



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade Ciências da Saúde

Doente Coronário Agudo, um retrato global

Rita Maria Mendes Duarte Gomes Ivo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Luís Vítor Clemente de Oliveira

Co-orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco Craveiro de Sousa

Covilhã, Maio de 2012

*“Others have seen what is and asked why.
I have seen what could be and asked why not”*

Pablo Picasso

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Luís Oliveira, pelo apoio na elaboração deste trabalho, pelo incentivo para procurar a resposta aos variados porquês que apareceram ao longo do caminho e pelo excelente exemplo de dedicação e profissionalismo

Ao meu co-orientador, Professor Doutor Miguel Castelo Branco, pela disponibilidade em apoiar-me.

À enfermeira Dora Saraiva, pela sua entrega a este projeto, pela ajuda em concretizá-lo e principalmente por me ter feito acreditar que tudo era possível, mesmo quando parecia uma ilusão.

Ao Dr. Jorge Gamboa, por tornar este trabalho *estatisticamente significativo* e pela paciência e simpatia com que sempre me recebeu.

Aos meus pais por serem as âncoras da minha vida, por navegarem sempre a meu lado e não me permitirem desanimar quando os ventos não sopravam favoráveis.

Ao meu irmão por estar sempre lá, no meu porto de abrigo.

À Amélia Pita, Ana Filipa Santos, Cláudia Faria, Inês Zão, Nelson Teixeira, Sílvia Martins, António Novais e Marco Santos pelos conselhos, opiniões e distrações que partilhámos.

À Ana Arraiolos porque apesar de estar longe, esteve sempre perto.

Às amigas de sempre: Ana Cláudia Carriço, Joana Carvalho e Sara Agostinho, pelo apoio incondicional.

RESUMO

Introdução: Na União Europeia, quase metade das mortes ocorrem devido a doenças cardiovasculares e destas, cerca de um terço é causada por doenças coronárias agudas. São uma causa importante de incapacidade e de aumento dos custos da saúde de um país. A identificação dos fatores de risco cardiovascular presentes numa população, adquire um papel preponderante para a prevenção destas patologias. O objetivo principal deste estudo é elaborar um retrato global do doente coronário agudo tratado no Centro Hospitalar Cova da Beira, através da identificação dum conjunto de fatores de risco cardiovascular tradicionais e não-tradicionais pré-existentes que desencadearam o primeiro episódio de doença coronária aguda.

Materiais e Métodos: Estudo tipo caso-controlo, observacional e transversal. Desde 19 de outubro de 2011 até 19 de março de 2012, consecutivamente, identificaram-se indivíduos no serviço de cardiologia - casos; e nos serviços de cirurgia geral e ortopedia - controlos. Aplicou-se um questionário que permitia identificar fatores de risco cardiovascular presentes na história clínica, socioeconómica, psicossocial e estilo de vida. Após a recolha dos dados, estes foram analisados estatisticamente através do *Software Package for Social Sciences 17.0®* para Windows®.

Resultados: Obteve-se um total de 50 indivíduos, 25 em cada grupo, 20 eram do sexo masculino (80%) em ambos os grupos. A idade média foi de $63,3 \pm 14$ e $62,8 \pm 13,8$ anos para os casos e controlos, respetivamente. Comparativamente ao grupo controlo, os casos apresentaram mais indivíduos empregados (64% versus 36%, $p = 0,020$), mais trabalhadores no setor primário (56% versus 28%, $p = 0,022$), mais analfabetos (20% versus 8%, $p = 0,005$), maior dificuldade em aceder aos cuidados de saúde primários ($p < 0,001$), maior consumo de chocolate ($p = 0,005$) e ainda uma forte tendência para excesso de peso ($p = 0,062$), hipercolesterolemia ($p = 0,061$), antecedentes familiares de doença cardiovascular ($p = 0,051$) e menor consumo etílico ($p = 0,068$). Paralelamente, os casos apresentaram também mais ansiedade ($p = 0,005$) e *stress* ($p = 0,071$) e uma menor qualidade de vida percebida.

Conclusões: A análise dos dados sugere que os doentes coronários agudos apresentam uma constelação de fatores que favorecem o aparecimento desta patologia, nomeadamente menor escolaridade, maior taxa de emprego, difícil acesso a consultas médicas, maior prevalência de fatores de risco tradicionais, mais ansiedade e *stress* e piores índices de qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE

Doenças cardiovasculares; fatores de risco cardiovascular; etiologia; síndrome coronário agudo; estilo de vida.

ABSTRACT

Introduction: In the European Union, almost half of the deaths are caused by cardiovascular diseases and one third of these are due to acute coronary disease. They are a major cause of disability and increased health care costs of a country. The identification of the cardiovascular risk factors that exist in a population acquires a leading role in the prevention of these diseases. The aim of this study is to determine a global picture of the patient with acute coronary disease treated in Centro Hospitalar da Cova da Beira, by identifying a set of pre-existing traditional and non-traditional cardiovascular risk factors that triggered the first episode of this disease.

Materials and Methods: This is an observational and transversal case-control study. Since October 19, 2011 until March 19, 2012, consecutively, individuals were identified in the cardiology service - cases, and in general surgery and orthopedics services - controls. A questionnaire was applied, that allowed the identification of the cardiovascular risk factors present in the medical, socioeconomic, psychosocial history and lifestyle. After collecting the data, they were statistically analyzed using the *Software Package for Social Sciences 17.0*[®] for Windows[®].

Results: A total of 50 individuals were analyzed during this study, 25 in each group, 20 were males (80%) in both groups. The mean age was $63,3 \pm 14$ and $62,8 \pm 13,8$ years for cases and controls, respectively. Compared with the control group, the cases had more people employed (64% versus 36%, $p = 0,020$), more workers in the primary sector (56% versus 28%, $p = 0,022$), more illiterate (20% versus 8%, $p = 0,005$), more difficulty accessing primary health care ($p < 0,001$), higher chocolate consumption ($p = 0,005$) and a strong tendency to high body weight ($p = 0,062$), hypercholesterolemia ($p = 0,061$), family history of cardiovascular disease ($p = 0,051$) and lower alcohol consumption ($p = 0,068$). In addition, the cases also showed more anxiety ($p = 0,005$), stress ($p = 0,071$) and a reduced perceived quality of life.

Conclusions: The data analysis suggests that patients with acute coronary disease have a variety of factors which favor the appearance of this pathology, namely lower education, higher employment rate, more difficulty in accessing medical appointments, higher prevalence of traditional risk factors, more anxiety and stress, and lower quality of life indices.

KEYWORDS

Cardiovascular disease; cardiovascular risk factors; etiology; acute coronary syndrome; lifestyle.

ÍNDICE

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Índice	viii
Lista de Figuras.....	ix
Lista de Tabelas.....	x
Lista de Gráficos	xi
Lista de Siglas e Acrónimos	xii
1- Introdução	1
2- Materiais e Métodos	3
2.1- Participantes.....	3
2.2- Procedimentos e Instrumentos de Investigação	3
2.3- Métodos Estatísticos	5
3- Resultados	6
3.1- Caracterização do Doente Coronário Agudo da Cova da Beira	6
4- Discussão	12
Bibliografia.....	17
Anexos	20
Anexo 1- Questionário de Investigação: “Doente Coronário Agudo, um retrato global”	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Identificação dos agentes etiológicos das doenças cardiovasculares, da sua progressão e tipos de intervenções preventivas.....1

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização e análise estatística das variáveis relativas à história socioeconómica	6
Tabela 2 - Caraterização e análise estatística das variáveis relativas ao estilo de vida.....	7
Tabela 3 - Caraterização e análise estatística das variáveis relativas à história clínica	9
Tabela 4 - Caracterização e análise estatística da EADS 21 e respetivas dimensões.....	10
Tabela 5 - Caracterização e análise estatística do SF36 e respetivas subdimensões.....	10

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Medianas relativas a cada subdimensão do SF 36 por grupos em estudo (casos e controlos) 11

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AI	Angina Instável
ARAs	Antagonistas do Recetor da Angiotensina
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCA	Doença Coronária Aguda
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EADS 21	Escala de Ansiedade Depressão e Stress 21
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EAMCSST	Enfarte Agudo do Miocárdio Com Supra ST
EAMSSST	Enfarte Agudo do Miocárdio Sem Supra ST
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
HTA	Hipertensão Arterial
IECAs	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
MS	Morte Súbita
SEC	Sociedade Europeia de Cardiologia
SF36	<i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form</i>
SPSS®	<i>Software Package for Social Sciences</i>
UE	União Europeia

1- INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte na Europa, responsáveis por cerca de metade das mortes anuais neste continente. Na União Europeia (UE), 43% das mortes ocorrem devido a DCV e destas, cerca de um terço é causada por doenças coronárias agudas (DCA). Portugal, não se desviando do panorama identificado na Europa e mais concretamente nos países da UE, apresenta uma elevada mortalidade devido a doenças cardíacas coronárias, sendo estas, no ano de 2005, responsáveis por cerca de 8% de todas as causas de morte verificadas no nosso país. As DCV são uma causa importante de incapacidade e contribuem significativamente para um aumento, em crescendo, dos custos dos cuidados de saúde de um país (1).

Sabe-se que o desenvolvimento de DCV num indivíduo é devido a diversos agentes: biológicos, sociais, psicológicos ou ambientais. Estes têm sido identificados ao longo dos anos e categorizados conforme a sua contribuição na génese destas doenças e o tipo de prevenção em que se inserem, como se pode verificar na figura 1 (2).

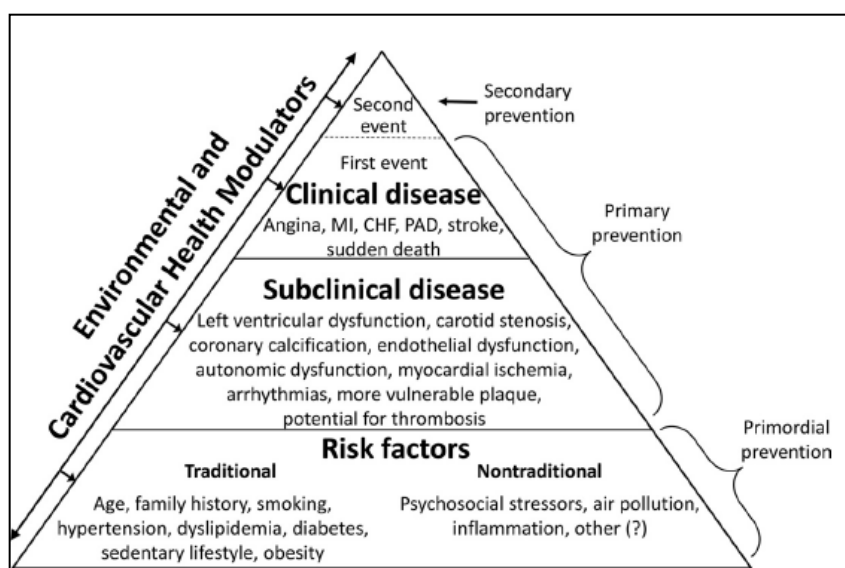


Figura 1- Identificação dos agentes etiológicos das doenças cardiovasculares, da sua progressão e tipos de intervenções preventivas.

Os fatores de risco tradicionais e não tradicionais adquirem um papel preponderante pois encontram-se na base desta pirâmide. Ao serem o alvo de uma prevenção primordial, revelam que uma atuação a este nível terá um impacto significativo no desenvolvimento de doenças cardíacas futuras (2).

Apesar do seu reconhecimento, considerava-se que os fatores de risco tradicionais/convencionais/major (tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial (HTA) e diabetes mellitus (DM)) apenas contribuíam para 50% da incidência de doenças coronárias cardíacas, sendo o restante atribuído a outras causas (2-4). Contudo, variados estudos

realizados corroboram a hipótese de que estes, juntamente com fatores denominados não-tradicionais, como por exemplo fatores psicológicos, dieta e exercício físico, são os principais desencadeantes de DCA. O estudo INTERHEART (5) foi realizado a uma escala mundial de modo a permitir identificar de acordo com o género, a idade e a localização geográfica quais os fatores de risco que contribuíam para o desenvolvimento de doenças coronárias cardíacas. Aos fatores tradicionais acrescentou a obesidade, a dieta, o consumo de álcool, a atividade física e fatores psicológicos (depressão, *stress* apercebido, eventos de vida *stressantes* e *locus* de controlo) e concluiu que a estes nove fatores mesuráveis e modificáveis se pode atribuir cerca de 90% do risco de ocorrência de um evento inicial de enfarte agudo de miocárdio (EAM). Para além disso, demonstrou-se que pessoas com níveis ótimos de fatores de risco cardiovascular tradicionais e que mantinham um estilo de vida saudável até aos 50 anos, tinham uma taxa de sobrevivência maior e apenas 5% (homens) e 8% (mulheres) de risco de vir a desenvolver uma doença cardíaca nos restantes anos de vida (6). Assim, verifica-se que um maior enfoque na identificação dos fatores de risco presentes numa população, não só a nível orgânico mas também psicológico e social, e nos estilos de vida adotados que os originam, é fundamental para conhecer qual o seu nível de risco de desenvolver um evento coronário agudo e como se deverá atuar de modo a preveni-lo bem como a todas as consequências que dele advêm.

Este trabalho tem como principal objetivo fazer um retrato global do doente coronário agudo tratado no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), através da identificação dum conjunto de fatores de risco tradicionais e não-tradicionais pré-existentes (história socioeconómica, história clínica, estilo de vida e história psicossocial) que desencadearam o primeiro episódio de DCA (Angina Instável (AI), Enfarte Agudo do Miocárdio Sem Supra-ST (EAMSSST) ou Enfarte Agudo do Miocárdio Com Supra-ST (EAMCSST)). Este tipo de estudo será de extrema importância para criar um perfil de doente com DCA local, até agora inexistente, de modo a que futuramente se possam identificar possíveis casos em que a atuação ao nível da modificação dos fatores predisponentes tenha sucesso.

2- MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo do tipo caso-controlo, observacional e transversal baseia-se na análise da existência de fatores de risco cardiovasculares nos utentes do CHCB, através da aplicação de um questionário durante o período de 19 de outubro de 2011 até 19 de março de 2012.

O protocolo deste estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética e foi aprovado pelo Núcleo de Investigação do CHCB.

2.1- PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo englobam dois grupos de indivíduos: casos e controlos.

Os casos são constituídos pelos utentes do CHCB internados no serviço de cardiologia por evento inicial de DCA (AI, EAMSSST ou EAMCSST), sendo excluídos indivíduos com história prévia de doença cardíaca, cerebrovascular ou vascular periférica. O diagnóstico de EAMSSST ou EAMCSST foi efetuado através da presença de dor precordial de tipo anginosa com duração superior a 20 minutos, alterações electrocardiográficas consideradas de novo (elevação persistente do segmento ST, depressão deste e inversão da onda T ou bloqueio completo do ramo esquerdo do feixe de His) e elevação dos marcadores cardíacos (preferencialmente a troponina). Para diagnóstico de AI considerou-se dor anginosa de menor duração (em repouso, em crescendo ou de novo), associada ou não a alterações de novo de ST/T, não havendo alterações das enzimas cardíacas (7). Neste caso o diagnóstico foi confirmado pela existência de doença coronária aterosclerótica relevante em estudo angiográfico.

Quanto aos controlos, são utentes do CHCB internados nos serviços de ortopedia e cirurgia geral com idade (com um intervalo máximo superior ou inferior de 2 anos) e sexo correspondentes aos casos, com critérios de exclusão idênticos aos estabelecidos para estes, sendo apenas critério adicional a não existência de história pregressa de DCA.

Todos os participantes deram o seu consentimento informado antes de fazerem parte do estudo.

2.2- PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Foi aplicado um questionário estruturado a ambos os grupos referidos anteriormente, através de entrevista e autopreenchimento. O questionário foi elaborado de acordo com a finalidade deste estudo e tendo em vista fatores específicos que se pretendiam avaliar na comunidade (ver anexo 1).

O questionário encontrava-se dividido por secções e incluía: identificação (nome, idade, sexo, data de internamento e causa de internamento ou serviço do CHCB, para os controlos); história socioeconómica (morada, concelho, tipo de residência, acesso a saneamento básico, aquecimento central e abastecimento de água da rede pública, estado

civil, agregado familiar, profissão, sector de atividade, habilitações literárias, posse de automóvel e tempo de acesso a uma consulta de Cuidados de Saúde Primários (CSP)); estilo de vida (consumo diário de fruta e vegetais, consumo semanal de peixe, consumo diário de álcool, café e chocolate; exercício físico); história clínica (HTA, índice de massa corporal (IMC), colesterol total, hábitos tabágicos, DM, antecedentes familiares de EAM ou morte súbita (MS) prematuros, presença de doenças concomitantes e medicação habitual); história psicossocial (número de relações sexuais semanais, Escala de Ansiedade Depressão e Stress 21 (EADS 21), e a escala de qualidade de vida/estado geral de saúde *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form (SF36)*)).

Relativamente aos fatores de risco hipertensão e colesterol total, estes foram considerados existentes através de informação do historial clínico fornecida pelo doente, não sendo avaliados clínica e analiticamente no momento da entrevista.

EADS-21 é uma escala de 21 itens, validada para Portugal, que pretendem avaliar três dimensões: Ansiedade, Depressão e Stress (8). A Ansiedade é caracterizada pela interação de estados persistentes de tensão somática, hiperatividade e respostas intensas de medo. A dimensão Depressão associa-se à perceção individual de baixa probabilidade de concretização dos objetivos pessoais e à perda de autoestima e motivação. Relativamente ao *Stress*, este representa estados de tensão e agitação persistentes, bem como um baixo nível de resistência à frustração e desilusão. Os indivíduos em estudo respondem, através de autopreenchimento, em que medida a afirmação apresentada no questionário se adequa a si na última semana (semana prévia ao internamento) selecionando um valor que varia desde o 0 até ao 3 (escala tipo Likert). Os resultados de cada dimensão são determinados pela soma de todos os 7 itens correspondentes a cada uma. Esta escala apresenta as perturbações psicológicas como sendo dimensionais e não categoriais, significando que as diferenças entre as dimensões são essencialmente diferenças de grau. Um indivíduo é classificado dimensionalmente em um de quatro estados: normal, ligeiro, moderado e severo.

O SF-36 é um questionário de 36, validado para Portugal, perguntas usado como indicador genérico do estado de saúde e qualidade de vida percecionada de um indivíduo (9). Este inclui oito subdimensões que avaliam diferentes áreas: capacidade funcional, desempenho físico, vitalidade, desempenho emocional, saúde mental, aspetos sociais, dor física e saúde em geral. O questionário pode ser aplicado através de entrevista ou autopreenchimento. As respostas a cada questão correspondem a um determinado valor que, depois de obtido, se soma às restantes questões da mesma subdimensão. O resultado final de cada grupo de questões é analisado num escala que varia de 0 a 100, representando 100 o grau mais elevado de funcionamento possível em cada subdimensão e, conseqüentemente, de qualidade de vida.

2.3- MÉTODOS ESTATÍSTICOS

O trabalho de análise descritiva e estatística que se apresenta foi realizado com recurso ao *Software Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 17.0 para Microsoft Windows®.

Relativamente à análise descritiva dos dados obtidos para cada variável categórica em estudo, determinou-se a frequência absoluta e frequência relativa para os grupos em estudo.

Para se proceder à análise estatística inferencial, recorreu-se, em função das características das variáveis e ao tipo de relação, ao teste de Exato de Fisher, tal como recomenda Maroco (10).

Para avaliar as diferenças ao nível dos valores obtidos através das escalas EADS 21 e SF36 por tipo de indivíduo (caso ou controlo) recorreu-se à aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney, como recomenda Maroco (10).

Ao longo de todo o estudo apenas se consideraram as respostas válidas. Tendo em consideração a exatidão que o estudo exige optou-se por definir, para todas as análises inferenciais, um nível de significância de 0,05, ou seja, admissão de um erro de 5%.

3- RESULTADOS

3.1- CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE CORONÁRIO AGUDO DA COVA DA BEIRA

Durante o período em que decorreu o estudo e mediante as premissas colocadas para a constituição dos grupos, obteve-se um total de 50 indivíduos, dos quais 20 eram do sexo masculino (80%) e 5 do sexo feminino (20%) em cada grupo. A idade média dos indivíduos com DCA inicial foi de $63,3 \pm 14$ anos, sendo o mínimo 38 e o máximo 88 anos de idade. Relativamente ao grupo dos controlos, a idade média foi de $62,8 \pm 13,8$ anos, sendo o mínimo 36 e máximo 87 anos de idade.

Relativamente ao tipo de DCA, registaram-se 8 (32%) casos de AI, 10 (40%) casos de EMSST e 7 (28%) casos de EAMCSST.

Na tabela 1 apresenta-se a caracterização e a análise do doente coronário agudo e a comparação com o grupo controlo, relativamente à história socioeconómica.

Tabela 1 - Caracterização e análise estatística das variáveis relativas à história socioeconómica

História Socioeconómica		Tipo de Indivíduo				P value (Teste de Fisher)
		Caso		Controlo		
		N	%	N	%	
Tipo de residência	Urbano	11	44,0%	12	48,0%	1,000
	Rural	14	56,0%	13	52,0%	
Saneamento básico	Sim	21	84,0%	25	100,0%	0,110
Aquecimento central	Sim	2	8,0%	7	28,0%	0,138
Abastecimento de água da rede pública	Sim	22	88,0%	24	96,0%	0,609
Estado civil	Solteiro	1	4,0%	1	4,0%	0,891
	Casado	18	72,0%	16	64,0%	
	Viúvo	3	12,0%	6	24,0%	
	Divorciado	2	8,0%	1	4,0%	
	União de facto	1	4,0%	1	4,0%	
Agregado familiar	Convencional	10	40,0%	9	36,0%	0,823
	Com cônjuge	10	40,0%	8	32,0%	
	Alargado	3	12,0%	5	20,0%	
	Sozinho	2	8,0%	3	12,0%	
Profissão	Desempregado	0	0,0%	5	20,0%	0,020
	Empregado	16	64,0%	9	36,0%	
	Reformado	9	36,0%	11	44,0%	
Sector de atividade	Primário	14	56,0%	7	28,0%	0,022
	Secundário	7	28,0%	5	20,0%	
	Terciário	4	16,0%	13	52,0%	
Habilitações literárias	Analfabeto	5	20,0%	2	8,0%	0,005
	1º Ciclo	11	44,0%	12	48,0%	
	2º Ciclo	3	12,0%	11	44,0%	
	Secundário	6	24,0%	0	0,0%	
Posse de automóvel	Sim	13	52,0%	16	64,0%	0,567
Acesso a consulta de CSP	< 1 semana	0	0,0%	8	32,0%	<0,001
	1 semana - 1 mês	7	28,0%	11	44,0%	
	> 1 mês	18	72,0%	6	24,0%	

Em ambos os grupos a maioria dos indivíduos residia em zona rural, tinha acesso a saneamento e abastecimento de água da rede pública e não possuía aquecimento central. Cerca de 2/3 eram casados e o seu agregado familiar era convencional (pais e filhos) ou habitavam apenas com o cônjuge. A maioria deslocava-se em automóvel próprio.

No grupo casos verificou-se uma maior proporção de indivíduos empregados e a maioria destes exercia a sua atividade profissional no sector primário. Pelo contrário os controlos eram maioritariamente reformados ou desempregados, diferença que atingiu significado estatístico ($p = 0,020$).

No que concerne às habilitações literárias, em ambos os grupos a maioria dos indivíduos apenas completou o 1º ciclo. Contudo, verificou-se nos casos um número significativamente maior de indivíduos analfabetos ou que completaram o ensino secundário ($p = 0,005$). Nenhum inquirido frequentou o ensino superior.

Também relativamente ao tempo de acesso a consulta de CSP os dois grupos são estatisticamente diferentes ($p < 0,001$). Em nenhum dos casos se verificou ser inferior a uma semana, sendo que a maioria apenas o conseguia após 1 mês, enquanto no grupo controlos esse tempo era significativamente mais curto.

No que diz respeito ao estilo de vida dos grupos em estudo é possível observar a sua caracterização e análise na tabela 2.

Tabela 2- Caracterização e análise estatística das variáveis relativas ao estilo de vida

Estilo de Vida		Tipo de Indivíduo				P value (Teste de Fisher)
		Caso		Controlo		
		n	%	n	%	
Consumo de fruta e vegetais	1-3 porções/dia	21	84,0%	22	88,0%	1,000
	>4 porções/dia	4	16,0%	3	12,0%	
Consumo de peixe	<3 refeições/semana	21	84,0%	18	72,0%	0,496
	3 a 5 refeições/semana	4	16,0%	7	28,0%	
Consumo de álcool	0 g/dia	13	52,0%	10	40,0%	0,068
	<20 g/dia	10	40,0%	6	24,0%	
	>20 g/dia	2	8,0%	9	36,0%	
Consumo de café	0/dia	11	44,0%	9	36,0%	0,426
	1 a 2/dia	7	28,0%	12	48,0%	
	3 a 5/dia	6	24,0%	4	16,0%	
	> 6/dia	1	4,0%	0	0,0%	
Consumo de chocolate*	0/dia	15	60,0%	24	96,0%	0,005
	1 a 3/dia	10	40,0%	1	4,0%	
Exercício físico**	0 a 2 dias/semana	22	88,0%	17	68,0%	0,171
	>3 dias/semana	3	12,0%	8	32,0%	
Relações sexuais	0 a 1 /semana	13	52,0%	13	52,0%	1,000
	> 2 /semana	12	48,0%	12	48,0%	

* 2 quadrados ** 30 minutos/dia

Quando analisados os diferentes parâmetros relativos ao estilo de vida verificou-se que ambos os grupos tinham baixos níveis de consumo de fruta e vegetais, bem como de peixe. A maioria consumia diariamente 1-3 porções de fruta e vegetais, e peixe menos de três vezes por semana. De igual modo, ambos os grupos referiam atividade física reduzida, na maioria 0 a 2 dias por semana (88% dos casos e 68% dos controlos). Não se detetou diferença relevante entre os grupos relativamente ao consumo de café, estando presente na maioria dos inquiridos.

Quanto ao consumo de álcool os grupos revelaram forte tendência para serem diferentes ($p = 0,068$). Nos casos 52% dos indivíduos não ingeriam bebidas alcoólicas diariamente, ao contrário do constatado nos controlos onde 60% dos inquiridos responderam afirmativamente, dos quais 36% revelava um consumo superior a 20g/dia.

Verificou-se que os casos têm um consumo diário de chocolate significativamente superior ao dos controlos ($p = 0,005$).

Relativamente ao número de relações sexuais por semana, os grupos não mostraram diferenças entre eles.

Os antecedentes patológicos e hábitos medicamentosos estão reunidos na tabela 3.

Tabela 3- Caracterização e análise estatística das variáveis relativas à história clínica

História Clínica		Tipo de Indivíduo				P value (Teste de Fisher)
		Caso		Controlo		
		n	%	n	%	
Hipertensão arterial		13	52,0%	11	44,0%	0,778
IMC >25Kg/m ²		21	84,0%	14	56,0%	0,062
Colesterol total		10	76,9%	6	37,5%	0,061
Consumo de tabaco		7	28,0%	2	8,0%	0,138
Diabetes <i>mellitus</i>		5	20,0%	2	8,0%	0,417
Antecedentes familiares		10	40,0%	3	12,0%	0,051
Doenças Concomitantes	Insuficiência renal	2	8,0%	0	0,0%	0,490
	Hipotiroidismo	1	4,0%	2	8,0%	1,000
	Hipertiroidismo	1	4,0%	0	0,0%	1,000
	DPOC	1	4,0%	1	4,0%	1,000
	Doenças autoimunes	0	0,0%	1	4,0%	1,000
Medicação Habitual	Antiagregantes	5	20,0%	0	0,0%	0,050
	Anticoagulação oral	0	0,0%	1	4,0%	1,000
	Estatinas/Hipolipemiantes	4	16,0%	4	16,0%	1,000
	IECAs	4	16,0%	1	4,0%	0,349
	ARAs	6	24,0%	6	24,0%	1,000
	Antagonistas do cálcio	1	4,0%	0	0,0%	1,000
	Nitratos	1	4,0%	0	0,0%	1,000
	Antidiabéticos orais	4	16,0%	1	4,0%	0,349
	Corticoesteroides	0	0,0%	1	4,0%	1,000
	Antidepressivos	0	0,0%	3	12,0%	0,235
	Levotiroxina	0	0,0%	2	8,0%	0,490

Constatou-se uma forte tendência para maior prevalência de excesso de peso ($p = 0,062$), hipercolesterolemia ($p = 0,061$) e antecedentes familiares de doença de EAM ou MS prematuros ($p = 0,051$) no grupo casos, quando comparado com o grupo controlo. Pelo

contrário, ambos os grupos apresentavam prevalências semelhantes quanto a outros fatores de risco cardiovascular major (HTA, tabagismo e DM), bem como de patologias não cardiovasculares inquiridas.

Relativamente à medicação habitual obtiveram-se percentagens semelhantes em ambos os grupos, exceto no que concerne à toma diária de antiagregantes que foi superior nos casos ($p = 0,050$). Nenhum indivíduo estava medicado com beta-bloqueantes, ivabradina, nicorandil ou trimetazidina.

Na tabela 4 estão discriminados os resultados obtidos pela aplicação da EADS 21 no estudo das dimensões depressão, ansiedade e *stress*.

Tabela 4- Caracterização e análise estatística da EADS 21 e respetivas dimensões

Dimensões da EADS 21	Casos (mediana)	Controlos (mediana)	<i>p value</i> (Teste de Mann-Whitney)
Depressão	1,0	1,0	0,326
Ansiedade	3,0	1,0	0,005
<i>Stress</i>	2,0	1,0	0,071

Através da análise destes resultados é possível concluir que os casos apresentavam um grau significativamente mais elevado de ansiedade ($p = 0,005$) e uma importante tendência para sentirem mais *stress* ($p = 0,071$) relativamente aos controlos.

Considerando as subdimensões do questionário SF36, na tabela 6 e gráfico 1 estão representadas a sua caracterização e análise estatística por tipo de indivíduo.

Tabela 5- Caracterização e análise estatística do SF36 e respetivas subdimensões

Dimensões do SF 36	Casos (mediana)	Controlos (mediana)	<i>p value</i> (Teste de Mann-Whitney)
Capacidade funcional	30	75	0,008
Limitações por aspetos físicos	50	100	0,145
Limitações por aspetos emocionais	67	100	0,055
Vitalidade	55	65	0,032
Saúde mental	60	68	0,094
Aspetos sociais	63	100	0,005
Dor	45	58	0,418
Estado geral de saúde	60	65	0,131

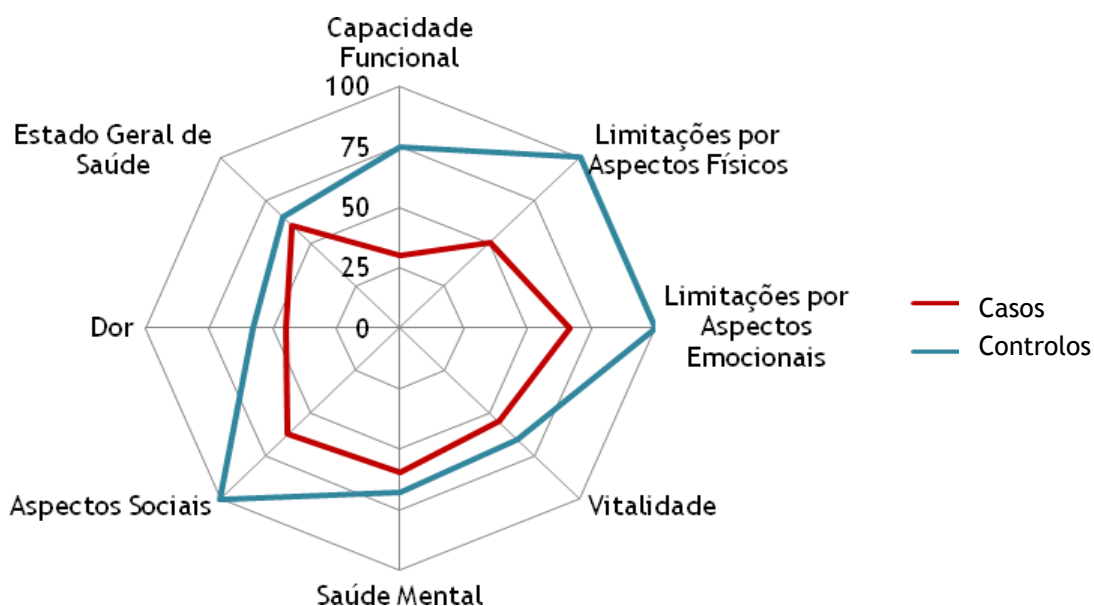


Gráfico 1- Medianas relativas a cada subdimensão do SF 36 por grupos em estudo (casos e controlos)

No que diz respeito às subdimensões do SF 36, os casos apresentam de uma forma geral valores menores comparativamente aos controlos. Resultados significativamente piores foram encontrados no que diz respeito à capacidade funcional ($p = 0,008$), aos aspetos sociais ($p = 0,005$) e vitalidade ($p = 0,032$), nos indivíduos com doença coronária aguda.

4- DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu realizar a caracterização do doente coronário agudo da Cova da Beira e identificar possíveis fatores de risco cardiovascular responsáveis pelos episódios primários de DCA nesta região.

Os fatores socioeconómicos presentes numa população exercem um papel fundamental como determinantes da sua saúde, refletindo assim uma associação importante com o desenvolvimento de DCV (11). Verificou-se que os indivíduos com DCA inicial eram maioritariamente do sexo masculino, habitavam numa zona rural, em habitação com boas condições e com um agregado familiar convencional. Relativamente à sua atividade profissional, a maioria encontrava-se empregada no setor primário, dados que corroboram o facto dos indivíduos que se encontram empregados terem uma suscetibilidade superior de desenvolver doença coronária aguda, particularmente aqueles que exercem a sua atividade profissional no âmbito da agricultura, pecuária e indústrias extrativas (12). Um nível educacional mais baixo de uma população associa-se a maior exposição a diversos fatores de risco de DCA (11). De acordo com os resultados encontrados os casos tinham menor escolaridade.

A maioria dos indivíduos identificada com DCA inicial tinha um tempo de acesso a CSP mais elevado do que aqueles sem patologia cardíaca, facto que sugere a importância que este nível de cuidados médicos adquire na prevenção destas patologias e o modo como poderá ter contribuído para o aparecimento da DCA. Alguns estudos demonstram que os CSP contribuem crucialmente para a identificação e controlo dos fatores de risco cardiovascular, bem como na promoção de estilos de vida saudáveis e na diminuição das diferenças socioeconómicas da população por eles abrangida (13, 14).

O estilo de vida de um indivíduo é caracterizado por um conjunto de padrões comportamentais adquiridos na infância e adolescência, através da interação de fatores genéticos e ambientais, que são modelados e perpetuados na vida adulta. Os hábitos dietéticos influenciam o risco cardiovascular, o que reforça o facto da atuação a este nível poder contribuir para a sua diminuição (15). As mais recentes *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia-SEC para prevenção de DCV (16), destacam o efeito protetor existente na dieta mediterrânea, relativamente a estas patologias, devido às suas principais características: consumo elevado de fruta, vegetais, produtos integrais, peixe e ácidos gordos insaturados (especialmente azeite); consumo moderado de álcool (sobretudo vinho durante as refeições) e um baixo consumo de carne (vermelha), laticínios e ácidos gordos saturados. Assim, recomendam o consumo diário de quatro a seis porções de fruta e vegetais, bem como o consumo semanal de, pelo menos, duas porções de peixe (uma de peixe gordo preferencialmente). Constata-se que para a maioria dos indivíduos o consumo de fruta e vegetais na população estudada se encontra aquém dos parâmetros propostos pela SEC e o consumo de peixe no patamar mais baixo considerado (0 a 3 refeições semanais).

Na análise da ingestão diária de bebidas alcoólicas dos grupos em estudo, verifica-se que os indivíduos pertencentes aos controlos apresentavam um consumo superior relativamente aos com DCA inicial. Lindschou Hansen J. e colaboradores, apuraram que o consumo moderado de álcool estava associado a um menor risco de ocorrência de DCA em ambos os sexos, o que poderá justificar os resultados obtidos (17). Embora se verifique que uma ingestão diária de álcool superior a 20g possa ser um fator protetor do risco cardiovascular, a SEC recomenda que esta não seja superior a 10g (aproximadamente um copo) para mulheres e 20g (aproximadamente dois copos) para homens, pois relaciona-se com um maior risco de mortalidade por outras causas (16).

A relação entre o consumo de café e as DCV desde há muito que é controversa, um estudo recente comprova que o seu consumo diário moderado (duas a quatro vezes) se associa a uma ligeira redução do risco de DCV (18). Todavia, não foi possível detetar diferenças na população em estudo.

Quanto ao consumo de chocolate, conclui-se que é superior nos indivíduos acometidos com DCA comparativamente aos que não apresentam patologia cardiovascular, contrariamente ao apresentado por Buijsse B. e colaboradores, que demonstram que o consumo diário de 6g de chocolate se relaciona com a diminuição de 39% do risco de DCV (19). Porém, esta diferença poderá ser justificada pelo facto da relação entre o consumo de chocolate e o risco de DCV estar associada ao tipo de chocolate ingerido (de leite, preto ou branco). Na população estudada o mais consumido é o chocolate de leite que contém menor quantidade de flavonóis e um teor calórico mais elevado, comparativamente ao chocolate negro, portanto menos propriedades preventivas e maior teor calórico, que se associa aqui a uma maior taxa de excesso ponderal.

Um estilo de vida sedentário é um fator de risco cardiovascular amplamente reconhecido, por isso a promoção da prática de exercício físico regular contribuiu de maneira significativa para a diminuição do risco de DCV. Podemos verificar que, tanto os indivíduos pertencentes ao grupo casos como os controlos, apenas realizavam no máximo duas vezes por semana 30 minutos de atividade física moderada, o que fica aquém do recomendado pela SEC, que preconiza 2,5 a 5 horas semanais de atividade física moderada como a quantidade necessária para reduzir a mortalidade por causas cardiovasculares (16).

Devido ao importante papel que têm na patogénese das DCV, a HTA, a hiperlipidémia, o tabagismo e a DM foram classificados como fatores de risco major/convencionais. O estudo AMÁLIA permitiu avaliar a prevalência autoreferida destes fatores em Portugal, caracterizando-os e analisando a sua distribuição nas diferentes regiões do país (20). Constatou-se que 24% dos indivíduos reportavam HTA, 20% hipercolesterolemia, 16% tabagismo e 9% DM, concluindo-se que são fatores que, correlacionando-se entre si, poderão estar na origem das DCV em Portugal. No grupo casos as taxas reportadas para os mesmos fatores de risco são bem maiores do que os referidos: HTA 52%, hipercolesterolemia 77%, tabagismo 28% e DM 20%, e maiores ainda do que as apresentadas pelo grupo controlo,

embora sem atingir significado estatístico, previsivelmente pelo reduzido número de elementos. Este fato está de acordo com os inúmeros dados que apontam para a potenciação dos diversos fatores de risco quando eles se combinam no mesmo indivíduo. Acresce ainda que os casos apresentaram com maior frequência excesso ponderal definido como $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$, o que está associado a efeitos cardiovasculares adversos e risco de morte, pela sua relação intrínseca com outros fatores de risco cardiovascular. Assim, a promoção de medidas que visem o controlo do peso é prioritária para a SEC (16).

De igual modo, os indivíduos com DCA inicial referiram maior presença de antecedentes familiares de EAM ou MS prematuros relativamente aos controlos. Este facto vem de encontro à análise efetuada no estudo INTERHEART que conclui que a presença de antecedentes familiares confere à pessoa quase o dobro de risco de desenvolver EAM, independentemente do género dos progenitores, de outros fatores de risco individuais presentes, país ou idade (21). Para além disso, verificou-se no mesmo estudo que os indivíduos com história familiar destas patologias apresentavam níveis mais elevados de fatores de risco cardiovascular biológicos e psicossociais (21).

É conhecido o benefício do uso de antiagregantes na prevenção secundária de novos eventos cardiovasculares, contudo os efeitos benéficos da sua aplicação ao nível da prevenção primária ainda não foram totalmente esclarecidos (22). Embora existam evidências de que a toma diária de aspirina poderá reduzir até 12% a ocorrência de eventos vasculares graves em indivíduos sem DCV, esta também se relaciona com um aumento do risco de sangramento gastrointestinal, o que coloca em questão o seu uso num nível primário de prevenção das DCV (22). Verificou-se uma diferença significativa entre os grupos em estudo relativamente à toma diária de antiagregantes, sendo esta superior no grupo casos, o que poderá ser justificado pelo pressuposto de que indivíduos em que se identifica a presença de múltiplos fatores de risco cardiovascular numa consulta de rotina beneficiarem da toma diária de antiagregantes.

A angústia psicológica é uma dimensão psicopatológica não específica, que se caracteriza por abranger um espectro que varia de estados de depressão a estados de ansiedade (23). O estado psíquico de um indivíduo adquire cada vez mais importância na etiologia das DCV, associando-se tanto à adoção de estilos de vida não saudáveis, que potenciam estas patologias, bem como a um potencial desencadeamento de alterações orgânicas diretamente relacionadas com as mesmas (23). A ansiedade, num indivíduo saudável, aumenta em 26% o risco de doença cardíaca coronária, sendo classificada como um fator de risco independente para estas patologias (24). Para além deste facto, o *stress* profissional e relativo à vida familiar também se associa a um ligeiro aumento do risco de DCV (16, 25). Através da aplicação da EADS 21, a maioria dos indivíduos pertencentes ao grupo casos apresenta estados mais elevados de ansiedade e *stress* previamente ao internamento, o que permite concluir que estes poderão ter estado associados ao desenvolvimento de DCA.

A qualidade de vida percebida pela pessoa influencia o seu estado de saúde, podendo também correlacionar-se com o desenvolvimento de DCV (26). O SF36 é uma ferramenta que permite aos clínicos obterem uma visão geral das componentes físicas, sociais e emocionais que afetam um determinado indivíduo, o que relativamente aos sujeitos em estudo permitiu comprovar que, de um modo geral, aqueles com DCA inicial apresentam dificuldades físicas, sociais e emocionais que condicionam uma qualidade de vida inferior. As três dimensões em que se observa uma diferença mais significativa são a capacidade funcional, a vitalidade e os aspetos sociais. É de salientar a importância que o apoio social adquire na qualidade de vida de um indivíduo, e uma boa interação entre este e a sua rede social favorece um melhor bem-estar físico e mental, o que naturalmente pode ajudar a prevenir as DCV (25).

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o número limitado de casos obtidos perante as premissas colocadas para a sua identificação durante período de tempo em que foi possível realizar este estudo. Sendo o mesmo baseado numa amostra de conveniência ele beneficiaria de um prolongamento do período de colheita, já que tornaria possível aumentar o seu tamanho.

Segundo, para avaliar a influência da obesidade ou excesso de peso utilizou-se o IMC, que poderá não ser a medida antropométrica com maior valor preditivo de risco cardiovascular comparativamente à medição do perímetro abdominal ou *ratio* cintura:anca (27). Todavia, a SEC preconiza a utilização da medição do IMC na prática clínica devido ao baixo número de evidências que existem acerca da medição da adiposidade abdominal ou quantidade exata de massa gorda como determinantes do risco de DCV (16).

Terceiro, a presença de dislipidemia e hipertensão foi avaliada apenas por informação fornecida pelo inquirido ao que poderá estar associado algum erro. A sua identificação seria mais fiável através da observação de registos clínicos prévios ao internamento relativos à pressão arterial sistólica e diastólica, e à análise laboratorial dos níveis de colesterol total, lipoproteínas de baixa densidade (LDL), lipoproteínas de alta densidade (HDL) e triglicéridos, o que não foi possível de realizar.

Por fim, embora existam algumas evidências que mostrem que as patologias concomitantes e os medicamentos questionados podem ter influência na etiologia das DCV, este estudo não permitiu identificar essa relação provavelmente devido ao número limitado de observações.

Apesar do número limitado de sujeitos em estudo, foi possível comprovar a presença que alguns fatores de risco cardiovascular tradicionais e não tradicionais, os quais poderão justificar a DCA nos utentes do CHCB. Saliente-se o facto de que embora os fatores de risco tradicionais/major (HTA, a hiperlipidemia, o tabagismo e a DM) estejam presentes na

população em estudo, outros fatores relativos ao estilo de vida, socioeconómicos e psicossociais estudados estiveram associados ao aparecimento destas patologias.

A aplicação do questionário criado permitiu traçar o seguinte perfil do doente coronário agudo da Cova da Beira: homem, com idade média de 63 anos, habitante numa zona rural juntamente com cônjuge e filhos, numa habitação com boas condições, empregado no sector primário ou secundário; o seu tempo de acesso à consulta de CSP é superior a 1 mês; caracteriza-se por um estilo de vida sedentário e por ter um baixo consumo de fruta, vegetais, peixe, café e bebidas alcoólicas; apresenta frequentemente HTA, colesterol total elevado, DM, excesso de peso e hábitos tabágicos; tem antecedentes familiares de patologias cardíacas; manifesta um elevado grau de ansiedade, algum *stress* e, no geral, uma qualidade de vida percecionada pior que a de outros indivíduos, particularmente no relacionamento social, capacidade funcional e noção de vitalidade.

Embora o objetivo principal deste estudo seja a criação de um perfil do doente coronário agudo local, também permitiu adquirir mais conhecimento sobre a influência que parâmetros geralmente não avaliados como eventuais fatores de risco de DCV poderão ter na sua etiologia. Cerca de 80% dos EAM podem ser prevenidos com simples alterações do estilo de vida, as mais recentes *guidelines* da SEC definem os seguintes objetivos para alcançar uma saúde cardiovascular ideal: não fumar; praticar exercício físico em níveis adequados; realizar uma dieta variada; manter um IMC inferior a 25 kg/m²; ter um valor de colesterol total inferior a 190 mg/dL e de LDL inferior a 115 mg/dL; ter valores tensionais inferiores a 140 mmHg de pressão arterial sistólica e 90 mmHg de pressão arterial diastólica (16). Embora estes fatores desempenhem um papel fundamental na etiologia das DCV, o presente estudo permite verificar que, tal como é referenciado pela SEC, os fatores psicossociais e comportamentais devem também ser considerados. Destaque-se a importância que a cardiologia comportamental possui no reconhecimento destes fatores de risco não tradicionais, na sua interligação com os fatores tradicionais, bem como na criação de medidas que visem a atuação a este nível, possibilitando, deste modo, a prevenção de DCV e suas consequências (25).

A aplicação de um questionário que visa identificar vários parâmetros da história socioeconómica, clínica, psicossocial e estilo de vida presentes num indivíduo com DCA inicial residente na Cova da Beira a um grande número de indivíduos, possibilitará uma avaliação global dos possíveis fatores de risco associados às DCV na região e a criação de medidas de prevenção específicas para a população alvo.

Sendo as DCV uma causa significativa de mortalidade no nosso país é importante alertar consciências para o facto de a sua prevenção ser fulcral. A criação de medidas preventivas dirigidas a cada população e região, o desenvolvimento de uma prática médica não dirigida apenas a fatores clínicos mas também a fatores psicológicos e sociais e a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, permitirão reduzir o impacto que estas patologias têm na sociedade.

BIBLIOGRAFIA

1. Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. European cardiovascular disease statistics. London: European Heart Network 2008. 113 p: 9-43,103-10.
2. Franklin BA, Cushman M. Recent Advances in Preventive Cardiology and Lifestyle Medicine. *Circulation*. 2011;123(20):2274-83.
3. Kannel WB, Vasan RS. Adverse consequences of the 50% misconception. *The American Journal of Cardiology*. 2009;103(3):426-7.
4. Greenland P, Knoll MD, Stamler J, Neaton JD, Dyer AR, Garside DB, et al. Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2003;290(7):891-7.
5. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
6. Lloyd-Jones DM, Leip EP, Larson MG, D'Agostino RB, Beiser A, Wilson PWF, et al. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation*. 2006;113(6):791-8.
7. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European heart journal*. 2011;32(23):2999-3054.
8. Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psic, Saúde & Doenças*. 2004;5(2):229-39.
9. Severo M, Santos AC, Lopes C, Barros H. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port*. 2006;19(4):281-7.
10. Maroco JP. *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. 3 ed. Lisboa: Silabo; 2007. p.103,111,112,219.
11. Harper S, Lynch J, Smith GD. Social determinants and the decline of cardiovascular diseases: understanding the links. *Annual review of public health*. 2011;32:39-69.
12. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*. 1993;88(4):1973-98.

13. van Lieshout J, Wensing M, Campbell SM, Grol R. Primary care strength linked to prevention programs for cardiovascular disease. *The American journal of managed care*. 2009;15(4):255-62.
14. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary Care, Income Inequality, and Stroke Mortality in the United States. *Stroke*. 2003;34(8):1958-64.
15. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*. 2009;169(7):659-69.
16. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*. 2012 May 3:1-77.
17. Lindschou Hansen J, Tolstrup JS, Jensen MK, Grønbæk M, Tjønneland A, Schmidt EB, et al. Alcohol intake and risk of acute coronary syndrome and mortality in men and women with and without hypertension. *European journal of epidemiology*. 2011:1-9.
18. de Koning Gans JM, Uiterwaal CSPM, van der Schouw YT, Boer JMA, Grobbee DE, Verschuren WMM, et al. Tea and coffee consumption and cardiovascular morbidity and mortality. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2010;30(8):1665-71.
19. Buijsse B, Weikert C, Drogan D, Bergmann M, Boeing H. Chocolate consumption in relation to blood pressure and risk of cardiovascular disease in German adults. *European heart journal*. 2010;31(13):1616-23.
20. Perdigão C, Rocha E, Duarte J, Santos A, Macedo A. Prevalence and distribution of the main cardiovascular risk factors in Portugal--the AMALIA study. *Revista portuguesa de cardiologia: órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia= Portuguese journal of cardiology: an official journal of the Portuguese Society of Cardiology*. 2011;30(4):393-432.
21. Chow CK, Islam S, Bautista L, Rumboldt Z, Yusufali A, Xie C, et al. Parental history and myocardial infarction risk across the world: the INTERHEART study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2011;57(5):619-27.
22. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009;373(9678):1849-60.
23. Brborović O, Rukavina TV, Pavleković G, Dzakula A, Sogorić S, Vuletić S. Psychological distress within cardiovascular risks behaviors, conditions and diseases conceptual framework. *Coll Antropol*. 2009;33(1):93-8.

24. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease:: A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010;56(1):38-46.
25. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice:: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005;45(5):637-51.
26. Vuletić Mavrinac G, Maslić Seršić D, Mujkić A. Cardiovascular and behavioral risk factors in relation to self-assessed health status. *Collegium antropologicum*. 2009;33(1):99-106.
27. Schneider HJ, Glaesmer H, Klotsche J, Böhler S, Lehnert H, Zeiher AM, et al. Accuracy of anthropometric indicators of obesity to predict cardiovascular risk. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2007;92(2):589-94.

ANEXOS

ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO: “DOENTE CORONÁRIO AGUDO, UM RETRATO GLOBAL”

Investigador: Rita Maria Mendes Duarte Gomes Ivo

Local: Centro Hospitalar Cova da Beira - Covilhã

Data: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino

Data do Internamento: __/__/__

Causa do Internamento: Angina Instável
 Enfarte Agudo do Miocárdio Sem Supra-ST
 Enfarte Agudo do Miocárdio Com Supra-ST

HISTÓRIA SOCIOECONÓMICA

Morada: _____ Concelho: _____

Tipo de Residência: Urbano Rural

Saneamento Básico: Sim Não

Aquecimento Central: Sim Não

Abastecimento de água da Rede Pública: Sim Não

Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado União de Facto

Agregado Familiar: Convencional (pais e filhos) Alargado (mais de 2 gerações)
 Com cônjuge Sozinho(a)

Profissão: _____ Desempregado Reformado

Sector de Atividade: Primário Secundário Terciário

Habilitações Literárias: 1º Ciclo 2º Ciclo Secundário

Bacharelato Licenciatura Mestrado

Doutoramento Analfabeto

Possui Automóvel: Sim Não

Acesso a consulta de CSP: <1 semana 1 semana - 1 mês > 1 mês

ESTILO DE VIDA

Consumo de Frutas e Vegetais: 0 porções/dia 1-3 porções/dia ≥ 4 porções/dia
 Consumo de Peixe: < 3 refeições/semana 3-5 refeições/semana
 ≥ 6 refeições/semana
 Consumo de Álcool: 0 g/dia < 20 g/dia ≥ 20 g/dia
 Consumo de Café: 0 /dia 1-2 /dia 3-5 /dia ≥ 6 /dia
 Consumo de Chocolate (2 quadrados) : 0 /dia 1-3 /dia > 4 /dia
 Exercício Físico (30'/dia): 0-2 dias/semana 3-5 dias/semana > 5 dias/semana

HISTÓRIA CLÍNICA:

Hipertensão (PAS > 140 mmHg e PAD > 90 mmHg) : Sim Não
 IMC: < 25 kg/m² ≥ 25 e < 30 kg/m² ≥ 30 kg/m²
 Dislipidémia (Colesterol Total): Sim Não Não Sabe
 Fumador: Sim Não
 Diabetes Mellitus: Sim Não
 Antecedentes Familiares:
 EAM ou MS Prematuro (M < 55 anos ; F < 65 anos): Sim Não M F

Doenças Concomitantes:

Insuficiência Renal: Sim Não
 Hipotireoidismo: Sim Não
 Hipertireoidismo: Sim Não
 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Sim Não
 Doenças Auto-Imunes Inflamatórias (AR, LES, Psoríase): Sim Não

Medicação Habitual:

Antiagregantes Plaquetares: Sim Não
 Anticoagulação Oral: Sim Não
 Estatinas ou outros Hipolipemiantes: Sim Não
 IECAs: Sim Não
 ARAs: Sim Não
 β -Bloqueadores: Sim Não
 Antagonistas do Cálcio: Sim Não
 Nitratos: Sim Não
 Ivabradina: Sim Não
 Nicorandil: Sim Não

Trimetazidina:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Antidiabético Oral:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Corticoterapia Sistémica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Antidepressivos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Levotiroxina:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL

Relações Sexuais (nº/semana): 0-1 ≥ 2

Avaliação das dimensões Depressão, Ansiedade e *Stress* (EADS-21):

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 - não se aplicou nada a mim
- 1 - aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 - aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 - aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3

15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Avaliação da Qualidade de Vida/ Estado Geral de Saúde (SF-36):

Instruções: Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder. Estas informações têm como objetivo saber como você se sente e de que modo é capaz de fazer as suas atividades quotidianas.

1. Em geral, a sua saúde é:

(assinale uma opção)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Má	4
Muito Má	5

2. Comparada há um ano atrás, como classificaria a sua saúde em geral, **agora?**

(assinale uma opção)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma de há um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que poderia fazer atualmente durante um dia normal. **Devido à sua saúde**, tem dificuldade em fazer essas atividades? Em caso afirmativo, quanto?

(assinale uma opção em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta nada
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em desportos árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, aspirar o pó, jogar à bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, devido à sua saúde física?

(assinale uma opção em cada linha)

	Sim	Não
a) Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer o seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante **as últimas 4 semanas**, teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, devido a algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(assinale uma opção em cada linha)

	Sim	Não
a) Diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(assinale uma opção)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Que tipo de dor sentiu no corpo durante **as últimas 4 semanas**?

(assinale uma opção)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que modo a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)? (assinale uma opção)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre o modo como se sente em geral e tudo o que lhe tem acontecido durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se aproxime da maneira como se sente.

(assinale um número em cada linha)

	Sempre	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo se tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo se tem sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo se tem sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo se tem sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo se tem sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo se tem sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo se tem sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo se tem sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua condição física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(assinale uma opção)

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. Classifique como verdadeiro ou falso cada uma das seguintes afirmações.

(assinale um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!