



ORIGINAL ARTICLE

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOCIODEMOGRÁFICAS OF PATIENTS
ACOMETIDOS FOR CARDIAC INSUFFICIENCECARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR
INSUFICIÊNCIA CARDÍACACARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ACOMETIDOS PARA LA ESCASEZ
CARDIACA

Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Danielle Diógenes Nunes², Débora Lima Freitas³, Ires Lopes Custódio⁴,
Francisca Lígia Medeiros Martins Santos⁵, Shérída Karanini Paz Oliveira⁶, Fernanda Jorge Magalhães⁷

ABSTRACT

Objective: to evaluate the epidemiological aspects of patients with Heart Failure (HF) and identify the risk factors in patients with HF. **Method:** this is about a descriptive study, quantitative, performed in a hospital from Fortaleza-CE. The population was composed of patients hospitalized with HF, the sample comprising 100 patients who met the criteria for inclusion. Data were collected in records and interview. Approved by the Ethics Committee n.º 514/2008. **Results:** prominent mention as sociodemographic characteristics are: male (63%), age > 60 years (43%), presence of hereditary factors (48%), married (67%), retired (42%) and family income < 1 minimum wage (70%). Modifiable risk factors identified: hypertension (61%), diabetes (22%), overweight (40%), hyperlipidemia (18%), sedentary (82%) smokers (11%) and consumers of alcohol (15%). **Conclusion:** as we conclude, knowing the profile of the population that carry the HF is favorable to develop strategies for health education to prevent cardiovascular complications in people with higher number of risk factors. **Descriptors:** health profile; cardiovascular diseases; heart failure; nursing; health education; health promotion.

RESUMO

Objetivo: levantar as características sociodemográficas dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC) e identificar os fatores de risco modificáveis nos pacientes portadores de IC. **Método:** estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido em hospital terciário de Fortaleza-CE. A população foi constituída por pacientes com IC hospitalizados, com amostra de 100 pacientes. Os dados foram coletados nos prontuários e em entrevista. Aprovado pelo comitê de ética sob parecer n.º 514/2008. **Resultados:** predominaram como características sociodemográficas: sexo masculino (63%); idade > 60 anos (43%); presença de fatores hereditários (48%); casados (67%); aposentados (42%) e com renda familiar < 1 salário mínimo (70%). Fatores de risco modificáveis detectados: hipertensão (61%); diabetes (22%); sobrepeso (40%); dislipidemia (18%); sedentários (82%); tabagistas (11%) e etilista (15%). **Conclusão:** conclui-se que conhecer o perfil da população portadora de IC é favorável para desenvolver estratégias de educação em saúde a fim de prevenir complicações cardiovasculares nas populações com fatores de risco. **Descritores:** perfil de saúde; doenças cardiovasculares; insuficiência cardíaca; enfermagem; educação em saúde; promoção da saúde.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los aspectos epidemiológicos de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y identificar los factores de riesgo en pacientes con IC. **Método:** estudio descriptivo, cuantitativo, desarrollado en hospital terciario, Fortaleza-CE. La población se compone de los pacientes hospitalizados con IC, la muestra de 100 pacientes. Datos fueron recolectados en los registros y entrevista. Aprobado por el Comité de Ética n.º 514/2008. **Resultados:** prominente mencionar características sociodemográficas como: sexo masculino (63%), edad > 60 años (43%), presencia de factores hereditarios (48%), casadas (67%), jubilados (42%) y los ingresos de la familia < 1 salario mínimo (70%). Identificaron factores de riesgo modificables: hipertensión (61%), diabetes (22%), sobrepeso (40%), hiperlipidemia (18%), sedentarismo (82%) fumadores (11%) y los consumidores de alcohol (15%). **Conclusión:** llegamos a la conclusión, conocer el perfil de la población lleve el CI es favorable para el desarrollo de estrategias para la educación para prevenir las complicaciones cardiovasculares en personas con factores de riesgo. **Descriptores:** perfil de salud; enfermedades cardiovasculares; insuficiencia cardíaca; enfermería; educación en salud; promoción de la salud.

¹Enfermeira. Professora adjunto do Curso de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Grupo de Estudo sobre a Consulta de Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: felisangela@yahoo.com.br;

²Enfermeira pela Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: dani.danidani@hotmail.com;

³Enfermeira pela Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: debbylimaf@hotmail.com;

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Trabalha no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: iresl.custodio@gmail.com;

⁵Enfermeira. Professora da UNIFOR. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: ligiamedeiros@superig.com.br;

⁶Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: karanini@yahoo.com.br;

⁷Enfermeira. Professora substituta da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente, há políticas públicas voltadas à saúde do indivíduo no intuito de melhorar a assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas práticas, porém, têm sido bastante questionadas entre os profissionais de saúde, em virtude dos elevados índices de mortalidade e morbidade presentes em algumas patologias. Dentre estas, sobressaem às doenças circulatórias, responsáveis por inúmeras hospitalizações, gastos exacerbados, diminuição da qualidade de vida e crescente número de indivíduos inválidos.

Essa assertiva pode ser comprovada quando estudos afirmam que as doenças circulatórias são responsáveis pelo impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, em torno de 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes.¹

Como exposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), entre as doenças circulatórias a insuficiência cardíaca (IC) é uma das prioridades a necessitar de atenção em todo o mundo. Apesar dos progressos da medicina, a prevalência da doença aumentou nas últimas cinco décadas, e a mortalidade pode ultrapassar 50% em cinco anos, a partir do momento do seu diagnóstico.²

Além disso, a IC é a principal causa de incapacidade e morbidade, sobretudo por prejudicar a habilidade dos pacientes no exercício de atividades da vida diária e profissional.

Conforme se estima, 6,4 milhões de brasileiros sofrem de IC. Esta constitui a maior causa de internação nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), ao se considerar todas as doenças nos indivíduos com idade superior a 60 anos. Segundo dados do SUS, ocorrem aproximadamente 26 mil óbitos e 398 mil internações por ano.³

De acordo com os dados do Sistema Único de Saúde, no Estado do Ceará houve 10.410 internações por IC no ano de 2005, com 658 óbitos. Na cidade de Fortaleza foram 4.777 internações, com 325 óbitos.⁴

Esses dados justificam a necessidade de elaborar este estudo, acrescido por um estudo desenvolvido nos hospitais públicos e privados de Niterói, o qual mostrou ser importante conhecer o perfil de portadores de IC para a adoção de medidas educativas, com vistas a melhorar a qualidade de vida e buscar aplicação de novos avanços terapêuticos.²

Desta forma, é relevante identificar determinados aspectos epidemiológicos de

pacientes com insuficiência cardíaca, como sexo, faixa etária, procedência, escolaridade, cor, ocupação, renda familiar, fatores hereditários, bem como os fatores de risco modificáveis nesses pacientes para, a partir de então, definir o perfil das pessoas portadoras desta doença.

Então, busca-se responder aos questionamentos: quais as características sociodemográficas dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca? Que fatores de risco estão presentes nos pacientes portadores de insuficiência cardíaca?

A resolução destas questões poderá direcionar os profissionais de saúde em suas ações, bem como alertar a população que possuem fatores de risco para a insuficiência cardíaca quanto à importância das modificações no estilo de vida mediante adesão ao comportamento saudável de saúde, minimizando os riscos de desenvolvimento da doença.

Portanto, têm-se como objetivos: levantar as características sociodemográficas dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca; e identificar os fatores de risco modificáveis nos pacientes portadores de insuficiência cardíaca.

MÉTODO

Estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido em um hospital de nível terciário referência em atendimento cardiovascular e pulmonar, situado em Fortaleza-CE, conveniado ao SUS.

A população foi constituída por pacientes com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca, cuja amostra foi composta por 100 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de insuficiência cardíaca, idade igual ou superior a 18 anos e estar hospitalizado no período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2008, por meio de consultas aos prontuários e entrevista individual, utilizando um roteiro contendo dados sociodemográficos e clínicos relevantes para o alcance dos objetivos propostos.

Os resultados foram apresentados e analisados de forma descritiva, tabulados e organizados em tabelas. Os dados foram compilados no programa Excel, em forma de planilha.

Para a análise da variável procedência foi definida como lugar de onde se procede⁵; nesse caso se refere ao lugar onde o paciente reside, independente do local de nascimento.

E a variável escolaridade foi analisada pela frequência em anos no ensino formal. Classificaram-se como analfabetos aqueles que não frequentaram escola e que não sabiam ler; a seguir, educação infantil, ensino fundamental, médio e superior. Contudo, estes podem ter sido ou não concluídos.

Os fatores de risco hipertensão e diabetes foram considerados presentes quando os participantes tinham diagnóstico médico pré-estabelecido.

Foi considerada dislipidemia quando o paciente apresentou dados laboratorial, hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total e/ou da fração LDL-colesterol), hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicerídeos), hiperlipidemia mista (aumento do colesterol total e dos triglicerídeos) e diminuição isolada do HDL-colesterol ou associada ao aumento dos

triglicerídeos ou LDL-colesterol. Foram considerados valores de referência para o diagnóstico de dislipidemia: colesterol total $\geq$ 200 mg/dl; LDL-colesterol $\geq$ 160; HDL-colesterol $<$ 40mg/dL; com triglicerídeos $\geq$ 150 mg/dl.⁶

A obesidade foi classificada a partir do índice de massa corpórea (IMC), da seguinte forma: baixo peso - IMC $<$ 18,5 kg/m²; normal - IMC=18,5 a 24,9 kg/m²; sobrepeso - IMC=25,0 a 29,9 kg/m²; obeso classe I - IMC= 30,0 a 34,9 kg/m²; obeso classe II - IMC= 35,0 a 39,9 kg/m²; e obeso classe III - IMC $\geq$ 40,0 kg/m².⁷

A pesquisa respeitou a Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa n.514/2008 do referido hospital.

RESULTADOS

Tabela 1. Distribuição dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo as características sociodemográficas: sexo, faixa etária, cor e fatores hereditários. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

Idade	Sexo		Cor						Total
	Feminino		Masculino						
	Branca		Não-branca		Branca		Não-branca		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
≤ 40 anos	0	3	4	0	1	3	7	4	22
41 - 59 anos	3	1	3	6	2	6	8	6	35
≥ 60 anos	4	5	7	1	5	9	5	7	43
Total	7	9	14	7	8	18	20	17	100

Na análise dos 100 pacientes, 37 eram do sexo feminino e 63 do masculino. Quanto à raça, em razão da forte miscigenação racial no país, qualquer critério para defini-la é questionável, de modo que a raça foi autodefinida pela cor da pele (branca e não-branca). Detectou-se 42 pacientes com a cor da pele branca e 58 não-branca. Constatou-se, ainda, que a maioria (51) não tinha antecedentes familiares com alterações cardiovasculares. Quanto à faixa etária,

predominou as pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Em relação ao sexo feminino, entre as 37 mulheres, 21 apresentavam cor da pele não-branca, 21 possuíam antecedentes familiares portadores de doenças cardiovasculares e 17 tinham idade igual ou superior a 60 anos. Já no sexo masculino, verificou-se, entre os 63 homens, 37 com cor da pele não-branca, 28 com antecedentes familiares portadores de doenças cardiovasculares e 26 com idade igual ou superior a 60 anos de idade.

Tabela 2. Caracterização dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

Procedência (N=100)	n
Capital	51
Interior	48
Outros estados	1
Total	100
Escolaridade (N=100)	
Analfabeto	22
Educação Infantil (EI)	53
Ensino Fundamental (EF)	12
Ensino Médio (EM)	10
Ensino Superior (ES)	3
Total	100
Ocupação (N=100)	
Aposentado	42
Atividade econômica	39
Prendas do lar	17
Estudante	2
Total	100
Renda Familiar (salário mínimo) (N=100)	
< 1 SM	70
2 a 5 SM	28
> 5 SM	2
Total	100
Estado Civil (N=100)	
Casado/união estável	67
Solteiro	19
Viúvo	7
Divorciado	7
Total	100

Em relação às características sociodemográficas dos pacientes predominaram: pessoas procedentes de Fortaleza-Ceará (51), baixa escolaridade (75),

aposentado (42), renda familiar até um salário mínimo (70) e estado civil casado ou união estável (67).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo a presença de fatores de risco. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

FATORES DE RISCO (N=100)	Sim	Não	Parou	Total
Hipertensão arterial	61	39	-	100
Diabetes mellitus	22	78	-	100
Obesidade	60	40	-	100
Dislipidemia	18	82	-	100
Sedentarismo	82	18	-	100
Tabagismo	11	39	50	100
Etilismo	15	36	49	100

Dentre os participantes do estudo, os fatores de risco que estavam presentes em mais de 50% da amostra estudada foram: hipertensão arterial, obesidade e sedentarismo.

No tocante ao tabagismo, 61 participantes tinham esse hábito e após o diagnóstico de IC, 11 permanecia fumando, representando 18% dos fumantes. E o etilismo era prática de 64 participantes, reduzindo para 15 pessoas, ou seja, 23% dos etilistas continuam ingerindo bebidas alcoólicas. Embora a minoria continue com a prática do tabagismo e etilismo, estes percentuais são significativos, pois esses fatores são modificáveis e responsáveis pelo surgimento de doenças pulmonares e cardiovasculares.

DISCUSSÃO

Neste estudo os achados comprovam o predomínio de pessoas do sexo masculino com idade igual ou superior a 60 anos de idade portadoras de IC. Em 2002, no Brasil, houve 398 mil internações por IC, com 26 mil mortes. Tal dado corresponde a mais de 30% das internações e a 33% dos gastos com doenças do aparelho cardiocirculatório, tornando-se a primeira causa de internação de pacientes com mais de 65 anos nos hospitais do SUS.⁸ Como mostra a literatura, na proporção em que a média de idade das populações do mundo aumenta, os portadores de doenças cardiovasculares têm sua sobrevida ampliada pelas intervenções hoje disponíveis.

Foi constatado predomínio da baixa escolaridade, a qual pode constituir

dificuldades para o paciente entender as orientações da equipe multiprofissional, assim como no seguimento do tratamento.

Sobre o acesso ao sistema de saúde, possivelmente o difícil acesso e as restrições financeiras fazem com que os pacientes do serviço público sejam acometidos mais precocemente pelas doenças cardiovasculares e/ou tenham menor adesão terapêutica, acarretando mortes mais precoces.²

Quanto aos fatores de risco da insuficiência cardíaca, predominaram o sedentarismo (82), a hipertensão arterial (61) e a obesidade (60).

Como observado, o sedentarismo estava presente em 82% dos entrevistados. Define-se como atividade física graus variados de intensidade, desde o exercício físico propriamente dito (atividades moderadas a intensas) até atividade de baixa ou muito baixa intensidade. Para libertar-se do sedentarismo, qualquer aumento de atividade é relevante. Independentemente da perda de peso, reduz o risco de diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.⁷

Conforme a literatura, a inatividade física e o baixo nível de condicionamento constituem fatores de risco para a mortalidade prematura tão importantes quanto fumo, dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial.⁹

O sedentarismo é tido como fator de risco significativo para eventos coronarianos ou para novos eventos pós-infarto agudos do miocárdio. Ademais, é responsável direto pelo baixo condicionamento físico, pela redução do consumo de oxigênio e pela diminuição do tônus muscular, pelo aumento do peso corporal, pela elevação dos níveis de triglicerídeos e pela redução do HDL, além de comprometer a auto-estima das pessoas.⁶

A hipertensão arterial também estava presente na maioria (61%) dos participantes. Este dado é relevante, pois a hipertensão arterial é responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica. Como fator de risco para cardiopatia isquêmica e fator etiológico da cardiopatia hipertensiva, a hipertensão arterial está freqüentemente na linha causal da insuficiência cardíaca.⁷

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Como exposto, a hipertensão arterial detém custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes sobretudo das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca,

insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.¹⁰

Os resultados encontrados são concordantes com outros estudos, os quais relatam que a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus predis põem e agravam doenças, sendo muitas vezes consideradas determinantes, por exemplo, da doença renal, como mostra um estudo realizado com portadores de doença renal crônica, no qual evidenciou que hipertensão arterial e diabetes mellitus aparecem como uma doença crônica complicante e estavam presentes em 30,2% na amostra dos casos estudados.¹¹

Sobre a prevalência da hipertensão arterial sistêmica existem determinados critérios. Para a Organização Mundial de Saúde, esta prevalência varia entre 15 e 20% para ambos os sexos, enquanto para o Ministério da Saúde do Brasil é de 15% para ambos os sexos. No entanto, outras fontes indicam para o Brasil cifras diferentes, de acordo com vários locais e estudos considerados, tais como: 13,76% em Porto Alegre para ambos os sexos; 15,5% para os homens e 7,8% para as mulheres em São Paulo; e 33% para os homens e 32% para as mulheres em Piracicaba-SP.¹²

A obesidade presente em 60% dos participantes do estudo é um fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, especialmente doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, independente da idade, pressão arterial sistólica, níveis de colesterol, tabagismo, intolerância à glicose e presença de hipertrofia ventricular esquerda, segundo revelou a avaliação de homens e mulheres participantes do estudo de Framingham, em um período de 26 anos.¹³

E os fatores de risco que estiveram presentes em menos de 50% da amostra foram: diabetes mellitus(22), dislipidemia (18), etilismo(15) e tabagismo (11)

O diabetes mellitus (DM) estava presente em 22% dos participantes. No Brasil, no final da década de 1980, a prevalência de DM na população adulta foi estimada em 7,6%; dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 12,1% em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP.¹⁴

Quanto a dislipidemia, 18 pessoas apresentaram esse fator de risco. Embora seja um baixo percentual é preocupante, pois os riscos de doença do coração aumentam na medida em que os níveis de colesterol estão mais elevados no sangue. Junto a outros fatores de risco, como pressão arterial elevada e fumo, esse risco é ainda maior.

O fator de risco etilismo estava presente em 15% dos entrevistados. Por etilismo entende-se a ingestão elevada e crônica de álcool etílico. São diversos os danos deste vício. Na população adulta, pode contribuir para o desenvolvimento de doenças hepáticas (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose), digestivas (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite) e cardiovasculares (hipertensão).¹⁵

De acordo com o mencionado, o tabagismo estava presente em 61% das pessoas portadoras de IC. Destas, 11% permanecem fumando. O consumo do tabaco representa o maior fator de risco cardiovascular isolado: é um fator de risco independente para o infarto agudo do miocárdio e para a aterosclerose.⁶

Entretanto, é difícil abrir mão desse hábito, principalmente para as populações idosas, em virtude da dependência da nicotina. Segundo mostram os dados estatísticos, o número de fumantes em todo o mundo é de aproximadamente 1,3 bilhão. Após um ano de abandono do cigarro, o risco de doenças cardiovasculares diminui em 50%, e com quinze anos o risco relativo de doenças cardíacas é equivalente a um indivíduo que jamais fumou.¹⁶

Uma estratégia que pode ser utilizada para minimizar fatores de risco para a IC é o tratamento através do trabalho educativo por meio de grupos com doentes crônicos, que tem como proposta compartilhar dúvidas, angústias e receios, buscando alternativas que auxiliem na superação das dificuldades, no enfrentamento e na adaptação do estilo de vida à sua nova condição de saúde.¹⁷

Portanto, corroboramos com estudiosos^{18,19,20} que referem a importância da capacitação dos profissionais de saúde, em especial, enfermeiros para desenvolver ações de educação em saúde que deve ser valorizada, permitindo que estes possam melhor assistir aos pacientes acometidos por insuficiência cardíaca e seus familiares.

CONCLUSÃO

O prognóstico dos pacientes com insuficiência cardíaca está relacionado à adequada avaliação do estado clínico, cujo manejo da doença pode repercutir na redução ou controle dos sintomas e minimização da mortalidade. Logo, o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do perfil epidemiológico dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca pode favorecer o tratamento mais específico, além de permitir a elaboração de estratégias voltadas às populações com maior quantitativo de fatores

de risco para desencadear insuficiência cardíaca.

Constatou-se como principais características sociodemográficas dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca: sexo masculino; idoso; não-brancos; casados; baixa escolaridade; aposentados e baixa renda familiar. E os fatores de risco modificáveis detectados foram: hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso, dislipidemia, sedentário, tabagismo e etilismo.

De modo geral, os fatores de risco atuam em conjunto, e quanto maior a quantidade de fatores presentes, maior será a probabilidade de desencadear doenças cardíacas. Diante desta realidade, as pessoas com maiores índices de risco devem receber acompanhamento periódico e exercer uma prática de autocuidado favorável à redução das complicações. Essa prática de autocuidado deve ser intensificada, sobretudo em pessoas já portadoras de insuficiência cardíaca.

Segundo se conclui, conhecer o perfil da população portadora de insuficiência cardíaca é favorável para desenvolver estratégias que contribuam à promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente e à sua reabilitação.

Para o desenvolvimento e operacionalização dessas estratégias os profissionais da saúde precisam ter conhecimentos científicos para a detecção e interpretação dos problemas, além de capacidade de intervir conforme a necessidade de cada paciente.

Enfatiza-se que, o conhecimento dos fatores de risco deve levar ao incentivo da prática de autocuidado, com vistas a alterar o estilo de vida ou hábitos pessoais, no intuito de minimizar esses fatores, proporcionando a manutenção da saúde ao longo do tempo.

Em face da expressiva margem de sucesso na redução de novos eventos cardiovasculares e do aumento da sobrevida, as medidas preventivas, tanto secundárias como terciárias, devem ser vistas como prioridade. Para resultados mais promissores, o atendimento ao paciente portador de insuficiência cardíaca deve ser contínuo e laborioso, pois requer uma relação de confiança entre ele, os profissionais e a instituição. Ademais, deve ficar bem estabelecida a terapêutica recomendada, a qual deverá ser seguida por toda a vida do paciente.

Para melhorar a qualidade da assistência prestada a esta clientela julga-se pertinente a

realização de novos estudos abordando o perfil dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Devem-se focar, prioritariamente, as características sociodemográficas e os fatores de risco. Sugere-se, ainda, que nesses estudos haja uma abordagem minuciosa acerca das intervenções. Desse modo, espera-se promover a saúde dos pacientes de acordo com suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília (DF); 2006. 56p.
2. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Pacheco LC, Viana CH et al. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca Descompensada em Niterói - Projeto EPICA - Niterói. Arq. Bras. Cardiol. 2004;82(2):121-4.
3. Filgueira NA, Júnior JIC, Leitão CCS, Lucena VG, Melo HRL de, Brito CAA de. Condutas em Clínica Médica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS - DATASUS [Internet]. Brasília [citado 2010 março 25]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php/>
5. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Positivo; 2004.
6. Santos RD. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretrizes de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2001;77:1-48.
7. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Insuficiência Cardíaca: antiga síndrome, novos conceitos e a atuação do enfermeiro. Revista brasileira de enfermagem. 2005;58(1):70-73.
9. Krinski K, Elsangedy HM, Gorla JI, Calegari DR. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Revista digital [Internet]. Buenos Aires 2006 [citado em 2010 março 25];10(93). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>
10. Sociedade Brasileira de Cardiopatias, Sociedade Brasileira de hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. Brasil 2006 [citado 2009 Abr 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf
11. Breitsameter G, Thomé EGR, Silveira DT. Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2008;29(4): 543-550.
12. Ferreira C, Filho BL, Pinto LESA, Fonseca FAH, Menendes G, Ito MT, Póvoa R. Estudo de prevenção de doenças cardiovasculares para servidores da Unifesp [Internet]. 2000 [citado em maio 9]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000400013&script=sci_arttext
13. Cercato C, Silva S, Sato A, Mancini MC, Halpern A. Risco cardiovascular em uma população de obesos. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2000;44:45-48.
- 14- Milech A, Forti AC e, Golbert A, Ramalho AC, Lerário AC, Pires AC et al. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007.
15. Araujo TL, Lopes MVO, Cavalcante TF, Guedes NG, Moreira RP, Chaves ES, Silva VM. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. Rev. esc. enferm. 2008;42(1):120-126.
16. American Heart Association (AHA). International Cardiovascular Disease Statistics [Internet]. 2004 [citado em 2008 maio 19]. Disponível em: <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1236204012112INTL.pdf>
17. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 dez;29(4):647-53.
18. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009;30(1):62-70.
19. Freitas EO, Pitthan LO, Guido LA, Linch GFC, Umann J. Factors of cardiovascular risk in a cardiology intensive care unit. Rev Enferm UFPE OnLine[periódico na internet]. Jan/Mar[acesso em 2010 abr 13];4(1):188-94. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>
20. Garcia SMS, Galvão MTG, Araújo EC, Cavalcanti AMTS. Aspectos socioepidemiológicos e clínicos de portadores de hipertensão arterial. Rev Enferm UFPE OnLine. [periódico na internet]. Out/Dez[acesso em 2010 abr 13];1(2):149-56. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/380/373>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/05/17

Last received: 2010/08/24

Accepted: 2010/08/25

Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Francisca Elisângela Teixeira Lima
Av. dos Expedicionários, 3406, Ap.1203, Bl.1
CEP: 60410-410 – Benfica, Fortaleza, Ceará,
Brasil