S33-43.
2. EUROASPIRE II: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J* 2001; 22:554-572.
3. EUROASPIRE I and II Group: Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995-1001.
4. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham. A statement for healthcare professionals from the AHA force on risk reduction. *Circulation* 1998;97:1876-1887.
5. Gus I, Zielinsky P. As Cardiopatias no Brasil. In: Ferreira C, Póvoa R. *Cardiologia para o Clínico Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999:131-43.
6. 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):478-490.
7. Issa JS, Forti N, Giannini SD, Diamant J. Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. *Arq Bras Cardiol* 1998; 70(4):271-274.
8. Lotufo PA. Epidemiologia das doenças cardiovasculares: impacto do aumento da obesidade na população brasileira. *Revista ILIB* 2001;3(3):5-8.
9. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Datasus. *Informações de Saúde*. Dados obtidos via internet. "[http://: www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)", em 08/09/2004 [on line].
10. Smith SC, Blair SN, Bonow RO, et al. AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 2001; 104:1577-1579.

11. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr-cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Diabetes Care* 1993 Feb;16(2):434-44.
12. Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348:383-93.
13. III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2001;77(Supl III):1-48.
14. Santos RD, Timerman S, Spósito AC, et al. Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2002;78(suppl1):01-13.
15. Lacey KO, Chyun DA, Grey M. An integrative literature review of cardiac risk factor management in diabetes education interventions. *Diabetes Educ* 2000;26:812-820.
16. Schaan BD, Harzheim E, Gus I. Cardiac risk profile in diabetes mellitus and impaired fasting glucose. *Rev Saúde Pública* 2004;38(4):529-36.
17. Xavier HT. *Manual de dislipidemias e cardiometabolismo*. São Paulo: BBS Editora, 2004.
18. Oliveira GHM, Farmer JA. Novos Fatores de Risco Cardiovascular. *Rev SOCERJ* 2003;16:183-93.
19. Ugarte MT, Portal VL, Dias AA, Schaan BD. Metabolic response to oral lipid overland in diabetes and impaired glucose tolerance. *Diabetes Res Clin Pract*.2005 Jul;69(1):36-43. Epub 2005 Jan 12.
20. Schaan BA, Portal VL, Ugarte MTO, Dias AM, Hatem DM. Diabetes & Metabolism, no prelo, 2005. Emerging risk factors and early atherosclerosis indices in subjects whit impaired glucose tolerance.
21. Signori LU et al. XVI Scientific Meeting of the Inter.-American Society of Hypertension, April 17-21, 2005 Cancun, Mexico.

22. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52.
20. Irigoyen M, Lacchini S, DeAngelis K, Michelini L. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? *Rev SOCESP* 2003;1:20-45
21. Dagenais GR, Yi Q, Lonn E, Sleight P, Ostergren J, Yusuf S; HOPE Trial Investigators. Impact of cigarette smoking in high-risk patients participating in a clinical trial. A substudy from the Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE trial). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12(1):75-81.
22. Thompson PD. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003;23:1319-1321.
23. Chen YD, Jeng CY, Hollenbeck CB, Wu MS, Reaven GM. Relationship between plasma glucose and insulin concentration, glucose production, and glucose disposal in normal subjects and patients with non-insulin-dependent diabetes. *J Clin Invest* 1988;82(1):21-5.
24. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle TT, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344(18):1343-49.
25. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. The DECODE study group. European Diabetes Epidemiology Group. Diabetes Epidemiology: Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe. *Lancet* 1999;354(9179):617-21.
26. Nicolescu B. *A Visão do que há Entre e Além* [entrevista a Antónia de Sousa]. *Diário de Notícias*, Caderno Cultura, Lisboa, 3 de Fevereiro de 1994, pp. 2-3.
27. Prioridades na área de prevenção. www.senad.gov.br/paginas/prevencao.htm acessado em 29.06.2005.
28. Campbell SM, Roland MO, Buetow AS. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51:1611-25.

29. CASTIEL LD. Inefetividade e Ineficiência: Reflexões sobre a Epidemiologia e os Serviços de Saúde de um estado de Mal Estar Social. *Cad Saúde Publ* 1990; 61(1):27-39.
30. Gross JL, Silveiro P, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Atualização Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002;46(1): 16-26
31. Schaan BD, Portal VL. Fisiopatologia da doença cardiovascular no diabetes. *Revista da Sociedade de Cardiologia do RS* 2004;XIII(3):1-5.
32. Chen YD, Jeng CY, Hollenbeck CB, Wu MS, Reaven GM. Relationship between plasma glucose and insulin concentration, glucose production, and glucose disposal in normal subjects and patients with non-insulin-dependent diabetes. *J Clin Invest* 1988;82(1):21-5.
33. Law M, Wald N, Morris J. Lowering blood pressure to prevent myocardial infarction and stroke: a new preventive strategy. *Health Technol Assess* 2003;7(31).
34. Worcester MU, Stojcevski Z, Murphy B, Goble AJ. Long-term behavioral outcomes after attendance at a secondary prevention clinic for cardiac patients. *J Cardiopulm Rehabil* 2003;23 (6):415-22
35. Tao LS, Hart P, Edwans E, Evans AT, Whitaker E, Smith P. Treatment of difficult-to-control blood pressure in a multidisciplinary clinic at a public hospital. *J Natl Med Assoc.*2003;;95 (4): 263-9.
36. Codispoti C, Douglas MR, McCallister T, Zuniga A. The use of a multidisciplinary team care approach to improve glycemic control and quality of life by the prevention of complications among diabetic patients. *J Okla State Med Assoc* 2004;97(5):201-4. Review.
37. Keers JC, Blaauwweikel EE, Hania M, Bouma J, Scholten-Jaegers SMHJ, Sanderman R, Links TP. Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education and Counseling* 2004 (52) 151-7.

38. LaBresh KA, Owen P, Alteri C, Reilly S, Albright PS, Hordes AR, Shaftel PA, Noonan TE, Stoukides CA, Kaul AF. Secondary prevention in a cardiology group practice and hospital setting after a heart-care initiative. *Am J Cardiol* 2000; 10;85(3A):23A-29A.
39. Birtcher KK, Bowden C, Ballantyne CM, Huyen M.. Strategies for implementing lipid-lowering therapy: pharmacy-based approach. *Am J Cardiol* 2000; 10;85(3A):30A-35A
40. LaBresh KA, Ellrodt AG, Gliklich R, Liljestrand J, Peto R. Get with the guidelines for cardiovascular secondary prevention: pilot results. *Arch Intern Med* 2004; 26;164(2):203-9.
41. Maislos M, Weisman D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Acta Diabetol* 2004;41:44-48.
45. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2005; 28(suppl.1): S37-42.
46. Singh RB, Bjaj S, Niaz MA, Rastogi SS, Moshiri M. Prevalence of type 2 diabetes mellitus and risk of hypertension and coronary artery disease in rural and urban population with low rates of obesity. *Int J Cardiol* 1998; 66:65-75.
47. Rudel LL, Kesainiemi A. Low-density lipoprotein particle composition: what is the contribution to atherogenicity? *Curr Opin Lipidol* 2000;11:227-8.
- 48- Assmann G, Schulte H. Role of triglycerides in coronary artery disease: lessons from the prospective cardiovascular munster study. *Am J Cardiol* 1992;70:10H-13H.
49. Hokanson JE, Austin MA. Plasma triglyceride level is a risk factor for cardiovascular disease independent of high-density lipoprotein cholesterol level: a meta-analysis of population based prospective studies. *J Cardiovasc Risk* 1996;3:213-219.
50. Rossouw JE, Lewis B, Rifkind BM. The value of lowering cholesterol after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1990;1112-19.

51. Malach M, Quinley J, Imperato PJ, et al. Improving lipid evaluation and management in medicare patients hospitalized for acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2001;161:839-844.
52. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men hypercholesterolemia. The West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS). *N Engl J Med* 1995;333:1301-07.
53. Sacks FM, Pfeffer MA, Move LA, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. The cholesterol and recurrent events trial (CARE). *N Engl J Med* 1996;335:1001-09.
54. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 1999;282:2340-6.
55. Brensike JF, Levy RI, Kelsey SF, et al. Effects of therapy with cholestyramine on progression of coronary arteriosclerosis: results of the NHLBI Type II Coronary Intervention Study. *Circulation* 1984;69:313-24.
56. Blankenhorn DH, Nessim AS, Jonhson RL, et al. beneficial effects of combined colestipol-niacin therapy on coronary atherosclerosis and coronary venous bypass grafts. *JAMA* 1987;257:3233-40.
57. Ridker PM. Clinical application of C-Reactive Protein for cardiovascular disease detection and prevention. *Circulation* 2003;107:363.
58. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention of metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403.74
59. The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *Final Report Circ* 2002;106:3143-3421.

(B) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ARTIGO

1. Gus I, Zielinsky P. As Cardiopatias no Brasil. In: Ferreira C. Póvoa R. *Cardiologia para o Clínico Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999:131-43.
2. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham. A statement for healthcare professionals from the AHA force on risk reduction. *Circulation* 1998;97:1876-1887.
3. Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol* 2002;78 (suppl.1):1-13.
4. Maislos M, Weisman D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study . *Acta Diabetol* 2002;41:44-48.
5. Keers JC, Blaauwwekel EE, Hania M, Bouma J, Scholten-Jaegers SMHJ, Sanderman R, Links TP. Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education and Counseling*. 2004 (52) 151-7.
6. Tao LS, Hart P, Edwans E, Evans AT, Whitaker E, Smith P. Treatment of difficult-to-control blood pressure in a multidisciplinary clinic at a public hospital. *J Natl Med Assoc*. 2003 Apr;95 (4): 263-9.

7. LaBresh KA, Owen P, Alteri C, et al. Secondary prevention in a cardiology group practice and hospital setting after a heart-care initiative. *Am J Cardiol.* 2000; 85(3A):23A-29A.
8. LaBresh KA, Ellrodt AG, Gliklich R, Liljestrand J, Peto R. Get with the guidelines for cardiovascular secondary prevention: pilot results. *Arch Intern Med* 2004; 26;164(2):203-9.
9. Birtcher KK, Bowden C, Ballantyne CM, Huyen M. Strategies for implementing lipid-lowering therapy: pharmacy-based approach. *Am J Cardiol.* 2000; 10;85(3A):30A-35A.
10. Mehta SR. ACC/AHA. Appropriate antiplatelet and antithrombotic therapy in patients with acute coronary syndromes: recent updates to the ACC/AHA guidelines. *J Invasive Cardiol.* 2002;14(Suppl.E):27E-34E; quiz 35E.
11. VII report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). *JAMA* 2003;289:2560-72.
12. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2005;28:S37-42. (http://care.diabetesjournals.org/content/vol28/suppl_1/acesado dia 25.07.2005.)
13. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica – SBH, SBC, SBEM, SBD e ABESO. *Arq Bras Cardiol* 2005;84(Supl1.):1-28.
14. The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Final Report *Circ* 2002;106:3143-421.
15. II Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol* 2000;74: 7-18.

16. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – SBH/SBC/SBN. Arq Bras Cardiol 2004;82(supl.IV):2-22.
17. Tao LS, Hart P, Edwans E, Evans AT, Whitaker E, Smith P. Treatment of difficult-to-control blood pressure in a multidisciplinary clinic at a public hospital. J Natl Med Assoc 2003;95(4): 263-9.
18. SadurCN, Moline N, Costa M, Michalik D, Mendlowitz D, Roller S, Watson R, Swain BE, Selby JV, Javorski WC. Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. Diabete Care 1999; 22 (12):2011-7.
19. Simpson DR, Dixon BG, Bolli P. Effectiveness of multidisciplinary patient counseling in reducing cardiovascular disease risk factors through nonpharmacological intervention: results from the Healthy Heart Program. Can J Cardiol 2004;20(2):117-86.
20. Caramelli B, Fornari LS, Monachini M, Ballas D, Fachini NR, Mansur AP, Ramires JAF. Secular Trends in a Population with Ischemic Heart Disease. São Paulo, SP – Brazil. Arq Bras Cardiol 2003;81(4):369-74.
21. Duarte ER, Pellanda LC, Portal VL. Inflammatory, lipid and metabolic profile in acute ischemic syndrome: correlation with hospital and posthospital events. Arq Bras Cardiol 2005;84(2):122-129.
22. Norhammar A, Tenerz A, Nilsson G, et al. Glucose metabolism in patients with acute myocardial infarction and no previous diagnosis of diabetes mellitus: a prospective study. Lancet 2002;359:2140-44.
23. Riccio G. Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: influência da frequência do atendimento. Fisiopatologia experimental. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

24. Chinaglia A; Gaschino G; Asteggiano R; Titta G; Gullstrand R; Bobbio M; Trincherò R. Fattibilità ed efficacia di un programma di assistenza integrata tra ospedale e territorio basata su un ambulatorio infermieristico nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco. Risultati clinici a sei mesi e costi relativi. *Ital Heart J* 2002;3(5):532-8.
25. Kosiborod M, Rathore SS, Inzucchi SE, Masoudi FA, Wang Y, Havranek EP, Krumholz HM. Admission glucose and mortality in elderly patients hospitalized with acute myocardial infarction: implications for patients with and without recognized diabetes. *Circulation* 2005;111(23):3078-86.
26. Tansey MJ, Opie LH. Plasma glucose on admission to hospital as a metabolic index of the severity of acute myocardial infarction. *Can J Cardiol* 1986;2:326-31.
27. Williams SB, Goldfine AB, Timimi FK et al. Acute hyperglycemia attenuates endothelium-dependent vasodilation in humans in vivo. *Circulation* 1998;97:1695-701.
28. Williams SB, Cusco JA, Roddy MA, Johnstone MT, Creager MA. Impaired nitric oxide-mediated vasodilation in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Am Coll Cardiol* 1996;27:576-74
29. Leor J, Goldbourt U, Reicher-Reiss H and the APRINT Study Group et al. Cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction in patients without heart failure on admission: incidence, risk factors, and outcome. *Am J Med* 1993;94:265-73.
30. Fuchs FD. Hipertensão. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ (eds). *Medicina Ambulatorial: Conduas em Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004;66:641-656.

31. Manfroí WC, Peukert C, Berti CB, Noer C, Gutierrez DA, Silva FT. Acute myocardial infarction: the first manifestation of ischemic heart disease and relation to risk factors. *Arq Bras Cardiol* 2002;78(4):392-5.
32. Borghi C, Bacchelli S, Esposti DD, Bignamini A, Magnani B, Ambrosioni. Effects of the administration of an angiotensin-converting enzyme inhibitor during the acute phase of myocardial infarction in patients with arterial hypertension. SMILE Study Investigators. Survival of Myocardial Infarction Long-term Evaluation. *E. Am J Hypertens* 1999;12(7):665-72.
33. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, et al. Tobacco dependence and the nicotine patch. Clinical guidelines for effective use. *JAMA* 1992; 268: 2687-94.
34. Fuchs FC, Moreira LB, Arruda IZ, Gus M, Fuchs FD. Efetividade da recomendação de parar de fumar em ambulatório de hipertensão arterial. Resumo a ser apresentado no 60º Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Porto Alegre, RS. Serviço de Cardiologia, HCPA , Porto Alegre, RS.
35. Bordon JG, Paiva AR, Matsubara LS, et al. Redução da mortalidade após implementação de condutas consensuais em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Arq Brás Cardiol* 2004;83(4):1-9. Dados obtidos via internet: <http://www.scielo.Br/scielo.php>. Acessado em 20/07/2005.
36. Fuchs FD, Gus M, Moreira WD, et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and changes In lifestyle in a Brazilian hypertensive cohort. *J Hypertens* 1997;15(7):783-92.

37. Duncan BB, Silva OB, Polanczyk CA. Prevenção clínica das doenças cardiovasculares. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ (eds). Medicina Ambulatorial: Condutas em Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004;64:618-632.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)