

AVALIAÇÃO DE DANOS CARDIOVASCULARES SEGUNDO FRAMINGHAM ENTRE TABAGISTAS INTERNADOS NUMA INSTITUIÇÃO PARTICULAR

Fernanda Cristina Zimmermann Franco*
Cristina Arreguy-Sena**
Rosamary Aparecida Garcia Stuchi***

RESUMO

Pesquisa tipo survey que analisou a vulnerabilidade de fumantes internados numa instituição particular para eventos cardiovasculares. Consultamos prontuários e 125 participantes preencheram impresso entre outubro e dezembro de 2004, dos quais 44% eram fumantes passivos, 39,2% não eram fumantes, 13,6% eram fumantes ativos e 3,2%, fumantes ativos e passivos. Entre os abstêmios, categorizados segundo a classificação de Prochaska e DiClemente, 48,8% estavam em manutenção, 41,5% em contemplação e 9,7% não pretendiam mudar hábitos. Entre 21 fumantes, 71,4% consumiam dez a 30 cigarros/dia; a tragada foi de média a profunda entre 76,2%; a dependência foi de média a muito alta entre 42,8%, e a exposição passiva ao tabaco deu-se na faixa etária de 01 a 30 anos para 74,5% dos participantes. O risco de eventos cardiovasculares ficou assim caracterizado: 60% tinham baixo risco; 15,5%, médio risco; 19%, alto risco; e 5,5% não responderam a todas as questões. Sendo o tabagismo um dos fatores de vulnerabilidade para morbimortalidades cardiovasculares, ações que promovam sua interrupção são relevantes.

Palavras-chave: Tabagismo. Enfermagem. Promoção da Saúde. Vulnerabilidade em Saúde. Cardiologia.

INTRODUÇÃO

Sabendo-se que o tabagismo é um cofator para morbimortalidade cardiovascular de caráter prevenível e tem impacto sobre o financiamento da saúde pública⁽¹⁾, as ações que visam interromper seu consumo requerem intervenções terapêuticas interdisciplinares complexas, em virtude da forma como o condicionamento e a dependência do cigarro e seus componentes são estruturados. Essa estruturação compreende, principalmente: 1) possuir componentes vinculados à forma como o indivíduo faz o enfrentamento de situações consideradas conflitantes; 2) ser uma estratégia de busca para o alívio de tensões e de situações que geram ansiedade; 3) envolver o consumo de uma droga de adição; 4) advir de ações repetitivas que formam hábitos e/ou comportamentos que são interpretados como bem-sucedidos. Cabe destacar que o escore de risco de Framingham

traduz o risco absoluto de um indivíduo ter um evento coronariano (infarto agudo do miocárdio fatal e não fatal, morte súbita ou angina) nos próximos dez anos⁽²⁾ por meio de pontuação atribuída aos seguintes critérios: idade, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), colesterol total (CT), lipoproteína de alta densidade HDL-C, fumo e presença ou não de diabetes *Melitus*⁽²⁻³⁾.

O tabaco é a segunda principal causa de morte no mundo, com cinco milhões de mortes/ano, sendo responsável pelo óbito de um entre dez adultos⁽⁴⁾. Cabe mencionar que os fumantes apresentam cerca de três a cinco vezes mais chances de apresentar complicações no sistema cardiovascular, sobretudo as de origem coronariana⁽⁵⁻⁶⁾. Por outro lado, os efeitos acumulativos do tabaco persistem mesmo quando seu uso é interrompido, visto que a cessação desses efeitos sobre o organismo não ocorre simultaneamente à redução/interrupção

* Enfermeira. Especialista. Residente em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) na Unidade Coronariana do Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora/MG.

** Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

*** Enfermeira. Doutora. Professora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Diamantina/MG.

do consumo. O risco permanece por algum tempo, e irá igualar-se ao das pessoas que nunca fumaram somente após períodos que variam de cinco a 20 anos⁽⁷⁾.

O fato de algumas pessoas afirmarem não ser fumantes nem sempre as isenta dos malefícios decorrentes da assimilação de produtos diretos ou indiretos da combustão do cigarro. Elas podem ser fumantes passivas, condição que torna as pessoas vulneráveis à aquisição de doenças cardiovasculares com risco 24% maior de infartar, quando as comparamos às que não se expõem à fumaça oriunda do tabaco⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Consideramos que a caracterização da vulnerabilidade de tabagistas ativos/passivos à ocorrência de eventos cardiovasculares possibilitará o resgate da compreensão da dimensão holística do processo de cuidar em enfermagem e em saúde, ao sinalizar para o nível de abrangência do(s) modelo(s) assistencial(is) vigente(s). Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a vulnerabilidade a eventos cardiovasculares de fumantes ativos/passivos internados numa instituição particular.

METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma pesquisa epidemiológica de delineamento não experimental do tipo Survey, também conhecida como exploratória ou descritiva⁽¹¹⁾.

Os dados foram coletados numa instituição hospitalar privada terciária, que atende pessoas em regime particular ou de convênios, disponibilizando-lhes uma variedade de serviços gerais (que oscilam de emergência a alta complexidade) em quartos individuais ou enfermarias destinadas a tratamentos clínicos ou cirúrgicos (152 leitos) no contexto de uma cidade de aproximadamente 500 mil habitantes da Zona da Mata mineira⁽¹²⁾. Participaram do estudo pessoas internadas em enfermarias e apartamentos individuais de três andares (tratamento clínico ou cirúrgico), assegurando uma cobertura de 72 leitos. Atendendo aos critérios de inclusão adotados, a amostra se constituiu de: pessoas de ambos os sexos, da faixa etária acima de 18 anos, com escore avaliado na escala de Glasgow igual a 15 pontos (critério capaz de assegurar nível de consciência

compatível com participação na investigação) ou acompanhadas de pessoa com conhecimento suficiente para responder às questões propostas. Das 225 pessoas internadas no período de coleta de dados, 125 atendiam aos critérios de inclusão e 100 foram excluídas, devido às seguintes situações: 70 pessoas estavam com alteração neurológica e não possuíam acompanhantes com condições de prestar as informações a respeito da temática e 30 se recusaram a participar. Os dados de 40 participantes foram coletados com os familiares, pelo fato de as pessoas internadas apresentarem alterações na escala de Glasgow e/ou por impedimento mecânico e/ou neurológico para verbalizar. Cabe mencionar que o fato de 15 dos 125 participantes não terem 30 anos de idade inviabilizou o cálculo do risco cardiovascular segundo a proposta de Framingham, uma vez que a idade é uma das variáveis que possuem limites inferiores mínimos estipulados previstas na referida escala.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2004, em dois momentos didaticamente estruturados, a saber: 1) o do auto/heteropreenchimento do instrumento de coleta de dados semi-estruturado, que continha questões abertas e fechadas abordando a caracterização dos participantes quanto ao gênero, idade, escolaridade, profissão e/ou ocupação, patologia que motivou a internação e tipo de uso que faziam do plano de saúde, e ainda quanto à história tabágica e às variáveis para calcular os eventos coronarianos; e 2) o de consulta ao prontuário para obtenção de dados laboratoriais e história complementar registrados institucionalmente, a respeito dos fatores de riscos cardiovasculares. Para caracterizar a história tabágica dos participantes, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais para a temática, utilizamos os seguintes parâmetros: tipo de consumo; tempo de abstinência; contato com fumantes ativos; local onde ocorre tal contato; consumo diário de cigarro; tipo de tragada; presença ou não de comportamento associado ao hábito de fumar; escore para a dependência para com a nicotina segundo Fagerström; e prontidão para interromper o hábito de fumar, segundo modelo transteórico de mudança de comportamento de Prochaska e DiClemente, além do risco para eventos coronarianos de Framingham^(9,13-14).

Foram atendidos todos os requisitos éticos

previstos na Resolução 196/96 e documentos complementares⁽¹⁵⁾, sendo o projeto submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e aprovado pelo Parecer N.º 443.128.204.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na caracterização dos 125 participantes, 73 (58,4%) eram do sexo feminino, sendo que, na instituição, houve uma diferença de 21 (16,8%) mulheres internadas em relação ao quantitativo de homens. Ao compararmos a distribuição dos participantes com a população do município, constatamos similaridade na distribuição por sexo, verificando que na faixa etária de mais de 20 anos há registro do percentual de 52,4% para pessoas do sexo feminino⁽¹²⁾. As faixas etárias ficaram assim distribuídas: 21 (16,8%) tinham de 20 a 30 anos de idade exclusiva; 16 (12,8%) tinham de 30 a 40 anos de idade exclusiva; 21 (16,8%) tinham de 40 a 50 anos de idade exclusiva; 23 (18,4%) tinham de 50 a 60 anos de idade exclusiva; 23 (18,4%) tinham de 60 a 70 anos de idade exclusiva e 21 (16,8%) tinham mais de 70 anos de idade.

Quando comparamos a faixa etária dos participantes de idade igual ou superior a 60 anos com a participação da mesma faixa etária na composição da população do município, constatamos que os percentuais de participação foram de 35,2% e 10,5% respectivamente, o que sinaliza uma discrepância de 24,7% entre os grupos comparados⁽¹⁶⁾. Tal fato se justifica por ser o processo de envelhecimento fator que intervém no estado de saúde, fazendo com que as pessoas em fase de envelhecimento intensifiquem o uso do atendimento hospitalar.

Analisando a faixa etária e a distribuição das ocupações dos participantes (tabela 1) à luz da atual política de aposentadoria, que assegura aos homens usufruírem integralmente os benefícios previdenciários desde que tenham 60 anos de idade ou mais e simultaneamente 35 anos de contribuição, e às mulheres mediante as condições de terem 55 anos de idade e mais de 30 anos de contribuição⁽¹⁷⁾, é possível identificar 40 (32%) participantes que referiram estar aposentados e 67 (53,6%) classificados na faixa etária de 50 ou mais anos, o que equivale a dizer que já estão aposentados ou estão no final da

carreira profissional, mesmo que tenham sido enquadrados nos critérios da política anterior, que beneficiava os homens a partir dos 55 anos de idade e as mulheres a partir dos 50 anos⁽¹⁷⁾. Diante do exposto, ficamos a nos perguntar: será que o fato de a clientela analisada estar mais concentrada nas faixas etárias de mais de 40 anos de idade poderia sugerir que essas pessoas estão adoecendo mais ou que estão dispondo de mais tempo para usufruir os seus planos de saúde?

Tabela 1. Distribuição dos 125 entrevistados segundo a ocupação. Juiz de Fora, out/dez 2004.

Profissão/Ocupação	n	%
Aposentado	40	32,0
Do lar	26	20,8
Professor	9	7,2
Estudante	8	6,4
Comerciante	6	4,8
Autônomo	4	3,2
Advogado	3	2,4
Analista de sistemas	3	2,4
Recepcionista	3	2,4
Empresário	2	1,6
Militar	2	1,6
Técnico de Enfermagem	2	1,6
Técnico em eletroeletrônica	2	1,6
Outros	15	12,0
Total	125	100,0

Na tabela 2 apresentamos a caracterização dos 125 participantes segundo o grau de instrução, realizando a correspondência entre a atual nomenclatura utilizada para designar a formação escolar e aquela em vigor na época em que a maioria dos participantes estudava.

Todos os participantes em condições de menor escolaridade (analfabetos) eram mulheres⁽¹⁸⁾. Na população do município abordado, entre pessoas com 20 anos ou mais temos um índice de alfabetização de 94,2%, registrado no ano de 2000⁽¹²⁾ e, entre as pessoas de nossa amostra esse índice foi de 97,6%. Tal dado pode ser explicado pelo fato de estarmos abordando pessoas com poder aquisitivo capaz de pagar um plano de saúde e/ou que são mantidas por pessoas que o paguem.

Partindo do pressuposto de que os participantes, pelo fato de estarem internados numa instituição particular, dispunham de plano de saúde e/ou recursos para arcar com uma internação particular, perguntamos a eles se tinham plano de saúde e qual o uso que faziam

dele. Foi identificado que 75 (33,6%) utilizaram o plano de saúde para fins de internação; 73 (32,7%) para fins de prevenção; 60 (26,9%) o fizeram para fins de cura; 12 (5,4%) para fins de reabilitação e três (1,4%), para outros fins. Cabe destacar que a concepção de prevenção identificada está centrada na busca por métodos de diagnóstico e identificação precoce da doença, obtidos a partir do atendimento disponibilizado pela instituição de saúde hospitalar com vistas a evitar manifestações de patologias ou torná-las controladas e/ou menos agressivas ao organismo.

Tabela 2. Distribuição dos 125 entrevistados, segundo o grau de instrução. Juiz de Fora, out/dez 2004.

Grau de instrução	n	(%)
Analfabeto	3	2,4
Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	24	19,2
Ensino fundamental completo (1º grau completo)	18	14,4
Ensino médio (2º grau incompleto)	7	5,6
Ensino médio completo (2º grau completo)	36	28,8
Ensino superior incompleto (3º grau incompleto)	10	8,0
Ensino superior completo (3º grau completo)	27	21,6
Total	125	100,0

As alterações nos sistemas orgânicos que justificaram a internação dos participantes ficaram assim caracterizadas: 31 (24,8%) foram internados com alterações no sistema gastrointestinal; 21 (16,8%), com alterações no sistema cardiovascular; 21 (16,8%), com alterações no sistema tegumentar; 17 (13,6%), com alterações no sistema geniturinário; 16 (12,8%), com alterações no sistema locomotor; dez (8%) com alterações no sistema neurológico e nove (7,2%) com alterações no sistema imunológico.

Tabagismo como comportamento de risco para danos cardiovasculares

Na tabela 3, apresentamos a distribuição dos participantes para o tipo de consumo do cigarro e seus derivados.

O tempo de abstinência do consumo de tabaco dos 20 (100%) participantes ficou assim

distribuído: um (5%) participante não fumava havia menos de um ano; oito (40%), por um período compreendido entre um e dez anos; cinco (25%), de 20 a 30 anos; três (15%), de dez a 20 anos; dois (10%) de 30 a 40 anos e um (5%), mais de 40 anos. A queda da morbimortalidade relacionada ao abandono do tabaco ocorre pela redução de enfermidades de natureza benigna, mas, sobretudo, de eventos cardiovasculares, uma vez que, após 12 meses da interrupção do tabagismo, o risco da mortalidade por insuficiência coronariana cai para 50% e de forma proporcional ao tempo^(6-8,13).

Tabela 3. Distribuição dos 125 entrevistados segundo o tipo de consumo do tabaco. Juiz de Fora out/dez 2004.

Tipo de consumo do tabaco	n	%
Consumo exclusivamente passivo	55	44,0
Não fumante	49	39,2
Consumo exclusivamente ativo	17	13,6
Consumo ativo e passivo	4	3,2
Total	125	100,0

Ao indagarmos aos 59 (100%) fumantes passivos o tempo de exposição à fumaça do cigarro em anos de convívio com fumantes ativos, identificamos que 16 (27,2%) conviviam com fumantes ativos por um período compreendido entre 20 e 30 anos; 15 (25,4%), entre um e dez anos; 13 (22,1%), por um período de dez a 20 anos; oito (13,5%), por um período de 30 a 40 anos, e sete (11,8%) não responderam.

Os ambientes de contato com fumantes ativos referidos como de maior frequência foram: domicílio (30,6%); bares e ambientes de lazer (30,6%); ambiente laboral (29,4%) e em locais públicos abertos e/ou fechados (9,4%), perfazendo 85 opções utilizadas para identificar onde eram fumantes passivos. Sabe-se que os efeitos nocivos do fumo não se limitam aos seus usuários diretos e que a inalação, por indivíduos não fumantes, de produtos provenientes da queima de cigarros pode levar a irritação ocular, tosse e espirros. A longo prazo, a inalação da fumaça proveniente da queima do cigarro pode gerar problemas pulmonares, câncer e doença cardiovascular^(6-8,10). A licitude do ato de fumar publicamente e o conhecimento de seus malefícios para o fumante passivo têm feito com que a sociedade

se mobilize no sentido de se proibir o consumo de cigarro em recintos coletivos, privados ou públicos, criando-se ambientes restritos de tolerância chamados de “fumódromos”, mencionados na Lei n.º 9.294, de 15 de julho de 1996⁽¹³⁾.

Em relação ao número diário de cigarros consumidos, constatou-se que oito deles (38,1%) fumavam de 20 a 30 cigarros/dia; sete (33,3%), de dez a 20 cigarros/dia; quatro (19,1%), de um a dez cigarros/dia, e dois (9,5%) fumantes, mais de 30 cigarros/dia. O fato de o tabaco ser uma droga psicoativa, ou seja, causadora de dependência, faz com que o usuário consuma um número cada vez maior de cigarros para obter o efeito desejado, induzindo os fumantes a aumentarem progressivamente o número de cigarros/dia consumidos, o que pode intensificar a dependência química, principalmente para com a nicotina. O aumento progressivo do número de cigarros pode ser explicado pela necessidade de manter níveis plasmáticos contínuos, fato que é alcançado pelo uso direto, seqüencial e progressivo do cigarro e/ou pelo compartilhamento da fumaça com fumantes⁽¹⁹⁾.

O fato de fumantes de cigarro de palha, cachimbo ou charuto consumirem menor número de unidades quando comparados aos fumantes de cigarros industrializados pode ser explicado pela forma como a folha do tabaco é preparada para a produção de cigarros e/ou charutos/cachimbos. A secagem em galpões (secagem natural) ou em fornos (secagem artificial) altera o pH das folhas e da fumaça quando estas são queimadas. Fumaça mais ácida ou básica (forma pronada ou não pronada) irá favorecer a absorção dos componentes do fumo pela mucosa oral (como no caso do charuto/cachimbo) ou pelos alvéolos (como no caso dos cigarros). O fato anteriormente mencionado possui implicação no consumo do cigarro, pois, para obterem efeito potencializado, os fumantes de cigarro irão intensificar o tempo de contato entre a fumaça e os alvéolos, o que, na prática, irá alterar a profundidade de tragada e o número de sua realização pelos fumantes⁽¹³⁻¹⁴⁾. Entre os 21 fumantes ativos, dez (47,6%) tragam profundamente, seis (28,6%) fazem tragadas de média profundidade e cinco (23,8%) fazem tragadas superficiais.

As ocasiões ou os tipos de comportamento

referidos com maior frequência a respeito do ato de fumar foram: ingerir café (61,9%); término das refeições (57,1%); conversas (52,3%); falar ao telefone (23,8%) e outros comportamentos (23,8%). Estes resultados nos permitem inferir quais são os comportamentos associados ao ato de fumar que constituem hábitos culturais e quais estão integrados ao cotidiano dos participantes e vinculados aos momentos de descontração ou de alívio da tensão.

Embora no senso comum o consumo do cigarro esteja apenas vinculado à presença de dependência química, no processo de interrupção terapêutica do consumo do tabaco temos vivenciado a importância da abordagem comportamental como estratégia de melhora da adesão à interrupção monitorada. Os comportamentos ou momentos mais comuns que favorecem o consumo do cigarro descritos na literatura são aqueles incorporados ao cotidiano das pessoas, como tomar café, falar ao telefone, ingerir bebida alcoólica, ver televisão e os momentos de lazer^(7,8,13).

A escala de Fagerström^(7,13-14), a partir de critérios como o tempo que transcorre até o consumo do primeiro cigarro após acordar, a dificuldade experimentada por não se poder fumar em locais proibidos e quando se está doente, o cigarro que traz maior satisfação, o número de cigarros consumido diariamente e o período preferencial de consumo, permite graduar o grau de dependência para com a nicotina, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da dependência de nicotina dos 21 entrevistados segundo o escore de Fagerström. Juiz de Fora, out/dez 2004.

Escore de Fagerström	n	%
0 a 2 (muito baixo)	3	14,3
3 a 4 (baixo)	9	42,8
5 (médio)	2	9,5
6 a 7 (elevado)	3	14,3
8 a 10 (muito elevado)	4	19,1
Total	21	100,0

Pela experiência que adquirimos durante a realização das consultas de enfermagem para interrupção monitorada terapêuticamente do comportamento de fumar, pudemos verificar que pessoas que se encontram na fase de manutenção da abstinência feita exclusivamente a partir do método farmacológico voltaram a consumir

cigarro por não terem recebido abordagem terapêutica para as outras formas de dependência de tabaco (dependência psicológica e comportamento associado ao ato de fumar). Temos registrado pessoas com escore igual ou superior a seis na escala de Fagerström, para as quais o Ministério da Saúde recomenda o uso de terapia farmacológica como adjuvante, interromperem o consumo do tabaco pela abordagem psicocomportamental, sem o uso de fármacos⁽¹⁹⁾.

Compartilhamos com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e com o Ministério da Saúde as recomendações para o uso da abordagem terapêutica numa perspectiva multidisciplinar, uma vez que são muitos os fatores desencadeadores e/ou mantenedores do consumo do cigarro^(6,8-10). Diante do exposto, após analisarmos as peculiaridades envolvidas nos atendimentos individuais, temos usado como estratégia terapêutica associar a interrupção pelo processo de escalonamento (redução do número de cigarros) com o método do adiamento do primeiro cigarro/dia, ganhando tempo para a inserção consistente de abordagens terapêuticas para outras formas de dependência. Quando o consumo diário de cigarros for um terço do consumo registrado no início do tratamento, procedemos à reavaliação do grau de dependência em relação à nicotina e indicamos para o indivíduo a interrupção abrupta ou sua inserção em terapias grupais⁽¹⁹⁾.

Considerando que a interrupção do uso do tabaco, mesmo com o uso de terapêutica farmacológica, não prescinde do empenho do usuário em inserir-se no tratamento, propomos a utilização de um arcabouço teórico a partir do qual podemos compreender qual é a etapa em que um tabagista se encontra^(7,13). A classificação dos fumantes ativos e/ou abstêmicos segundo a prontidão para interromper o consumo do cigarro ficou assim distribuída: 20 (48,8%) estavam na fase de abstinência (manutenção); 17 (41,5%) tinham consciência do problema e consideravam a importância da mudança; e quatro (9,7%) não consideravam a possibilidade de mudar seus hábitos.

Avaliação de risco dos participantes para eventos coronarianos segundo Framingham

A interpretação dos escores obtidos a partir

dos parâmetros mencionados permite-nos classificar os participantes em três grupos: o dos indivíduos que obtiveram escores de “baixo risco”, os quais teriam uma probabilidade menor que 10% para eventos coronarianos; o daqueles de “médio risco”, para os quais essa probabilidade estaria entre 10% a 20%; e o dos de “alto risco”, para os quais a estimativa para eventos coronarianos seria igual ou superior a 20%.

Outro parâmetro possível de ser estimado a partir da determinação do escore de risco de Framingham é a conduta terapêutica recomendada^(2,20). Aos indivíduos que obtiveram “alto risco” nos escores de Framingham a recomendação é que o colesterol total seja mantido abaixo de 200mg/dL, o LDL-C abaixo de 100mg/dL e os triglicérides, abaixo de 200mg/dL, sendo recomendados índices mais rigorosos para pessoas diabéticas, para as quais o limite para os triglicérides deverá ser igual ou inferior a 150mg/dL. Entre os indivíduos de “alto risco” estão aqueles com manifestações clínicas de doença aterosclerótica, hipertensos com lesões de órgãos-alvo e diabéticos^(2,20).

De acordo com as pontuações obtidas, foi possível classificarmos o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares nos próximos dez anos, como se segue: 66 (60%) foram classificados como de “baixo risco”; 17 (15,5%) como de “médio risco”; 21 (19%) como de “alto risco”, e seis (5,5%) não responderam às questões que subsidiariam os cálculos. Há recomendações que indicam que as ações preventivas de combate ao tabagismo devam ser iniciadas na infância e adolescência, com base no fato de que as campanhas governamentais relacionadas ao tabagismo possuem impacto limitado quando postergadas⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do risco de desenvolver um evento cardiovascular em usuários de uma instituição hospitalar privada situada na Zona da Mata mineira permitiu-nos identificar a vulnerabilidade a eventos cardiovasculares de fumantes ativos/passivos, e os resultados nos remetem para a necessidade de a instituição incluir enfoque preventivo nas orientações para alta hospitalar e recomendar/prestar aos seus usuários atendimento individual e/ou grupal de interrupção do

consumo/compartilhamento do tabaco. Tais medidas visam a contribuir para a redução de morbimortalidade de origem cardiovascular e implementar ações de combate ao tabagismo entre os usuários e acompanhantes. O fato de as alterações no sistema cardiovascular serem a segunda causa de internação entre os participantes reafirma a relevância da presente pesquisa e sinaliza para a necessidade e o compromisso social de os planos de saúde inserirem ações preventivas direcionadas à redução de danos e à promoção da saúde de seus associados.

Considerando que os profissionais de saúde são vistos por leigos e usuários dos serviços de

saúde como modelos, julgamos relevante que as instituições de saúde incentivem e disponibilizem aos seus profissionais/ trabalhadores tratamento terapêutico para interrupção do consumo do tabaco e que estes não usem cigarro nas áreas que compartilham com os usuários. A inclusão da história tabágica no conteúdo das avaliações realizadas pelos profissionais de saúde com todos os usuários deve desencadear recomendações terapêuticas para que os fumantes reduzam/interrompam o consumo ativo e/ou passivo do tabaco, tanto nas dependências da instituição quanto na vida pessoal, com vistas à adoção de um estilo de vida saudável.

EVALUATION ACCORDING TO FRAMINGHAM OF CARDIOVASCULAR DAMAGES AMONG SMOKER PATIENTS OF A PRIVATE INSTITUTION

ABSTRACT

This survey type research aimed at analyzing the vulnerability of active/passive smokers of a private institution. Medical records were analyzed, and a total of 125 (100%) individuals filled out forms from October to December 2004. Among them 39.2% stated not to have contact with smokers; 13.6% were active smokers and 3.2% were active/passive smokers. Among 41 abstemious-smoker participants, according to Prochaska and DiClemente taxonomy 48.8% were in maintenance; 41.5% in contemplation and 9.7% did not intend to change habits. Amongst 21 smokers, 71.4% smoked 10 to 30 cigarettes a day and their smoke intake ranged from medium to high, in a percentage of 76.2%. Tobacco addiction ranged from average to high for 42.8% of them, and the passive exposition to tobacco ranged from 1 to 30 years for 74.5% of the participants. The risk of coronary events amongst 104 participants was low for 60%, high for 19% and medium for 15.5%. Taking into consideration that smoking is a high-risk factor for cardiovascular disease; the results have shown the necessity of its interruption as a means of reducing risk of death.

Key words: Smoking. Nursing. Health Care. Health. Vulnerability. Cardiology.

EVALUACIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCULARES SEGÚN FRAMINGHAM ENTRE TABAQUISTAS INTERNADOS EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA

RESUMEN

Investigación tipo survey que analizó la vulnerabilidad de fumadores internados en una institución privada para eventos cardiovasculares. Consultamos prontuarios y 125 (ciento veinticinco) participantes rellenaron formularios impresos entre octubre y diciembre de 2004, en que 44% fumadores pasivos; 39,2% no fumadores, 13,6% fumadores activos y 3,2% fumadores activos y pasivos. Entre los abstemios, categorizando según la clasificación de Prochaska y DiClemente: 48,8% estaban en mantenimiento; 41,5% en contemplación y 9,7% no pretendían cambiar los hábitos. Entre 21 fumadores, 71,4% consumían de (10) diez a (30) treinta cigarrillos/día; la tragada fue de mediana a profunda entre 76,2% la dependencia fue de mediana a muy alta entre 42,8% y la exposición pasiva al tabaco se dio entre la franja de edad de 01 a 30 años, para 74,5% de los participantes. El riesgo de eventos cardiovasculares quedó así caracterizado: 60% tenían bajo riesgo; 15,5% mediano riesgo; 19% alto riesgo, y 5,5% no respondieron todas las cuestiones. Siendo el tabaquismo uno de los factores de vulnerabilidad para morbimortalidades cardiovasculares, acciones que promuevan su interrupción son relevantes

Palabras clave: Tabaquismo. Enfermería. Promoción de la Salud. Vulnerabilidad en Salud. Cardiología.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro; 2002.

2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo-SP Arq Bras Cardiol. 2007;88Supl.1:1-19.

3. Stuchi RAG. A persuasão como estratégia de

- deslocamento de crenças: comportamentos de risco para comportamentos preventivos em doença coronariana.[tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
4. World Health Organization. Tobacco Free Initiative: Why is tobacco a public health priority? 2005. [citado em 2006 Jan 6]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html.
5. Aventis. Doenças cardiovasculares. 2002. [citado em 2004 Jul 17]. Disponível em: <http://www.aventispharma.com.br/aventispb/saudebemestar/doencascardio/revistas/cardioPag3.asp>.
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Preciso deixar de fumar... me ajuda? Brasília, DF; 1999.
7. Martinez JAB, Salzedas PL, Gorayeb R. Orientações práticas para interrupção do tabagismo. In: Mion-Jr D, Nobre F, organizadores. Risco cardiovascular global 3: convencendo o paciente a reduzir o risco 3. São Paulo: Lemos; 2002. p. 138-160.
8. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Câncer e Prevenção Primária do Câncer. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro; 1997.
9. Laranjeiras R, Pillon SC, Dunn J. Environmental tobacco smoke exposure among non-smoking waiters: measurement of expired carbon monoxide levels. São Paulo. Med J. 2000;118(4):89-92.
10. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo passivo, 2004 [citado em 2006 Jan. 16] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>.
11. Lobiondo-Wood G, Haber J. Desenhos não experimentais. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.110-121.
12. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente-Brasil. 2005. [citado em 2006 Jan. 16]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>.
13. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Práticas para a implantação de um programa do controle do tabagismo e outros fatores de risco. Rio de Janeiro; 1998.
14. Halty LS, Huttener MD, Netto ICO, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fargeströn (QTF) como medida da dependência de nicotina. J Pneumol. 2002;28(4):180-6.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196-96 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
16. IBGE. Tabela das estimativas das populações residentes, 2006. [citado em 2006 Nov. 24]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.sntm?c=7>.
17. Oliveira A. Consolidação da legislação previdenciária: regulamento e legislação complementar. 12ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
18. Fundação Carlos Chagas. O lugar das mulheres no mercado de trabalho: setores de atividade. S/D. [citado em 2005 ago]. Disponível em: http://www.fcc.org.br/mulher/series_historicos/sao.htm.
19. Arreguy-Sena C, Gomes EA, Cabral MIA, Centellas S, Fonseca LN. Interrupção do uso do tabaco: consulta de enfermagem como estratégia para promoção da saúde baseada em protocolo. REME. 2006;10(3):297-305.
20. Guimarães AC. Fatores de risco: prevenção das doenças cardiovasculares no século 21. Hipertensão. [serial on the Internet]. 2002 [citado em 2005 mar. 29]; 5(3):103-106. Disponível em: http://www.sbh.org.br/hipertensao/2002_N3_V5/N%203%20V5%202002%20-%208%20-%20Conteudo%20-%20Fatores%20de%20Risco%20-%20p103-106.pdf

Endereço para correspondência: Rosamary Aparecida Garcia Stuchi. Rua: G, 162, apto 302, Bairro Fátima, 38100-000, Diamantina, Minas Gerais, Brasil. E-mail: cristina.arreguy@ufjf.edu.br

Recebido em: 25/01/2007

Aprovado em: 25/02/2008