

A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio

Contribution of the nurse attendance through the theory of self care in the handling of coronary risk factors (obesity, hypertension and smoking) in patient post acute myocardial infarction

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade na redução de fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC) estabelecida, em pacientes internados em uma UTI cardiológica, através da adição de um programa de enfermagem ao tratamento convencional, tendo como fundamento a Teoria do Autocuidado.

Metodologia: Trata-se de um ensaio clínico randomizado, em uma população composta de 74 pacientes com primeiro infarto agudo do miocárdio. A intervenção (Grupo A) constituiu-se de um programa de ações educativas de enfermagem. O grupo controle (Grupo B) foi tratado convencionalmente, sem a intervenção de enfermagem. Os fatores de risco (FR) analisados e submetidos à intervenção foram obesidade, hipertensão arterial e tabagismo.

Resultados: A idade da população variou de 36 a 69 anos. A predominância foi do sexo masculino (78%). Observou-se que, após a intervenção de enfermagem (Grupo A), através do programa de Ações Educativas de Enfermagem, os pacientes deste grupo tiveram uma redução no número dos FR, comparados ao Grupo B ($p < 0,014$). O número de fumantes, no grupo de intervenção adicional de enfermagem, foi significativamente menor ($p < 0,003$) que no grupo controle, observando-se redução de 85% no grupo com intervenção contra 33,33% no grupo controle.

Conclusão: A prevenção é uma medida de ação de saúde necessária e imprescindível no combate aos FR para DAC. O programa de intervenção de enfermagem implementado na redução dos FR foi efetivo, de baixo custo, de metodologia simples e de boa resolatividade. Somado às intervenções médicas, pode contribuir na redução da mortalidade por DAC.

UNITERMOS: Autocuidado, Fatores de Risco, Infarto do Miocárdio.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of reducing risk factors for established CAD, by adding a nursing program to conventional treatment based on the Theory of Self-Care.

Methodology: This is a randomized clinical trial in a population consisting of 74 patients who have had a first myocardial infarction. The intervention (Group A) was a program of educational nursing actions. The control group (Group B) was treated conventionally, without nursing intervention. The RF analyzed and submitted to intervention were obesity, hypertension and smoking.

Results: The age of the population ranged from 36 to 69 years. Males predominated (78%). It was observed that after nursing intervention (Group A), through the program of Educational Nursing Actions, the patients in this group had a reduced number of RF compared to Group B ($p < 0.014$). The number of smokers in the group with additional nursing interventions, was significantly smaller ($p < 0.003$) than in the control group, with an 85% reduction in the intervention group as compared to 33.33% in the control group.

Conclusion: Prevention is a necessary and indispensable health action in fighting RF for CAD. The nursing intervention program implemented in reducing RF was effective, low cost, with a simple methodology and good resolution capacity. Added to medical interventions it may help reduce mortality caused by CAD.

KEY WORDS: Self-Care, Risk Factor, Myocardial Infarction.

SÍLVIA GOLDMEIER – Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela FUC/RS.

IRAN CASTRO – Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FUC/RS. Médico Responsável pelo Setor de Métodos Gráficos do Instituto de Cardiologia do RS/FUC.

Programa de Pós-Graduação – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Fundação Universitária de Cardiologia.

✉ Endereço para correspondência:
Unidade de Pesquisa do IC/FUC – Sílvia Goldmeier
 Av. Princesa Isabel, 370
 91520-480 – Porto Alegre, RS – Brasil
 Tel: (51) 3230-3600 / Ramal 3877
 ✉ editoração-pc@cardiologia.org.br

INTRODUÇÃO

Recentes avanços e um conhecimento mais amplo sobre tratamento e prevenção da doença arterial coronariana (DAC) permitiram uma redução da mortalidade, considerada ainda insatisfatória, pois, em alguns países, desde 1975, atinge 24 a 28%, apresentando um maior declínio a partir de 1990 (1,2). Aproximadamente 45% dessa redução é atribuída a terapêuticas médicas para doença coronariana; os restantes 55% são atribuídos à redução de fatores de risco (FR), particularmente no que se refere ao declínio do tabagismo e ao tratamento da hipertensão (3,4).

O impacto econômico causado pela doença arterial coronariana (DAC) e a carência de um programa efetivo, na prevenção dos fatores de risco (FR) para essa doença, têm levado estudiosos mundiais, frequentemente, a revisarem as diretrizes até então adotadas (5,6).

Historicamente, as primeiras diretrizes sobre prevenção de DAC, elaboradas pela *European Society of Cardiology (ESC)*, em 1994, e pela *American Heart Association (AHA)*, em 1995, comprovaram a preocupação e a importância da prevenção na redução dos FR para DAC (5,6).

Em 2001, a *American Heart Association (AHA)* e o *American College*

of Cardiology (ACC) revisaram e atualizaram as diretrizes para a prevenção ao ataque cardíaco e morte em pacientes com DAC, com o objetivo de elevar o padrão da cardiologia preventiva (7).

As orientações na prevenção de novos eventos, relacionadas a este estudo, definem: quanto ao tabagismo, parar de fumar; quanto à obesidade, perda de peso atingindo o IMC entre 18,5-24,9 kg/m²; quanto à hipertensão, manter o controle da pressão arterial em <140/90 mmHg, se insuficiência cardíaca, ou insuficiência renal, <130/85 mmHg; se diabetes melito, <130/80 mmHg.

Historicamente, a epidemia das doenças cardiovasculares inicia atingindo as classes sociais mais elevadas. A explicação para isso é que, devido à sua condição social, são as primeiras a trocarem hábitos de baixo risco por aqueles de alto risco, como dietas ricas em gordura e calorias, sedentarismo e tabagismo. A história, no entanto, mostrou, também, que são esses mesmos indivíduos os primeiros a modificarem os hábitos de vida quando orientados para a prevenção das doenças cardiovasculares. Então, a partir do momento em que as classes mais favorecidas adquirem hábitos mais saudáveis, o inverso começa a ocorrer em classes menos favorecidas. Essa inversão é decorrente de fortes pressões exercidas pelas grandes indústrias, no sentido de estimular esses grupos a utilizarem maior quantidade de produtos insalubres, como, por exemplo, cigarros e gorduras saturadas (8).

O *Euraspire I* (*European Action or Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events*) foi um estudo epidemiológico desenvolvido em 1994, após as recomendações da *European Society of Cardiology*, que mostrava a alta prevalência de FR modificáveis.

Após as novas recomendações da *European Society of Cardiology*, um novo levantamento foi efetuado (*Euraspire II*). Este estudo indicou que o potencial para redução de risco, mostrado no *Euraspire I*, frustrou as expectativas.

Comparativamente, a evolução dos FR, nos dois estudos, demonstrou que o tabagismo, no estudo *Euraspire I*, que era de 20,8% passou a 19,4% no *Euraspire II*. O comportamento da obesidade, que era de 25,3% no *Euraspire I*, elevou-se para 32,8% no *Euraspire II*. E, finalmente, a hipertensão passou de 55,4% para 53,9% (5,6).

Entende-se a necessidade de ações agressivas, na tentativa de diminuir estes índices, a serem desenvolvidas por profissionais da área da saúde, cujos esforços e atividades possam interferir na redução dos FR, tendo em vista que o potencial de participação na DAC é determinante.

Na teoria do autocuidado, Orem (9) descreve a possibilidade de prevenção dos fatores de risco para doenças através de ações de saúde. Essas ações de saúde são atividades executadas por indivíduos, os quais são orientados pelo enfermeiro em seu próprio benefício para manutenção da vida, saúde e bem estar.

Um programa de intervenção de enfermagem na prevenção e redução dos FR para a DAC, com baixo custo, foi o objetivo deste estudo, visando analisar o aumento da efetividade e do benefício na redução dos FR para DAC, através de ações educativas e de autocuidado.

MÉTODOS

Delineamento/População do Estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, com e sem intervenção de enfermagem, em uma população composta de pacientes com primeiro infarto sem supra desnível de ST internados no Centro de Tratamento Intensivo do Instituto de Cardiologia (CTI-IC-FUC), no período de abril de 2001 a agosto de 2002, perfazendo um total de 74 pacientes.

O primeiro grupo, com um total de 38 pacientes, era constituído por aqueles que receberam um programa de intervenção de enfermagem (Grupo A); e o segundo, com 36 pacientes, era o grupo controle (Grupo B), sub-

metido ao método convencional de tratamento.

Seleção dos Pacientes e Critério de Inclusão

Os pacientes selecionados deveriam residir em Porto Alegre, ou na Grande Porto Alegre, terem sido acometidos por primeiro infarto sem supra desnível de ST, estarem internados na CTI do IC/FUC, estarem lúcidos e concordarem em participar do estudo.

Não foram incluídos, neste estudo, pacientes internados com angina instável, infarto com supradesnível de ST (não Q) ou outra indicação de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Cardiológica que não fosse, comprovadamente, infarto agudo do miocárdio.

Protocolo do Estudo

Os pacientes incluídos no estudo eram submetidos ao termo de consentimento livre e esclarecido e, após confirmação, a um questionário. Para caracterização dos pacientes, esse questionário era composto por dados de identificação (nome completo, número do prontuário, idade, sexo, endereço completo, telefone, condições socioeconômicas, nível de escolaridade, atividade física); dados sobre presença ou não de FR (obesidade, hipertensão, tabagismo); informações sobre glicemia e níveis de colesterol. Outros dados, referentes a procedimentos médicos realizados e terapêutica medicamentosa, foram coletados do prontuário do paciente.

No item obesidade foi considerado IMC $\geq 25,0$, se hipertensão diastólica ≥ 90 e sistólica ≥ 140 . No tabagismo, se era fumante, independente do número de cigarros fumados.

Dos pacientes elegíveis e convidados a aderir ao programa, apenas dois se negaram; os demais foram randomizados. Os pacientes randomizados para o grupo controle realizaram apenas a entrevista inicial e uma avaliação aos seis meses, através dos dados

registrados em prontuário. Os pacientes alocados para o grupo da intervenção eram visitados mais uma vez, enquanto internados no Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

O segundo contato com o paciente ocorria após a alta do CTI e a transferência à Unidade de Internação Clínica.

Na Unidade de Internação Clínica, o enfermeiro estimulava os pacientes a se manifestarem quanto à dificuldade de abandonar os FR aos quais estavam expostos. Além disso, orientava e motivava-os a fazê-lo, implementando um programa orientado em material educativo sobre ações de saúde.

O terceiro contato ocorria no respectivo dia da alta hospitalar, momento em que o paciente recebia o encaminhamento para agendamento da consulta no ambulatório de enfermagem, a ser realizada em torno de quinze dias.

Os contatos subsequentes ocorriam no Ambulatório de Enfermagem para Fatores de Risco, com avaliações em 15, 30, 60, 90 e 180 dias.

Na consulta de enfermagem, o paciente era pesado, verificados os sinais vitais, questionado sobre a adaptação à terapêutica medicamentosa e às novas condições ajustadas de vida. Questões sobre adaptação e condicionamento físico também eram analisadas. O enfermeiro reforçava as medidas de ações de saúde: quanto aos males do tabagismo; quanto ao sedentarismo – definindo programa de atividade física; quanto à definição da dieta, após consulta pelo nutricionista; quanto à aderência à terapêutica anti-hipertensiva e à modalidade de como adquiri-la e utilizá-la.

Do total de 74 pacientes selecionados, dois foram a óbito e houve cinco perdas no acompanhamento. Foram incluídos, na análise final, portanto, 67 pacientes.

Análise Estatística

Os dados foram atualizados em banco de dados do programa EPI INFO, versão 2000, utilizando-se o programa SPSS 8.0 para análise estatística.

As variáveis categóricas são descritas sob a forma de proporções, e as variáveis contínuas sob a forma de médias e desvios-padrão ou medianas e intervalos *inter quartis*.

Os grupos foram comparados na linha de base e após seis meses de intervenção, em duas análises separadas. Adicionalmente, calculou-se uma diferença absoluta entre os parâmetros obtidos no final do estudo e aqueles da linha de base. Para todas essas comparações, foram utilizados os testes qui quadrado (variáveis categóricas) e o teste t de Student ou Mann-Whitney (variáveis contínuas) (10), considerando um alfa crítico de 0,05.

RESULTADOS

A caracterização da amostra revela que o sexo preponderante foi o masculino (77,6%) e que a média de idade foi similar entre os grupos: 52,37±7,9 no grupo de intervenção e 56,28±9,0 no grupo controle (Tabela 1).

Dos 69 pacientes estudados, 55 (81,1%) pacientes se submeteram ao cateterismo, 25 (45,5%) realizaram ACTP (Angioplastia Coronariana

Transluminal Percutânea) e 18 (32,7%) ACTP com colocação de STENT. Apenas quatro (6%) pacientes, nesse estudo, foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. A distribuição de procedimentos de diagnóstico por cateterismo foi semelhante entre os grupos (Tabela 1).

Quanto às condições socioeconômicas, este estudo demonstrou que, no Grupo A, houve uma predominância de pacientes que percebiam menores salários, tendo sido significativa a diferença entre os grupos ($p < 0,04$).

No item escolaridade, os grupos se mantiveram similares ($p < 0,47$). O fundamental foi o nível preponderante, participando com 73,1% da amostra, salientando-se a presença de dois pacientes (5,4%) analfabetos no Grupo A.

Na atividade física, o sedentarismo teve predominância em ambos os grupos, ou seja, para o Grupo A, 26 (70,3%) e, no Grupo B, 17 (56,7%).

Dos três fatores de risco observados nos pacientes, a obesidade foi a de maior prevalência no momento da internação, sendo observada em 46 pacientes (68,7%) da amostra total e distribuída de forma semelhante entre os dois grupos.

Tabela 1 – Característica da amostra segundo os grupos estudados

Características	Grupo intervenção (A) n= 37 (%)	Grupo controle (B) n= 30 (%)	P
Sexo masculino	27 (73%)	25 (83,3%)	0,38
Idade (anos)	52,37 ± 7,9 *	56,28 ± 9,0 *	0,051
Salários (n)			0,04
1 a 3	16 (43,2%)	5 (16,7%)	
3 a 6	12 (32,4%)	18 (60,0%)	
6 a 9	7 (18,9%)	7 (23,3%)	
> 9	2 (5,4%)	–	
Escolaridade			0,47
Analfabeto	2 (5,4%)	–	
Fundamental	26 (70,3%)	23 (76,7%)	
Médio	8 (21,6%)	7 (23,3%)	
Superior	1 (2,7%)	–	
Atividade física			0,24
Sedentário	26 (70,3%)	17 (56,7%)	
Leve/moderada (1 a 3x)	4 (10,8%)	8 (26,7%)	
Intensa (5 a 7x)	7 (18,9%)	5 (16,6%)	
Procedimentos realizados			
CAT	30 (81,1%)	25 (83,3%)	1,0
ACTP	14 (37,8%)	11 (36,7%)	1,0
STENT	11 (29,7%)	7 (23,3%)	0,59
CRM	4 (10,8%)	–	0,12

* média ± desvio-padrão

A hipertensão e o tabagismo apresentaram prevalências semelhantes, entre os grupos, no momento da internação (29 pacientes, 43,3%). Não houve diferença significativa nos valores da PA em ambos os grupos no início do estudo. Os dados relacionados ao IMC foram semelhantes em ambos os grupos (Tabela 2).

Após seis meses de acompanhamento, no grupo de intervenção de enfermagem, foi observada uma diferença significativa no número de FR entre os grupos (Tabela 2). A Figura 1 descreve as diferenças entre o momento da intervenção e o final do acompanhamento entre os grupos. Observa-se que houve diferenças significativas para a redução do número total de FR e para o tabagismo (Figura 1).

No gráfico a seguir, estão demonstrados os valores percentuais atingidos quanto à eficiência das orientações da enfermagem. Note-se a evolução substancial no que tange à diminuição do número de fatores de risco e, principalmente, quanto ao tabagismo. Os demais fatores de risco acompanhados também demonstraram diminuição, se comparados entre os dois grupos, embora percentualmente menores.

No presente estudo, procurou-se mensurar o custo por tempo dedicado pelo enfermeiro às orientações na redução dos FR.

O tempo utilizado para orientar os pacientes que se submeteram às intervenções de enfermagem variou de 80 a 240 minutos, perfazendo um total de 204.3 minutos/paciente, em seis me-

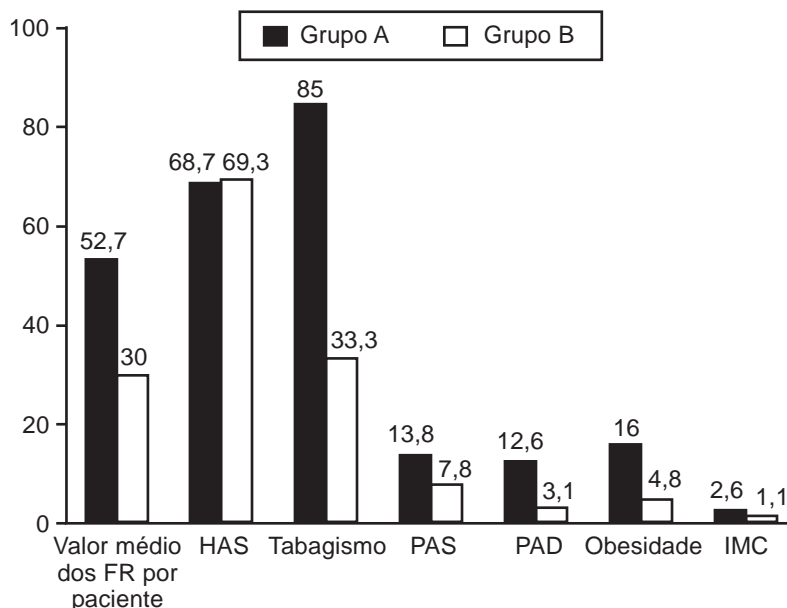


Figura 1 – Demonstração das ações de enfermagem após seis meses da internação - Percentual de Redução em Cada Grupo. Grupo A – Fatores com intervenção. Grupo B – Fatores sem intervenção. **HAS:** hipertensão arterial sistêmica; **PAS:** pressão arterial sistólica; **PAD:** pressão arterial diastólica; **IMC:** índice de massa corporal.

ses. O custo da hora do enfermeiro é de R\$ 15,00, o que equivale ao custo total por paciente, durante este período, de R\$ 51,08.

Pode-se deduzir que o custo é irrisório, tendo em vista que o benefício alcançado na redução do número de FR foi significativo.

DISCUSSÃO

No presente estudo, o Grupo A apresentava uma proporção maior de

fumantes no que concerne à caracterização da amostra. Quanto à presença dos fatores de risco para DAC, percebe-se que, no grupo submetido ao programa de intervenção de enfermagem, houve, ao final de seis meses, redução no número total de fatores de risco.

De acordo com Orem (9), o atendimento de enfermagem promove o sistema de apoio-educação. Nele, o paciente consegue, sob orientação, executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga, inicialmente, reali-

Tabela 2 – Distribuição de fatores de risco entre os grupos

	Internação			Após 6 meses			P
	Grupo A (%)	Grupo B (%)	P Grupo A x B	Grupo A (%)	Grupo B (%)	P Grupo A x B	
Nº de Fatores de Risco	1,65	1,43	0,21	0,78	1,00	0,014	0,014
PA (mmHg)							
Sistólica *	145±30	140±35	0,54	125±21	129±22	0,42	0,255
Diastólica *	89±19	83,6±21	0,27	77,8±14	81±13	0,33	0,097
HAS – n (%)	16 (43,2)	13 (43,3)	1,0	5 (13,5)	4 (13,3)	1,0	0,81
Obesidade – n (%)	25 (67,7)	21 (70)	1,0	21 (56,8)	20 (66,7)	0,46	0,37
IMC (kg/m ²) *	27,4±5	27,3±4	0,95	26,7	27	0,76	0,40
Tabagismo – n (%)	20 (54,1)	9 (30)	0,08	3 (8,1)	6 (20)	0,28	0,003

n: número absoluto; **PA:** pressão arterial; **HAS:** hipertensão arterial sistêmica; **IMC:** índice de massa corpórea.

* media ± desvio – padrão

zã-las sem auxílio. Tal situação é também conhecida como um sistema auxiliar-desenvolvimental. Nesse sistema, o paciente está desenvolvendo atividades relacionadas com seu autocuidado. As “exigências do paciente quanto ao autocuidado resumem-se à tomada de decisões, ao controle do comportamento e à aquisição de conhecimentos e habilidades. O papel do enfermeiro é, assim, o de promover o paciente em um agente de autocuidado”.

De acordo com essa teoria, a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e o oferecimento e controle dessas, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e haver a compatibilização com seus efeitos. Os princípios norteadores da teoria de Orem possibilitam resgatar ações de melhoria na saúde, o que foi possível demonstrar pela redução dos FR nesta amostra.

Quanto à análise do Índice de Massa Corporal (IMC), neste estudo, ambos os grupos apresentavam valores compatíveis de risco para DAC representado pelo índice $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ em ambos os grupos. O estudo NHANES (11) revelou que 40 a 50% dos adultos que apresentavam IMC superior a 25 kg/m^2 e que 20 a 25% tinham sobrepeso. Apesar de estudos relatarem o ganho de peso de 1 kg/ano após a cessação completa no hábito de fumar, o aumento de peso, no nosso estudo, não foi observado.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco da morbidade e mortalidade cardiovascular (12). Estima-se que, apesar da prescrição de drogas anti-hipertensivas, apenas 27% dos hipertensos têm a pressão arterial adequadamente controlada. O tratamento farmacológico anti-hipertensivo é uma medida eficaz de prevenção primária, capaz de diminuir em 38% a ocorrência de AVE (13). A importância do esclarecimento sobre HAS, além dos meios para aquisição, utilização e efeitos colaterais causados pelas drogas anti-hipertensivas, foi o foco no pro-

grama de saúde empregado pelo enfermeiro.

Um outro aspecto importante a ser considerado é a prevalência de 39,2% do tabagismo como fator de risco para DAC. A dificuldade para abandonar o fumo, assim como a propensão dos ex-fumantes para a recaída, têm grande influência do reforço prazeroso da ingestão da nicotina (14).

Calcula-se que há 80% de casos de recaídas nos indivíduos que tentam parar de fumar já na primeira semana (15). Nos Estados Unidos, tem sido 1% o número de pessoas que deixam, voluntariamente, o hábito de fumar (16). Neste estudo, os pacientes que abandonaram o cigarro fizeram-no por decisão própria, após terem sido esclarecidos, através do programa de intervenção de enfermagem, sem uso de medicação complementar. Tal iniciativa pode ser atribuída à exigência do paciente quanto ao autocuidado¹⁰ que se resumia à tomada de decisões, controle de comportamento e aquisição de conhecimentos sobre malefícios do tabagismo e habilidades para evitar a compulsão no ato de fumar. O papel do enfermeiro é, assim, o de promover o paciente a um agente de autocuidado.

O custo médio na prevenção dos fatores de risco, utilizado no programa de enfermagem, foi baixo, com aplicação simples, considerando o custo de novos eventos. Tendo em vista que a receita dispensada aos procedimentos e ao tratamento medicamentoso utilizado no advento de novos eventos isquêmicos é de alta complexidade, a prevenção, comprovadamente, tem um custo menor.

Algumas limitações neste estudo podem ter interferido nos resultados. As diferenças de renda e idade podem ter contribuído para os melhores resultados no grupo da intervenção. Novos estudos, com maior tamanho – amostral –, são necessários para esclarecer mais profundamente esta questão.

A prevenção estimulada em novos projetos, tanto em nível primário como secundário, tem um largo caminho a percorrer, uma vez que, entre escolares e adolescentes, a instalação desta

doença tem ocorrido com frequência em população cada vez mais jovem.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a redução dos fatores de risco para DAC são eficazes quando há uma ação conjunta de profissionais (médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta) atuando tanto na terapêutica farmacológica quanto nas medidas preventivas. A intervenção de enfermagem através da educação em saúde foi de metodologia simples, com utilização de material educativo e elucidativo de boa resolutividade e baixo custo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KUULASMAA K, TUNSTALL-PEDOE H, DOBSON A, FORTMANN S, SANS S, TOLONEN H et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 26; 355(9205):675-87.
2. MCGOVERN PG, JACOBS BR JR, SHAHAR E, ARNETT DK, FOLSOM AR, BLACKBURN H et al. Trends in acute coronary heart disease mortality, morbidity, and medical care from 1985 through 1997: the Minnesota heart survey. *Circulation* 2001; 104(1):19-24.
3. CAPEWELL S, MORRISON CE, McMURRAY JJ. Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994. *Heart* 1999; 81(4):380-6.
4. CAPEWELL S, BEAGLEHOLE R, SEDDON M, McMURRAY J. Explanation for the decline in coronary heart disease mortality rates in Auckland, New Zealand, between 1982 and 1993. *Circulation* 2000 Sep 26; 102 (13):1511-6.
5. PYORALA K, DE BACKER G, GRAHAM I, POOLE WILSON, WOOD D. Prevention of Coronary Heart Disease in clinical practice. Recommendations of the task force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994;15:1300-31.
6. SMITH SC, BLAIR SN, CRIQUI MH, FLETCHER GF, FUSTER V, GERSCH BJ et al. Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation* 1995; 92:2-4.

7. SMITH SC, BLAIR SN, BONOW RO, BRASS LM, CERQUEIRA MD, DRACUP K et al. AHA/ACC Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 Update. *Circulation* 2001; 104:1577-9.
8. REDDY KS, YSUF S, PHIL D. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation* 1998; 97:596-601.
9. GEORGE JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artmed; 1993.
10. ELSTON RC, JOHNSON WD. Essentials of biostatistics. 2^a. ed. Philadelphia, FA: Davis Company; 1994.
11. SCHUSTER R. Obesidade: quando realmente aumenta o risco? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul* 2000; IX (1):36-39.
12. KAPLAN NM, LIBERMAN E, NEAL W. Kaplan's Clinical. Hipertension. 8^a.ed. Philadelphia: Lippicott & Willians; 2002.
13. GUS M. Hipertensão arterial que acompanha acidente vascular encefálica deve ser tratada. *Revista Brasileira de Hipertensão* 2000; 7(7); 4:361-5.
14. LEITE JCT, ARENALES NB, NITRINI. G. Supressão do tabagismo. Apresentação de um programa ambulatorial com abordagem multiprofissional. *Revista da Socesp* 1995; 5(2 supl A):1-3.
15. LAWINSKI L. Saúde – Informações Básicas. 3^a.ed. Porto Alegre: Universidade, 2002.
16. BARNUM H. The economic burden of the global trade in tabacco. *TTTabacco Control* 1994; 3358-61.