



Artigo Original

FATORES DE RISCO DA DOENÇA CORONARIANA EM PACIENTES QUE REALIZARAM REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

RISK FACTORS OF CORONARY DISEASE IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Thelma Leite de Araújo², Marcos Vinícius de Oliveira Lopes³, Lucia de Fatima da Silva⁴, Ana Ruth Macedo Monteiro⁵, Sherida Karanini Paz de Oliveira⁶

O objetivo foi verificar a frequência dos fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização do miocárdio. Estudo descritivo, desenvolvido no ambulatório de um hospital público, referência em cardiologia, Fortaleza-Ceará, Brasil. A amostra foi composta por 78 pacientes que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio. Os dados foram coletados nos prontuários e por avaliações do paciente na alta hospitalar. Os fatores de risco para doença arterial coronariana avaliados foram: hipertensão arterial (83,3%), diabetes (46,2%), dislipidemia (46,2%), obesidade (67,9%), sedentarismo (57,7%) e tabagismo (34,6%). Conclui-se que a hipertensão arterial, a obesidade e o sedentarismo foram os fatores de risco mais frequentes nos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio e que a maior parte deles apresentou no mínimo três fatores de risco.

Descritores: Fatores de Risco; Doença da Artéria Coronariana; Revascularização Miocárdica.

The objective was to determine the frequency of risk factors of coronary disease in patients who undergo myocardial revascularization. Descriptive study, developed in the Cardiology clinic of a public hospital, which is a reference in Fortaleza, Ceará, Brazil. The samples were collected from 78 patients who have undergone myocardial revascularization. Data were collected in records and assessments of the patient in hospital. Risk factors for coronary artery disease were: hypertension (83,3%), diabetes (46,2%), dyslipidemia (46,2%), obesity (67,9%), inactivity (57,7%) and smoking (34,6%). We conclude that hypertension, obesity and inactivity were the most frequent risk factors in patients who have undergone myocardial revascularization and that most of them had at least three risk factors.

Descriptors: Risk Factors; Coronary Artery Disease; Myocardial Revascularization.

El objetivo fue determinar la frecuencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en pacientes sometidos a revascularización miocárdica. Estudio descriptivo, desarrollado en clínica de hospital público, referencia en Cardiología, Fortaleza-CE, Brasil. La muestra estaba compuesta de 78 pacientes sometidos a revascularización miocárdica. Se colectaron los datos en los registros y evaluaciones del paciente en hospital. Factores de riesgo de enfermedad coronaria fueron: hipertensión (83,3%), diabetes (46,2%), dislipidemia (46,2%), obesidad (67,9%), inactividad (57,7%) y tabaquismo (34,6%). La hipertensión, la obesidad y el inactividad fueron los factores de riesgos más frecuentes en los pacientes sometidos a revascularización miocárdica y que la mayoría de ellos tenía al menos tres factores de riesgo.

Descritores: Factores de Riesgo; Enfermedad de la Arteria Coronaria; Revascularización Miocárdica.

* Artigo extraído da tese "Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia", apresentada à Universidade Federal do Ceará, em 2007. Apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Adjunto da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: felisangela@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Associado da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela UFC. Professor Associado da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: marcos@ufc.br

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: luthy2008@hotmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunto da UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: anaruthmacedo@yahoo.com.br

⁶Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFC. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: karanini@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Há várias abordagens para o tratamento da aterosclerose coronariana, destacando-se, porém, o controle dos fatores de risco, que não só postergam o início da doença, como podem estabilizar os sintomas após seu início.

No entanto, para minimizar esses fatores de risco, é necessário inicialmente detectá-los. Como mostra a literatura, diversos estudos já foram desenvolvidos para identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em todo o mundo. De acordo com o constatado, as medidas de prevenção incluem o controle desses fatores⁽¹⁻⁵⁾.

O conhecimento dos fatores de risco deve levar ao incentivo da prática de autocuidado, procurando-se alterar o estilo de vida ou hábitos pessoais, no intuito de minimizá-los, favorecendo a manutenção da saúde por um tempo prolongado. Considerando a divergência entre diversos autores quanto à terminologia de classificação dos fatores de risco, neste estudo será adotada a abordagem que propõe que sejam organizados em dois grupos: fatores de risco constitucionais e fatores de risco comportamentais⁽⁶⁾. Os constitucionais seriam aqueles que o indivíduo não pode controlar ou alterar e que, portanto, não podem ser modificados pela mudança de estilo de vida; e os comportamentais seriam aqueles passíveis de controle ou prevenção, e que devem ser pauta da ação educativa dos profissionais de saúde.

De acordo com a literatura, entre os fatores de risco para doença arterial coronariana destacam-se nove: hereditariedade, sexo masculino, idade avançada, hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* (DM), dislipidemia - níveis elevados de colesterol total (CT), triglicérides (TG), *low density lipoproteins* (LDL), e baixos níveis de *high density lipoproteins* (HDL), obesidade - especialmente excesso de gordura abdominal, sedentarismo e tabagismo. Ressalta-se que

hereditariedade, gênero e idade são denominados de fatores de risco constitucionais, e os demais, seriam fatores de risco comportamentais. Ou seja, podem ser eliminados ou, pelo menos, controlados^(2,7).

Estes fatores de risco atuam em conjunto, e quanto maior a quantidade presente, maior será a probabilidade de desencadear doenças coronarianas. Diante da situação, as pessoas com maiores índices de fatores de risco devem receber acompanhamento periódico e exercer uma prática de autocuidado favorável para redução das complicações. Essa prática de autocuidado deve ser intensificada, sobretudo no caso de portadores de doenças coronarianas e que já realizaram revascularização do miocárdio (RM).

Diante das considerações, este estudo tem como objetivo verificar a frequência dos fatores de risco da doença arterial coronariana sexo, faixa etária, antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e tabagismo em pacientes que vivenciaram um evento coronariano.

MÉTODOS

O estudo é descritivo, desenvolvido no ambulatório de um hospital público, referência em cardiologia, situado na cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará.

A população do estudo foi composta por 146 pacientes que se submeteram a cirurgia de revascularização do miocárdio no período de setembro/2005 a março/2006, na referida instituição. A amostra foi constituída por 78 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: ser a primeira cirurgia de revascularização do miocárdio, independente do tipo e do número de pontes (safena ou mamária) e realizar a cirurgia no período de coleta de dados no referido hospital. Os demais pacientes da população foram excluídos de acordo com os seguintes critérios: realizarem outra cirurgia concomitante com a RM ou

terem sido submetidos ainda no primeiro mês de pós-operatório a outro procedimento cirúrgico.

A coleta dos dados foi feita nos prontuários e por avaliações da enfermeira pesquisadora no dia da alta hospitalar.

Os resultados foram analisados de forma descritiva e apresentados em tabela e figura. A análise estatística foi feita por um grupo de estatísticos pertencentes ao Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada (LEMA) da Universidade Federal do Ceará. Os dados foram compilados e analisados nos programas computacionais: Excel 2003, Word 2003, SPSS 13.0 e R 2.4.1.

Os fatores de risco para doença arterial coronariana considerados como variáveis do estudo foram: hipertensão arterial; *diabetes mellitus*; dislipidemia; obesidade; sedentarismo; tabagismo e etilismo.

Considerou-se a existência da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus* quando o paciente tinha um desses ou os dois diagnósticos identificados e estabelecidos por critérios médicos.

Foi considerado com dislipidemia o paciente que segundo exames laboratoriais, hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total e/ou da fração LDL-colesterol), hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicerídeos), hiperlipidemia mista (aumento do colesterol total e dos triglicerídeos) e diminuição isolada do HDL-colesterol ou associada ao aumento dos triglicerídeos ou LDL-colesterol. Foram considerados valores de referência para o diagnóstico de dislipidemias: colesterol total ≥ 200 mg/dl; LDL-colesterol ≥ 160 mg/dl; HDL-colesterol < 40 mg/dl; triglicerídeos ≥ 150 mg/dl⁽⁸⁾.

Os exames bioquímicos foram realizados na própria instituição e o sangue foi colhido pelos técnicos de laboratório, observando a recomendação de jejum por doze horas antes da coleta do sangue. Foram realizadas dosagens de colesterol total, triglicerídeos e

glicemia com o método Trinder enzimático; *high density lipoproteins* e *low density lipoproteins* com o método Labtest. As técnicas e métodos utilizados nas determinações bioquímicas seguiram os padrões da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Para avaliação da obesidade foram seguidas as recomendações apresentadas na literatura, sendo verificados peso e estatura para análise do índice de massa corporal (IMC). Esses parâmetros antropométricos foram selecionados para o estudo em virtude da vantagem de apresentar fácil mensuração, fácil interpretação, obtenção a baixo custo, serem aplicáveis a maioria dos pacientes adultos para avaliação do estado nutricional e poderem ser utilizados tanto na saúde pública quanto na clínica.

As medidas de peso e estatura foram obtidas pela pesquisadora por ocasião da admissão do paciente, em uma balança antropométrica digital da marca BALMAK, classe III, de uso exclusivo para pesar pessoas com o mínimo de 1 kg e o máximo de 150 kg, graduada de 100 em 100 g. A estatura foi mensurada com a régua antropométrica em alumínio anodizado, existente na referida balança, medindo até 2 m com graduação de 0,5 cm. Para mensuração dessas medidas, o paciente foi orientado a subir na balança descalço, mantendo-se de pé, com os pés juntos e voltados para frente, ombros relaxados e braços ao longo do corpo.

O indicador mais usado para avaliação do peso em relação à altura foi proposto por Quetelet, e é conhecido por índice de massa corporal (IMC), calculado pela fórmula peso (em kg) dividido pelo quadrado da altura (em metros) ($IMC = \text{peso}/(\text{altura})^2$). Os valores de referência são: baixo peso ($IMC < 20$ kg/m²), normal (IMC de 20 a 24,99 kg/m²), sobrepeso (IMC de 25 a 29,99 kg/m²), obesidade (IMC de 30 a 39,99 kg/m²), obesidade grave ($IMC \geq 40$ kg/m²)⁽⁹⁾.

O sedentarismo e as práticas de tabagismo foram identificados mediante informações dos próprios participantes. Foram classificados como tendo um estilo

de vida sedentário, aqueles que informaram ter prática regular de atividade física menos de três vezes semanais ou com duração inferior a 30 minutos⁽⁷⁾.

Este estudo foi realizado de acordo com a resolução 196/96, da Comissão Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, conforme protocolo nº 292/05.

RESULTADOS

Para a análise dos resultados, foram expostas as variáveis categóricas dos fatores de risco constitucionais dos 78 pacientes que participaram do estudo, as quais são: sexo, faixa etária e história familiar. E, posteriormente, foram expostas e discutidas as variáveis correspondentes aos fatores de risco comportamentais, tais como: hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo, faixa etária e presença de antecedentes familiares com alterações cardíacas. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

	n	%
Sexo		
Feminino	29	37,2
Masculino	49	62,8
Idade		
<60 anos	25	32,0
≥60 anos	53	68,0
História familiar		
Sim	51	65,4
Não	27	34,6
Total	78	100,0

Em relação ao sexo, observou-se predomínio do masculino (62,8%). Ao verificar a idade, encontrou-se uma média de 64,95 anos, com desvio padrão de 8,98 e variação de 38 a 86 anos. Constatou-se também que 65,4% tinham antecedentes familiares com alterações cardíacas.

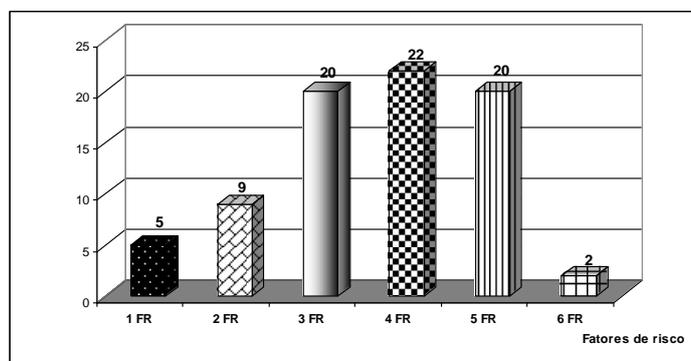
Quanto às demais características sociodemográficas, predominaram: baixa escolaridade, em que a maioria cursou até o ensino fundamental incompleto; predomínio de pacientes com renda familiar de até um salário mínimo (55,1%), cuja renda era proveniente da aposentadoria; e 82,1% eram católicos.

Tabela 2 - Distribuição dos fatores de risco para DAC em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Fatores de risco	n	%
Hipertensão arterial sistêmica		
Não	13	16,7
Sim	65	83,3
<i>Diabetes mellitus</i>		
Não	42	53,8
Sim	36	46,2
Dislipidemia		
Não	42	53,8
Sim	36	46,2
Obesidade		
IMC < 25 kg/m ² (ausente)	25	32,1
IMC = 25-29,9 kg/m ² (presente)	37	47,4
IMC ≥ 30 kg/m ² (presente)	16	20,5
Sedentarismo		
Não	33	42,3
Sim	45	57,7
Tabagismo		
Não	51	65,4
Sim	27	34,6
Total	78	100,0

Como é notório, a hipertensão arterial é uma doença diagnosticada na maioria das pessoas com complicações cardiovasculares. Neste estudo, segundo constatado na tabela 2, 83,3% das pessoas tinham hipertensão arterial. No entanto, apesar de estar relacionada a fatores de risco semelhantes, a presença do diagnóstico de *diabetes mellitus* foi menos frequente (46,2%). Quanto à dislipidemia, predominaram as

pessoas cujos níveis de colesterol mantinham-se controlados dentro dos limites de normalidade (53,8%). A obesidade estava presente em 20,5% dos participantes (IMC ≥ 30 kg/m²), merecendo destaque 47,4% que possuía IMC entre 25 e 29,9 kg/m², índice indicativo de sobrepeso. O fator de risco sedentarismo esteve presente em 57,7% dos pacientes. Em relação ao uso de fumo, foram encontrados 34,6% tabagistas.



Legenda: FR = fatores de risco

Figura 1 - Distribuição da quantidade de fatores de risco para DAC presentes simultaneamente em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. Fortaleza, CE, Brasil, 2006.

Em relação ao quantitativo de fatores de risco apresentados pelos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, constatou-se que 79,5%

DISCUSSÃO

Descrever os indicadores de caracterização dos participantes da amostra é fundamental para identificar quem foram as pessoas submetidas à revascularização do miocárdio, além de saber se os dados condizem com a literatura.

A análise do sexo e da idade foi feita simultaneamente, visto que a literatura traz esses dados de forma associada. Neste estudo, os achados condizem com a literatura, pois se encontrou predomínio de homens e pessoas idosas que realizaram revascularização do miocárdio⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Um outro estudo, tipo ensaio clínico randomizado, desenvolvido em Porto Alegre, com 74 pacientes (38 do grupo de intervenção e 36 do controle), revelou que o sexo preponderante foi o masculino (77,6%) e que a média de idade foi similar entre os grupos: 52,37±7,9 no grupo de intervenção e 56,28±9,0 no grupo controle. Diante desses dados, confirma-se que a doença arterial coronariana prevalece nos homens e aumenta o risco com a idade⁽¹²⁾.

Assim, com a predominância do sexo masculino e da população idosa na realização de cirurgias cardíacas, especialmente a revascularização do miocárdio, se faz importante a otimização da assistência ao idoso e aos homens, com vistas à construção de um programa específico de atenção integral a saúde para esse grupo buscando a prevenção de doença e a promoção de saúde⁽¹³⁾.

Quanto aos percentuais relativos aos fatores hereditários encontrados, foram equivalentes aos de um estudo observacional, com delineamento transversal de uma amostra de 1.066 adultos > 20 anos, que objetivou conhecer a prevalência dos principais fatores de risco

possuíam simultaneamente de três a cinco fatores de risco. Destaca-se que todos os pacientes possuíam pelo menos um fator de risco da DAC (Figura 1).

para a doença arterial coronariana no Rio Grande do Sul. Identificou-se um percentual de 57,3% de pessoas com antecedentes familiares portadores de doença arterial coronariana⁽⁵⁾. Contudo, foram superiores aos resultados no estudo multicêntrico da região metropolitana de São Paulo, desenvolvido com 553 indivíduos (271 casos e 282 controles) que constatou a presença de antecedentes familiares com insuficiência coronariana em 50% no grupo caso e 31% no grupo controle⁽¹⁾.

Entre as doenças associadas com a doença arterial coronariana, predominou a hipertensão arterial sistêmica; menos de 50% dos participantes do estudo apresentaram *diabetes mellitus* e dislipidemia; a maioria era obesa e sedentária; cerca de um terço era fumante.

Estes dados são equiparados aos encontrados em um estudo populacional retrospectivo desenvolvido com 361 idosos entre 70 e 90 anos, submetidos à sua primeira operação de RM, no Instituto do Coração na cidade de São Paulo, no qual foi constatado que 66,1% dos pacientes apresentaram hipertensão arterial sistêmica, 35,5% *diabetes mellitus* e 32,2% AVC⁽¹²⁾.

Os dados de alguns autores confirmam a importância dos fatores de risco tradicionais (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, obesidade central, níveis de LDL e HDL colesterol, história familiar coronariana) na associação com IAM⁽¹⁾. Outro estudo (março a junho de 2006) desenvolvido com 58 pessoas, 86,2% tinham hipertensão arterial sistêmica, 36,2% *diabetes mellitus*, 60,3% dislipidemia, 20,7% história familiar para cardiopatia isquêmica⁽¹¹⁾.

Em outro estudo, mais recente, retrospectivo, observacional, realizado com 50 pacientes revascularizados observou-se entre as co-morbidades mais prevalentes: hipertensão arterial (24; 48%), diabetes mellitus (18; 36%), dislipidemias (17; 34%), obesidade (3; 6%) e doenças da tireóide (3; 6%)⁽¹⁴⁾.

Diante desses estudos, consoante se percebe, a maioria dos pacientes que manifestou um evento coronariano apresentava hipertensão arterial, mas não necessariamente *diabetes mellitus* enquanto a incidência da dislipidemia e do AVC ainda foi mais reduzida. Portanto, é necessário desenvolver novos estudos no intuito de desmistificar e/ou confirmar a associação dessas doenças com a doença arterial coronariana. Independentemente da incidência desses fatores de risco é relevante que o enfermeiro enfatize durante as consultas de enfermagem a importância da adesão ao estilo de vida saudável e favorável para o controle da pressão arterial, da glicemia e dos níveis de colesterol no sangue.

Esses fatores de risco foram estudados no Rio Grande do Sul, com 1.066 adultos maiores de 20 anos. Os dados demonstraram 31,6% com hipertensão arterial considerando a $PA \geq 140 \times 90$ mmHg e 14,4% pelo critério $PA \geq 160 \times 95$ mmHg; 7% com glicemia elevada >126 mg/dl; 5,6% com colesterol elevado >240 mg/dl; 54,7% com sobrepeso/obesidade (IMC >25); 71,3% sedentários e 33,9% fumantes. No presente estudo a incidência dos fatores de risco foi, respectivamente, 83,3%; 46,2%; 46,2%; 67,9%; 57,7% e 34,6%. Ao comparar esses resultados, constata-se que o estudo atual apresentou semelhança em relação ao percentual de tabagismo e obesidade, um menor índice de sedentarismo e um maior índice de hipertensão, diabetes e dislipidemia⁽⁵⁾.

Em outro estudo desenvolvido em Fortaleza, o percentual de fumantes foi superior, visto que o tabagismo estava presente antes do infarto agudo do miocárdio e da cirurgia de revascularização em 58,3%

(21) dos homens e 57,1 % (8) das mulheres. Contudo, foi um dos principais fatores de risco cardiovascular abolido por todos os pacientes⁽¹⁴⁾.

O quantitativo de fatores de risco encontrados em cada paciente condiz com a literatura, visto que a maioria dos pacientes submetido à revascularização do miocárdio possuía de três a cinco fatores de risco da DAC.

CONCLUSÕES

Os fatores de risco presentes no momento da admissão foram: hipertensão arterial (83,3%), diabetes (46,2%), dislipidemia (46,2%), obesidade (67,9%), sedentarismo (57,7%) e tabagismo (34,6%). Destaca-se que a maioria das pessoas não apresentou alterações das taxas de lipídios no período do evento coronariano, levantando o questionamento sobre até que ponto o colesterol e suas frações interferem no surgimento das doenças isquêmicas do coração. Diante disto, sugere-se a realização de novos estudos no intuito de investigar essa relação. A maior parte dos pacientes apresentou no mínimo três fatores de risco.

Com base nos resultados obtidos, acredita-se que os enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento ao paciente com cardiopatias devam enfatizar a avaliação do estado nutricional para o estabelecimento de estratégias de intervenção com vistas à prevenção de doenças cardiovasculares, uma vez que os marcadores de risco relacionados à nutrição, como os antropométricos, dietéticos e bioquímicos, podem ser modificados com a adoção de estilo de vida saudável e controle do peso corporal. Bem como o combate ao sedentarismo, visando reduzir a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares.

Essa abordagem deve ser individualizada, por meio da consulta de enfermagem, para o cuidado com o paciente, requerendo do enfermeiro o emprego de seu tempo, conhecimento, competência e planejamento para melhorar a qualidade da assistência e obter

resultados satisfatórios na manutenção ou recuperação da saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(3):206-13.
2. Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(3):199-201.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004; 364:937-52.
4. Fraker Jr TD, Fihn SD. 2007 Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to Develop the Focused Update of the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 50:2264-74.
5. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 78(5):478-83.
6. Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1998.
7. Visconti BA, Ramos SDS, Marcolino BD, Enio B, Antonio LF, Vasconcelos SFP, et al. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82(Suppl 5):1-20.
8. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, Rassi Junior A, Afiune Neto A, et al. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(Suppl 1):1-19.
9. Porto AL, Porto CC. *Semiologia médica.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
10. Feier FH, Sant'Anna RT, Garcia E, Bacco FW, Pereira E, Santos MF, et al. Modificações no perfil do paciente submetido à operação de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2005; 20(3):317-22.
11. Fernandes MVB, Aliti G, Souza EN. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet].* 2009 [citado 2011 jun 11]; 11(4):993-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a25.htm>.
12. Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Rev AMRIGS.* 2005; 49(3):149-54.
13. Ponte KMA, Aragão AEA, Marques MB, Ferreira AGN, Vasconcelos MA, Silva MAM. Controle pressórico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Rene.* 2010; 11(4):118-26.
14. Pinheiro DGM, Pinheiro CHJ, Marinho M J. Estilo de vida e importância da educação em saúde na reabilitação cardíaca após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2007; 20(4):213-20.

Recebido: 24/08/2011

Aceito: 06/06/2012