

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

VANESSA DE ALENCAR BARROS

ASSOCIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR À CAPACIDADE DE
AUTOCUIDADO EM USUÁRIOS DE DROGAS

RECIFE

2015

VANESSA DE ALENCAR BARROS

ASSOCIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR À CAPACIDADE DE
AUTOCUIDADO EM USUÁRIOS DE DROGAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

Coorientadora: Profa. Dra. Telma Marques da Silva

RECIFE

2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

B277a Barros, Vanessa de Alencar.
Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em
usuários de drogas / Vanessa de Alencar Barros. – Recife: O autor, 2015.
100 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Vânia Pinheiro Ramos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Fatores de risco. 2. Doenças cardiovasculares. 3. Usuários de drogas.
4. Enfermagem cardiovascular. 5. Autocuidado. I. Ramos, Vânia Pinheiro
(Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2015-095)

VANESSA DE ALENCAR BARROS

Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de
drogas

Dissertação aprovada em 27 fevereiro de 2015.

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos (Presidente - UFPE)

Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão (UFPE)

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (UFPE)

Profa. Dra. Reginete Cavalcanti Pereira (UFRPE)

RECIFE
2015

A Deus, meu único bem e sustento.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, a Ele o meu louvor e eterna gratidão por todas as bênçãos, desafios e por Seu cuidado constante na minha vida.

À **minha mãe Valdenira Alencar**, que com o seu amor, sua oração e fé inabalável é apoio e sustento em todas as horas.

Ao meu namorado **Michel** por todo amor ofertado em gestos concretos.

Aos meus irmãos da **Comunidade Católica Shalom** pelas orações e auxílio nos momentos desafiantes.

À minha orientadora **Profa. Dra. Vania Pinheiro Ramos**, por todo o tempo a mim dedicado, sabedoria e conhecimentos compartilhados para a concretização desta dissertação.

À minha coorientadora **Profa. Dra. Telma Marques da Silva**, pelo incentivo, apoio na construção da dissertação.

À amiga **Selene Vasconcelos** por sua amizade e saberes compartilhados na idealização e construção deste estudo.

Às alunas **Manuella Leanza e Amanda Luz**, bolsistas de iniciação científica pelo precioso auxílio na coleta dos dados.

Aos **pacientes dos CAPS AD** que participaram deste estudo e gentilmente se dispuseram em contribuir para a concretização do mesmo.

Aos **profissionais e funcionários dos CAPS AD** pelo acolhimento e apoio durante a coleta dos dados.

Pela parceria do **Laboratório de análises clínicas do departamento de Farmácia da UFPE** na pessoa da **Dra. Eliane Lafayette** e apoio das farmacêuticas **Dra. Altair Vanderlei, Dra. Simone Leôncio e Dra. Josyneide Paiva**.

Aos meus **amigos da Turma 4** do mestrado pela amizade e companheirismo.

“Os homens da ciência só ajudarão realmente a humanidade se conservarem o sentido da transcendência do homem sobre o mundo e de Deus sobre o homem.”

São João Paulo II

BARROS, Vanessa de A. **Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de drogas**. Recife-PE: UFPE, 2015. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2015.

RESUMO

Dentre os principais impactos do abuso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, estão os efeitos adversos à saúde, entre os quais se destacam aqueles sobre o sistema cardiovascular. Este estudo buscou avaliar a associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de álcool e outras drogas. Foram desenvolvidos dois artigos como resultados desta dissertação. O primeiro artigo tratou-se de uma revisão integrativa que buscou analisar as evidências sobre as doenças cardiovasculares em usuários de drogas. A busca das publicações realizou-se no período de novembro a dezembro de 2013 nas bases de dados: Scopus, Medline, LILACS, CINAHL, PsycINFO e no banco de dados Cochrane Library. Utilizaram-se os seguintes descritores em saúde: *Cardiovascular Diseases* (Doenças cardiovasculares), *Drug Users* (Usuários de drogas) e seus sinônimos *Drug Abusers* (Usuários de drogas) e *Drug Addicts* (Dependentes de drogas). A amostra final da revisão foi composta por 15 artigos. Observou-se que as evidências científicas acerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas são ainda escassas, embora se identifiquem na literatura, estudos acerca das causas de mortalidade nesta população, dentre as quais se destacam aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular. Não foi resgatado nenhum estudo relacionado à avaliação do risco cardiovascular em usuários de drogas lícitas e ilícitas, mesmo considerando os já comprovados efeitos que tais substâncias exercem sobre o sistema cardiovascular e as altas taxas de morbidade e mortalidade nesta população. Ressalta-se a necessidade dos profissionais de saúde planejarem ações de prevenção dos agravos à saúde cardiovascular nesta população, sobretudo através da educação em saúde. O segundo artigo tratou-se de uma pesquisa original, que teve como objetivo avaliar a associação entre o risco cardiovascular e a capacidade de autocuidado em usuários de álcool e outras drogas. Estudo quantitativo, analítico, de corte transversal, realizado em cinco unidades dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Recife-PE. A coleta dos dados foi realizada no período de maio a agosto de 2014. A amostra foi do tipo probabilística, com amostragem aleatória estratificada. Utilizou-se como instrumentos de coleta: formulário para registro das variáveis referentes à caracterização sociodemográfica, consumo de substâncias, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, exame físico e exames laboratoriais; Instrumento para avaliação do autocuidado a *Appraisal of Self-care Agency* (ASA - SCALE). O risco cardiovascular foi calculado de acordo com o Escore de Framingham. Participaram do estudo 125 usuários, a maioria do sexo masculino, com idades de 40 a 59 anos. O risco cardiovascular foi predominantemente baixo (59,2%) e a maioria dos usuários (70,4%) apresentou capacidade de autocuidado regular/baixa. A análise multivariada mostrou que o risco intermediário/alto foi mais prevalente no grupo do sexo masculino, na faixa etária de 60 anos e mais, que consumiam mais de dois tipos de drogas, sedentários, hipertensos e dislipidêmicos. Conclui-se que não houve associação do risco cardiovascular intermediário/alto à capacidade de autocuidado regular/baixa. Os fatores determinantes para o risco intermediário/alto foram em sua maioria considerados como modificáveis, prevenidos principalmente por meio de estratégias como a educação em saúde direcionada para a promoção do autocuidado e mudanças comportamentais.

Palavras-chave: Fatores de risco; Doenças Cardiovasculares; Usuários de drogas; Enfermagem Cardiovascular; Autocuidado.

ABSTRACT

Among the main impacts of drug abuse, whether legal or illegal, are the adverse health effects, among which we highlight those on the cardiovascular system. This study aimed to evaluate the association between cardiovascular risk with self-care capacity in users of alcohol and others drugs. As result of that work two articles were developed. The first article discussed is an integrative review that investigates the evidence on cardiovascular disease in drug users. The search for the publications took place in the period from November to December 2013 in the databases: Scopus, Medline, LILACS, CINAHL, PsycINFO, and the Cochrane Library database, the following health descriptors were used: Cardiovascular Diseases, Drug Users and its synonyms, Drug Abusers, and drug Addicts. The final review sample consisted of 15 articles. It was observed that the scientific evidence about cardiovascular diseases among drug users are still scarce, although it is identified in the literature studies on the causes of mortality in this population, among which stand out those related to the cardiovascular system. No study related to the assessment of cardiovascular risk in users of legal and illegal drugs, even when considered the proven effects these substances have on the cardiovascular system and the high rates of morbidity and mortality in this population. We emphasize the need for health professionals to plan actions to prevent cardiovascular risk in this population, mainly through health education. The second article was an original research, which aimed to evaluate the association between cardiovascular risk and the self-care capacity in users of alcohol and other drugs. Quantitative, analytical study, cross-sectional, conducted in five units of the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Centers (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas/CAPS-AD) of Recife. Data collection took place from May to August 2014. The sample was probabilistic, with stratified random sampling. The data collection instruments used were: form for registration of variables related to sociodemographic characteristics, substance use, personal and family medical history, physical examination and laboratory tests; an instrument to assess self-care the Appraisal of Self-care Agency (ASA - SCALE). Cardiovascular risk was calculated according to the Framingham score. The study enrolled 125 users, most male, age 40-59 years. Cardiovascular risk was predominantly low (59.2%), however the majority of users (70.4%) had regular/low self-care capacity. Multivariate analysis using Poisson regression showed that the intermediate/high risk was more prevalent in the male group aged 60 and over, who consumed more than 2 types of drugs, sedentary, hypertensive and dyslipidemic. The conclusion was that there was no association of intermediate/high cardiovascular risk with regular/low self-care capacity. The majority of the determining factors for the intermediate/high risk considered as modifiable, preventable mainly through strategies such as health education directed to the promotion of self-care and behavioral changes.

Keywords: Risk factors; Cardiovascular Diseases; Cardiovascular Nursing; Drug users; Self-care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	CONSUMO DE DROGAS COMO FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	17
3.2	IMPORTÂNCIA DA ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR COMO FERRAMENTA CLÍNICA.....	20
3.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES E PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS DE DROGAS.....	23
4	MÉTODO.....	26
4.1	ARTIGO DE REVISÃO	26
4.1.1	Pergunta norteadora.....	26
4.1.2	Busca na literatura.....	26
4.1.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	26
4.1.4	Seleção dos artigos.....	27
4.1.5	Análise das publicações incluídas na revisão.....	28
4.2	ARTIGO ORIGINAL.....	29
4.2.1	Delineamento do estudo.....	29
4.2.2	Local do estudo.....	29
4.2.3	População e amostra.....	29
4.2.4	Instrumentos de coleta de dados.....	31
4.2.5	Variáveis do estudo.....	32
4.2.6	Procedimentos de coleta.....	33
4.2.7	Análise dos dados.....	35
4.2.8	Aspectos éticos.....	36
5	RESULTADOS.....	38
5.1	ARTIGO DE REVISÃO: Doenças cardiovasculares em usuários de drogas: revisão integrativa da literatura.....	38

5.2	ARTIGO ORIGINAL: Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de drogas.....	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICES.....	83
	APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	84
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
	ANEXOS.....	90
	ANEXO A - ESCORE DE RISCO DE FRAMINGHAM (ERF).....	91
	ANEXO B - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTOUIDADO (ASA-A).....	93
	ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE-PE.....	95
	ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	96

1 INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como drogas que, quando utilizadas, têm a habilidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento por meio do seu mecanismo de atuação no cérebro, os quais regulam as funções do humor, do pensamento e da motivação¹.

O abuso de tais substâncias é definido como padrão desajustado de uso, indicado pela continuação deste apesar do reconhecimento de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo sua recorrência em situações nas quais ele é fisicamente arriscado².

De acordo com o seu status sócio legal, o uso de substâncias psicoativas é definido em três categorias: a primeira relaciona-se ao uso das substâncias como medicação, sendo muitas delas restritas ao uso sob prescrição médica. A segunda e terceira categorias estão relacionadas à legalidade do consumo sendo classificadas em lícitas ou ilícitas, conceito que se diferencia entre os diversos países do mundo¹.

As substâncias lícitas são aquelas que têm sua produção, consumo e comercialização admitidos por lei, dentre as quais, no Brasil, fazem parte deste grupo: as bebidas alcoólicas, o tabaco e os medicamentos psicotrópicos³. A comercialização de algumas dessas substâncias, apresentam algumas restrições como a venda de álcool para menores de dezoito anos e exigência de prescrição médica especial para os psicotrópicos⁴⁻⁵.

As substâncias ilícitas são aquelas que têm a sua produção, comercialização e consumo proibidos por lei, as quais, de acordo com a legislação brasileira são consideradas ilícitas: a maconha, a cocaína, o crack, o ecstasy, a Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD), a heroína, inalantes, opioides dentre outras³.

O consumo das substâncias psicoativas tem se consolidado a cada dia mais como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. De acordo com dados do informe mundial sobre drogas do ano de 2013 do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), estima-se que entre 167 e 315 milhões de pessoas, o que corresponde a 3,6% a 6,9% da população mundial adulta de 15 a 64 anos, fez o uso de drogas pelo menos uma vez no ano de 2011⁶.

No Brasil, segundo os dados do último levantamento domiciliar sobre o uso de drogas, realizado em 2005, as drogas ilícitas em maior uso, foram a maconha, solventes, benzodiazepínicos, orexígenos e estimulantes. Destas, as drogas que mais causaram dependência foram a maconha, benzodiazepínicos, solventes e estimulantes⁷.

Embora a cocaína e o crack não tenham sido citadas em 2005 pelo II Levantamento domiciliar⁷ entre as drogas mais consumidas no Brasil, o estudo mundial do ano de 2013 evidencia aumento considerável no consumo desta substância no Brasil e no mundo⁶. O Brasil é considerado o segundo país com o maior número de consumidores de cocaína no mundo, com uma média de seis milhões de brasileiros que já fizeram uso desta substância na vida, ficando atrás apenas dos Estados Unidos^{3,8}.

Entre os principais impactos do abuso de drogas estão os efeitos adversos à saúde, dos quais se destacam os efeitos sobre o sistema cardiovascular^{6,9}. O abuso de tais substâncias produz e potencializa o risco cardiovascular, fazendo com que indivíduos que apresentem associação entre drogadição e fatores de risco para doenças cardíacas, necessitem de cuidados especiais que envolvem ações direcionadas não apenas à saúde mental, como também atenção para prevenção dos problemas cardiovasculares¹⁰.

O álcool e o tabaco são as substâncias lícitas que exercem consideráveis efeitos sobre o sistema cardiovascular, e o consumo destas está entre os principais fatores de risco associados à ocorrência de infartos e outros eventos como hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca, alteração do metabolismo dos colesterolis favorecendo o processo de aterosclerose, entre outros problemas¹¹. Estudos evidenciam que a associação do uso do álcool e tabaco, ao uso de drogas ilícitas pode potencializar o risco cardiovascular, a exemplo da cocaína que tem a sua concentração plasmática de metabólitos aumentada quando consumida em associação com o álcool^{1,12}.

Um estudo realizado na Espanha que buscou identificar os fatores de risco e estilo de vida associados a casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prematuros em indivíduos com idade inferior a 46 anos, revelou alto consumo de substâncias tóxicas com alta prevalência de tabagismo (76,78%), consumo regular de álcool (12,41%) e consumo de drogas ilícitas (7,59%), tendo concluído que os principais fatores associados à ocorrência de infartos em adultos jovens estão associados a estilo de vida, comportamento social, obesidade e consumo de substâncias psicoativas¹³.

Todas as substâncias psicoativas exercem efeitos sobre o sistema cardiovascular⁹, entretanto, a cocaína tem sido uma das substâncias mais frequentemente associada à ocorrência de doenças cardiovasculares em usuários de drogas, como: IAM, angina, aceleração do processo de aterosclerose, miocardite, cardiomiopatia, arritmias, HAS, dissecção aórtica e endocardite¹⁴.

A exemplo de outras drogas, os efeitos deletérios das anfetaminas sobre o sistema cardiovascular ocorrem através de ação simpatomimética que pode resultar em

vasoconstrição coronária, alterações vasopressóricas e arritmias cardíacas^{1,9}. Os efeitos do uso da maconha ocorrem de acordo com o mecanismo de ação dose-dependente, ou seja, em baixas doses aumenta levemente a atividade simpática e reduz a parassimpática, causando taquicardia e aumento do inotropismo. Já em altas doses, ocorre um bloqueio da atividade simpática e potencialização da parassimpática, resultando em bradicardia e hipotensão^{1,9}.

Frente ao conhecimento dos efeitos das substâncias psicoativas e a sua associação com risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em especial aquelas de origem coronariana, uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, é que se revela a importância em se investigar os fatores de risco cardiovascular entre os indivíduos usuários de drogas. O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos, estimativa do risco e o diagnóstico precoce das alterações cardíacas relacionadas, tornam-se elementos fundamentais para o tratamento adequado e a diminuição da morbidade e mortalidade relacionadas com o consumo de drogas¹⁴.

Em face da multiplicidade de fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a utilização de escores que permitam a estratificação de risco contribui na prevenção primária destas afecções¹⁵. A ferramenta mais utilizada para o cálculo e estimativa de risco cardiovascular absoluto na prática clínica é o Escore de Risco de Framingham (ERF), instrumento capaz de estimar o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular em um período de até dez anos, possibilitando direcionar grupos específicos de pacientes que se beneficiarão de terapia medicamentosa e não medicamentosa como forma de intervenção primária frente ao risco de doenças cardiovasculares¹⁶⁻¹⁸.

A prevenção fundamentada no conceito de risco cardiovascular global significa orientar esforços preventivos não pelos riscos atribuíveis à elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol sérico, mas pelo somatório de riscos decorrentes de múltiplos fatores, estimada pelo risco absoluto global em cada indivíduo¹⁹. Assim, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva²⁰.

O direcionamento de esforços no sentido de estimar o risco cardiovascular a partir de escores, não resultará em nenhum benefício sem a conscientização do indivíduo sobre a responsabilidade quanto à sua saúde, já que a adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada à melhora da qualidade de vida interferindo de forma positiva no controle dos fatores de riscos cardiovasculares¹⁵.

O aumento das doenças crônicas, incluindo as doenças cardiovasculares está relacionado, entre outros fatores, ao estilo de vida adotado pelo indivíduo e em especial pela sua capacidade de se envolver em seu próprio cuidado por meio da adesão aos tratamentos

farmacológicos e não farmacológicos²¹. Essa capacidade de envolvimento em seu próprio cuidado é denominado por Orem em sua teoria como autocuidado, ou seja, a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar²².

Esta se refere ainda ao autocuidado na perspectiva de sua ação, a qual é entendida como a capacidade humana de o indivíduo engajar-se no autocuidado, que pode ser afetada por alguns fatores condicionantes intrínsecos ou extrínsecos ao mesmo, como: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida, ambientais, adequação ou disponibilidade de recursos²².

As circunstâncias nas quais os usuários de substâncias psicoativas estão inseridos podem comprometer a sua capacidade para o autocuidado e, nesse contexto, a enfermagem pode orientá-los a compensar as suas necessidades e educá-los para realizar o seu autocuidado, estimulando o enfrentamento das situações adversas e contribuindo para a preservação da vida e do bem estar²³.

De acordo com a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, também conceituada como Política de Redução de Danos, ao se considerar que a promoção da saúde encontra seu espaço na busca constante de qualidade de vida para as pessoas, qualquer tentativa de reduzir ou eliminar uma possível influência de fatores sobre a vulnerabilidade e o risco para o uso abusivo de drogas, deve considerar as práticas de vida diária destes indivíduos, ou seja, a sua capacidade para o autocuidado²⁴.

O usuário de substâncias psicoativas apresenta maior vulnerabilidade a doenças, principalmente por seu estilo de vida, e a equipe de enfermagem possui relevante papel na assistência à saúde dessas pessoas por estar mais próxima delas, oportunizando intervenções sob vários aspectos, desde a identificação de possíveis agravos, até o encaminhamento a serviços especializados^{23,25}.

A educação em saúde torna-se componente fundamental da assistência, pois a promoção da saúde está necessariamente atrelada à promoção e/ou fortalecimento da capacidade de autocuidado. Considerada como parte essencial do cuidado de enfermagem, a educação em saúde é entendida como o diálogo entre as pessoas, com a meta de reunir esforços e motivações para as mudanças, seja de comportamentos, atitudes ou adaptações às novas situações de vida²⁶.

Justifica-se, portanto, neste estudo, a necessidade de se avaliar junto ao risco cardiovascular, a capacidade para o autocuidado dos usuários de drogas, dimensão essencial

na prevenção das doenças cardiovasculares no processo terapêutico de combate ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Neste sentido, este estudo teve como pergunta norteadora: Qual a associação do risco cardiovascular à capacidade para o autocuidado em usuários de drogas?

Este estudo visa fornecer subsídios para uma futura implementação de atividades de educação em saúde voltadas para a saúde cardiovascular dos usuários de álcool e outras drogas e a promoção do autocuidado, no seu processo terapêutico, sobretudo como iniciativa do enfermeiro enquanto membro da equipe multidisciplinar no contexto do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a associação do risco cardiovascular à capacidade para o autocuidado em usuários de drogas.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os participantes da pesquisa quanto às variáveis socioeconômicas, consumo de drogas e tempo de tratamento;
- Verificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares a partir de histórico de antecedentes pessoais e familiares, hábitos, estilo de vida e exames clínicos e laboratoriais;
- Estimar o risco cardiovascular dos usuários de drogas;
- Identificar a capacidade para o autocuidado dos usuários de drogas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Consumo de drogas como fator de risco para as doenças cardiovasculares

De acordo com as estimativas do Plano Estratégico de Prevenção 2013-2016 da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares, estão entre as doenças que podem causar até 36 milhões de mortes, a cada ano, em todo o mundo. Dentre os principais fatores de risco para tais doenças crônicas, estão a idade, a constituição genética, alimentação, prática de exercícios físicos e uso abusivo de substâncias como tabaco e álcool²⁷.

Tais fatores de risco têm sido estudados como verdadeiros agentes causais das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes mellitus. No caso das doenças cardiovasculares, importantes características comportamentais, ligadas ao estilo de vida, são determinantes e auxiliam no controle dessas doenças²⁸.

A redução das doenças crônicas tem se constituído prioridade de atenção a partir do controle dos fatores de risco, já que alguns deles podem ser modificáveis, como o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação não saudável e o uso prejudicial do álcool – os quais se destacam pela possibilidade de serem minimizados por meio da busca de comportamentos saudáveis a serem adquiridos pelo indivíduo²⁹.

A Organização Mundial de Saúde apontou que 10% das populações que vivem em centros urbanos em todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, sendo que, o álcool e o tabaco são as que possuem maior prevalência global de consumo, resultando em consequências graves para a saúde pública mundial²⁸.

Segundo dados do Relatório Global sobre Álcool e Saúde de 2014, o álcool é uma substância consumida praticamente em todo o mundo, principalmente por indivíduos na faixa etária de 15 anos e mais, tendo sido estimado um consumo médio de 6,2 litros de álcool puro por pessoa entre os anos 2008 e 2010. No Brasil, tal consumo superou a média mundial, tendo sido estimado em 8,7 litros de álcool por pessoa neste mesmo período²⁹.

O álcool parece estar relacionado à cerca de 3,3 milhões de mortes a cada ano, correspondendo a 5,9% de todas as causas de mortes, ou ainda a uma em cada vinte mortes em todo o mundo. Destas, o maior número de casos são por doenças cardiovasculares (doenças cardíacas isquêmicas e acidentes cerebrovasculares), seguido por lesões, especialmente lesões não intencionais, doenças gastrointestinais, como cirrose hepática e cânceres²⁹.

Quanto ao consumo do tabaco, a OMS registrou que no ano de 2013, um terço da população mundial adulta, cerca de 1,2 bilhões de pessoas, eram fumantes. A proporção em relação ao sexo revelou que aproximadamente 47% e 12% da população mundial masculina e feminina, respectivamente, sejam consumidores do tabaco³⁰. Estima-se que o tabaco seja causa de até 200 mil mortes por ano no Brasil, das quais 25% causadas por doença coronariana e 45% destas em indivíduos na faixa etária inferior a 60 anos³¹.

Fumar cigarros é o maior fator de risco para doenças cardiovasculares, incluindo doenças cardíacas coronarianas, acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica e insuficiência cardíaca congestiva. O tabagismo está associado a maiores níveis de colesterol, reatividade vasomotora coronariana, agregação plaquetária e estado pró-trombótico, além do que aumenta a inflamação e a hiperhomocisteinemia, os quais são importantes mecanismos que promovem a arteriosclerose³²⁻³³.

Apesar do alto consumo das substâncias lícitas como o álcool e o tabaco, o uso de drogas ilícitas também aumentou consideravelmente nos últimos anos, revelando uma crescente necessidade de reconhecer e tratar adequadamente os efeitos adversos associados ao consumo de tais drogas³⁴. Estudos revelaram que o aumento do consumo de drogas ilícitas tem sido um dos grandes responsáveis pelo crescimento no número de infartos entre jovens no mundo³⁵⁻³⁷. Por ser incomum a incidência de infarto em pacientes com menos de 40 anos, o que corresponde em média a 3% dos casos, quando os fatores de risco clássicos, como o tabagismo, histórico familiar de doença cardiovascular precoce e tradicionais fatores de risco para doença aterosclerótica não são identificados, deve-se investigar criteriosamente o uso de drogas³⁶⁻³⁷.

Todos os tipos de drogas recreativas podem induzir importantes complicações cardiovasculares agudas ou crônicas, como eventos isquêmicos e arrítmicos, desenvolvimento de cardiomiopatia dilatada (CMD) e a disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (DSVE)²⁷. Nos Estados Unidos, por exemplo, cerca de 25% das vítimas de infartos com idade até 50 anos, são consumidoras de cocaína e estima-se que no Brasil este número seja semelhante³⁵.

São os mecanismos de ação dessas substâncias psicoativas no organismo que as configuram como fatores predisponentes para diversas doenças, principalmente as doenças cardiovasculares. O álcool, por exemplo, quando consumido em grandes quantidades tem sido associado, dentre outros efeitos adversos, a alterações da pressão arterial, agregação plaquetária, elevação do nível das lipoproteínas de baixa densidade, aumentando no risco de trombose e predisposição a mudanças histológicas, tanto no músculo cardíaco quanto no sistema de condução³⁸.

Quanto ao tabaco, alguns dos seus componentes são apontados como responsáveis pela associação entre tabagismo e doenças cardiovasculares, como por exemplo, os metais pesados, dissulfato de carbono, ácido cianídrico, óxido de nitrogênio, dentre outros. Porém, das 4720 substâncias que compõem o cigarro, duas se destacam pelos efeitos danosos a este sistema: a nicotina e o monóxido de carbono (CO)³⁹.

Dentre os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pelos eventos cardiovasculares decorrentes do tabagismo estão, a disfunção endotelial, aceleração do processo de aterosclerose e agregação plaquetária, vasoconstrição coronariana, elevação dos níveis de monóxido de carbono, disfunção do sistema nervoso autônomo (SNA), principal fator de risco para surgimento de eventos cardíacos, como fibrilação ventricular, morte súbita e arritmias que, associadas aos muitos outros danos causados pelo tabaco no sistema cardiovascular, aumentam consideravelmente os índices de morbimortalidade em tabagistas^{1,13}.

Um estudo realizado por Brunori et al. sobre a associação do tabagismo, consumo de álcool e atividade física com a ocorrência de síndromes coronarianas agudas, revelou que a prevalência do hábito do consumo de tabaco, com predomínio de dependência elevada e muito elevada, foi cerca de quatro vezes mais alta do que na população em geral, sugerindo que esse fator de risco pode ter desempenhado um papel crucial no desenvolvimento da síndrome coronariana aguda⁴⁰.

Existem evidências de que a cocaína, em indivíduos susceptíveis, é capaz de produzir complicações como alterações miocárdicas e vasculares, aterosclerose e hipertensão arterial, para as quais, vários mecanismos são sugeridos para explicar seus efeitos colaterais, dentre eles o vasoespasma coronariano, o aumento da agregação plaquetária, do trabalho cardíaco e a ação tóxica direta no miocárdio e nas coronárias⁴¹.

A maconha, considerada como a droga mais consumida no mundo, tem sido associada a várias complicações cardiovasculares, inclusive o hábito do uso dessa substância foi recentemente incluído na lista dos fatores determinantes na estratificação do risco para o infarto agudo do miocárdio na Europa, dentre os quais estão também a obesidade, sedentarismo, idade, níveis de colesterol elevados, e o tabagismo⁴².

Dependendo da dose consumida, a maconha provoca um aumento na frequência cardíaca, hipertensão arterial, hipotensão postural, e aumento do débito cardíaco. Estudo relevou ainda, que o risco de infarto do miocárdio foi cinco vezes mais elevado após o consumo de maconha, o qual tem sido também associado com fibrilação atrial e morte súbita cardíaca⁴³.

Outras substâncias que se destacam pelos seus efeitos sobre o sistema cardiovascular são as anfetaminas. A cardiotoxicidade associada ao abuso de anfetaminas e seus derivados pode se manifestar como infarto agudo do miocárdio, cardiomiopatia ou arritmia, pois esta substância sendo um simpatomimético age aumentando os níveis de noradrenalina e precipitando o espasmo vascular coronariano. Outras ações da anfetamina incluem a agregação plaquetária induzida por catecolaminas, com formação subsequente de trombo e ruptura de placa aterosclerótica, o que pode explicar o risco de infarto induzido pela substância⁴⁴.

3.2 Importância da Estratificação do Risco cardiovascular como ferramenta clínica

Em razão da alta incidência das doenças cardiovasculares e os custos destas para a saúde pública, a prática preventiva tem sido o alvo, a partir de orientações e recomendações aos profissionais de saúde quanto à importância de avaliarem os pacientes em relação ao risco cardiovascular global. Este risco é definido como a probabilidade de um indivíduo ter um evento cardiovascular em certo período de tempo²⁰.

A consolidação do conhecimento acerca dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares levou ao desenvolvimento de algoritmos de mensuração de risco, os quais podem ser amplamente utilizados para avaliar pacientes propensos a doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, ou insuficiência cardíaca⁴⁵.

Ao longo das últimas décadas, foram desenvolvidos, a partir de grandes estudos de coorte prospectivos ou estudos randomizados, inúmeros instrumentos com equações preditivas, para estimar o risco cardiovascular. Com o objetivo de torná-los mais úteis na prática clínica, muitos desses necessitam apenas de informações simples, como dados da história clínica do paciente e exames laboratoriais, além de serem facilmente disponíveis e adaptados para interpretação por intermédio de gráficos simplificados, tabelas impressas ou até em computadores com aplicativos automáticos²⁰.

Dentre os objetivos da utilização de escalas de estratificação do risco cardiovascular estão: mensuração do risco e identificação dos indivíduos com risco elevado; avaliação da necessidade e intensidade da intervenção terapêutica, ao estabelecer valores de risco para os quais deve ser ponderada a introdução de terapêutica farmacológica e não farmacológicas; motivação dos indivíduos para mudança de comportamentos, uma vez que são instrumentos muito úteis para explicar o conceito de risco cardiovascular e as implicações de ter um risco elevado, bem como ilustrar quais os benefícios passíveis de serem obtidos com a redução dos

fatores de risco existentes. Assim sendo, a tomada de consciência e a responsabilização do cliente na prevenção das doenças cardiovasculares, podem ajudar a conseguir uma melhor adesão às medidas terapêuticas propostas⁴⁶.

Dentre todas as ferramentas de estimativa de risco, a mais utilizada para o cálculo do risco cardiovascular absoluto na prática clínica é o Escore de Risco de Framingham (ERF), que se trata de uma escala capaz de estimar o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular em um período de dez anos, possibilitando direcionar grupos específicos de pacientes que se beneficiarão da terapia medicamentosa como forma de intervenção primária na prevenção do adoecimento¹⁶.

O Escore de Risco de Framingham foi criado a partir de um estudo iniciado no ano de 1948, o *Framingham Heart Study*, sob a direção do Instituto Nacional do Coração, atualmente conhecido como o *National Heart, Lung, and Blood Institute* ou NHLBI. Tal estudo foi desenvolvido em uma época quando pouco se sabia sobre as causas gerais de doença cardíaca, entretanto, as altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares já se fazia considerar uma epidemia americana⁴⁷.

O objetivo do *Framingham Heart Study*, que envolveu 5.209 pessoas, dentre homens e mulheres, foi identificar os fatores comuns ou características que contribuem para a doença cardiovascular, seguindo o seu desenvolvimento no curso de um longo período de tempo em um grande grupo de participantes que ainda não haviam desenvolvido sintomas evidentes da doença ou sofrido um ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral⁴⁷.

A monitoração da população do estudo de Framingham levou à identificação dos principais fatores de risco cardiovascular como: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, tabagismo, obesidade, diabetes e sedentarismo, além de informações valiosas sobre os efeitos dos fatores relacionados, como o nível dos triglicérides e HDL, idade, gênero e questões psicossociais. Destaca-se que, embora a coorte de Framingham tenha sido desenvolvida com europeus, a importância dos principais fatores de risco para DCV identificados neste grupo, vem sendo demonstrada em outros estudos universalmente realizados entre os mais variados grupos raciais e étnicos⁴⁷.

Ainda que existam diferentes escores de risco cardiovascular, a maioria deles faz a estimativa do risco a partir de dados como idade, sexo, valor da pressão arterial, presença de tabagismo ou diabetes e perfil lipídico do paciente, mediante coleta dos exames de colesterol total e colesterol HDL²⁰.

No escore de Framingham, os referidos dados apresentam faixas de valores de pontuações distintas para o sexo feminino e masculino. Tal escore é uma ferramenta útil e de

fácil aplicação no cotidiano, que auxilia na definição de condutas ao classificar os indivíduos nos seguintes graus de risco cardiovascular⁴⁸:

- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos.
- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos.
- Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia.

Até o presente momento nenhum dos instrumentos de avaliação do risco cardiovascular foi adaptado para o contexto brasileiro. Afirma-se, no entanto, que a fisiopatologia da doença cardiovascular seja semelhante em diferentes contextos, e ainda que as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil sejam equivalentes às dos países de origem dos estudos seguidos atualmente, fazendo com que as sociedades médicas brasileiras, livros, manuais para uso em prevenção primária e orientações dos gestores do Sistema Único de Saúde tenham recomendado o uso dos modelos baseados na coorte de Framingham para identificação do risco cardiovascular²⁰.

O cálculo do risco cardiovascular global é dinâmico e essencial na prática clínica atual, devendo ser realizado de forma regular e revisto sempre que houver alteração nos fatores de risco existentes. Além do que, o valor obtido deve ser alvo de ponderação pelo profissional de saúde, com vista a considerar aspectos que não são tidos em conta nas escalas, fazendo uso do senso clínico e adequando as decisões ao indivíduo em questão. As escalas de risco existentes, apesar das muitas limitações que têm, são valiosos instrumentos de trabalho, que permitem que as decisões terapêuticas não sejam arbitrárias, mas sim fundamentadas em estudos e baseadas na evidência⁴⁶.

A utilização de escores de risco auxilia, a enfermeiros e outros profissionais de saúde a fundamentarem a sistematização da sua assistência, prevenindo a morbidade e mortalidade cardiovascular¹⁶. A aplicação do Escore de Risco de Framingham possibilita ao enfermeiro uma maior autonomia na avaliação do risco cardiovascular na sua clientela, por ser de fácil aplicação, de baixo custo e prescindir da avaliação de outro profissional, permitindo a partir desta, uma abordagem preventiva contemplando mudanças de hábitos de vida incluindo uma alimentação saudável, abandono do tabagismo e adesão à prática de atividades físicas, além de enfatizar o autocuidado nas ações de educação em saúde⁴⁹.

Na consulta de enfermagem para avaliação do risco cardiovascular, o processo para a estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios, os quais influenciarão na classificação do risco em baixo, intermediário ou alto. Podem ser classificados como baixo/intermediário risco os indivíduos que na sua história referirem fatores como: tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, sexo masculino, histórico familiar de evento cardiovascular prematuro, homens <55 anos e mulheres <65 anos⁴⁸.

Alguns fatores de risco, quando presentes na história clínica do paciente, já o classifica como de alto risco cardiovascular. São eles: Acidente vascular cerebral (AVC) prévio, Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA), Ataque isquêmico transitório (AIT), Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE), Nefropatia, Retinopatia, Aneurisma de aorta abdominal, Estenose de carótida sintomática e Diabetes mellitus⁴⁸.

Na segunda etapa, no processo de estratificação pelo enfermeiro, deverão ser avaliadas as variáveis, idade, exames de colesterol total, HDLc, PA e tabagismo, em seguida procede-se a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres⁴⁸.

De acordo com recomendações do Ministério da Saúde, o seguimento dos indivíduos classificados como baixo risco poderá ser anual após serem orientados sobre estilo de vida saudável. Já o seguimento dos indivíduos classificados como Risco intermediário e Risco alto, poderá ser semestral e trimestral respectivamente, devendo ser-lhes oferecidas orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na unidade de saúde da comunidade e caso seja desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde⁴⁸.

3.3 Educação em saúde na prevenção das doenças cardiovasculares e promoção do autocuidado de usuários de drogas

No contexto da prevenção das doenças cardiovasculares, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco, especialmente aqueles de natureza comportamental, permite a implementação de ações com maior custo-efetividade e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir esse propósito⁵⁰.

A compreensão do enfermeiro acerca de como a problemática das doenças cardiovasculares se insere no cotidiano da assistência, permitirá aplicação de metodologias eficazes na prevenção das mesmas, de modo a favorecer a administração de um cuidado de

enfermagem, criativo, humano e engajado em todos os fatores que favorecem a ação do autocuidado⁵¹.

A maioria das atividades implicadas na prevenção de enfermidades cardiovasculares, assim como também nos demais programas de promoção da saúde, são constituídas por intervenções educativas, sendo grande parte delas voltadas à mudança de comportamentos relacionados à saúde, além de avaliação e acompanhamento clínico dos indivíduos com doenças já instaladas⁵². Tais atividades podem ser desenvolvidas com excelência pelo enfermeiro, considerando sua competência clínica, sua perspectiva holística de abordagem do paciente e sua implicação no desenvolvimento da educação em saúde⁵².

Na implementação de esforços para a prevenção do adoecimento por causas cardiovasculares, o conhecimento dos fatores de risco deve levar ao incentivo da prática de autocuidado, procurando-se alterar o estilo de vida ou hábitos pessoais, favorecendo a manutenção da saúde por um tempo prolongado⁵³. A consulta de enfermagem, portanto, é uma das formas de se ajudar a clientela na identificação de tais fatores de risco, o que implica em atividades de planejamento, coordenação, direção e controle no plano assistencial de enfermagem, tanto no aspecto individual quanto no da saúde coletiva⁵⁴.

Sabe-se que a prevenção das doenças cardiovasculares está essencialmente associada à capacidade de autocuidado do indivíduo, já que alguns dos seus principais fatores de risco relacionam-se a fatores comportamentais como hábitos e estilo de vida⁵⁵. A capacidade de autocuidado é definida por Orem, em sua teoria, como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, ou seja, a ação de autocuidado trata-se da capacidade humana de se engajar no cuidado de si mesmo, a qual pode ser afetada e influenciada por fatores condicionantes básicos relacionados à pessoa, fatores relacionados ao sistema de atendimento de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e disponibilidade de recursos²².

O hábito de consumir drogas, ou a dependência destas, pode exercer influência sobre a capacidade de autocuidado do usuário, dificultando o reconhecimento dos seus problemas e necessidades, constituindo-se um grande desafio para o mesmo, dificultando ainda mais a estruturação de mudanças comportamentais²³.

Em sua Teoria do Déficit de Autocuidado, Orem define a incapacidade ou limitação na realização do autocuidado como a condição que determina a necessidade da intervenção de enfermagem de maneira a atender as demandas de autocuidado. Orem ainda propõe que a intervenção do enfermeiro pode se dar por cinco métodos de ajuda que podem ser: agir ou

fazer por outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar²².

O ensinar destaca-se dentre os métodos de intervenção do enfermeiro propostos por Orem, no sentido de ser apoio no reestabelecimento da capacidade de autocuidado, já que a educação em saúde é por excelência um dos métodos pelo qual se proporciona que os indivíduos e grupos possam ser atores principais e não meros coadjuvantes ou apenas receptores de informações e orientações, possibilitando uma efetiva participação na transformação da realidade e mudança de atitude frente a situações de vulnerabilidade⁵⁶.

O reconhecimento do autocuidado como um processo contínuo de aprendizado e que depende da escolha voluntária da pessoa em engajar-se nele, a qual é influenciada pelos aspectos sociais e culturais, pode auxiliar o enfermeiro no planejamento e implementação de ações educativas aos usuários de drogas, respeitando a sua liberdade e estimulando a construção e compartilhamento de saberes⁷¹.

O aprendizado não garante a execução de ações de autocuidado pelo usuário, sendo, portanto, necessário um processo contínuo de desenvolvimento de competência para tal, o qual trata-se da capacidade que uma pessoa tem de distinguir fatores que devem ser controlados ou administrados para regular seu próprio funcionamento, no intuito de decidir o que pode e deve ser feito, reconhecer suas demandas terapêuticas e desenvolver as ações de autocuidado⁴¹.

4 MÉTODO

4.1 ARTIGO DE REVISÃO

A revisão integrativa é um tipo de estudo que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão subsídios para tomada de decisão na prática clínica, tornando possível a síntese do estado do conhecimento e identificação de lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Deve ser construída a partir de etapas, as quais são: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta dos dados, análise crítica e discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa⁵⁷.

4.1.1 Pergunta norteadora

A pergunta norteadora do artigo de revisão foi: Quais as evidências disponíveis na literatura acerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas?

4.1.2 Busca na literatura

A busca das publicações realizou-se no período de novembro a dezembro de 2013 nas bases de dados, Scopus, Medline, LILACS, CINAHL, PsycINFO e no banco de dados *Cochrane Library*. A etapa de busca nas bases e bancos de dados e a seleção dos estudos foi realizada por dois pesquisadores independentes que seguiram o mesmo rigor metodológico e quando necessário um terceiro pesquisador foi consultado para resolução das discordâncias.

Os descritores em saúde utilizados são comuns aos indexadores Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MESH): *Cardiovascular Diseases* (Doenças cardiovasculares), *Drug Users* (Usuários de drogas) e seus sinônimos *Drug Abusers* (Usuários de drogas) e *Drug Addicts* (Dependentes de drogas), os quais foram combinados utilizando o operador booleano AND de acordo com o fluxograma apresentado no quadro 1.

4.1.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos: publicações nos idiomas, português, inglês ou espanhol, indexadas nas bases selecionadas, sem limite de ano de publicação e que abordassem as doenças cardiovasculares relacionadas

ao uso de drogas lícitas ou ilícitas. Excluíram-se teses, dissertações, relatos de caso, editoriais e protocolos clínicos.

4.1.4 Seleção dos artigos

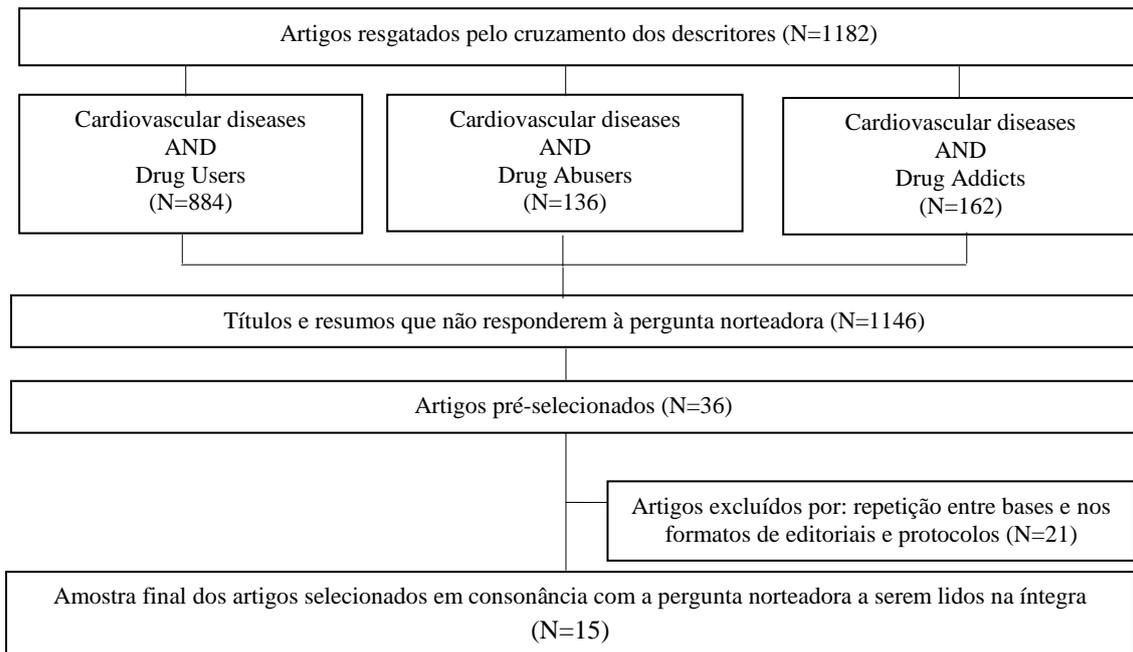
O cruzamento dos descritores selecionados foi realizado por meio de três combinações com a utilização do operador booleano AND. O quadro 1 apresenta o número de publicações resgatadas após os cruzamentos dos descritores:

Quadro 1. Artigos resgatados após cruzamentos dos descritores

Cruzamento dos descritores	BASES DE DADOS				BANCO DE DADOS	Total
	Scopus	Medline	CINAHL	PsycINFO	COCHRANE	
Cardiovascular diseases AND “Drug Users”	65	641	60	04	114	884
Cardiovascular diseases AND “Drug Abusers”	11	117	07	01	0	136
Cardiovascular diseases AND “Drug Addicts”	14	140	07	01	0	162
Total	90	898	74	06	114	1182

A pré-seleção das publicações resgatadas nas bases e bancos de dados realizou-se, a princípio, com análise do título e resumo. Quando ambos, título e resumo não se relacionavam à pergunta norteadora, o artigo era excluído. Assim, das 1.182 publicações resgatadas, excluíram-se 1.146, tendo sido pré-selecionados 36 artigos para leitura integral. Após leitura dos artigos pré-selecionados, foram excluídos 21 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão definidos. A amostra final foi composta por 15 artigos.

A figura 1 a seguir, demonstra o processo na identificação e seleção de artigos que integraram a amostra.

Figura 1. Amostragem dos artigos selecionados

4.1.5 Análise das publicações incluídas na revisão

Utilizou-se para a extração dos dados dos artigos, o instrumento proposto por Ursi⁵⁸ que caracteriza os estudos a partir do seu delineamento, país e ano de publicação, idioma, objetivos, método, resultados, conclusões e recomendações. Utilizou-se o *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*⁵⁹, para avaliação das publicações quanto ao nível de evidência e rigor metodológico a partir dos seguintes aspectos: Objetivo do estudo; Adequação do desenho metodológico à questão de estudo; Descrição dos procedimentos metodológicos; Critérios de seleção da amostra; Detalhamento da coleta de dados; Relação entre pesquisador e pesquisados; Considerações sobre aspectos éticos; Rigor na análise dos dados; Apresentação e discussão dos resultados; Valor da pesquisa: nota de contribuições, limitações e necessidades de novas pesquisas.

Após a extração dos dados e classificação quanto ao rigor metodológico, procedeu-se a análise das publicações a partir das seguintes informações: ano de publicação, objetivos, tipo de estudo e principais resultados. A discussão dos resultados foi realizada confrontando os resultados da pesquisa com a literatura relacionada ao tema, apresentado as conclusões que buscaram responder a pergunta norteadora para o estudo.

4.2 ARTIGO ORIGINAL

4.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo analítico, do tipo corte transversal com abordagem quantitativa. Os estudos analíticos transversais caracterizam-se por serem delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde, através de medições feitas em uma única ocasião, sem período de seguimento⁶⁰.

4.2.2 Local do estudo

O estudo realizou-se nas unidades dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município do Recife-PE, que dispõe atualmente de uma rede composta de seis unidades, dentre as quais, uma atende exclusivamente usuários adolescentes. O presente estudo realizou-se nas cinco unidades que atendem apenas usuários adultos. Foram elas: Espaço Travessia René Ribeiro, Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, Estação Vicente Araújo, Prof. José Lucena e Centro de Prevenção e Reabilitação de Álcool e outras drogas (CPTRA).

O CAPS-AD é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas de todas as faixas etárias com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Este serviço proporciona atenção contínua, algumas unidades com funcionamento vinte e quatro horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. É indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes⁶¹.

A equipe mínima recomendada para atuar nas unidades dos CAPS-AD deve ser composta por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico; quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional) e seis profissionais de nível médio (técnico de enfermagem e administrativo)⁶¹.

4.2.3 População e amostra

O estudo foi realizado com usuários em programa terapêutico na rede de atenção psicossocial especializada em álcool e drogas da cidade de Recife. A amostra foi do tipo

probabilística com amostragem aleatória estratificada por subgrupos divididos por unidades dos CAPS-AD. No tipo de amostragem aleatória estratificada é realizada uma divisão da população em subgrupos, selecionando uma amostra aleatória de cada um dos estratos garantindo a proporcionalidade entre estes⁶⁰.

Para o cálculo da amostra foi considerada a população referente ao ano anterior no mesmo período em que se realizou a coleta de dados, a qual totalizou 203 pacientes. Na determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para variável nominal em população finita dada por:

$$n = \frac{z^2 pq N}{d^2(N - 1) + z^2 pq}$$

Em que:

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção esperada de pacientes que apresentam a característica em estudo (p = 0,5);

q = proporção esperada de pacientes que não apresentam a característica do assunto

(q = 1 – p = 1 – 0,5 = 0,5);

d = erro amostral (d = 0,05);

N = tamanho da população (203 pacientes).

Considerando os parâmetros dados acima o tamanho amostral necessário foi de 125 usuários. Cada Unidade de CAPS AD foi considerada como estrato e nesse sentido a coleta de dados foi feita da seguinte maneira:

Tabela 1 – Número de elementos da amostra por unidades de CAPS-AD. Recife-2013

Unidade - CAPS AD	n°
1. CAPS AD Espaço Travessia Rene Ribeiro	25
2. CAPS AD Estação Vicente Araújo	10
3. CAPS AD Professor Jose Lucena	42
4. CAPS AD Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana	27
5. CAPS AD Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo – CPTRA	21
Total	125

Para seleção da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior aos 18 anos e se encontrar consciente e orientado para responder a entrevista. Por conta da necessidade de coleta de exame laboratorial para análise de perfil lipídico, foram excluídos da amostra todos os participantes da pesquisa que não compareceram ao CAPS no dia agendado para a coleta das amostras para exames laboratoriais, tendo sido a perda compensada por nova seleção de participante para a amostra.

4.2.4 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois tipos de instrumentos de coleta de dados. O primeiro foi um formulário composto por três partes (APÊNDICE A): a primeira parte, composta pelas variáveis referentes à caracterização socioeconômica dos sujeitos (idade, sexo, raça/cor, procedência, condição marital, escolaridade, condição laboral e renda familiar), a segunda parte composta pelas variáveis relacionadas ao consumo de drogas e tempo de tratamento no CAPS e a terceira parte foi composta pelas variáveis referentes aos hábitos, estilo de vida e antecedentes pessoais e familiares considerados como fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Para a análise dos padrões de consumo de drogas, seguiu-se a classificação da Organização Mundial da Saúde, adotada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID em seus levantamentos sobre o uso de drogas⁶²:

- Uso na vida: quando a pessoa fez uso da droga pelo menos uma vez na vida;
- Uso no ano: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;
- Uso no mês: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- Uso frequente: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- Uso pesado: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa

Foram registrados ainda, neste instrumento, os dados do exame físico do paciente: pressão arterial (mmHg), peso (Kg), altura (cm), circunferência abdominal e os dados referentes aos exames laboratoriais do perfil lipídico (colesterol total e HDL) os quais foram obtidos a partir da coleta do sangue dos usuários na unidade do CAPS AD e encaminhados para análise na Unidade de Análises Clínicas do departamento de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco (UAC/UFPE). O referido formulário foi construído com base nos instrumentos utilizados em outros estudos que como este tiveram o objetivo de investigar o risco cardiovascular^{12,15-16}.

O segundo instrumento utilizado foi uma escala para avaliação da capacidade de autocuidado dos sujeitos do estudo (ANEXO B). A escala é denominada de *Appraisal of Self-care Agency* (ASA - SCALE), desenvolvida por Isenberg, Evers e Phillipsen no ano de 1987,

a partir do marco conceitual da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, tendo sido validada e adaptada no Brasil⁶³.

A referida escala é composta por 24 itens, os quais apresentam como padrão de respostas uma escala tipo Likert com as opções: Nunca, Quase nunca, Quase sempre e Sempre, às quais se atribuem, respectivamente, as seguintes pontuações para avaliação da capacidade de autocuidado: 1, 2, 3 e 4. O escore total é obtido a partir da soma das pontuações de cada item sobre o autocuidado, o qual pode ser classificado em: baixa capacidade de autocuidado (24 a 48 pontos), regular capacidade de autocuidado (49 a 72 pontos) e boa capacidade de autocuidado (73 a 96 pontos)⁶³⁻⁶⁴.

Esse instrumento foi aplicado pela pesquisadora, tendo sido previamente explicado as opções de resposta para cada item da escala a todos os participantes, os quais quando solicitaram tiveram a leitura dos itens prontamente repetidos para melhor entendimento.

Para o cálculo do risco cardiovascular, utilizou-se a tabela do Escore de Framingham (ANEXO A), o qual pode ser classificado como baixo, intermediário ou alto, com base na probabilidade de ocorrência de morte por doença coronariana ou infarto agudo do miocárdio não fatal em 10 anos⁶⁵.

O Escore de Framingham é considerado uma ferramenta simples que foi desenvolvida para estimar o risco cardiovascular em indivíduos de meia idade, a partir de uma grande coorte em uma cidade norte-americana a qual deu origem ao nome do estudo. O *Framingham Heart Study* foi desenvolvido em 1948 e sofreu adaptações e validações²⁰.

No referido escore, cada variável apresenta faixas de valores que possuem pontuações específicas identificadas para o sexo feminino e masculino. O total de pontos do escore leva em consideração as variáveis referentes ao sexo, idade, tabagismo, lipoproteína de alta densidade (HDL), colesterol total e pressão arterial sistólica e diastólica.

A partir do cálculo, os indivíduos foram classificados nas seguintes categorias: baixo risco o qual corresponde a uma probabilidade menor ou igual a 10% de eventos cardiovasculares em 10 anos; risco intermediário, probabilidade entre 10 a 20% e alto risco que representa mais de 20% de probabilidade¹⁶.

4.2.5 Variáveis do estudo

A variável dependente deste estudo foi o Risco Cardiovascular estratificado através do Escore de Framingham, uma variável discreta com medição por intervalos, classificados com base no risco absoluto em: baixo (<10%), intermediário (entre 10 e 20%) e alto (>20%).

As variáveis independentes consideradas foram as referentes à caracterização socioeconômica, consumo de drogas, tempo de tratamento, presença de fatores de risco para as doenças cardiovasculares (antecedentes pessoais, familiares, hábitos e estilo de vida), classificação da pressão arterial, IMC, circunferência abdominal, perfil lipídico e capacidade para o autocuidado.

4.2.6 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados teve início após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE. O projeto foi ainda apresentado na reunião do colegiado de saúde mental da secretaria de saúde da cidade do Recife-PE, como requisito para autorização de início da coleta de dados, onde na ocasião estiveram presentes os gerentes de todas as unidades dos CAPS AD e profissionais que prestam assistência aos usuários nas referidas unidades.

Os dados foram coletados durante o comparecimento dos pacientes às unidades, ocasião em que foram abordados e convidados a participar do estudo, durante uma reunião para apresentação sobre objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta e critérios para participação. A obtenção dos dados realizou-se em duas etapas: na primeira etapa foi realizada uma entrevista durante a qual foi aplicado o formulário (APÊNDICE A) e realizado o exame físico com a verificação da pressão arterial, peso, estatura e circunferência abdominal. Nesta etapa ainda foi aplicado o instrumento de Avaliação da capacidade de Autocuidado (ASA-A Escala).

A medida da pressão arterial foi realizada conforme recomendações da VI Diretrizes de Hipertensão Arterial⁶⁶ utilizando-se aparelho eletrônico de medição de pressão arterial de braço do modelo OMRON - HEM 7200, o qual é validado⁶⁷ e recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia⁶⁶. Foram efetuadas três verificações da pressão arterial consecutivas com intervalo entre elas de 1 a 2 minutos. Ainda conforme tais recomendações⁶⁶ para a aplicação na tabela do ERF e classificação da pressão arterial, foi considerada a média entre as duas últimas medidas. Antes da realização das medidas da PA, os pacientes foram orientados conforme recomendações descritas no quadro 2 a seguir:

Quadro 2. Procedimentos recomendados para a medida da Pressão Arterial.

Preparo do paciente:
1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO: - Está com a bexiga cheia; - Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; - Ingeriu bebidas alcóolicas, café ou alimentos; - Fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento do paciente: - Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; - O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
Para a medida propriamente:
1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito do tamanho adequado ao braço;
2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa antecubital;
3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

Fonte: VI Diretrizes de Hipertensão Arterial⁶⁶.

A pressão arterial foi considerada de acordo com a classificação proposta pela VI Diretrizes de Hipertensão Arterial como: *Ótima* - quando pressão arterial sistólica (PAS) <120mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) <80mmHg; *Normal*, quando PAS <130mmHg e PAD <85mmHg; *Limítrofe* - quando PAS 130-139mmHg e PAD 85-89mmHg; *Hipertensão Estágio 1* - quando PAS 140-149mmHg e PAD 90-99mmHg; *Hipertensão Estágio 2* - quando PAS 160-179mmHg e PAD 100-109mmHg; *Hipertensão Estágio 3* - quando PAS ≥180mmHg e PAD ≥110mmHg e *Hipertensão Sistólica Isolada* - quando PAS ≥140mmHg e PAD <90mmHg⁶⁶.

A medição do peso corpóreo foi realizada utilizando-se balança mecânica antropométrica digital da marca *Welmy*[®], modelo W110H, capacidade 200 quilogramas (kg) com régua antropométrica para verificação da estatura. Para a medição da estatura o paciente foi orientado a permanecer de pé, os braços estendidos ao longo do corpo, os pés juntos e sem sapatos. Para mensuração do peso recomendou-se que o paciente permaneça com o menor peso de roupa possível e sem sapatos⁶⁶.

A partir das medições de peso e altura, calculou-se o índice de massa corpórea (IMC) = peso/altura² (kg/m²) para a classificação do estado nutricional conforme padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os indivíduos que apresentaram IMC <18,5 kg/m²

foram classificados como baixo peso, com IMC 18,5-24,9 kg/m² peso normal, IMC 25,0 - 29,9 kg/m² Sobrepeso e IMC \geq 30,0 Kg/m² Obeso.⁶⁸

A segunda etapa da coleta de dados foi a coleta dos exames laboratoriais para análise de perfil lipídico (Colesterol Total e HDL) a qual foi realizada nas dependências da unidade do CAPS-AD em data previamente agendada e mediante as devidas recomendações aos participantes da pesquisa. De acordo com a IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, para que se obtenha maior nível de fidedignidade nos resultados do perfil lipídico, deve-se recomendar aos indivíduos que irão submeter-se ao exame, as seguintes condutas: evitar a ingestão de álcool e atividade física vigorosa nas 72 e 24 horas que antecedem a coleta de sangue, respectivamente e jejum de no mínimo 8 horas e no máximo 12 horas⁶⁹.

As coletas das amostras foram realizadas pela própria pesquisadora, conforme as recomendações da IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose quanto à técnica de coleta e cuidados com a amostra, as quais foram: realização da punção venosa com o paciente sentado pelo menos por 10 a 15 minutos para evitar variações ortostáticas da volemia e garantir a consistência entre as dosagens. Quanto à duração do torniquete aplicado ao membro, o mesmo não pode permanecer por tempo superior a 1 minuto, devendo, portanto, ser desfeito tão logo a agulha penetre na veia, devido à possibilidade de hemoconcentração, o que pode resultar em aumento de cerca de 5% no colesterol total⁶⁹.

Após a coleta das amostras, as mesmas foram identificadas com as iniciais, nº da entrevista, data, horário da coleta e Unidade do CAPS AD na qual o participante encontrava-se em tratamento e encaminhadas, para análise no laboratório de análises clínicas do Departamento de Farmácia da UFPE em caixa isotérmica de poliuretano.

4.2.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi criado um banco de dados no *Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows* - SPSS versão 22.0 onde também foi realizada a análise. Para avaliar as variáveis relacionadas ao perfil socioeconômico, tipos de substâncias e padrão, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, hábitos, estilo de vida, estratificação do risco cardiovascular e capacidade de autocuidado dos pacientes avaliados, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequências. Na comparação das proporções encontradas foi aplicado o teste Qui-quadrado.

Para avaliar os dados do exame físico (dados antropométricos e valores da pressão arterial) e exames laboratoriais (Colesterol total e HDL) foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão. Ainda, foram calculados os intervalos de confiança para as médias encontradas.

Na análise bivariada para avaliação dos fatores associados à classificação do risco cardiovascular foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que a aplicação do teste de Qui-quadrado não foi possível foi utilizado o teste Exato de Fisher. Na análise multivariada foi utilizado o Modelo de Poisson a fim de determinar quais os fatores que conjuntamente influenciaram no risco intermediário/alto. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

4.2.8 Aspectos éticos

O presente estudo fundamentou-se na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos⁷⁰. Tais aspectos estão pautados em quatro referenciais básicos da bioética que são: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros. Estes referenciais visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado⁷⁰.

Em observação à Resolução 466/12, este estudo somente foi executado após a solicitação de autorização da realização da pesquisa à Secretaria de Saúde do Recife, através da Secretaria Executiva de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), e após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE conforme parecer nº 479.559, CAAE nº 22677613.4.0000.5208.

Os sujeitos que participaram como voluntários deste estudo foram previamente convidados a participar e informados sobre os objetivos do estudo, os riscos e benefícios de sua participação, após o qual, quando aceitaram assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) declarando sua anuência em participar do estudo.

Quanto aos aspectos éticos relacionados à utilização de material biológico (sangue) dos participantes da pesquisa para realização de exames laboratoriais, assegura-se que o mesmo foi utilizado exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo do presente estudo, tendo sido o descarte do material biológico, de responsabilidade do laboratório que prestou o serviço de análise das amostras.

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados durante cinco anos em armários pessoais das orientadoras no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco localizado à Av. Prof. Moraes Rego, S/N, 1º andar, CCS, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901 e ainda, em computadores pessoais dos pesquisadores.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO DE REVISÃO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS DE DROGAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Vanessa de Alencar Barros¹

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife-PE

RESUMO

Objetivos: Descrever as evidências na literatura acerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas. **Método:** A busca das publicações foi realizada no período de novembro a dezembro de 2013 nas bases de dados: Scopus, Medline, LILACS, CINAHL, PsycINFO, e no banco de dados Cochrane Library. Utilizaram-se os seguintes descritores em saúde: Cardiovascular Diseases (Doenças cardiovasculares), Drug Users (Usuários de drogas) e seus sinônimos Drug Abusers (Usuários de drogas) e Drug Addicts (Dependentes de drogas). A amostra final da revisão foi composta por 15 artigos. **Resultados:** Os resultados revelaram que as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de mortes entre os usuários de drogas, entre estas a doença arterial coronariana (DAC) foi a mais prevalente. O tabagismo e alcoolismo estão entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares mais presentes nesta população. **Conclusão:** Conclui-se que as doenças cardiovasculares são prevalentes e causam prejuízos à saúde dos usuários de drogas, inclusive sua morte. Ressalta-se, portanto, a necessidade dos profissionais da saúde, sobretudo o enfermeiro, planejar ações de prevenção do risco cardiovascular nesta população, por meio de uma assistência centrada na pessoa, de forma integral, com destaque para a educação em saúde como estratégia eficaz para a construção do processo de cuidar do usuário de drogas.

Descritores: Enfermagem; Usuários de drogas; Doenças cardiovasculares; Educação em Saúde.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Cardiologia. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS)/UFPE. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: vanessabarros_6@hotmail.com

Autor Correspondente:

Vanessa de Alencar Barros

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. E-mail: vanessabarros_6@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O abuso de substâncias psicoativas tem sido considerado como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Em estudo realizado pelo *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), registrou-se que cerca de 167 a 315 milhões de pessoas, correspondendo a 3,6% a 6,9% da população mundial adulta de 15 a 64 anos, consumiu drogas pelo menos uma vez no ano de 2011¹.

O termo substâncias psicoativas diz respeito às drogas que, quando consumidas, têm como mecanismo de ação a alteração nos processos de consciência, humor e pensamento, por atuarem sobre o cérebro, o qual regula as funções do humor, do pensamento e da motivação².

Embora os problemas do consumo de drogas sejam de grandes proporções, o sistema de fiscalização internacional de drogas tem conseguido reduzir a demanda dessas substâncias, mantendo o consumo das drogas ilícitas abaixo dos níveis de consumo de substâncias lícitas, o que se confirma pelas estimativas mundiais quanto à prevalência do consumo de álcool e tabaco, respectivamente 8 e 10 vezes superior à prevalência do consumo de drogas ilícitas na população maior de 15 anos³.

Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado no Brasil no ano de 2012, revelaram que 7% da população adulta brasileira já experimentou maconha, 6 milhões de brasileiros (4% da população adulta) já experimentaram alguma apresentação de cocaína na vida, 15,6% (20 milhões de pessoas) fez uso de tabaco e 54% da população referiu já ter experimentado álcool⁴. A nível mundial, as substâncias de maior consumo são a maconha com uma prevalência anual mundial de consumo entre 2,6% e 5,0% e os estimulantes anfetamínicos entre 0,3% a 1,2%³.

O consumo abusivo de drogas causa graves consequências à saúde, até mesmo para usuários ocasionais⁴⁻⁵. A cocaína, por exemplo, pode desencadear um infarto, as anfetaminas podem induzir arritmias ou hipertermia mortais, a maconha pode causar diversos transtornos de condutas e psiquiátricos, incluindo ansiedade ou depressão, ou ainda consequências indiretas com maior prevalência de enfermidades infecciosas, complicações pulmonares, insuficiência renal, endócrina e complicações cardiovasculares³.

As complicações cardiovasculares associadas ao consumo de drogas têm sido cada vez mais observadas nos serviços de urgência e emergência⁶. Tais complicações são decorrentes dos potentes efeitos agudos ou crônicos dessas substâncias sobre o sistema cardiovascular e esses efeitos podem ser potencializados pelo consumo associado de nicotina e álcool⁷.

Sabe-se ainda que as doenças cardiovasculares resultam predominantemente da associação de fatores de risco, os quais podem ser: dislipidemias, diabetes, hipertensão, obesidade e alguns hábitos relacionados ao estilo de vida como tabagismo e etilismo. O uso de drogas lícitas e ilícitas também tem sido abordado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) como umas das situações especiais que podem aumentar o risco cardiovascular⁸. Neste sentido, a população de usuários de drogas necessita de especial atenção, tanto em relação ao consumo de substâncias, quanto aos hábitos de vida não saudáveis que praticam, os quais estão relacionados ao comprometimento da sua capacidade de autocuidado⁹.

Neste contexto, o enfermeiro desenvolve importantes atribuições no cuidado ao usuário de drogas em risco para doenças cardiovasculares, que vão desde a prevenção, até o diagnóstico, tratamento e reabilitação. No nível da prevenção, o enfermeiro deve estimular e promover o autocuidado, orientar sobre consumo de drogas, impacto, fatores protetores e de risco relacionados a essas substâncias. Quanto ao diagnóstico, o enfermeiro deve valorizar a aplicação de instrumentos de avaliação do uso de drogas e de risco cardiovascular. No nível do tratamento e reabilitação, deve atuar junto à equipe multidisciplinar para atender as complicações e manutenção da abstinência das drogas⁹.

O interesse em realizar esta revisão surgiu a partir da necessidade de compreender os fatores determinantes para o adoecimento e mortes por causas cardiovasculares nos usuários de drogas, e ainda, identificar como esta problemática tem sido abordada pela comunidade científica. Pretende-se que os resultados desta revisão, constituam-se subsídios para a elaboração de estratégias na prevenção das doenças cardiovasculares na assistência aos usuários de drogas, sobretudo, para as ações de educação em saúde.

Com o intuito de explorar e aprofundar os conhecimentos sobre estas complicações propôs-se a realização da presente revisão que teve como objetivo descrever as evidências na literatura acerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas.

MÉTODOS

A revisão integrativa é definida como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática¹⁰, por meio da sinopse de resultados de pesquisas, no sentido de apresentar conclusões do corpus da literatura sobre um fenômeno específico, a partir de todos os estudos relacionados a uma questão norteadora¹¹. Analisa e sintetiza as pesquisas de maneira

sistematizada em etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta dos dados, análise crítica e discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa¹⁰.

A pergunta norteadora desta revisão foi: “Quais as evidências disponíveis na literatura acerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas?” A busca das publicações indexadas foi realizada no período de novembro a dezembro de 2013 nas bases de dados: Scopus, Medline, LILACS, CINAHL, PsycINFO, e no banco de dados *Cochrane Library*.

Utilizaram-se os descritores em saúde comuns aos indexadores Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH): *Cardiovascular Diseases* (Doenças cardiovasculares), *Drug Users* (Usuários de drogas) e seus sinônimos *Drug Abusers* (Usuários de drogas) e *Drug Addicts* (Dependentes de drogas), os quais foram combinados utilizando o operador booleano AND de acordo com o fluxograma (figura 1).

A busca nas bases de dados e seleção dos estudos foi realizada por dois pesquisadores independentes que seguiram o mesmo rigor metodológico e quando necessário um terceiro pesquisador foi consultado para resolução das discordâncias.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos: publicações nos idiomas, português, inglês ou espanhol, indexadas nas bases selecionadas, sem limite de ano de publicação e que abordassem as doenças cardiovasculares relacionadas ao uso de drogas lícitas ou ilícitas. Excluíram-se teses, dissertações, relatos de caso, editoriais e protocolos clínicos.

O quadro 1 apresenta o número de publicações resgatadas após os cruzamentos dos descritores:

Quadro 1. Artigos resgatados após cruzamentos dos descritores

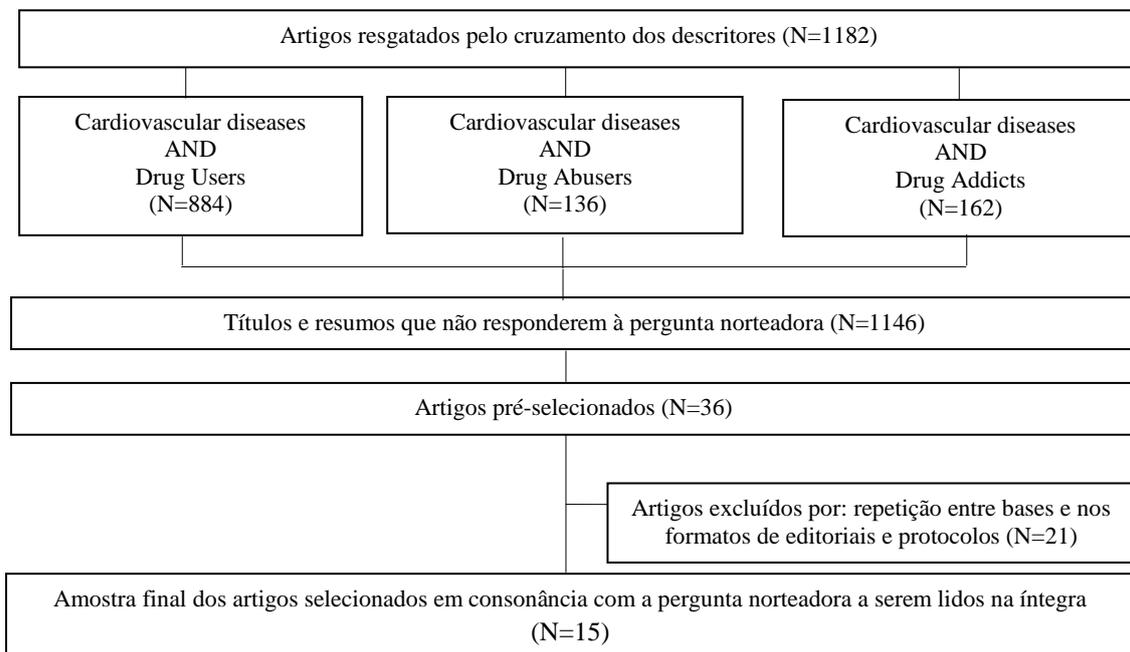
Cruzamento dos descritores	BASES DE DADOS				BANCO DE DADOS	Total
	Scopus	Medline	CINAHL	PsycINFO	COCHRANE	
Cardiovascular diseases AND “Drug Users”	65	641	60	04	114	884
Cardiovascular diseases AND “Drug Abusers”	11	117	07	01	0	136
Cardiovascular diseases AND “Drug Addicts”	14	140	07	01	0	162
Total	90	898	74	06	114	1182

A pré-seleção, a partir das 1182 publicações resgatadas nas bases de dados, foi feita, a princípio, com análise do título e resumo. Quando ambos, título e resumo não se

relacionavam à pergunta norteadora, excluía-se o artigo. Os artigos duplicados foram contabilizados apenas uma vez.

Foram excluídas 1146 publicações e pré-selecionados 36 artigos para leitura integral. Após leitura dos artigos pré-selecionados, foram excluídos 21 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão definidos. A amostra final desta revisão foi composta por 15 artigos. A figura 1 demonstra o processo na identificação e seleção de artigos componentes da amostra do estudo.

Figura 1. Amostragem dos artigos selecionados



Utilizou-se para a extração dos dados dos artigos, o instrumento proposto por Ursi¹² que caracteriza os estudos a partir do seu delineamento, país e ano de publicação, idioma, objetivos, método, resultados, conclusões e recomendações. Todos os estudos foram avaliados quanto ao nível de evidência e rigor metodológico por meio do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*¹³.

RESULTADOS

Os artigos que compuseram esta revisão eram todos internacionais, publicados no idioma inglês, no período de 1992 a 2013, em periódicos especializados em adicção, cardiologia, epidemiologia, psiquiatria, farmacologia, cuidados críticos e literatura forense. Quanto aos níveis de evidência variaram entre IV e VI.

Os artigos excluídos da amostra abordavam temas como: uso de medicamentos para doenças cardiovasculares, complicações cardiovasculares em portadores de HIV em tratamento com terapia antiretroviral e outros assuntos envolvendo usuários de drogas, mas que não respondiam a pergunta norteadora.

Durante a exploração dos artigos, observou-se que o descritor “usuários de drogas” (*Drug Users*) e seus sinônimos (*Drug Abusers* e *Drug Addicts*) são muito utilizados em estudos que abordaram apenas drogas ilícitas, embora a definição deste descritor se refira a pessoas que consomem drogas sem intenção terapêutica ou médica, as quais podem ser legais ou ilegais, mas que seu uso frequentemente resulta em consequências médicas, legais e/ou sociais adversas¹⁴.

A partir da análise dos artigos identificaram-se três abordagens: doenças cardiovasculares como causas de mortalidade em usuários de drogas, investigação sobre fatores de risco para as doenças cardiovasculares e efeitos adversos das drogas à saúde cardiovascular. A maior parte das evidências sobre as doenças cardiovasculares em usuários de drogas procede de estudos sobre mortalidade nesta população. A tabela 2 descreve os estudos que investigaram as causas de mortalidade entre usuários de drogas, dentre as quais a doença cardiovascular foi considerada uma das principais.

Tabela 2. Estudos incluídos de acordo com o enfoque causas de mortalidade.

(continua)

Autores/ ano da publicação	Objetivo	Tipo do estudo	Resultados
Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. ¹⁵ (2010)	Examinar a mortalidade e suas causas em coorte de usuários de drogas ilícitas em Estocolmo durante 37 anos	Coorte prospectiva	As causas de mortes mais comuns foram: acidentes, suicídio e doenças cardiovasculares. As mortes por doenças cardiovasculares eram mais comuns nos usuários mais idosos e que faziam uso de opióides.
Kaye S, Darke S, Dufflou J & McKetin R. ¹⁶ (2008)	Examinar as características demográficas, circunstâncias de morte, resultados toxicológicos e principal patologia relacionada ao uso de Metanfetaminas na Austrália.	Transversal	Média de idade dos usuários de metanfetaminas foi de 32,7 anos. As doenças cardiovasculares foram a segunda principal causa de morte (14%), depois da toxicidade pela droga que vitimou 68% dos usuários, 9% foi por causas externas e 6% por complicações cerebrovasculares.
Pilgrim JL, Gerostamoulos D, Drummer OH, Bollmann M. ¹⁷ (2009)	Examinar o efeito das drogas da classe das anfetaminas em casos de mortes em Vitória Austrália ocorridas de 2001 a 2005.	Transversal	Foram identificados 169 casos com a presença de anfetaminas à autópsia. Dentre as causas de mortes, problemas cardiovasculares como: cardiomegalia, Doença Arterial Coronariana (DAC), fibrose, cardiomiopatia hipertrófica.

Tabela 2. Estudos incluídos de acordo com o enfoque causas de mortalidade

(continuação)

Autores/ Ano da publicação	Objetivo	Tipo do Estudo	Resultados
Sidorenkov O, Nilssen O, Nieboer E, 1,2 Kleshchinov N, Grjibovski AM. ¹⁸ (2011)	Avaliar a proporção por idade, sexo e diagnósticos de indivíduos que morreram com doenças cardiovasculares e que tenham consumido álcool.	Estudo epidemiológico Transversal	A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares foi maior na faixa etária de 50 a 59 anos e duas vezes maior no sexo masculino. As principais doenças foram: doença isquêmica e cardiomiopatia alcoólica dilatada.
Perucci CA, Forastiere F, Rapiti E, Davoli M & Abeni DD. ¹⁹ (1992)	Estimar o impacto do uso de drogas por via intravenosa sobre a mortalidade da população geral de jovens em Roma, Itália.	Transversal	Observou-se alta mortalidade em ambos os sexos por todas as causas: overdose, violência, cirrose, doenças cardiovasculares e AIDS. Entre os homens registrou-se 66% das mortes por endocardite e 37% por cirrose. Entre as mulheres 36% das mortes foram por endocardite e pneumonia.
Bjornaas MA, Bekken AS, Ojlert A, Haldorsen T, Jacobsen D, Rostrup M, Ekeberg O. ²⁰ (2008)	Estudar a taxa de mortalidade e causas de morte entre todos os dependentes de opiáceos hospitalizados em Oslo entre 1980 e 1981 e comparar com a mortalidade geral.	Estudo de coorte prospectivo	Em 20 anos de seguimento ocorreram 70 mortes. Dentre as principais causas de morte estiveram acidentes (11,4%), suicídio (7,1%), câncer (4,3%) e doenças cardiovasculares (2,9%).
Marmor M, Penn A, Widmer K, Levin RI, Maslansky R. ²¹ (2004)	Investigar a associação entre a exposição a longo prazo a opiáceos ou opióide com a diminuição da gravidade da DAC em usuários de drogas falecidos.	Transversal	Os resultados indicaram proteção significativa do uso de metadona e opiáceos em relação à gravidade da doença arterial coronariana em usuários de drogas.

Sobre o enfoque das causas de mortalidade, observou-se que a patologia cardiovascular mais prevalente, entre usuários de drogas, tem sido a aterosclerose coronária que resulta em doenças isquêmicas do miocárdio como angina e infarto. No entanto, no estudo que envolveu apenas usuários de drogas injetáveis, a patologia cardiovascular mais prevalente foi a endocardite infecciosa, estando relacionada à contaminação durante a autoadministração das substâncias¹⁹. As demais doenças cardiovasculares mais prevalentes entre os usuários de drogas foram: cardiomiopatia dilatada, cardiopatia hipertrófica e arritmias^{15,21}.

Quanto aos tipos de drogas, dois estudos abordaram o potencial efeito das anfetaminas causarem doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de mortalidade e que essas doenças foram mais prevalentes entre indivíduos em uso crônico da droga, em consumo

associado a diferentes substâncias e com doenças cardíacas preexistentes, condições que comprovadamente elevaram o risco de mortalidade¹⁶⁻¹⁷.

Em contrapartida aos estudos que evidenciaram o potencial letal das drogas, um estudo avaliou a exposição em longo prazo aos opioides como fator de proteção em relação à diminuição da gravidade da doença arterial coronariana, pois seu mecanismo de ação reduz a inflamação, a aterogênese e a ruptura da placa e, portanto, a incidência de infartos do miocárdio fatais²¹.

Diante de seus achados, os estudos sobre mortalidade recomendaram estratégias como: intervenções breves, aconselhamentos, educação dos usuários de drogas quanto os riscos aos quais estão expostos e investimentos futuros em pesquisas nesta área.

Prosseguindo a análise dos estudos, o segundo enfoque sobre as evidências quanto às doenças cardiovasculares em usuários de drogas, aborda os fatores de risco para essas doenças nessa população (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição dos estudos de acordo com o enfoque fatores de risco para doenças cardiovasculares em usuários de drogas

Autores/ ano da publicação	Objetivo	Tipo do estudo	Resultados
Berg JE, Hostmark AT. ²² (1996)	Descrever os fatores de risco para doenças cardiovasculares e compará-los entre jovens usuários e não usuários de drogas.	Caso-controle	Estudo com 48 jovens, sendo 24 usuários de drogas e 24 jovens pareados por idades e IMC não usuários de drogas. A prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (perfil lipídico, atividade física e dieta) entre os dois grupos foi semelhante. O fator de risco tabagismo foi mais prevalente entre os usuários de drogas.
Vidot DC, Arheart G, Bandstra S, Messiah SE. ²³ (2013)	Explorar a associação entre uso de drogas ilícitas e fatores de risco para doenças cardiometabólicas em uma amostra nacional de indivíduos.	Transversal	Adultos com uso de drogas pelo menos uma vez na vida foram significativamente mais propensos a terem fatores de risco para doenças cardiometabólicas (IMC, perfil lipídico alterado, hipertensão arterial) que os não usuários de drogas.

Observou-se que esses dois estudos apresentaram resultados díspares em relação à prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular entre os usuários de drogas. O primeiro estudo que buscou identificar os fatores de risco cardiovasculares em usuários de drogas e compará-los com não usuários, verificou que dentre todos os fatores houve diferença apenas em relação ao tabagismo, que foi significativamente mais pronunciado em usuários de drogas, tanto em relação à quantidade média de cigarros por semana, como em anos de

tabagismo e nos valores pressóricos diastólicos, que se apresentaram 12% mais elevados nos usuários de drogas²².

Quanto à semelhança em relação aos demais fatores de risco entre os dois grupos, os autores buscaram explicá-la, considerando o tempo em que os usuários de drogas estavam em reabilitação da dependência química, com uma dieta mais regular e em abstinência das drogas, o que pode ter contribuído para a pequena diferença. Os autores enfatizam a possibilidade de os fatores de risco cardiovasculares investigados terem sido normalizados devido ao tempo de internamento em um centro de reabilitação, o que pode representar esperança para o futuro estado de saúde dos usuários de drogas em tratamento²².

Em contrapartida, outro estudo que buscou avaliar a associação do uso de drogas ilícitas com fatores de risco para as doenças cardiometabólicas, concluiu que os adultos com histórico de uso de drogas pelo menos uma vez na vida apresentaram maior prevalência de fatores de risco, como: índice de massa corporal elevado, perfil lipídico alterado e hipertensão arterial. De acordo com os resultados, 55% da amostra total apresentou mais de três fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo que as mulheres usuárias de drogas apresentaram-se mais vulneráveis a doenças cardiovasculares quando comparadas a mulheres não usuárias de drogas²³.

Neste estudo ainda, os autores enfatizam que os profissionais da saúde devem estar atentos não apenas ao consumo, mas à prevenção e tratamento de problemas de saúde nos usuários de drogas, em especial os cardiovasculares, por meio de triagens obrigatórias para os fatores de risco cardiovasculares na admissão para tratamento. Recomendam investimentos em pesquisa nessa temática²³.

O terceiro enfoque dos estudos selecionados sobre as evidências acerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas foi quanto aos efeitos adversos das substâncias à saúde humana (tabela 4).

Tabela 4. Descrição dos estudos sobre os efeitos adversos das drogas à saúde humana

Autores/ Ano da publicação	Objetivo	Tipo do estudo	Resultados
Degenhardt L, Hall W. ²⁴ (2012)	Revisão sobre os dados de prevalência, correlação das consequências adversas à saúde, do consumo problemático de anfetaminas, maconha, cocaína e opiáceos.	Estudo de revisão	Os principais efeitos adversos das drogas à saúde são: efeitos tóxicos agudos (incluindo overdose); dependência química; lesões acidentais e violência. A cronicidade de exposição a esses efeitos resulta em doenças cardiovasculares, hepáticas e distúrbios mentais.
Kaye S, McKetin R, Dufloy J & Darke S. ²⁵ (2007)	Verificar os efeitos cardiovasculares da metanfetamina e discutir as implicações para os usuários	Estudo de revisão	O uso de metanfetaminas pode expor o usuário a efeitos adversos potencialmente fatais no sistema cardiovascular como: hipertensão arterial, IAM, dissecação de aorta e arritmias. A pré-existência de patologias cardíacas e outros fatores elevam o risco cardiovascular, assim como o uso da droga exacerba patologia cardíaca pré-existente.
Brownlow HA, Pappachan J. ²⁶ (2002)	Revisão sobre os riscos agudos e crônicos do abuso de cocaína e seu potencial letal.	Estudo de revisão	As complicações cardíacas da cocaína estão relacionadas ao uso agudo ou crônico, dentre as quais: Infarto agudo do miocárdio, isquemia, aterosclerose severa, cardiomiopatia dilatada, miocardite e doenças da aorta.
Devlin RJ, Henry JA. ²⁷ (2008)	Discutir os problemas associados com diferentes substâncias a partir de ponto de vista de sistemas.	Estudo de revisão	O consumo de substâncias ilícitas pode causar complicações respiratórias, neurológicas, hepáticas, cardiovasculares e metabólicas. Destaca-se a cocaína com 25% das causas de IAM em pessoas com menos de 45 anos de idade. A apresentação clínica habitual é síndrome coronariana aguda em indivíduos jovens sem fatores de risco
Mertens JR, Flisher AJ, Ward CL, Bresick GF, Sterling SA, Weisner CM. ²⁸ (2009)	Identificar problemas de saúde relacionados ao álcool e outras drogas em indivíduos que receberam cuidados em clínicas na cidade do Cabo na África.	Transversal	O problema de saúde mais relatado foi hipertensão arterial sistêmica. As doenças cardiovasculares foram mais presentes em usuários de álcool.
Jouanjus E, Leymarie F, Tubery M, Lapeyre-Mestre M. ²⁹ (2011)	Avaliar os eventos adversos relacionados ao uso da maconha que levaram a hospitalização e estimar o risco anual correspondente para consumidores.	Transversal	Foram identificados 200 pacientes que fizeram uso de maconha e identificados 619 eventos adversos: doenças do sistema nervoso (15,8%), intoxicação aguda (12,1%), doenças do aparelho respiratório (11,1%) e doenças cardiovasculares (9,5%). Registrou-se uma incidência de 1,5/1000 de distúrbios cardiovasculares.

Os artigos destacaram os potenciais efeitos do consumo de drogas à saúde humana, tendo predominado estudos de revisão envolvendo as substâncias como cocaína, crack, maconha, opiáceos e metanfetaminas. Dentre as complicações à saúde destacaram-se as complicações respiratórias, neurológicas, hepáticas, metabólicas e cardiovasculares.

Os eventos isquêmicos coronarianos secundários ao uso de cocaína são resultantes de vasoconstrição coronária. Indivíduos usuários de drogas com aterosclerose prévia estão em risco aumentado de infartos devido à vasodilatação prejudicada, a diminuição do aporte de óxido nítrico e ao aumento da agregação plaquetária. Um dos estudos revelou que em 30% dos casos de mortes por infartos em usuários de cocaína foram identificadas placas ateroscleróticas severas²⁶.

As metanfetaminas, por exemplo, podem predispor a eventos potencialmente fatais no sistema cardiovascular em consequências de arritmias, síndromes coronarianas agudas, dissecação de aorta e morte súbita. As síndromes coronarianas associadas ao uso de drogas podem resultar de vários mecanismos como: rupturas de placas ateroscleróticas, agregação plaquetária e formação de trombos, sendo que tais efeitos podem resultar do uso crônico ou mesmo do uso agudo, independente da via de uso ou dosagens das substâncias²⁵.

Nos dois estudos transversais que investigaram os efeitos adversos das drogas nos usuários, identificou-se que as doenças cardiovasculares eram as mais prevalentes nos usuários de álcool, sendo a mais comum a hipertensão arterial sistêmica²⁸⁻²⁹. Em um dos estudos realizados com usuários de maconha que foram hospitalizados em consequência do uso dessa substância, os distúrbios cardiovasculares foram a 4ª principal causa de eventos adversos, depois de doenças do sistema nervoso, intoxicação aguda e doenças do aparelho respiratório. As doenças mais prevalentes que afetaram o coração foram: endocardite, doenças do miocárdio, pericárdio e válvulas²⁹.

DISCUSSÃO

O usuário de drogas tem um risco aumentado de mortalidade prematura, o que está relacionado aos tipos de substâncias consumidas, padrões de uso, comportamentos de risco, doenças infecciosas, gênero, idade e estilo de vida²⁸. As overdoses, os acidentes automobilísticos, violência e AIDS, estão entre as principais causas de mortes em usuários de drogas, sobretudo as doenças cardiovasculares, como identificado nesta revisão, vem sendo citadas entre as mais prevalentes causas de adoecimento e mortes entre eles^{15,17,18}.

Tal fato se deve a ação de muitas substâncias que exercem consideráveis efeitos sobre o sistema cardiovascular, a exemplo da cocaína que favorece o processo de aterogênese, por meio de mecanismos como: a vasoconstrição coronária, agregação plaquetária, formação de trombos e oclusão de segmentos com pronunciados processos ateroscleróticos, elevando, portanto o risco de doenças isquêmicas do miocárdio^{6,31,32}.

As doenças cardiovasculares, sobretudo as doenças coronarianas, desenvolvem-se comumente pela associação de fatores de risco, dentre os quais, além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores em indivíduos com estilo de vida pouco saudável⁸. São considerados como os principais fatores de risco cardiovasculares: história de doenças cardiovasculares na família, dieta hipercalórica, obesidade, dislipidemias, sedentarismo, e hábitos de vida como tabagismo e etilismo⁸.

Na presente revisão identificou-se que os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares entre os usuários de drogas, foram o uso de álcool e tabaco, substâncias lícitas mais consumidas no mundo e que superam o consumo das drogas ilícitas na população maior de 15 anos³, além de serem considerados os principais fatores de risco para a ocorrência de doença arterial coronariana³³⁻³⁴.

O tabagismo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte por causas cardiovasculares, porém, evitar esse hábito, que em 90% dos casos inicia-se na adolescência, é um dos maiores desafios em razão da dependência química, apesar de programas agressivos de controle ao tabagismo resultarem em redução do consumo individual e se associarem à diminuição de mortes cardiovasculares em curto prazo⁸.

Em relação à mortalidade por causas cardiovasculares em usuários de drogas, verificou-se que o sexo masculino, foi o mais acometido, achado este que pode estar relacionado ao fato da diferença entre os sexos quanto padrão de consumo de substâncias, pois os homens em geral usam mais drogas que as mulheres, expondo-se, portanto, a um maior risco de morte¹. Em contrapartida, outro estudo que buscou investigar os fatores de risco cardiovasculares, evidenciou que as mulheres usuárias de drogas apresentaram-se em maior risco para desenvolver tais doenças²¹.

Neste contexto, destaca-se a importância de ações que visem minimizar os riscos de doenças cardiovasculares nos usuários de drogas por meio de ações simples como a prevenção do tabagismo e etilismo, dentre outros hábitos, o que pode ser possível por meio de oferta de assistência integral e multidisciplinar ao usuário de drogas, a partir de estratégias como avaliação do risco cardiovascular e ações de educação em saúde direcionadas para promoção do autocuidado.

Os problemas de saúde relacionados ao consumo e dependência do tabaco, álcool e outras drogas, exigem maior atenção dos serviços de saúde e políticas públicas adequadas para sua intervenção. A enfermagem insere-se nesse cenário do cuidar que lhe permite atuar por meio de uma assistência holística sob o enfoque no autocuidado, aquisição de estilos e hábitos de vida mais saudáveis⁹.

Por ser a mudança de estilo de vida a principal estratégia para a prevenção das doenças cardiovasculares, e para tal, a exigência da capacidade de autocuidado, a educação em saúde configura-se como um valioso recurso para alcançá-la³⁴. Considerando, então, o contexto no qual se encontra o usuário de drogas, pode-se inferir que a sua capacidade de autocuidado encontra-se comprometida, sendo essenciais, portanto, as intervenções de enfermagem por meio das ações educativas como parte do seu cuidado³⁵.

CONCLUSÕES

Frente aos resultados encontrados, observou-se que as evidências científicas acerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas são ainda incipientes, embora tenham sido identificados na literatura, estudos predominantemente internacionais com delineamentos epidemiológicos acerca das causas de mortalidade nesta população, dentre as quais, aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular estão entre as principais.

Ressalta-se que não foram resgatados na busca nas bases de dados nenhum estudo relacionado à avaliação do risco cardiovascular ao qual possam estar expostos os usuários de drogas, considerando os já comprovados efeitos que tais substâncias exercem sobre a saúde humana e as altas taxas de morbidade e mortalidade nesta população.

O Infarto Agudo do Miocárdio foi identificado como uma das principais doenças cardiovasculares que acometem os usuários de drogas, estando entre as mais importantes causas de mortalidade entre eles. Considerada como uma patologia prevenível do ponto de vista dos seus principais fatores de risco, a partir de mudanças comportamentais que envolvem hábitos e estilo de vida, revela-se a importância de intervenções de educação em saúde como subsídio para a prevenção do risco cardiovascular e promoção do autocuidado na assistência ao usuário de drogas.

REFERÊNCIAS

- 1 *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2013. New York: United Nations publication; 2013 No. E.13.XI.6.*
- 2 WHO. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; [tradução Fábio Corregiari]. 1ª Ed. São Paulo: Roca; 2006.
- 3 Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Relatório Mundial sobre Drogas. EUA: UNODC; 2012.
- 4 II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. São Paulo: UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/>.
- 5 Gabatz RIB, Johann M, Terra MG, Padoin SMM, Brum JL. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 jul - set; 17 (3): 520 – 525.
- 6 Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular effects of cocaine. *Circulation.* 2010; 22:2558-2569.
- 7 Maraj S, Figueredo VM, Morris DL. Cocaine and the Heart. *Clin. Cardiol.* 2010; 33 (5): 264–269.
- 8 Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
- 9 Córdova AHR. Importancia del cuidado ante el consumo de cocaína como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2010;18 (1-2): 23-28.
- 10 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein.* 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
- 11 Crossetti, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. *Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS)* 2012; 33(2):8-9.
- 12 Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- 13 Critical Appraisal Skills Programme. Milton Keynes Primary Care Trust; 2002.
- 14 Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Disponível em: www.decs.bvs.br.
- 15 Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: A 37 year follow up. *Drug and Alcohol Review (January 2010)*, 29, 21–27.

- 16 Kaye S, Darke S, Duflou J, McKetin R. Methamphetamine-related fatalities in Australia: demographics, circumstances, toxicology and major organ pathology. *Addiction* 2008; 103: 1353–1360.
- 17 Pilgrim JL, Gerostamoulos D, Drummer OH, Bollmann M. Involvement of Amphetamines in Sudden and Unexpected Death. *J Forensic Sci* 2009; 54 (2): 478-485.
- 18 Sidorenkov O, Nilssen O, Nieboer E, Kleshchinov N; Grjibovski AM. Premature cardiovascular mortality and alcohol consumption before death in Arkhangelsk, Russia: an analysis of a consecutive series of forensic autopsies. *International Journal of Epidemiology* 2011; 40:1519–1529.
- 19 Perucci CA, Forastiere F, Rapiti E, Davoli M, Abeni DD. The impact of intravenous drug use on mortality of young adults in Rome, Italy *British Journal of Addiction* 1992; 87: 1637-1641.
- 20 Bjornaas MA, Bekken AS, Ojlert A, Haldorsen T, Jacobsen D, Rostrup M, Ekeberg O. A 20-year prospective study of mortality and causes of death among hospitalized opioid addicts in Oslo. *BMC Psychiatry* 2008; 8:8.
- 21 Marmor M, Penn A, Widmer K, Levin RI, Maslansky R. Coronary Artery Disease and Opioid Use. *Am J Cardiol* 2004; 93:1295–1297.
- 22 Berg JE, Hostmark AT. Cardiovascular risk factors in young drug addicts. *Addiction Biology* 1996; 1(3): 297-302.
- 23 Vidot DC, Arheart KL, Prado G, Bandstra ES, Messiah SE. Illicit drug use and cardiometabolic disease risk: an analysis of 2005–2008 National Health and Nutrition Examination Survey data. *Int J Clin Pract* 2013; 67 (11): 1173–1181.
- 24 Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379: 55–70.
- 25 Kaye S, McKetin R, Duflou J, Darke S. Methamphetamine and cardiovascular pathology: a review of the evidence. *Addiction* 2007; 102: 1204–1211.
- 26 Brownlow HA, Pappachan J. Pathophysiology of cocaine abuse. *European Journal of Anesthesiology* 2002; 19: 395-414.
- 27 Devlin RJ, Henry JA. Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption. *Critical Care* 2008; 12: 202.
- 28 Mertens JR, Flisher AJ, Ward CL, Bresick GF, Sterling SA, Weisner CM. Medical Conditions of Hazardous Drinkers and Drug Users in Primary Care Clinics in Cape Town, South Africa. *J Drug Issues* 2009; 39(4): 26.
- 29 Jouanjus E, Leymarie F, Tubery M, Lapeyre-Mestre M. Cannabis-related hospitalizations: unexpected serious events identified through hospital databases. *Br J Clin Pharmacol* 2011; 71(5): 758–765.

- 30 Nyhlén A, Fridell M, Bäckström M, Hesse M, Krantz P. Substance abuse and psychiatric co-morbidity as predictors of premature mortality in Swedish drug abusers a prospective longitudinal study 1970 – 2006. *BMC Psychiatry* 2011; 11:122.
- 31 Cortés LA, Buitrago AF, Gómez MF, Prada LP, Silva LE. Cocaine and chest pain. Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cardiol* 2012; 19(5): 260-265.
- 32 Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vazquez R, Thiene G, Basso C. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *European Heart Journal* 2010; 31: 318–329.
- 33 Buchanan JC, Pillon SC. Uso de drogas entre estudantes de medicina, tegucigalpa, Honduras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16: 595-600.
- 34 Abreu AAC, Abreu RNDC, Lima MTV, Moreira TMM, Santos FLMN, Vasconcelos SMM et al. Prevenção das doenças cardiovasculares nas pessoas em recuperação do uso de substâncias psicoativas. *Rev Bras Promoç Saúde*. Fortaleza 2012; 25(2): 5-12.
- 35 Vasconcelos SC, Frazão IS, Vasconcelos EMR, Cavalcanti AMTS, Monteiro EMLM, Ramos VP. Demands for self-care in therapeutic group: health education with users of psychoactive substances. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013; 21(1):79-83.

5.2 ARTIGO ORIGINAL

Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de drogas

Cardiovascular risk in alcohol and drug users: association with self-care

Vanessa de Alencar Barros¹

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação do risco cardiovascular à capacidade para o autocuidado em usuários de drogas. **Método:** Estudo quantitativo, analítico, de corte transversal, realizado com usuários de drogas em programa terapêutico em cinco unidades dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município do Recife-PE. A amostra foi tipo probabilística, com amostragem aleatória estratificada. O risco cardiovascular foi estratificado segundo o Escore de Framingham. A capacidade de autocuidado foi mensurada através do Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA-A). **Resultados:** Participaram do estudo 125 usuários, a maioria do sexo masculino, idade de 40 a 59 anos. O risco cardiovascular foi predominantemente baixo (59,2%), entretanto a maioria dos usuários (70,4%) apresentou capacidade de autocuidado Regular/baixa. Análise multivariada por regressão de Poisson mostrou que o risco Intermediário/alto foi mais prevalente no grupo do sexo masculino, faixa etária de 60 anos e mais, que consumiam mais de 2 tipos de drogas, sedentários, hipertensos e dislipidêmicos. **Conclusão:** Não houve associação do risco cardiovascular intermediário/alto com a capacidade de autocuidado Regular/baixa. Os fatores determinantes para o risco intermediário/alto foram em sua maioria considerados como modificáveis, preveníveis principalmente através de estratégias como a educação em saúde direcionada para a promoção do autocuidado e mudanças comportamentais.

Descritores: Fatores de risco; Doenças cardiovasculares; Enfermagem Cardiovascular; Autocuidado.

¹Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife-PE, Brasil

Autor Correspondente:

Vanessa de Alencar Barros

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. E-mail: vanessabarros_6@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morte na maior parte dos países do mundo, sendo ainda causa importante de incapacidade física, invalidez e contribuindo significativamente para o aumento de despesas com saúde¹. Segundo os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Brasil, em torno de 30% das mortes são por causa cardiovascular, além do que ocorreram mais de 80 mil internações apenas no mês de fevereiro de 2014 por doenças do sistema circulatório².

As doenças cardiovasculares estão entre as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), juntamente com o câncer, doenças respiratórias e diabetes. Dentre os principais fatores de risco compartilhados para tais doenças, estão a inatividade física, a alimentação não saudável, o tabagismo e uso prejudicial de álcool³.

Por outro lado, o consumo abusivo de álcool, tabaco e outras drogas podem produzir e potencializar o risco cardiovascular, fazendo com que indivíduos, que apresentem associação entre uso de drogas e história de fatores de risco para doenças cardiovasculares, necessitem de cuidados especiais que envolvem ações direcionadas não apenas à dependência, como também atenção para prevenção dos problemas cardiovasculares⁴.

Estudo que analisou os fatores de risco cardiovasculares em pacientes jovens vítimas de infarto agudo do miocárdio, identificou uma alta prevalência de consumo de tabaco e outras substâncias tóxicas, embora esta relação não esteja ainda claramente demonstrada⁵. Nos últimos anos, o uso de drogas tem sido investigado quanto aos seus efeitos adversos sobre o sistema cardiovascular, pois todos os tipos de drogas de abuso podem induzir importantes complicações cardiovasculares (CV), sendo estas, agudas ou crônicas como eventos isquêmicos e arrítmicos, cardiomiopatia dilatada (CMD) dentre outras⁶.

O risco para doenças cardiovasculares em usuários de drogas está associado aos efeitos que estas substâncias exercem sobre o sistema circulatório, como alterações vasopressóricas resultando em hipertensão arterial sistêmica, alteração de perfil lipídico aumentando a formação de ateromatoses e risco de isquemia miocárdica, além de arritmias cardíacas que podem culminar em evento fatal como a morte súbita^{7,8}.

Ressalta-se ainda que o aumento do número de casos de doenças cardiovasculares é determinado por fatores como estilo de vida e capacidade do indivíduo de comprometer-se com o seu próprio cuidado e aderir aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos como meio de promoção da saúde e prevenção de adoecimento⁹. Um estudo acerca do autocuidado e adesão ao tratamento em pessoas com fatores de risco cardiovasculares

demonstrou que existe uma correlação positiva entre a capacidade de autocuidado e maior esforço para adesão aos tratamentos farmacológicos e mudança de estilo de vida para a prevenção de doenças cardiovasculares¹⁰.

Neste sentido, a quantificação dos fatores e estratificação de risco cardiovascular além de permitirem identificar o nível de suscetibilidade da pessoa, podem contribuir para implementação de estratégias de enfermagem com ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde cardiovascular nos grupos com maior probabilidade de desenvolvê-los, influenciando para os comportamentos de vida saudáveis e minimizando a incidência de doença cardiovascular¹⁰.

A estratificação do risco cardiovascular, por meio da utilização de instrumentos como o Escore de Risco de *Framingham*, por exemplo, configura-se como um dos meios válidos na promoção da saúde cardiovascular por possibilitar a implementação de cuidados preventivos através de ações que visem retardar ou impedir o adoecimento¹¹.

A utilização de escores de avaliação do risco cardiovascular auxilia enfermeiros e outros profissionais de saúde a sistematizarem a sua assistência objetivando a prevenção da morbidade e mortalidade por causas cardiovasculares¹². A aplicação do Escore de Risco de *Framingham* proporciona ao enfermeiro maior autonomia na avaliação do risco cardiovascular na sua clientela, por ser de fácil aplicação e de baixo custo, permitindo uma abordagem preventiva que contemple a adesão de hábitos saudáveis e promoção do autocuidado nas ações de educação em saúde¹³.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o risco cardiovascular segundo o Escore de risco de Framingham e sua associação com a capacidade de autocuidado e outros fatores de risco em usuários de drogas que se encontram em programa terapêutico nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na cidade de Recife-PE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, de corte transversal, realizado em cinco unidades do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS AD na cidade do Recife-PE no período de maio a agosto de 2014. Participaram do estudo usuários que se encontravam em programa terapêutico da dependência do uso de drogas, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e se encontrar consciente e orientado para participar da pesquisa. A amostra foi do tipo probabilística com amostragem aleatória

estratificada por unidades de CAPS AD, determinada a partir de equação de cálculo para variável nominal em população finita. O tamanho amostral necessário foi de 125 usuários.

A coleta dos dados realizou-se por meio de entrevista, exame físico e coleta de sangue para exames laboratoriais. Foram utilizados dois tipos de instrumentos de coleta: um formulário que contemplou os dados socioeconômicos, consumo de substâncias, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, hábitos, estilo de vida e dados do exame físico (medidas antropométricas e pressão arterial), além de resultados de exames laboratoriais coletados para análise do colesterol total e HDL, necessários para o cálculo do risco cardiovascular.

O segundo instrumento utilizado foi uma escala de avaliação da capacidade de autocuidado, denominada de *Appraisal of Self-care Agency* (ASA - SCALE), composta por 24 itens com padrões de resposta em escala tipo Likert com quatro alternativas: Nunca, Quase nunca, Quase sempre e Sempre, às quais se atribuem respectivamente pontuações de 1, 2, 3 e 4. A capacidade de autocuidado foi classificada em: Baixa (24 a 48 pontos), regular (49 a 72 pontos) e boa (73 a 96 pontos)¹⁴.

Os dados foram coletados em duas etapas: na primeira etapa foi realizada uma entrevista durante a qual foi aplicado o formulário e realizado o exame físico. Nesta etapa ainda foi aplicado o instrumento de Avaliação da capacidade de Autocuidado (ASA-A Escala). Na segunda etapa realizou-se a coleta dos exames laboratoriais para análise de perfil lipídico (Colesterol Total e HDL) a qual foi realizada nas dependências da unidade do CAPS-AD em data previamente agendada e mediante as devidas recomendações aos participantes da pesquisa.

O risco cardiovascular foi avaliado segundo o Escore de *Framingham*, o qual leva em consideração para o cálculo, as variáveis: sexo, idade, tabagismo, lipoproteína de alta densidade (HDL), colesterol total e pressão arterial sistólica e diastólica. A partir do cálculo, os indivíduos foram classificados de acordo com a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares, no período de 10 anos, em: baixo risco ($\leq 10\%$), risco intermediário (10% a 20%) ou risco alto ($> 20\%$)¹⁵.

Para a análise dos dados foi criado um banco de dados no *Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows* - SPSS versão 22.0 onde também foi realizada a análise. Para avaliação das variáveis foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequências. Na comparação das proporções encontradas foi aplicado o teste Qui-quadrado. Na análise bivariada para identificação dos fatores associados à classificação do risco cardiovascular foram construídas tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que o teste de Qui-quadrado não pôde

ser aplicado utilizou-se o teste Exato de Fisher. Na análise multivariada utilizou-se o Modelo de Poisson a fim de determinar quais os fatores que conjuntamente influenciaram no risco intermediário/alto. As conclusões foram tiradas considerando nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), conforme parecer nº 479.559, CAAE nº 22677613.4.0000.5208.

RESULTADOS

Participaram do estudo 125 usuários, a maioria do sexo masculino (78,4%), faixa etária de 40 a 59 anos (50,4%), cor/raça parda (52,8%), solteiro (61,6%), 6 a 9 anos de estudos (34,4%), renda familiar de 1 salário mínimo (53,6%), desempregado (47,2%). Quanto ao tempo de tratamento na rede de atenção psicossocial, a maioria (47,2%) encontrava-se em tratamento entre 4 a 12 meses e 44% estavam em tratamento há menos de 4 meses. Quanto ao uso de drogas, observou-se que a maioria dos usuários (45,6%) fazia o uso de três ou mais tipos de substâncias, incluindo as lícitas e ilícitas. O teste de comparação de proporção foi significativo para todas as variáveis avaliadas (p -valor < 0,05) indicando que o perfil descrito, é de fato o mais frequente na população em estudo (Tabela 1).

Verificou-se que a droga mais consumida era o álcool (98,4%), seguido do tabaco (80,8%) e maconha (37,6%). As drogas com a menor prevalência de uso foram as Anfetaminas e Benzodiazepínicos (ambos com 16,0%). O tabaco, além de ter sido uma das drogas mais usadas, foi a que apresentou maior frequência do uso pesado (75,2%), seguido do Crack (31,0%) e Benzodiazepínicos (25,0%) (Quadro 1).

Quadro 1. Prevalência do uso das drogas e padrão de consumo das substâncias pelos usuários participantes do estudo

Tipo de droga	Prevalência	Frequência do uso			
		Pesado	Frequente	No mês	No ano
Álcool	123 (98,4%)	26(21,1)	33(26,8)	57(46,3)	7(5,7)
Anfetaminas	20 (16,0%)	0(0,0)	2(10,0)	2(10,0)	16(80,0)
Benzodiazepínicos	20 (16,0%)	5(25,0)	2(10,0)	1(5,0)	12(60,0)
Cocaína	36 (28,8%)	4(11,1)	5(13,9)	6(16,7)	21(58,3)
Crack	42 (33,6%)	13(31,0)	8(19,0)	9(21,4)	12(28,6)
Inalantes	36 (28,8%)	2(5,6)	2(5,6)	9(25,0)	23(63,9)
Maconha	47 (37,6%)	9(19,1)	5(10,6)	7(14,9)	26(55,3)
Tabaco	101 (80,8)	76(75,2)	5(5,0)	7(6,9)	13(12,9)

Quanto aos antecedentes mórbidos dos usuários (Quadro 2), verificou-se que nos antecedentes pessoais, as doenças mais prevalentes foram a Hipertensão arterial sistêmica (34,4%) seguido da angina (33,6%) e Dislipidemia (16,8%). Já nos antecedentes familiares, as doenças mais prevalentes foram: Hipertensão (91,2%), diabetes (60,8%) e Dislipidemia (52,8%).

Quadro 2. Antecedentes mórbidos pessoais e familiares dos usuários participantes do estudo

Antecedentes	Prevalência no indivíduo	Histórico familiar
Hipertensão	43(34,4%)	114(91,2%)
Diabetes	15(12,0%)	76(60,8%)
Dislipidemia	21(16,8%)	66(52,8%)
Doenças da Tireóide	5(4,0%)	-
Infarto agudo do Miocárdio	10(8,0%)	65(52,0%)
Acidente vascular cerebral	8(6,4%)	59(47,2%)
Doença vascular periférica	18(14,4%)	-
Angina	42(33,6%)	58(46,4%)
Outras doenças do coração	9(7,2%)	14(11,2%)

Quanto aos hábitos e estilos de vida (tabela 2), verificou-se que a maioria dos usuários não praticavam atividades físicas (63,2%), eram fumantes (75,2%), faziam uso de cigarros em média de 13 a 36 anos (57,5%), consumiam bebida alcoólica (98,4%), costumavam consumir alimentos gordurosos e/ou muito salgados (64,8%), porém, a maioria referiu consumir dieta rica em frutas e vegetais (80,0%). O teste de comparação de proporção para as referidas variáveis foi significativo para todos os hábitos avaliados (p valor < 0,05).

Sobre os dados do exame físico, verificou-se que 45,6% dos usuários apresentou IMC classificado como normal ($18,5 < \text{IMC} < 24,9 \text{ Kg/m}^2$), entretanto, 32,0% deles foram classificados como sobrepeso ($25,0 < \text{IMC} < 29,9 \text{ Kg/m}^2$) e 13,6% apresentou algum grau de obesidade ($\geq 30 \text{ Kg/m}^2$). Quanto à classificação da pressão arterial, a maioria dos usuários (41,6%) apresentou PA considerada como ótima e 21,6% apresentou algum estágio de hipertensão. Em relação ao perfil lipídico verificou-se que a maioria dos usuários (52%) apresentou colesterol total inferior a 200mg/dL, nível considerado como desejável. Quanto ao HDL, a maioria 75,2% apresentou valores considerados como limítrofes, ou seja, na faixa de 40 a 59mg/dL, apenas 21,6% apresentou valores desejáveis. O teste de comparação de proporção foi significativo (p -valor < 0,05) para todas as variáveis do exame físico e laboratoriais avaliadas. Quanto à circunferência abdominal, observou-se que 75,2%

apresentou medidas ideais, de acordo com o padrão para o sexo feminino e masculino, que são até 88 cm e 102 cm respectivamente (Tabela 3).

Na estratificação do risco cardiovascular a partir do Escore de Risco de Framingham, verificou-se que a maioria dos pacientes apresentaram baixo risco cardiovascular (59,2%) e regular capacidade de autocuidado (59,2%). O teste de comparação de proporção para este fator avaliado foi significativo indicando que relevantemente o número de pacientes com baixo risco para problemas cardíacos e com regular autocuidado foi maior que do que os demais (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do risco cardiovascular e a classificação da capacidade de autocuidado dos pacientes avaliados

Fator avaliado	N	%	p-valor¹
Estratificação do Risco de Framingham			
Baixo risco	74	59,2	
Risco intermediário	49	39,2	<0,001
Alto risco	2	1,6	
Classificação do autocuidado			
Baixa (24 a 48 pontos)	14	11,2	
Regular (49 a 72 pontos)	74	59,2	<0,001
Boa (73 a 96 pontos)	37	29,6	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

Na análise bivariada realizada para investigar a associação entre as variáveis do perfil socioeconômico, tratamento, consumo de substâncias, hábitos e estilo de vida com o risco cardiovascular de *Framingham* optou-se por unir as categorias risco Intermediário e Alto, as quais dentro da classificação representam risco superior a 10% para doença cardiovascular.

Constatou-se que a maior prevalência de pacientes com risco cardiovascular de *Framingham* intermediário/alto foi encontrada no grupo do sexo masculino (44,9%), com idade de 60 ou mais anos (75,0%), da cor/raça preta (45,0%), viúvo (80,0%), com 1 a 5 anos de estudo (48,5%), aposentado (60,0%), que mora em outros lugares sem ser casa alugada, própria, com parentes ou albergue (66,7%), que estavam de 4 meses e 1 ano em tratamento na rede de atenção psicossocial (54,2%) e que consumiam a partir de 2 tipos de drogas. Mesmo sendo observada maior prevalência no grupo descrito, o teste de independência foi significativo apenas nos fatores: idade (p-valor < 0,001), tempo de tratamento (p-valor = 0,013) e número de drogas utilizadas (p= 0,044) indicando que estes fatores foram determinantes para a ocorrência do intermediário/alto escore de risco de *Framingham* (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis de perfil socioeconômico, tempo de tratamento, número de drogas utilizadas e análise bivariada com o risco cardiovascular de Framingham

Variável	N	%	p-valor ¹	Risco de Framingham		p-valor
				Intermediário /Alto	Baixo	
Sexo						
Masculino	98	78,4	<0,001	44(44,9%)	54(55,1%)	0,076 ¹
Feminino	27	21,6		7(25,9%)	20(74,1%)	
Idade						
20 a 39 anos	42	33,6	<0,001	8(19,0%)	34(81,0%)	<0,001 ¹
40 a 59 anos	63	50,4		28(44,4%)	35(55,6%)	
60 ou mais	20	16,0		15(75,0%)	5(25,0%)	
Raça						
Branca	18	14,4	<0,001	7(38,9%)	11(61,1%)	0,910 ²
Preta	40	32,0		18(45,0%)	22(55,0%)	
Amarela	1	0,8		0(0,0%)	1(100,0%)	
Parda	66	52,8		26(39,4%)	40(60,6%)	
Condição marital						
Solteiro	77	61,6	<0,001	28(36,4%)	49(63,6%)	0,312 ¹
Casado(a)/União estável	30	24,0		13(43,3%)	17(56,7%)	
Separado(a)/Divorciado/Viúvo	18	14,4		10(55,6%)	8(44,4%)	
Anos de estudo						
0 anos	8	6,4	<0,001	3(37,5%)	5(62,5%)	0,755 ²
1 a 5 anos	33	26,4		16(48,5%)	17(51,5%)	
6 a 9 anos	43	34,4		18(41,9%)	25(58,1%)	
10 a 12 anos	34	27,2		11(32,4%)	23(67,6%)	
13 ou mais	7	5,6		3(42,9%)	4(57,1%)	
Renda familiar						
0 SM	28	22,4	<0,001	14(50,0%)	14(50,0%)	0,606 ²
1 SM	67	53,6		26(38,8%)	41(61,2%)	
2 SM	24	19,2		8(33,3%)	16(66,7%)	
3 ou mais	6	4,8		3(50,0%)	3(50,0%)	
Ocupação						
Empregado	18	14,4	<0,001	3(16,7%)	15(83,3%)	0,064 ¹
Autônomo	38	30,4		19(50,0%)	19(50,0%)	
Não remunerado	59	47,2		23(39,0%)	36(61,0%)	
Aposentado	10	8,0		6(60,0%)	4(40,0%)	
Tempo de tratamento						
Menos de 4 meses	55	44,0	<0,001	15(27,3%)	40(72,7%)	0,013 ¹
4 a 12 meses	59	47,2		32(54,2%)	27(45,8%)	
Superior a 12 meses	11	8,8		4(36,4%)	7(63,6%)	
Número de drogas utilizadas						
1 droga	20	16,0	<0,001	4(20,0%)	16(80,0%)	0,044 ¹
2 drogas	48	38,4		25(52,1%)	23(47,9%)	
3 ou mais	57	45,6		22(38,6%)	35(61,4%)	

¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Na análise bivariada para avaliação da associação entre os hábitos/estilo de vida, capacidade de autocuidado e o risco cardiovascular de *Framingham*, conforme apresenta a tabela 4, observou-se que a maior prevalência de pacientes com risco intermediário/alto foi encontrada no grupo que não pratica atividade física (46,8%), é fumante (46,8%), que fumam há mais de 36 anos (77,8%), fumam até 10 cigarros por dia (55,3%), não consomem bebida alcoólica (50,0%), não costuma consumir alimentos gordurosos ou salgados (40,9%), não costuma consumir dieta rica em frutas e vegetais (48,0%) e que possuem uma boa classificação de autocuidado (43,2%).

O teste de independência foi significativo apenas para o fator hábito de fumar (p-valor = 0,017) e tempo de consumo de cigarros há mais de 36 anos (p=0,001) indicando que apenas os pacientes que fumam, há um tempo superior a 36 anos apresentam maior probabilidade de apresentar risco intermediário/alto de Framingham (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos hábitos e estilos de vida dos pacientes avaliados e análise bivariada com o risco cardiovascular de Framingham (Continua)

Hábitos de vida	N	%	p-valor	Risco de Framingham		p-valor
				Intermediário /Alto	Baixo	
Pratica atividade física						
Sim	46	36,8	0,003	14(30,4%)	32(69,6%)	0,072 ¹
Não	79	63,2		37(46,8%)	42(53,2%)	
É fumante						
Sim	94	75,2	<0,001	44(46,8%)	50(53,2%)	0,017¹
Não	31	24,8		7(22,6%)	24(77,4%)	
Tempo de consumo de cigarros (em anos)						
Menos de 12 anos	16	15,8	<0,001	7(43,8%)	9(56,3%)	0,001
13 a 36 anos	58	57,5		20(34,5%)	38(65,5%)	
Acima de 36 anos	27	26,7		21(77,8%)	6(22,2%)	
Número de cigarros por dia						
Até 10 cigarros	47	50,0	1,000	26(55,3%)	21(44,7%)	0,098 ¹
Acima de 10 cigarros	47	50,0		18(38,3%)	29(61,7%)	
Consome ou já consumiu bebidas alcoólicas						
Sim	123	98,4	<0,001	50(40,7%)	73(59,3%)	1,000 ²
Não	2	1,6		1(50,0%)	1(50,0%)	

Tabela 2. Distribuição dos hábitos e estilos de vida dos pacientes avaliados e análise bivariada com o risco cardiovascular de Framingham

(continuação)

Hábitos de vida	N	%	p-valor	Risco de Framingham		p-valor
				Intermediário /Alto	Baixo	
Costuma consumir alimentos gordurosos e/ou muito salgados						
Sim	81	64,8	0,001	33(40,7%)	48(59,3%)	0,985 ¹
Não	44	35,2		18(40,9%)	26(59,1%)	
Costuma consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos						
Sim	100	80,0	<0,001	39(39,0%)	61(61,0%)	0,413 ¹
Não	25	20,0		12(48,0%)	13(52,0%)	
Classificação de autocuidado						
Ruim/regular	88	70,4	<0,001	35(39,8%)	53(60,2%)	0,719 ¹
Boa	37	29,6		16(43,2%)	21(56,8%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente) ²p-valor do teste Exato de Fisher.

A análise bivariada das variáveis relacionadas ao exame físico e exames laboratoriais com o Risco cardiovascular de Framingham mostrou que a maior prevalência de usuários com risco intermediário/alto foi encontrada entre os que apresentaram IMC classificado como baixo peso (54,5%), Hipertensos na Classificação da pressão arterial (77,8%), Colesterol total alto (60,7%), HDL em nível desejável (51,9%) e com circunferência abdominal acima da medida ideal (45,2%).

O teste de independência foi significativo apenas para os fatores classificação da pressão arterial e nível de colesterol, revelando que apenas os usuários hipertensos e nível de colesterol alto apresentaram maior probabilidade de apresentar risco cardiovascular intermediário/alto pelo Escore de Framingham (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos usuários quanto as variáveis do exame físico e exames laboratoriais e associação com Risco cardiovascular de Framingham

Fator avaliado	n	%	p-valor ¹	Risco de Framingham		p-valor
				Intermediário /Alto	Baixo	
IMC						
Baixo peso	11	8,8	<0,001	6(54,5%)	5(45,5%)	0,433 ²
Peso normal	57	45,6		19(33,3%)	38(66,7%)	
Sobrepeso	40	32,0		18(45,0%)	22(55,0%)	
Obeso	17	13,6		8(47,1%)	9(52,9%)	
Classificação da pressão arterial						
Ótima	52	41,6	<0,001	12(23,1%)	40(76,9%)	<0,001 ²
Normal	23	18,4		7(30,4%)	16(69,6%)	
Limítrofe	23	18,4		11(47,8%)	12(52,2%)	
Hipertensão	27	21,6		21(77,8%)	6(22,2%)	
Classificação do colesterol						
Desejável	65	52,0	<0,001	15(23,1%)	50(76,9%)	<0,001 ²
Limítrofe	32	25,6		19(59,4%)	13(40,6%)	
Alto	28	22,4		17(60,7%)	11(39,3%)	
HDL						
Baixo	4	3,2	<0,001	1(25,0%)	3(75,0%)	0,434 ³
Limítrofe	94	75,2		36(38,3%)	58(61,7%)	
Desejável	27	21,6		14(51,9%)	13(48,1%)	
Circunferência abdominal						
Ideal	94	75,2	<0,001	37(39,4%)	57(60,6%)	0,569 ²
Não ideal	31	24,8		14(45,2%)	17(54,8%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. ²p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade. ³p-valor do teste Exato de Fisher.

Na análise multivariada para ajuste final do modelo de Poisson para Risco de *Framingham*, foram incluídas no modelo todas as variáveis que apresentaram significância de até 0,20 na análise bivariada: Sexo (p-valor = 0,076), idade (p-valor < 0,001), ocupação (p-valor = 0,064), tempo de tratamento (p-valor = 0,013), número de drogas utilizadas, (p-valor = 0,044), prática de atividade física (p-valor = 0,072), hábito de fumar (p-valor = 0,017), tempo de consumo de cigarros (p-valor = 0,001), número de cigarros por dia (p-valor = 0,098), classificação da pressão arterial (p-valor < 0,001) e classificação do colesterol (p-valor < 0,001) conforme tabela 5.

Verificou-se que apenas as variáveis: sexo, idade, número de drogas utilizadas, prática de atividade física, classificação da pressão arterial e do nível de Colesterol foram determinantes para o risco intermediário/alto de Framingham. Observou-se ainda que o grupo de pacientes do sexo masculino apresentou 1,21 chances a mais de desenvolver o risco

intermediário/alto de Framingham do que o grupo do sexo feminino. Quanto à idade, o grupo que possui idade igual ou superior a 60 anos apresentou 2,59 vezes mais chances de desenvolver o risco intermediário/alto de Framingham do que o grupo com idade de 20 a 39 anos. Além disso, no grupo de faixa etária 40 a 59 anos essa chance é 1,72 vezes maior do que o grupo mais jovem.

Acerca da prática de atividade física, os pacientes que não possuem este hábito, aumentam em 0,81 a chance de ter risco intermediário/alto de Framingham do que o grupo de pacientes que praticam atividade física. Quanto ao grupo de pacientes que se apresentaram hipertensos, apresentou 1,23 chances a mais de desenvolver o risco intermediário/alto de Framingham do que o grupo de pacientes que apresentou pressão arterial considerada ótima/normal. Ainda o grupo de usuários com a pressão arterial classificada como limítrofe apresentou 0,66 chances a mais que o grupo com PA ótima/normal. Quanto ao perfil lipídico, os grupos com nível de colesterol total classificado como alto e limítrofe apresentaram respectivamente 1,83 e 1,94 vezes mais chances de ter risco cardiovascular de Framingham intermediário/alto.

Tabela 5. Ajuste final do modelo de Poisson para os fatores que influenciaram no risco cardiovascular intermediário/alto segundo o Escore de Framingham

Fator avaliado	RP	IC (95%)	p-valor
Sexo			
Masculino	2,21	1,13 – 4,34	0,021
Feminino	1,00	-	-
Idade			
20 a 39 anos	1,00	-	-
40 a 59 anos	2,72	1,50 – 4,91	0,001
60 ou mais	3,59	1,92 – 6,71	<0,001
Número de drogas utilizadas			
1 droga	1,00	-	-
2 drogas	3,14	1,34 – 7,33	0,008
3 ou mais	2,98	1,32 – 6,75	0,009
Prática atividade física			
Sim	1,00	-	-
Não	1,81	1,21 – 2,72	0,004
Classificação da pressão arterial			
Ótima	1,00	-	-
Normal	0,97	0,54 – 1,74	0,920
Limítrofe	1,66	0,94 – 2,93	0,080
Hipertensão	2,23	1,40 – 3,57	0,001
Classificação do colesterol			
Desejável	1,00	-	-
Limítrofe	1,94	1,31 – 2,87	0,001
Alto	2,83	1,74 – 4,59	<0,001

DISCUSSÃO

A caracterização socioeconômica dos participantes deste estudo foi semelhante a outros estudos também realizados com população de usuários de drogas, através dos quais é possível constatar o predomínio de homens, adultos jovens, solteiros, com baixa escolaridade e condição socioeconômica desfavorável¹⁶⁻¹⁹.

O predomínio do sexo masculino, nesta população, pode ainda relevar uma questão de gênero em relação à busca do tratamento por usuários de drogas, revelando a realidade de que as mulheres, geralmente, sentem vergonha da sua condição, por razões como o estigma social em relação às drogas e o papel da mulher na sociedade, dificultando, assim, o acesso ao tratamento¹⁹⁻²².

Merece destaque o achado em relação à faixa etária predominante neste estudo que foi de 40 a 59 anos, pois apesar de pesquisas demonstrarem uma maior prevalência do consumo de drogas por indivíduos jovens²³, este resultado pode ser explicado pelo fato do estudo ter sido realizado com usuários em tratamento em serviço especializado, nos quais em geral os usuários mais jovens e com menos tempo de uso de substâncias, tem maior dificuldade de buscar e aderir ao tratamento²⁴.

Constatou-se neste estudo que o tempo de admissão dos usuários no serviço, foi predominantemente de quatro meses a 1 ano, indicando que a maioria dos usuários foram recentemente recebidos no serviço, o que em geral é comum, tendo em vista a alta taxa de abandono de tratamento, principalmente por usuários mais jovens¹⁶.

Em relação aos tipos de substâncias consumidas pelos usuários participantes deste estudo, o resultado foi compatível com os levantamentos e estudos nacionais e internacionais acerca do consumo de drogas^{23,25-26}. O presente estudo apontou que as substâncias mais consumidas foram o álcool (98,4%), seguido do tabaco (80,8%) e maconha (37,6%). O álcool e o tabaco são as substâncias lícitas mais consumidas no mundo e responsáveis pelos maiores danos à saúde, principalmente por serem considerados como um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas dentre elas as doenças cardiovasculares²⁷.

Dentre os efeitos cardiovasculares do abuso regular de álcool estão a hipertensão arterial sistêmica, que por si só é um fator de risco para outras doenças cardiovasculares e para morte súbita. O álcool ainda está associado a arritmias cardíacas e alterações de coagulação que podem predispor a eventos isquêmicos cerebrais e coronarianos²⁸.

Neste estudo a maconha foi a terceira substância mais consumida, e a primeira dentre as drogas ilícitas, achado equivalente aos resultados de outros estudos realizados no Brasil, e

que atribuíram o frequente consumo da maconha ao fácil acesso à mesma, bem como o seu baixo custo¹⁹.

Quanto à frequência de uso, o tabaco e o crack foram as duas principais substâncias mais referidas como em uso pesado, classificação de uso que se refere ao usuário que afirmou consumir a substância diariamente no último mês²⁹. As referidas substâncias estão consideradas entre as que causam maior dependência e, portanto, mais difíceis de interrupção do consumo quando o usuário se submete a um programa terapêutico.

No que diz respeito aos antecedentes mórbidos dos usuários constatou-se que dentre os antecedentes familiares, os mais prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemias, achados estes semelhantes a outros estudos nacionais acerca do risco cardiovascular na população em geral, nos quais se evidenciaram tais doenças dentre os principais fatores de risco³⁰⁻³². Ressalta-se que entre os fatores de risco, a história familiar está consistentemente relacionada ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e constituem fator não modificável e independente, que deve ser investigado e valorizado na avaliação cardiovascular, ainda que em indivíduos considerados de baixo risco³³⁻³⁴.

Os antecedentes mórbidos na história pessoal são ainda mais relevantes de serem investigados, tendo em vista que a presença de algumas doenças e alterações é considerada na estratificação do risco cardiovascular e devem ser alvo de intervenção terapêutica. De acordo com os resultados os três principais antecedentes pessoais identificados foram a hipertensão arterial sistêmica (34,4%), angina (33,6%) e dislipidemia (16,8%).

Dentre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial sistêmica é considerada como o mais importante para a elevação do risco de doenças cardiovasculares isquêmicas e para o acidente vascular cerebral³⁵, como também a dislipidemia é um destes fatores potencializadores do risco cardiovascular. A angina trata-se da principal manifestação clínica da ocorrência de episódios reversíveis de desequilíbrio entre a oferta de sangue e a demanda metabólica miocárdica, eventualmente de maneira espontânea ou induzíveis por exercício físico, emoção, ou outros tipos de estresse, como por exemplo, pelo consumo agudo de algumas substâncias ilícitas, dentre elas a cocaína³⁶.

A estratificação do risco cardiovascular dos usuários deste estudo apontou que a maioria dos pacientes apresentou baixo risco cardiovascular (59,2%). Ressalta-se que não foram identificados na literatura outros estudos de estratificação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham em população de usuários de drogas, porém, resultados de estudos realizados com população de características semelhantes constataram 88,4% e 80% respectivamente da população com baixo risco cardiovascular³⁷⁻³⁸.

O risco cardiovascular no presente estudo foi mensurado a partir do Escore de Framingham, o qual é o mais utilizado mundialmente. No Brasil, é recomendado pelo Ministério da Saúde³⁹, no entanto, evidencia-se que este algoritmo apresenta limitações, que podem resultar na subestimação do risco, já que considera apenas fatores de risco tradicionais como idade, nível de colesterol, pressão arterial, presença de diabetes e hábito de tabagismo, não levando em consideração outros fatores importantes como IMC, obesidade central, consumo de álcool, hábitos alimentares, prática de atividades físicas e antecedentes familiares de doenças cardiovasculares⁴⁰.

Quanto à mensuração da capacidade de autocuidado, os resultados revelaram que na maioria dos usuários (59,2%) esta foi considerada como regular e ainda, para 11,2% deles foi considerada como baixa, somando-se um percentual de 70,4% de usuários com capacidade de autocuidado comprometida. Tal resultado confirma que o hábito de consumir drogas é capaz de comprometer a capacidade de autocuidado do indivíduo, por comprometerem o seu senso crítico e capacidade de julgamento, tornando-o mais vulnerável a doenças⁴¹. Neste contexto, reforça-se a importância do enfermeiro na assistência à saúde desta população, identificando as suas demandas, construindo um plano de ação que estimule o autocuidado e contribua para a preservação da vida e do bem-estar através da prevenção de agravos à saúde⁴².

A capacidade de autocuidado não apresentou associação significativa com o risco cardiovascular intermediário/alto. Destaca-se, no entanto, que apesar de não haver sido encontrada uma associação positiva entre o risco cardiovascular intermediário/alto com a baixa/regular capacidade de autocuidado, reafirma-se que prevenção das doenças cardiovasculares está essencialmente associada à prática do autocuidado, já que os principais fatores de risco para tais enfermidades estão relacionados a fatores comportamentais que envolvem hábitos e estilo de vida⁴³.

De acordo com as variáveis socioeconômicas a maior prevalência de usuários com risco cardiovascular intermediário/alto, se deu no grupo do sexo masculino, com idade superior a 60 anos, cor/raça preta, viúvos, com baixa escolaridade, sem renda familiar ou com três ou mais salários mínimos, aposentados, que não tem lugares fixos de moradia, que estavam em tratamento de quatro meses a um ano e que consumiam a partir de dois tipos de drogas. Destes fatores, foram significativos e determinantes para o risco intermediário/alto, apenas a idade igual ou superior a 60 anos, o tempo de tratamento de 4 a 12 meses e o fato de consumir 2 ou mais tipos de substâncias.

A idade é um fator de risco já considerado como determinante para o risco cardiovascular e que inclusive é uma das variáveis que compõem o cálculo do risco no Escore

de Framingham¹¹. Vários estudos realizados afirmam que quanto mais avançada a idade maior o risco de doença cardiovascular⁴⁴.

O tempo de tratamento em serviço especializado pode contribuir na redução do risco cardiovascular à medida que os usuários abandonam gradativamente o consumo de substâncias, além de outros fatores como melhora no padrão da alimentação e participação em atividades físicas. É o que sugere um estudo realizado por Berg no qual afirmam que determinado tempo de estadia de um usuário de drogas em serviço de reabilitação pode estabilizar fatores biológicos que representam risco para a saúde cardiovascular⁴⁵.

Em relação aos hábitos dos usuários, o risco cardiovascular intermediário/alto foi mais elevado no grupo que não praticava atividade física, que referiu o hábito de fumar, há um tempo superior a 36 anos, que não costumavam comer dieta rica em frutas e verduras, que não consumiam bebidas alcoólicas e alimentos hipercalóricos. Observou-se ainda que risco intermediário/alto foi mais prevalente também entre o grupo de usuários que ao exame físico apresentou valores de pressão arterial classificada como hipertensão e nível de colesterol total alto constatado em exames laboratoriais.

Ressalta-se que o hábito de fumar e o tempo de consumo do tabaco foram, dentre os hábitos dos usuários, os únicos fatores que apresentaram significância quanto ao risco intermediário/alto de Framingham. Muitos estudos já realizados afirmam ser o tabagismo um dos principais fatores de risco para adoecimento e mortes por doenças crônicas, principalmente as doenças cardiovasculares. Entretanto, muitas experiências de programas de intervenção contra o tabagismo apresentaram eficácia na redução do risco cardiovascular, por meio de ações direcionadas ao estímulo às mudanças comportamentais e promoção do autocuidado⁴⁶.

A predominância da inatividade física é um dado encontrado na maioria dos estudos que investigam a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares³⁷⁻³⁸. Na população deste estudo este hábito pode estar relacionado com os comportamentos de risco praticados pelo usuário que em consequência dos efeitos do consumo de substâncias, oscilam entre sentimentos de depressão e fissura, tendendo a negligenciar o cuidado com a própria saúde.

A prática de atividades físicas é considerada como um fator protetor no desenvolvimento das doenças cardiovasculares, além de comprovadamente proporcionar muitos benefícios quando parte do projeto terapêutico na dependência química, proporcionando aos usuários bem-estar físico, mental e social⁴⁷.

Em geral o indivíduo usuário de drogas adquire hábitos alimentares irregulares principalmente em períodos de abuso ativo de substâncias, chegando a consumir alimentos que não favorecem a prevenção do risco cardiovascular⁴⁵. Os hábitos alimentares saudáveis tem impacto considerável na prevenção das doenças cardiovasculares, através mecanismos fisiológicos como a redução da glicemia e da absorção enteral do colesterol, inibição da oxidação da lipoproteína LDL e controle dos níveis da pressão arterial⁴⁸.

A adoção de hábitos saudáveis de vida, por sua vez, é capaz de interferir positivamente em parâmetros fisiológicos como na função endotelial, estresse oxidativo, pressão arterial, e nos níveis de lipídios sanguíneos que exercem significativa influência na incidência de desfechos cardiovasculares graves, como infarto do miocárdio e doença cérebro-vascular⁴⁹.

Na análise multivariada, para avaliação das variáveis que conjuntamente influenciaram para o risco cardiovascular intermediário/alto neste estudo, identificou-se que o sexo, a idade, número de drogas utilizadas, prática de atividade física, pressão arterial e do nível de colesterol foram determinantes, ou seja, dentre os usuários avaliados aqueles que mais apresentaram risco em desenvolvem doenças cardiovascular em 10 anos, foram os homens, com idade a partir de 60 anos, aqueles que não praticam atividades físicas, apresentaram pressão arterial elevada no momento do exame e nível de colesterol total acima dos valores desejáveis.

Estudo realizado para avaliação do risco cardiovascular em população que compareceu espontaneamente para consulta de check-up, também constatou que a população masculina apresentou maior probabilidade de desenvolver doença cardiovascular em 10 anos (14,2 % com escore médio de 9,8) em relação às mulheres (8,3% com escore médio de 7,2), dislipidêmicos, com sobrepeso, sedentários, com diagnóstico de hipertensão leve⁵⁰.

Uma das vertentes do Estudo *National Health and Nutrition Examination* (NHANES) que buscou avaliar a associação entre o consumo de drogas ilícitas e a prevalência de fatores de risco para doenças cardiometabólicas, concluiu que indivíduos que referiram o uso de drogas pelo menos uma vez na vida foram mais propensos a apresentarem no mínimo três fatores de risco, sendo que as mulheres apresentaram 1,5 vezes mais chances de apresentarem tais fatores que os homens. O referido estudo ainda sugeriu que profissionais de saúde devem ter conhecimento de que pacientes com história de uso de drogas podem estar em risco aumentado para doenças cardiovasculares²².

CONCLUSÃO

O risco cardiovascular na população em estudo foi predominantemente baixo, entretanto, houve uma maior prevalência de indivíduos com capacidade de autocuidado classificada como baixa e regular, como esperado por tratarem-se de usuários de álcool e drogas. Não houve, contudo, associação do risco cardiovascular intermediário/alto com a regular/baixa capacidade de autocuidado.

Destacam-se os fatores que foram determinantes para o risco cardiovascular elevado (intermediário/alto), que foram ser do sexo masculino, faixa etária 60 anos e mais, sedentarismo, uso de mais de dois tipos de drogas, hipertensão arterial e dislipidemia, em sua maioria, considerados como fatores de risco modificáveis, logo passíveis de prevenção principalmente através de estratégias como a educação em saúde direcionada para a promoção do autocuidado e mudanças comportamentais.

Ressalta-se que a quantidade de drogas consumidas apresentou-se como um dos fatores determinantes para o risco cardiovascular intermediário/alto, achado que reforça a importância da avaliação do risco cardiovascular em usuários de drogas, em especial naqueles que são dependentes de múltiplas substâncias grupos com os referidos fatores de risco, como um subsídio para o planejamento da assistência a esta população, pelo estímulo à prática de hábitos de vida saudáveis atrelada às estratégias para redução dos danos e superação do consumo de álcool e drogas.

REFERÊNCIAS

1. Herdy AH et al. Consenso Sul-Americano de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2014; 103(2Supl.1): 1-31.
2. Simão AF et al. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 101(6Supl.2): 1-63
3. Schmidt MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Série: Saúde no Brasil 4. The Lancet. 2011; 4:61-74
4. Córdova AHR. Importancia del cuidado ante el consumo de cocaína como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010; 18 (1-2): 23-28.
5. Andre´s E et al. Cardiovascular Risk Factors and Lifestyle Associated With Premature Myocardial Infarction Diagnosis. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(6):527–529

6. Rangel I et al. Cardiomiopatia Tóxica Dilatada: Reconhecendo uma Doença Potencialmente Reversível. *Arq Bras Cardiol.* 2014; 102(4): 37-39
7. Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular effects of cocaine. *Journal of the American Heart Association - Circulation.* 2010; 122: 2558-2569.
8. Ribeiro M, Petta AC, Marques R. Manifestações cardiovasculares do consumo de drogas. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas –UNIAD/UNIFESP. São Paulo: 2004
9. Patrizi R, Pasceri V, Sciahbasi A, Summaria F, Rosano GM, Lioy E. Evidence of cocaine-related coronary atherosclerosis in young patients with myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 47: 2120-2122.
10. Velandia-Arias A, Rivera-Alvarez L N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Rev. salud pública* [online]. 2009, vol.11, n.4, pp. 538-548.
11. Lotufo PA. Framingham Score for cardiovascular diseases. *Rev Med (São Paulo).* 2008; 87(4):232-7.
12. Cesarino CB, Borges PP, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Kusumota L. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(1): 101-107.
13. Cruz BG, Oliveira PM, Mendes VS, Nascimento RA. Relato de experiência sobre a aplicação do Escore de Risco de Framingham para doenças cardiovasculares em ESF Vila Siom. In: Anais da VII Mostra Científica de Enfermagem/ IV Amostra de vídeos em saúde FIOCRUZ. Universidade Estadual de Montes Claros. 2012; Maio 09-12; Montes Claros-Brasil.
14. Silva J, Kimura M. Adaptação cultural e validação do instrumento de capacidade de autocuidado do Appraisal of self-care agency scale. Pesquisa (Programa de doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública Nº 15, de 24 de Setembro de 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/25/cp15.pdf>. Acesso em: 21 de abril de 2013.
16. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. CAPS-ad: adesão ao tratamento de álcool. *Esc Anna Nery.* 2011 jan-mar; 15 (1):90-95
17. Botti NCL, Machado JSA, Tameirão FV. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia.* Rio de Janeiro. 2014; 14 (1): 290-303.
18. Horta RL et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2011; 27(11):2263-2270.

19. Marcon SR, Xavier JS, Barcelon AA, Espinosa MM, Barbosa DA. Correlação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(4):662-8
20. Rossetti ACK, Santos VEP. Dependente químico: adesão ao tratamento. *Rev Tec-cient Enferm*. 2006;4(14).
21. Peixoto C. Impacto do Perfil clínico e sociodemográfico na adesão Ao Tratamento de patients de hum Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J. bras. Psiquiatr*. Rio de Janeiro. 2010; 59 (4).
22. Vidot DC, Arheart KL, Prado G, Bandstra ES, Messiah SE. Illicit drug use and cardiometabolic disease risk: an analysis of 2005-2008 National Health and Nutrition Examination Survey data. *Int J Clin Pract*. 2013; 67(11):1173-81.
23. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2013. New York: United Nations publication; 2013: E.13.XI.6.
24. Araujo NB, Marcon SR, Silva NG, Oliveira JRT. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61(4): 227-34.
25. Felipe ICV, Gomes AMT. Consumo de álcool entre acadêmicos da área da saúde: implicações para a prática profissional. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 jan/fev; 22(1):35-41.
26. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP– Brasília: SENAD, 2010. 284 p.
27. Stipp, MAC et al. "O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem." *Esc Anna Nery Rev Enferm* 11.4 (2007): 581-85.
28. David T, Providência R, Lino G. Síndrome do Coração Pós-Feriado após 34 anos. *Arq. Bras. Cardiol*. 2013; 101 (2): 183-189.
29. CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas. Classificação do uso de drogas. [Homepage da internet]. Disponível em: http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/classific_uso.htm. Acesso em: 22 de dezembro de 2014.
30. Correia BR, Cavalcante E, Santos E. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. *Rev Bras Clin Med*, 2010;8:25-29
31. Gomes EB , Moreira TMM, Pereira HCV, Sales IB, Lima FET, Freitas CHA, Rodrigues DP. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012; 65(4): 594-600.

32. Castilho PR, Carvalho CA, Domingues FE, Lessa LP, Ferreira MO, Tarbes MOR et al. Fatores de risco cardiovascular em moradores de uma região atendida por uma Unidade Básica de Saúde. *Ciência e Natura*.2014;36: 314–320
33. Martins et al. Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos Admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ. *Rev Bras Cardiol*. 2011;24(5):299-307
34. Chow CK et al. Parental History and Myocardial Infarction Risk Across the World The INTERHEART Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2011; 57(5): 619-627.
35. Paula EA, Paula RB, Costa DMN, Colugnati FAB, Paiva EP, Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(3):[08 telas]
36. Friedmann AA , Grindler J, Oliveira CAR, Fonseca AJ. Manifestação incomum de angina instável. *Diagn Tratamento*. 2012;17(2):73-4.
37. Cavagioni LC, Pierin AMG. Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):455-60.
38. Vilela MF, Filho RF, Chaveiro ND, Lima ACGB. Avaliação do risco cardiovascular em pacientes portadores de retrovírose em acompanhamento na infectologia do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Brasília Med*. 2013;50(3):194-199
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013: 128p.
40. Ribeiro, HS et al. Risco cardiovascular em pacientes submetidos ao transplante hepático. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2012; 58 (3): 348-354.
41. Vasconcelos SC. Grupo Terapêutico Educação em Saúde: promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas. Recife-PE: UFPE, 2012. 98 f. [Dissertação] Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2012.
42. Vasconcelos SC et al. Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação Em saúde com usuários de substâncias psicoativas. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013; 21(1):79-83.
43. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):534-42.
44. Ruiz ENF, Costa JSD. Fatores de risco cardiovascular em usuários da saúde suplementar. *Revista de Ciências Médicas* 21.1/6 (2013).
45. Berg JE, Hostmark AT. Cardiovascular risk factors in young drug addicts. *Addiction Biology*. 1996; 1 (3):297.
46. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc. saúde coletiva*.2012;17 (1).

47. Costa MKF, Farias KB, Pena JLC, Pureza DY. Educação física e saúde mental: compart(r)ilhando experiências no atendimento de usuários de álcool e outras drogas no CAPS AD em Macapá-AP. Universidade Federal do Amapá. *Fiep Bulletin*. 2014; Volume 84-Special Edition.
48. Pioltine MB et al. Dietary patterns and cardiovascular risk in adolescents from a private school in São Paulo. *Revista Ciência & Saúde*. 2013; 6 (3): 149-156.
49. Lunz W, Molina MDCB, Rodrigues SL, Gonçalves CP, Baldo MP, Viana EC, Danta EM, Mill JG. Impacto da atividade física sobre o risco cardiovascular na população adulta de Vitória-ES. *R. bras. Ci. e Mov*. 2010;18(3):64-73.
50. Galvão NI, Vilela RFJTJ, Orlandi BMM, Ferraz RF, Costa FAA, Fagundes DJ. Determinação do Risco Cardiovascular em População de Check-up Espontâneo através do Escore de Framingham. *Rev Bras Cardiol*. 2013;26(5):356-63.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo de revisão revelou que as evidências a cerca das doenças cardiovasculares em usuários de drogas ainda são incipientes, embora tenham sido identificados alguns estudos predominantemente internacionais que abordaram a temática enfocando tais doenças dentre as principais causas de mortalidade nos usuários de drogas, a partir dos fatores de risco e dos efeitos das substâncias sobre o sistema cardiovascular.

Enfatiza-se que não foram resgatados na literatura, estudos relacionados à avaliação do risco para doenças cardiovasculares em usuários de drogas, sob a perspectiva da importância da prevenção dessas enfermidades, a despeito das evidências acerca dos efeitos que tais substâncias exercem sobre a saúde humana, sobretudo sobre o sistema cardiovascular. Destacam-se, entretanto, as limitações encontradas na realização da busca das evidências na literatura, tendo em vista que durante a exploração dos artigos resgatados, observou-se que o descritor “usuários de drogas” e seus sinônimos são frequentemente utilizados para indexarem estudos que abordam apenas substâncias ilícitas ou que se referiram à substâncias utilizadas como terapia medicamentosa, embora a definição do descritor se refira a pessoas que consomem drogas sem intenção terapêutica ou médica, as quais podem ser legais ou ilegais, e que o seu uso frequentemente resulta em consequências médicas.

No artigo original constatou-se que o risco cardiovascular nos usuários de drogas foi predominantemente baixo e maior prevalência de indivíduos com capacidade de autocuidado classificada como baixa e regular, não tendo sido encontrada associação desta com risco cardiovascular intermediário/alto.

Ressaltam-se os fatores que foram determinantes para o risco cardiovascular elevado (intermediário/alto), os quais em sua maioria são considerados como fatores de risco modificáveis, e portanto, possíveis de serem prevenidos principalmente através de estratégias como a educação em saúde direcionada para a promoção do autocuidado e mudanças comportamentais.

Reitera-se, então, a importância da realização de outros estudos enfocando a avaliação do risco cardiovascular em usuários de substâncias psicoativas, inclusive naqueles que não estão em tratamento em serviços especializados, além de estudos experimentais que objetivem avaliar a eficácia de ações de educação em saúde com foco na redução do risco cardiovascular nos grupos mais suscetíveis e classificados como em risco elevado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (WHO). Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas. [tradução Fábio Corregiari]. São Paulo: Roca; 2006.
2. Brasil. Secretaria Nacional Políticas sobre Drogas. Glossário de álcool e drogas. Organização Mundial de Saúde / Tradução e notas: J. M. Bertolote. 2ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
3. Camargo Jr EBC. Comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2013.
4. Brasil. Lei N° 10.702, de 14 de Julho de 2003. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Diário Oficial da União de 15.07.2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.702.htm
5. Brasil. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União de 31/12/1998. Disponível em: www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/visualizadocumento.asp?id
6. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2013. New York: United Nations publication; 2013: E.13.XI.6.
7. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.
8. Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD). Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD. São Paulo: 2012.
9. Ribeiro M, Petta AC, Marques R. Manifestações cardiovasculares do consumo de drogas. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas –UNIAD/UNIFESP. São Paulo: 2004.
10. Córdova AHR. Importancia del cuidado ante el consumo de cocaína como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010; 18 (1-2): 23-28.
11. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Secretaria Nacional de Segurança Pública. Presidência da República. Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: 2008.
12. Oliveira DC. Pesquisa de alterações cardiovasculares e caracterização de pacientes usuários e ex-usuários de cocaína e/ou derivados. [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Campinas, São Paulo: 2006. 134p.

13. Andrés E, León M, Cordero A, Botaya RM, Magán P, Luengo E, Alegría E, Casas novas JA. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocárdio. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(6): 527–529.
14. Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular effects of cocaine. *Journal of the American Heart Association - Circulation*. 2010; 122: 2558-2569.
15. Cavagioni LC. Perfil dos riscos cardiovasculares em motoristas profissionais de transportes de cargas da Rodovia BR-116 no trecho paulista- Régis Bittencourt. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 2006. 230p.
16. Cesarino CB, Borges PP, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Kusumota L. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1): 101-107.
17. Framingham Heart Study. A Project of the National Heart, Lung and Blood Institute and Boston University [homepage na Internet]. Acesso em: agosto de 2013. Disponível em: www.framinghamheartstudy.org.
18. Lotufo PA. Framingham score for cardiovascular diseases. *Rev Med (São Paulo)*. 2008 out.-dez.;87(4):232-7.
19. Duncan BB, Giugliani E, Schmidt MI. Medicina Ambulatorial. Conduas em atenção primária. 3ª ed. Art Med: 2008.
20. Petterle WC, Polanczyk CA. Avaliação crítica dos escores de risco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul*. 2011; 23:1-6.
21. Patrizi R, Pasceri V, Sciahbasi A, Summaria F, Rosano GM, Lioy E. Evidence of cocaine-related coronary atherosclerosis in young patients with myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2006; 47: 2120-2122.
22. Foster PC, Bennett AM. Orem DE. In: George Julia B. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. Cap. 7, p. 83-101.
23. Vasconcelos SC. Grupo Terapêutico Educação em Saúde: promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas. Recife-PE: UFPE, 2012. 98 f. [Dissertação] Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2012.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
25. Lunetta ACF, Luís MAV. Álcool, drogas e comportamentos de risco entre pacientes ambulatoriais com hepatite c em hospital universitário. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008; 16(4): 538-544.

26. Almeida FA, Souza MCMR. Educação em Saúde: concepção e prática no cuidado de Enfermagem In: Enfermagem em Saúde coletiva: teoria e prática / org. Marina Celly Martins Ribeiro de Souza e Natália de Cássia Horta. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
27. Public Health Agency of Canada [Homepage da internet]. Preventing Chronic Disease Strategic Plan 2013-2016 [acesso em 25 de junho de 2014]. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/strategy_plan-plan_strategique-eng.php
28. Bertanha D, Netto A R. Tabagismo, alcoolismo em pacientes que frequentam um serviço de fisioterapia do Sistema Único de Saúde. *Medicina* (Ribeirão Preto) 2012;45(1):87-95
29. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. 2014 ed. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
30. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. 2013 ed. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/
31. Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). [Homepage da internet]. Doenças associadas ao tabagismo. [acesso em 13 de julho de 2014]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2588
32. Nunes SOV, Castro MRP, Castro MSA. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. In: Nunes SOB, Castro MRP orgs. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento [online]. Londrina: EDUEL, 2011. p. 17-38.
33. Bazzano LA et al. Relationship between cigarette smoking and novel risk factors for cardiovascular disease in the United States. *Ann Inform Med*, [s.l.], v.138, p.891-897, 2003.
34. Rangel I, Amorim M, Gonçalves A, Sousa C, Bettencourt P, Maciel MJ. Cardiomiopatia Tóxica Dilatada: Reconhecendo uma Doença Potencialmente Reversível. Centro Hospitalar S. João, Porto – Portugal. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 102(4):37-39.
35. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). Drogas e o coração. Publicação Bimestral da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – Ano V – Nº 2 – Março/Abril. 2010.
36. Forte RY, Precoma-Neto D, Neto NC, Maia F, Faria-Neto JR. Infarto do Miocárdio em Atleta Jovem Associado ao Uso de Suplemento Dietético Rico em Efedrina. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87 : e179-e181.
37. Oliveira FB, Barros LSN, Martins WA, Costa CIG. Infarto Agudo do Miocárdio após Uso de Anfepriamo. *Rev Bras Cardiol*. 2010;23(6):362-364.

38. Lima MCP, Kerr-Côrrea F, Rehm J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto GENACIS. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(1): 49-57.
39. Hanna ST. Nicotine effect on cardiovascular system and ion channels. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2006;47(3): 348-58.
40. Brunori E H F R et al. Tabagismo, consumo de Álcool e Atividade Física: Associações de na síndrome coronariana aguda. *Acta paul. enferm.* 2014; 27 (2): 165-172.
41. Gazoni, FM et al. Complicações Cardiovasculares em Usuário de cocaína.: Relato de caso. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2006; 18 (4): 427-432.
42. Jouanjus et al . Cannabis Use: Signal of Increasing Risk of Serious Cardiovascular Disorders. *J Am Heart Assoc.* 2014; 3.
43. Barber et al. Cannabis, Ischemic Stroke, and Transient Ischemic Attack: A Case-Control Study. *Stroke.* 2013; 44: 2327-2329.
44. Oliveira FB, Barros LSN, Martins WA, Costa CAG. Infarto Agudo do Miocárdio após Uso de Anfepramona. *Rev Bras Cardiol.* 2010; 23(6): 362-364.
45. D'Agostino RB, Vasan RS , Pencina MJ , Lobo PA , Cobain M , Massaro JM et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care The Framingham Heart Study. *Circulation.* 2008; 117: 743-753.
46. Mafra F, Oliveira H. Avaliação do risco cardiovascular - Metodologias e suas implicações na prática clínica. *Rev Port Clin Geral.* 2008; 24: 391-400.
47. Framingham Heart Study. [Homepage da internet]. History of the Framingham Heart Study. 2014. Acesso em: 09 de julho de 2014. Disponível em: <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php>
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013: 128p.
49. Cruz BG, Oliveira PM, Mendes VS, Nascimento RA. Relato de experiência sobre a aplicação do Escore de Risco de Framingham para doenças cardiovasculares em ESF Vila Siom. In: Anais da VII Mostra Científica de Enfermagem/ IV Amostra de vídeos em saúde FIOCRUZ. Universidade Estadual de Montes Claros. 2012; Maio 09-12; Montes Claros-Brasil.
50. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2012;17 (1): 7-17.
51. Stipp MAC. A Gerência do Cuidado na enfermagem cardiovascular. *Esc. Anna Nery.* 2012; 16 (1):7-9.

52. Gallani MC, Cornélio ME, Agondi RF, Rodrigues RCM. Estrutura conceitual para pesquisa e prática clínica na mudança de comportamentos em saúde cardiovascular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(Spec):[09 telas].
53. Lima FET, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Monteiro ARM, Oliveira SKP. Atores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram Revascularização Miocárdica. *Rev Rene*. 2012; 13(4): 853-60.
54. Stipp M et al. O risco cardiovascular em clientela ambulatorial - um estudo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2007; 7.
55. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(3): 534-42.
56. Calcagno, Neizy GS. et al. Enfermagem na redução de danos: prevenção e educação em saúde de hepatites bec para manicures e pedicures. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, 2013.
57. S Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de Pesquisa Para a incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17 (4): 758-764.
58. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
59. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust; 2002.
60. Hulley SB et al. Delineando a pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. Tradução: Michael Schmidt Duncan. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento. Brasília-DF: 2013.
62. CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas. Classificação do uso de drogas. [Homepage da internet]. Disponível em: http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/classific_uso.htm. Acesso em: 23 de outubro de 2014.
63. Silva J, Kimura M. Adaptação cultural e validação do instrumento de capacidade de autocuidado do Appraisalof self-cariagencyscale. Pesquisa (Programa de doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.
64. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Rev Salud Pública*. 2009; 11(4): 538-48.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública Nº 15, de 24 de Setembro De 2012. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/25/cp15.pdf>. Acesso em: 21 de abril de 2013.

66. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1): 1-51.
67. Topouchian J, Feghali RE, Saad HE, Pannier B, Asmar R. Validation of the OMRON HEM-7051-E Monitor blood pressure measuring device according to the International Protocol of the European Society of Hypertension. *Blood Press Monit.* 2006; 11(3): 165-71.
68. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010. 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.
69. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88 (I): 1-19.
70. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas em seres humanos. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
71. Vasconcelos SC, Frazão IS, Ramos VP. Contribuições do Grupo Terapêutico Educação em Saúde na motivação para a vida do usuário de substâncias psicoativas. *Enfermagem em Foco.* 2012; 3(3): 123-126.
72. Vitor AF, Lopes MVO, Araújo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc. Anna Nery.* 2010, 14(3): 611-616 .

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados (Formulário)

Sujeito da pesquisa nº _____

CAPS AD: _____

VARIÁVEIS SÓCIOECONÔMICAS

	Variáveis		Código
1	Idade:		Id
2	Sexo:	(1) Feminino (2) Masculino	Sex
3	Raça:	(1)Branca (2) Preta (3)Amarela (4) Parda (5)Indígena	Raç
4	Condição Marital:	(1)Solteiro(a) (2) casado(a) (3)Separado(a) (4)divorciado(a) (5)Viúvo(a) (6)outros	CM
5	Escolaridade (nº anos de estudo):		Escol.
6	Renda Familiar (nº de salários mín.)		RF
6.1	Recebe auxílio governamental?	(1) Sim (2) Não	AuxGov
7	Ocupação	(1) Empregado com carteira de trabalho assinada (2) Empregado sem carteira de trabalho assinada (3) Militar (Exército/Marinha/Aeronáutica) (4) Funcionário Público (5) Autônomo (6) Empregador (7) Não remunerado	Ocup.

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONSUMO DE DROGAS

	Variáveis		Códigos
9	Tipos de drogas que usa ou já usou:	Frequência de uso	
9.1	Álcool	(1)Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano (8) Nunca usou	Álc
9.2	Anfetaminas	1) Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano (8) Nunca usou	Anf
9.3	Benzodiazepínicos	(1)Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano (8) Nunca usou	Benz
9.4	Cocaína	(1)Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano	Coc

		(8) Nunca usou	
9.5	Crack	(1)Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano (8) Nunca usou	Cra
9.6	Inalantes	(1)Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano (8) Nunca usou	Inal
9.7	Maconha	1)Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano (8) Nunca usou	Mac
9.8	Tabaco	(1)Uso pesado (2)Uso frequente (3)Uso no mês (4)Uso no ano (8) Nunca usou	Tab
10	Outras drogas:		
11	Tempo de tratamento (em meses)		TTO

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

	Variáveis		Códigos
11	Antecedentes pessoais		
11.1	Pressão Alta (Hipertensão)	(1)Sim (2)Não	HAS
11.2	Se sim, está em tratamento?	(1)Sim (2)Não (8)Não se aplica	TTO HAS
11.3	Diabetes	(1)Sim (2)Não	DM
11.4	Se sim, está em tratamento?	(1)Sim (2)Não (8)Não se aplica	TTO DM
11.5	Colesterol alto (Dislipidemia)	(1)Sim (2)Não	Disl
	Se sim, está em tratamento?	(1)Sim (2)Não (8)Não se aplica	TTO Disl
11.6	Doenças da Tireoide	(1)Sim (2)Não	DT
11.7	Infarto agudo do Miocárdio	(1)Sim (2)Não	IAM
11.8	Acidente vascular cerebral	(1)Sim (2)Não	AVC
11.9	Doença vascular periférica	(1)Sim (2)Não	DVP
11.10	Angina	(1)Sim (2)Não	Ang
11.11	Outras doenças do coração?	(1)Sim (2)Não	DC
11.12	Se sim, quais? _____ _____		
12	Antecedentes Familiares		
12.1	Pressão Alta (Hipertensão)	(1)Sim (2)Não	HAS F

12.2	Diabetes	(1)Sim (2)Não	DM F
12.3	Acidente Vascular Cerebral (AVC)	(1)Sim (2)Não	AVC F
12.4	Infarto Agudo do Miocárdio	(1)Sim (2)Não	IAM F
12.5	Colesterol Alto (dislipidemia)	(1)Sim (2)Não	Disl F
12.6	Angina	(1)Sim (2)Não	Ang F
12.7	Outras doenças do Coração	(1)Sim (2)Não	DC F

HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

Variáveis		Código
Pratica algum tipo de atividade física? Qual? _____	(1) Sim (2) Não	Ativ Fis
É fumante atualmente(tabaco)?	(1) Sim (2) Não	Fum
Se não fuma atualmente, já foi fumante (tabaco)?	(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica	Fum2
Se é fumante. Há quanto tempo (em anos)?		AnosFum
Se fumou no passado, durante quanto tempo?		tempFum
Quantos cigarros fuma por dia?		Cig/dia
Consome ou já consumiu bebidas alcoólicas?	(1) Sim (2) Não	BebidAlco
Costuma consumir alimentos gordurosos e/ou muito salgados?	(1) Sim (2) Não	Alimgord
Costuma consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos ?	(1) Sim (2) Não	DietVeg

EXAME FÍSICO

	Variáveis	Código
13	Peso (Kg)	Pes
14	Altura (m)	Alt
15	IMC (Kg/m ²)	IMC

16	Circunferência abdominal (cm)		CAb
17	Medida da Pressão Arterial (mmHg)		MPA
17.1	1ª Sistólica	1ª Diastólica	1ªMPA
17.2	2ª Sistólica	2ª Diastólica	2ªMPA
17.3	3ª Sistólica	3ª Diastólica	3ªMPA
17.4	Média das 3 medidas (pressão arterial)		MédPA

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da “Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de drogas”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Vanessa de Alencar Barros, endereço: Av. Profº Moraes Rego, S/N, 1º andar, CCS, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901, telefone: (81)96082402 email: vanessabarros_6@hotmail.com, a qual está sob orientação da Profª Drª Vânia Pinheiro Ramos, endereço: Av. Profº Moraes Rego, S/N, 1º andar, CCS, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901, telefone: (81)99712073, email: vpinheiroramos@uol.com.br e coorientação da Profª Drª Telma Marques da Silva, endereço: Av. Profº Moraes Rego, S/N, 1º andar, CCS, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901, telefone: (81)99691207, email: telmamarques@yahoo.com.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

RESUMO E OBJETIVO DO ESTUDO: Esta pesquisa terá como objetivo identificar qual o risco que pessoas que já usaram ou ainda estão em uso de drogas tem de desenvolver doenças ou complicações cardiovasculares e a sua relação com capacidade para cuidar da sua saúde. Para isto será necessário uma conversa com a pesquisadora que lhe fará algumas perguntas sobre os seus dados pessoais, sobre a sua saúde atual e doenças anteriores, história de doenças na família, assim como também algumas perguntas sobre os seus hábitos de vida, inclusive sobre o uso de drogas. Além da nossa conversa será necessário a realização de medição da sua pressão arterial, peso, altura, medição da do seu abdome e coleta de uma amostra de sangue para realização de exame do colesterol.

RISCOS OU DESCONFORTOS: Esta pesquisa poderá oferecer riscos mínimos quanto à sua participação. Tais riscos podem estar relacionados a algum constrangimento em responder algumas perguntas sobre seus dados ou hábitos de vida e discreta dor/desconforto durante a coleta do sangue para o exame.

BENEFÍCIOS: Esperamos que esta pesquisa contribua para identificação do risco cardiovascular a que estão expostos os usuários de drogas dos CAPS AD e a sua associação com a capacidade de autocuidado, proporcionando um despertar para a importância da atenção integral ao paciente usuário de drogas, na qual possa estar incluída a avaliação

cardiovascular tendo em vista todos os riscos e complicações que as substâncias psicoativas podem causar ao sistema cardiovascular.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados durante 5 (cinco) anos em armários pessoais das orientadoras no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco e em computadores pessoais dos pesquisadores. Sobre as amostras de sangue para exame laboratorial, a qual será utilizada somente para este fim, será descartada tão logo seja analisada, pelo Laboratório responsável o qual será o laboratório do Departamento de Farmácia da UFPE.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, RG N° _____ abaixo assinado, aceito participar da pesquisa: “Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de drogas”. Estou consciente de que terei os meus direitos garantidos que são eles: receber explicação sobre qualquer coisa que eu não entender, retirar-me da pesquisa em qualquer momento que eu decidir sem nenhum problema ou prejuízo, ter certeza de que meu nome não vai ser mostrado a ninguém, ser informado sobre os resultados da pesquisa quando terminar e ter a certeza de que minha participação não trará riscos para minha vida, nem para o meu tratamento no CAPS AD.

Acredito estar suficientemente informado pela pesquisadora a respeito das informações que li e foram explicadas para mim, descrevendo a pesquisa intitulada “Associação do risco cardiovascular à capacidade de autocuidado em usuários de drogas”, portanto, concordo voluntariamente em participar da mesma.

Recife, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do voluntário da pesquisa

Declaramos que presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____
Assinatura Assinatura

Responsável pela pesquisa
Mestranda: Vanessa de Alencar Barros
Tel: (81) 21268566
Email: vanessabarro_6@hotmail.com

Responsável pela pesquisa
Orientadora: Profa Dra. Vânia P. Ramos
Tel: (81) 21268566
E-mail: vpinheiroramos@uol.com.br

Responsável pela pesquisa
Coorientadora: Profa. Dra. Telma M. da Silva
Tel: (81)21268566
E-mail: telmamarques@yahoo.com.br

ANEXOS

ANEXO A – Escore de Risco de Framingham (ERF)

Tabela V - Escores de risco de Framingham (ERF) para cálculo do risco absoluto de infarto e morte em 10 anos para homens e mulheres (Fase 2)

HOMENS						MULHERES					
Idade	Pontos					Idade	Pontos				
20-34	-9					20-34	-7				
35-39	-4					35-39	-3				
40-44	0					40-44	0				
45-49	3					45-49	3				
50-54	6					50-54	6				
55-59	8					55-59	8				
60-64	10					60-64	10				
65-69	11					65-69	12				
70-74	12					70-74	14				
75-79	13					75-79	16				

Colesterol	idade	idade	idade	idade	idade	Colesterol	idade	idade	idade	idade	idade
Total, mg/dL	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Total, mg/dL	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0	< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2

Fumo	idade	idade	idade	idade	idade	Fumo	idade	idade	idade	idade	idade
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0	Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1	Sim	9	7	4	2	1

HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos	HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos
≥ 60	-1	≥ 60	-1
50-59	0	50-59	0
40-49	1	40-49	1
< 40	2	< 40	2

PA (sistólica, mm Hg)	não tratada	tratada	PA (sistólica, mm Hg)	não tratada	tratada
< 120	0	0	< 120	0	0
120-129	0	1	120-129	1	3
130-139	1	2	130-139	2	4
140-159	1	2	140-159	3	5
≥ 160	2	3	≥ 160	4	6

(continua)

ANEXO A – Escore de Risco de Framingham (ERF) - Continuação

Continuação da Tabela V - Escores de risco de Framingham (ERF) para cálculo do risco absoluto de infarto e morte em 10 anos para homens e mulheres (Fase 2) - Continuação.

Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥25	≥30
≥17	≥30		

Fonte: VI Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (2007)

ANEXO B – Escala de Avaliação de Autocuidado (ASA-A)

Item	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre	Sempre
À medida que as circunstâncias mudam, faço ajustes para manter a minha saúde	1	2	3	4
Certifico-me se as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas.	1	2	3	4
Se eu tiver dificuldade para me mover posso obter ajuda	1	2	3	4
Eu posso fazer o que é necessário manter o ambiente limpo onde eu moro.	1	2	3	4
Faço em primeiro lugar o que for preciso para me manter saudável	1	2	3	4
Não tenho força necessária para cuidar de mim como eu deveria.	1	2	3	4
Eu posso buscar melhores formas de cuidar da minha saúde do que as que tenho agora.	1	2	3	4
Altero a frequência com que tomo banho a fim de estar sempre limpo.	1	2	3	4
Para manter meu peso, mudo meus hábitos alimentares.	1	2	3	4
Quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser.	1	2	3	4
Penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo realizar tais atividades.	1	2	3	4
Quando preciso de ajuda, posso recorrer a meus amigos.	1	2	3	4
Posso dormir o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4
Quando recebo informações sobre minha saúde,				

continua

solicito esclarecimentos sobre o que eu não consigo compreender.	1	2	3	4
Inspecciono meu corpo a fim de perceber se há alguma alteração.	1	2	3	4
Posso mudar hábitos a fim de melhorar minha saúde.	1	2	3	4
Quando preciso tomar uma nova medicação, solicito informações sobre os efeitos secundários desse medicamento.	1	2	3	4
Sou capaz de tomar atitudes a fim de proteger a mim e a minha família.	1	2	3	4
Sou capaz de avaliar o que é bom para minha saúde.	1	2	3	4
Devido a minhas ocupações diárias, é difícil ter tempo para cuidar de mim.	1	2	3	4
Se minha saúde está afetada, posso obter informações necessárias sobre o que fazer.	1	2	3	4
Se eu não posso cuidar de mim, eu posso buscar ajuda.	1	2	3	4
Tenho tempo para mim.	1	2	3	4
Apesar das minhas limitações para me locomover, posso cuidar de mim como eu gosto.	1	2	3	4

ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE- RECIFE-PE



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Vanessa de Alencar Barros** mestranda do curso de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no **CAPS AD Espaço Travessia Rene Ribeiro, CAPS AD Estação Vicente Araújo, CAPS AD Prof Luiz Cerqueira, CAPS AD Professor Jose Lucena, CAPS AD Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana e CAPS AD Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo – CPTRA**, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Risco cardiovascular em usuários de drogas: Correlação com o autocuidado”**, sendo orientada por **Vânia Pinheiro Ramos**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 30 de outubro de 2013.

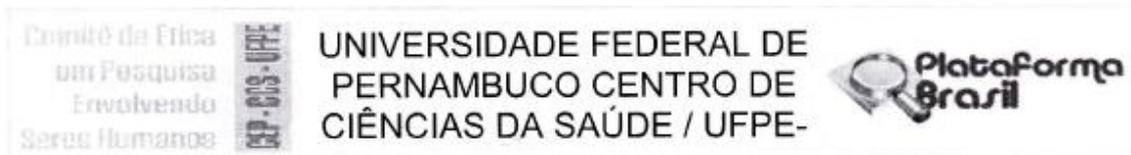
Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTE3/SS/PCR
Matricula nº 87.655-5

ANEXO D
Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RISCO CARDIOVASCULAR EM USUÁRIOS DE DROGAS: CORRELAÇÃO COM O AUTOCUIDADO

Pesquisador: Vanessa de Alencar Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22677613.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 479.559

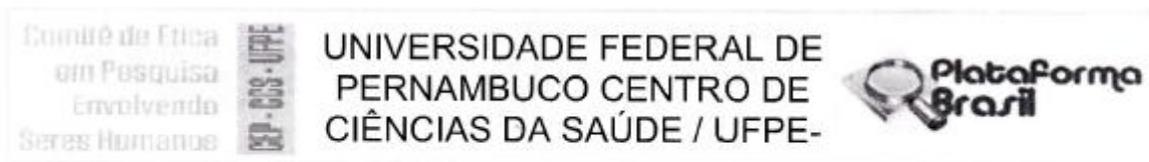
Data da Relatoria: 04/12/2013

Apresentação do Projeto:

É uma projeto de pesquisa para obtenção do grau de Mestre do Departamento de Enfermagem-UFPE, da aluna Vanessa de Alencar Barros, sob a orientação das professoras Dras.Vânia Pinheiro e Telma Marques. Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, de corte transversal, com a finalidade de avaliar o risco cardiovascular em usuários de drogas através de variáveis relacionadas aos hábitos, estilo de vida e fatores de risco para doenças cardiovasculares na sua história de saúde, exame físico e exames laboratoriais. O estudo buscará ainda verificar a correlação entre o risco cardiovascular, a capacidade para o autocuidado e as variáveis relacionadas ao consumo de drogas. Será realizado em seis unidades da rede atenção psicossocial especializada em álcool e drogas (CAPS-AD) do município do Recife-PE. A coleta dos dados será realizada durante o comparecimento dos pacientes às unidades.

A amostra será do tipo probabilística com amostragem aleatória estratificada por subgrupos divididos por unidades dos CAPS-AD. O cálculo da amostra considerou a população referente ao ano anterior no mesmo período em que se realizará a coleta de dados(242 pacientes). Após realização dos cálculos estatísticos para obtenção da amostra chegou-se a 149 pacientes. Para a análise dos dados será criado um banco de dados no programa EPI INFO versão 3.5.2, o qual será exportado para o Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows - SPSS versão

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 479.559

20.0. Para avaliar as variáveis qualitativas do estudo serão calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequências destes fatores. Ainda, serão calculados os intervalos de confiança para as médias estimadas. Para avaliar normalidade das variáveis quantitativas do estudo será aplicado o teste de Kolmogorov-smirnov. Para a avaliação de fatores relacionados serão aplicados os testes: Qui-quadrado, t-Student, Anova ou os testes não paramétricos, de acordo com a necessidade do estudo. Todas as conclusões serão realizadas considerando o nível de significância de 5%. A coleta de dados ocorrerá no período de fevereiro a abril de 2014, após prévia apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Para seleção da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e encontrar-se consciente e orientado para responder a entrevista.

Critério de Exclusão:

Devido à necessidade de coleta de exame laboratorial para análise de perfil lipídico, serão excluídos da amostra, todos os participantes da pesquisa que não compareçam ao CAPS no dia agendado para a coleta das amostras para exames laboratoriais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Identificar a correlação entre o risco cardiovascular com a capacidade para o autocuidado de usuários de drogas.

Objetivos Específicos-

Caracterizar os participantes da pesquisa quanto às variáveis socioeconômicas, consumo de drogas e tipo de tratamento;

Verificar hábitos, estilo de vida e fatores de risco para doenças cardiovasculares;

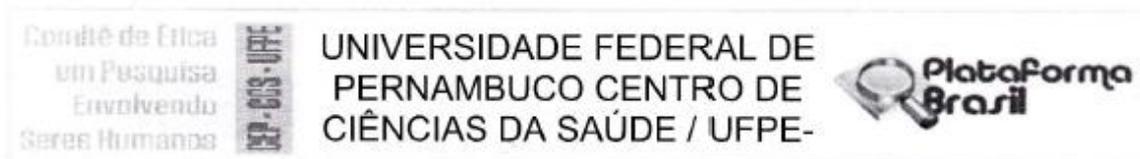
Estimar o risco cardiovascular dos usuários de drogas;

Avaliar a capacidade para o autocuidado dos usuários de substâncias psicoativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos-Este estudo proporcionará a exposição dos voluntários a riscos considerados mínimos. Tais

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 479.559

riscos podem estar relacionados a algum constrangimento em responder algumas perguntas sobre seus dados ou hábitos de vida e ainda a punção venosa para coleta dos exames laboratoriais. Como estratégia para reduzir os referidos riscos, as pesquisadoras proporcionarão um ambiente adequado e reservado para a realização da entrevista com os pacientes e a realização do procedimento de coleta dos exames laboratoriais de acordo com as normas de biossegurança vigentes.

Benefícios:

- avaliação com base na estratificação do risco cardiovascular dos mesmos, a partir da qual tomarão conhecimento desta ;
- casos em que forem identificados o alto risco cardiovascular proceder-se-á contato com a equipe multiprofissional da instituição para comunicação do resultado;
- realização de orientações a todos participantes, independente do risco cardiovascular, quanto ao autocuidado como forma de prevenção das doenças cardiovasculares ao final da entrevista.
- Elaboração de um material educativo direcionado aos usuários de drogas, para os profissionais de saúde que trabalham na assistência a esta população, a respeito dos efeitos das drogas sobre o sistema cardiovascular e a importância da sua prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadora compromete-se a cumprir o cronograma, a arcar com os custos da pesquisa e a coletar os dados após a autorização do Comitê de Ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto devidamente assinada e datada

Anexou CL de todos os pesquisadores envolvidos

Carta de Anuência devidamente assinada e carimbada por responsável do setor competente da SMS-Recife

TCLE obedecendo às recomendações da Resolução 466/12

Projetos PB e Projeto Word

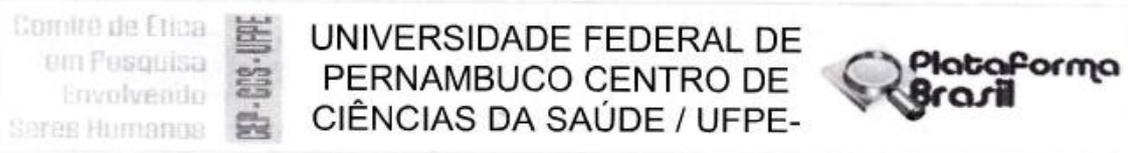
Recomendações:

Acrescentar percentual para compensar possíveis perdas amostrais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 479.559

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

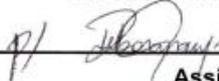
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 04 de Dezembro de 2013



Assinador por:

GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)



Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do
CEP/CCS/UFPE

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br