



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN PETROLINA CITY, PERNAMBUCO, BRAZIL

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM PETROLINA, PERNAMBUCO, BRASIL

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PETROLINA, PERNAMBUCO, BRASIL

Marcio Manoel Teixeira¹, Viviane Euzébia Santos², Adriana Maria Pereira da Silva³, Amanda Larissa Souza dos Santos⁴, Lusineide Carmo Andrade de Lacerda⁵, Audimar de Sousa Alves⁶

ABSTRACT

Objective: to know the clinical and epidemiological profile of patients with cardiovascular disease at a medical clinic at a public hospital in Petrolina/PE city. **Method:** this is a descriptive and exploratory study from qualitative and quantitative approaches, carried out in the medical clinic of the Hospital Emergency and Trauma from September to October 2009. The survey sample consisted of 24 clients admitted and with cardiovascular diseases, and data were obtained through review of records and semi-structured interviews. The study was approved by the Ethics Committee of the Instituto Materno Infantil de Pernambuco Professor Fernando Figueira/IMIP, protocol number 1568. **Results:** proved, after analysis of the data that the greatest affected by cardiovascular disease were older people with low education who had habits of smoking and drinking. The personal and family history also influenced the development of heart disease, this risk increases when associated with socioeconomic disadvantage. Among cardiovascular diseases, stood out heart failure with 58%. **Conclusion:** after analyzing the data, it was felt that health professionals have a challenge, which consists in changing the lifestyle of the general population, working in health promotion and disease prevention in the different spheres of industry health. **Descriptors:** coronary disease; epidemiology; inpatient.

RESUMO

Objetivo: conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de doenças cardiovasculares em uma clínica médica de um hospital público da cidade de Petrolina/PE. **Método:** estudo descritivo, exploratório de abordagem quali-quantitativa, realizado na clínica médica do Hospital de Urgência e Traumas nos meses de setembro e outubro de 2009. A amostra da pesquisa foi composta por 24 clientes internados e portadores de doenças cardiovasculares, cujos dados foram obtidos através da análise de seus prontuários e de entrevistas semi-estruturadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Materno Infantil de Pernambuco Professor Fernando Figueira/IMIP, sob nº de protocolo 1568. **Resultados:** revelou-se, após análise dos dados que os maiores acometidos pelas doenças cardiovasculares foram pessoas idosas, com baixa escolaridade que possuíam hábitos de fumar e beber. Os antecedentes pessoais e familiares também influenciaram no desenvolvimento de cardiopatias, esse risco aumenta quando associado aos fatores socioeconômicos desfavoráveis. Dentre as doenças cardiovasculares, destacou-se a insuficiência cardíaca com 58%. **Conclusão:** após análise dos dados, percebeu-se que os profissionais de saúde possuem um desafio, o qual consiste em mudar o estilo de vida da população em geral, trabalhando a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas diversas esferas do setor saúde. **Descritores:** doença das coronárias; epidemiologia; pacientes internados.

RESUMEN

Objetivo: conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad cardiovascular en una clínica médica en un hospital público en la ciudad de Petrolina/PE. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio cualitativo y cuantitativo, realizado en la clínica médica del Hospital de Emergencia y Trauma de septiembre a octubre de 2009. La muestra de la encuesta consistió en 24 pacientes internados y con enfermedades cardiovasculares, y los datos fueron obtenidos mediante la revisión de documentos y entrevistas semi-estructuradas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Materno Infantil de Pernambuco Profesor Fernando Figueira/IMIP, numero de protocolo 1568. **Resultados:** demostrado, tras el análisis de los datos que los mayores afectados por enfermedades cardiovasculares fueron las personas mayores con bajo nivel de educación que tenía hábitos de fumar y beber. Los antecedentes personales y familiares también influyeron en el desarrollo de la enfermedad cardíaca, el riesgo aumenta cuando se asocia con desventaja socioeconómica. Entre las enfermedades cardiovasculares, fallo en el corazón quedó con el 58%. **Conclusión:** Después de analizar los datos, se consideró que los profesionales de la salud tienen un reto, que consiste en cambiar el estilo de vida de la población en general, trabajando en promoción de la salud y prevención de enfermedades en las diferentes esferas de la industria salud. **Descriptores:** enfermedad coronaria; la epidemiología; hospitalización.

¹Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Enfermeiro do PSF de Dormentes/PE. Membro do GEPSAI-UNIVASF/PE. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: marcioteixeira2005@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UNIVASF. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisas em Saúde do Adulto e Idoso-GEPSAI/UNIVASF. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: viviane.euzebia@univasf.edu.br; ³Discente em Enfermagem pela UNIVASF. Bióloga pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Membro do GEPSAI-UNIVASF/PE. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: adricamari1@yahoo.com.br; ⁴Discente em Enfermagem pela UNIVASF. Membro do GEPSAI-UNIVASF/PE. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: amandlarissa@hotmail.com; ⁵Enfermeira. Especialista em Gerenciamento de Serviço de Enfermagem. Diretora de Enfermagem do Hospital de Urgências e Traumas. Professora do Departamento de Enfermagem da UNIVASF. Membro do GEPSAI-UNIVASF/PE. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: lusineide.lacerda@hotmail.com; ⁶Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na área de Saúde. Professora Departamento de Enfermagem da UNIVASF. Membro do GEPSAI-UNIVASF/PE. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: audimar1000@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O advento da Revolução Industrial e tecnológica e as mudanças socioeconômicas resultaram em transformações dramáticas nas enfermidades responsáveis pela doença e morte das novas civilizações. Entre as principais responsáveis apontam-se as doenças cardiovasculares (DCV) que emergiram como as doenças crônicas dominante em muitas partes do mundo e agora, no início do século XXI, está predito que ela tornar-se-á a principal causa de invalidez e de morte em todo o mundo.¹

Além disso, o pós revolução industrial propiciou mudanças nos hábitos e estilo de vida do homem. Essa modificação, para a vida moderna, com baixa atividade física, alta ingestão de alimentos hipercalóricos e níveis de estresse cotidiano elevados agregado ao aumento da expectativa de vida, promovido principalmente pelo desenvolvimento das ciências médicas e novas tecnologias, provavelmente, são os grandes responsáveis por doenças crônicas.²

O rápido processo de envelhecimento populacional brasileiro teve como consequência a elevação do número de idosos. Este fato representa um grande desafio para o sistema de saúde, pela maior incidência de doenças crônicas e incapacidades físicas, levando a crescentes custos econômicos e sociais.³

Esta informação é reforçada pelo aumento dos auxílios-doença e aposentadorias por invalidez, cabendo destacar que, no Brasil, estes dois benefícios somaram no ano de 2004, em números absolutos, 143.354 auxílios-doença e 20.227 aposentadorias por invalidez. Estes são benefícios concedidos a pessoas em idade produtiva, particularmente acometidas por patologias resultantes do processo de industrialização e urbanização.⁴

A ação de urbanização, ocorrida em muitos países no último século ocasionou mudanças no estilo de vida da população (adoção de hábitos alimentares inadequados e inatividade física, por exemplo) que beneficiaram o crescimento dos níveis de obesidade e, consequentemente doenças associadas. Isto colaborou para uma alteração nas principais causas de morbimortalidade, com predominância das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) em analogia às doenças infecto-contagiosas e àquelas causadas por deficiência nutricional.

No Brasil, no ano de 2009, foram registradas 1.111.631 internações hospitalares por ambos os sexos com faixa etária acima de

20 anos referentes a doenças do aparelho circulatório, o nordeste contribuiu com 242.456 dessas internações. O estado de Pernambuco apresentou um número de 42.153 internamentos e Petrolina apareceu com 1.197.⁵

As doenças cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por mais de 16,7 milhões de mortes, representando 29,2% da mortalidade mundial.⁶ No Brasil, em 2008, ocorreram 312.290 óbitos, por doenças cardiovasculares.⁷

No estado de Pernambuco, no ano de 2008 houveram 16.656 óbitos relacionadas a doenças do aparelho circulatório em ambos os sexos com faixa etária acima de 20 anos. Petrolina no mesmo ano, apresentou 319 óbitos relacionada a cardiopatias.⁷

As doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva⁸. No mundo a doença cardiovascular é responsável por 30% da mortalidade, ocorrendo 46% destas mortes em pessoas economicamente ativas.⁹

Com base nos dados apresentados, ressalta-se a importância do desenvolvimento de novos estudos que apontem para a etiologia das doenças cardiovasculares, ou seja, é preciso estudar as pessoas portadoras dessas patologias, seus hábitos de vida, suas formas de viver e conviver com a doença. Acredita-se que uma maneira de sensibilizar as pessoas para a mudança de hábitos de vida seja a partir do conhecimento das características específicas de cada população e de que forma estas características contribuem para o estabelecimento da doença e para a gravidade da mesma,¹⁰ para que se possa traçar metas de se prevenir novos casos e se promover a qualidade da vida das pessoas portadoras de DCV.

Nos últimos anos, a prevenção cardiovascular tem sido baseada no conceito de risco cardiovascular global, que significa que os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares são orientados, não de maneira independente pelos riscos estabelecido pela elevação de fatores isolados como hipertensão arterial ou dislipidemia, mas pelo resultado da soma dos riscos imposta pela presença de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global de cada indivíduo. Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva.¹¹

Com isso, o objetivo deste estudo é conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de doenças cardiovasculares em uma clínica médica de um hospital público da cidade de Petrolina/PE.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada por meio de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa qualitativa permite estudar relações complexas baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos, enquanto que a pesquisa quantitativa analisa por meio do isolamento e explicações ou compreensões das relações entre variáveis. Ao agregar, essas pesquisas possibilita uma abordagem teórico-metodológica que melhor contribui para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social.¹²

O estudo foi realizado em uma unidade de internação de um hospital público de referência em doenças cardiovasculares no município de Petrolina - PE.

A amostra da pesquisa foi composta por 24 clientes internados na clinica médica, sendo esses indivíduos acima de 18 anos portadores de doenças cardiovasculares e com o diagnostico de doença cardiovascular registrado em prontuário, foram excluídos pacientes que não aceitaram participar do estudo, menores de 18 anos e pacientes que não constasse no prontuário o diagnóstico de doença cardiovascular.

A coleta de dados se fez por via da análise dos prontuários dos clientes, e complementação das informações pela entrevista semi-estruturada. Os primeiros dados serviram para fazer a análise quantitativa através do programa EPI info 3.5.1 (agosto/2008) e traçar o perfil dos

pacientes, e os dados das entrevistas a partir de comparação com literatura pertinente analisar os dados qualitativos classificados na categoria Hábitos de vida e sub categoria Tabagismo e Etilismo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco Professor Fernando Figueira - IMIP, nº 1568, atendendo exigências, aspectos éticos e legais da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para se manter o anonimato dos pacientes estes foram representados pela letra P, de paciente seguidos de um número, por exemplo, P1, P2, P3 e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Os dados analisados a seguir foram divididos em tópicos, de acordo com a característica de cada variável e foram expostos em figuras tendo destaque para faixa etária, escolaridade e renda familiar no quesito que corresponde ao perfil do sujeito da pesquisa.

Na situação saúde doença o destaque fica por conta das principais patologias cardíológicas que os clientes são acometidos.

Os hábitos de vida que os clientes adotam foram agrupados em fatores de risco, em que esse determinante se encontra como um dos principais indicadores de saúde e doença de uma sociedade.

• Perfil dos sujeitos

Em relação às características dos sujeitos, observamos que entre os entrevistados a idade variou entre 29 e 90 anos, sendo que a faixa etária mais prevalente entre os clientes entrevistados foi acima de 50, conforme apresentado a seguir.

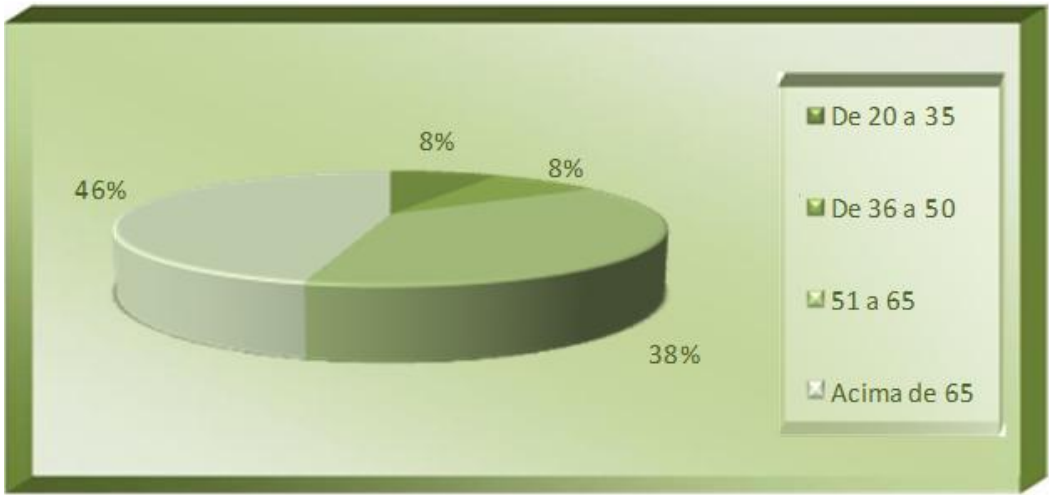


Figura 1. Faixa etária dos clientes internados na clinica médica do HUT com cardiopatia nos meses de setembro e outubro de 2009. Petrolina-PE, 2009

A figura 1 vem retratar essa tendência principalmente das populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, de

estarem se tornando cada vez mais “velhos”, e esta população mais idosa, torna-se propensa a desenvolver doenças

cardiovasculares à medida que os anos vão se acrescentado em suas vidas, quanto maior for essa longevidade maior a probabilidade de ser acometido por uma cardiopatia. A tendência ao desenvolvimento de cardiopatias está ligada aos hábitos de vida que o indivíduo adquire no decorrer dos anos, os quais se tornam mais propensas a tais enfermidades.

Outra variável a se destacar no estudo é a contribuição dos clientes entrevistados na renda familiar, a qual foi significativa, principalmente por se levar em conta que sua grande maioria são aposentados. Dos 24 clientes entrevistados, 16 (67% da amostra da pesquisa) deles são aposentados e respondem como a principal fonte de renda familiar.

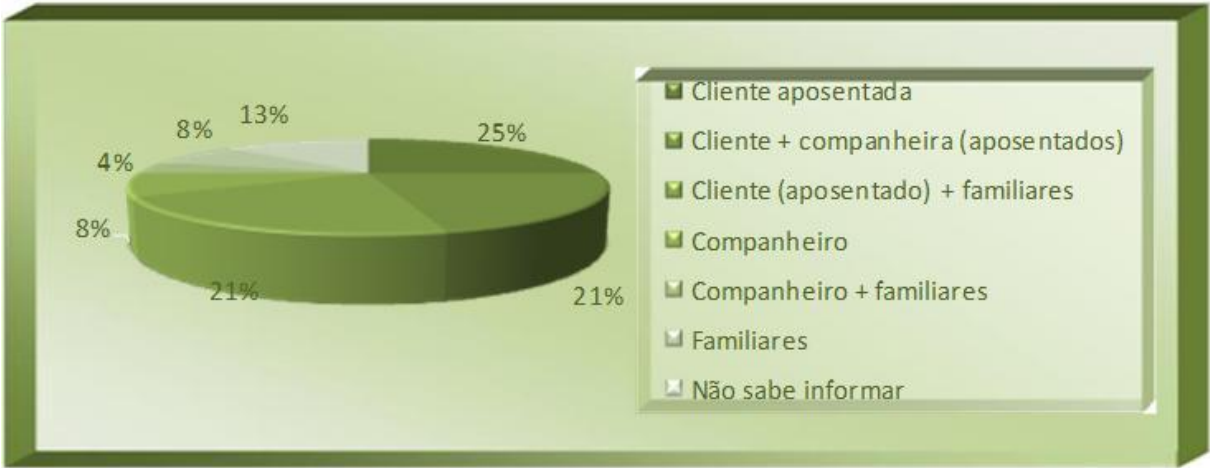


Figura 2. Habitantes do domicílio do cliente internado na clínica médica do HUT que contribuem com a renda familiar. Petrolina-PE, 2009.

O cenário visto na figura 2 é um retrato das residências principalmente no interior nordestino onde as pessoas idosas são de alguma maneira o responsável pelo sustendo do lar.

Isso se deve, principalmente, ao grande percentual de aposentadorias concedidas ao trabalhador rural, fato esse que não ocorre nos grandes centros urbanos onde a força de produção é formada por operários da indústria, comércio e serviços. Estes trabalhadores possuem carteira de trabalho assinada e só se aposentam com o tempo

mínimo de contribuição, evento esse que não ocorre com o trabalhador rural, onde é preciso apenas comprovar que sobrevive da agricultura familiar.

• Situação Saúde Doença

Quanto aos dados levantados sobre as patologias que acometem os participantes desta pesquisa, pode-se perceber que duas se destacam entre elas, as ICC descompensada e IAM.

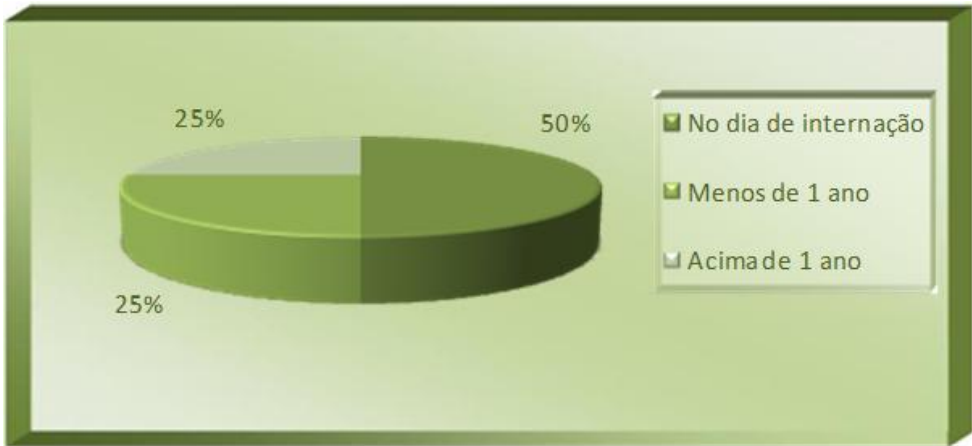


Figura 3. Tempo de diagnóstico dos clientes internados na clínica médica do HUT de Petrolina-PE nos meses de setembro e outubro de 2009. Petrolina-PE, 2009.

Um agravante que contribui para uma sobrevida menor nos clientes internados foi o tempo de diagnóstico das cardiopatias.

A figura 3, mostra que 50% (12) dos entrevistados ficaram sabendo da cardiopatia no dia da internação, ou seja, em um estágio avançado da enfermidade em que os sintomas já foram desencadeados, o que levaram a procurarem a unidade hospitalar.

Os avanços das tecnologias na saúde e os novos tratamentos que foram surgindo ao longo do tempo fazem com que essas pessoas que teoricamente teriam uma sobrevida menor se tornarem mais longa, mas para que isso venha a ocorrer é preciso que o cliente seja policiado quanto à medicação indicada, mudança nos hábitos de vida.

Algo que se torna difícil devido a baixa escolaridade e faixa etária elevada um agravante mencionado anteriormente, pois,

Teixeira MM, Santos VE, Silva AMP da et al.

essas pessoas são relutantes na mudança de hábitos adquiridos no decorrer da vida. E, também, porque as pessoas ainda não estão acostumadas a prevenir doenças e promover saúde, resultado de anos dedicados ao modelo curativista na saúde brasileira.

● Hábitos de Vida

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo.¹³

Na categoria hábitos de vida procurou-se reunir as falas dos entrevistados em que estes expressavam a sensibilização para minimizar e/ou parar com os hábitos de fumar e beber após o adoecimento, em alguma fase da vida. Nas falas os clientes se mostraram temerosos quando eles associavam a sua condição de saúde a uma provável relação com o estilo de vida adotados por eles.

Há fortes evidências de que o tabaco faça parte da cadeia de causalidade de quase 50 diferentes doenças, destacando-se o grupo das doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias.¹⁴

Com relação ao tabagismo e ao adoecer os clientes demonstravam conhecimento de que o hábito de fumar tinha relação com a doença e que o momento de sua interrupção poderia ajudar na melhora conforme falas evidenciadas por eles:

[...]fumava mas depois que adoeci parei...desde o mês passado eu passo por esse problema[...] (P02).

fumava muito, comecei com 12 anos.vim parar agora depois dessa queda (internação)...por isso que agravo até os pulmões...(P17)

O conhecimento do diagnóstico e possível prognóstico propicia no indivíduo varias formas de reações dentre elas o medo, do que venha a ser a sua vida daquele momento em diante.

Estudos demonstram que o tabagismo, em pacientes acometidos por um infarto agudo do miocárdio e naqueles que foram diagnosticados portadores de doença arterial coronariana, ou hospitalizados em unidade de cuidados coronarianos tem apresentado a diminuição e abandono do tabagismo, bem como um estímulo para cessação de fumar em longo prazo, especialmente para fumantes leves e aqueles com um novo diagnóstico de doença cardíaca.¹⁵

A análise de algumas falas mostra a influência da religião na mudança dos hábitos de fumar, como refere as falas a seguir:

Clinical-epidemiological profile of patients with...

Não, ele é crente... fumou faz e tempo, faz uns trinta anos que deixou de fumar (P04);

Já fumei...uns cinco anos sei lá... ai eu aceitei Jesus, ai ele me consertou (P013A).

A religiosidade, independentemente da religião professada, facilita a recuperação da dependência não só do tabaco, mas, de outras substancias químicas e diminui os índices de recaída. A ida aos cultos e missas contribui para diminuição do consumo de outras drogas aumentando o otimismo, percepção do suporte social, resiliência, ao estresse e diminuição dos níveis de ansiedade.¹⁶

Esses resultados permitem refletir sobre a importância de se fazer continuamente atividades de educação em saúde, principalmente, por parte dos profissionais de saúde, com jovens e adultos e até mesmo criança diante do início cada vez mais precoce no hábito de fumar como observado nas falas. Mostrar quanto à aquisição de hábitos saudáveis pode proporcionar uma vida mais saudável e longínqua.

Ao falar sobre o uso do álcool, a maioria menciona ser o hábito mais fácil de abandonar, como demonstrado a seguir:

[...]Não, mas já bebeu quem não bebe hoje em dia né (P09);

[...]Beber eu bebi mas deixei, bebo só água, a bebida foi mais fácil de deixar (P20);

[...]Não eu parei faz muito tempo tá com mais de 20 anos (P24).

As falas nos mostram que os clientes não tiveram dificuldades em parar de beber, fato este que pode estar relacionado a um estágio não tão avançado de dependência.

DISCUSSÃO

Nos últimos 30 anos, a atenção tem-se voltado cada vez mais a mudança nos hábitos de vida, sobretudo em relação à nutrição, fator preponderante sobre doenças cardiovasculares. Dentre as principais mudanças detectadas no padrão alimentar ao longo de três décadas destaca-se o aumento contínuo e intensificação do consumo de proteínas, açúcar refinado e refrigerantes e, a redução no consumo de leguminosas, raízes e tubérculos.¹⁷

Dentre os hábitos de vida, fatores de risco como o sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres (excesso de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo).¹³

A outro fator que está ligado aos hábitos de vida dos idosos é o fato de serem relutantes

na mudança de costumes e rotinas adquiridos no decorrer de sua existência, como o hábito de fumar ou ingerir grupos de alimentos inadequados para uma vida saudável.

Essa relutância na mudança de hábitos pode estar relacionada ao grau de escolaridade do grupo estudado, onde 54% são analfabetos ou alfabetizados (apenas assinam o nome) como mostra a figura 2. O fato de apresentarem baixa escolaridade faz com que o conhecimento sobre questões de saúde se torne menor e sejam resistentes a mudanças.

Com relação à escolaridade, a grande parcela correspondeu a analfabetos e alfabetizados (apenas assinam o nome) treze deles, seguido dos que tinham o primeiro grau incompleto oito segundo grau incompleto um segundo grau completo um e não informado um.

As informações levam a concluir que a taxa de analfabetismo é expressiva, levando-se em consideração que os alfabetizados foram analisados nessa pesquisa como aqueles que apenas assinam o seu próprio nome, contabilizando uma amostra de 54% na soma das duas. Essa escolaridade muito baixa pode ter relação direta com a percepção sobre seu processo de saúde doença.

Quanto maior for à escolaridade maior será o favorecimento a compreensão sobre a doença e o cuidado, conseqüentemente, a instrução se torna um elemento relevante e contribuinte na busca da adesão a tratamentos.¹⁸

Estudos já realizados demonstraram que na etiologia das DCVS encontram-se fatores cujas origens podem está vinculadas as seguintes características: genéticas - propensão que o individuo já trás ao nascer, como herança familiar; estilo de vida e qualidade de vida - modos de viver que conduzem a práticas, hábitos, pressões de desgaste físico-psicológico que se constituem em fatores de risco, alimentação inadequada, sedentarismo, estresse físico e psicológico.¹⁹

As principais cardiopatias que acometem os clientes da pesquisa em questão mostram não fugir da realidade do resto do país conforme citação logo acima, a ICC teve uma freqüência de 58% (14) prevalecendo sobre as demais, IAM 17% (04) e outras (angina instável, bradiarritmia, estenose mitral, Doença de Chagas, endocardite bacteriana/derrame pericárdio e bloqueio átrio ventricular total/síndrome coronariana aguda) 25% (06).

No Brasil, a ICC é uma epidemia cardiovascular emergente, constituindo o terceiro maior motivo entre as causas e a primeira causa entre as doenças

cardiovasculares de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em pacientes acima de 65 anos, elevando os custos com hospitalização e os gastos com medicamentos.²⁰

CONCLUSÃO

As doenças crônicas não tratadas correspondem hoje a um problema de saúde publica, diante das consequências que elas venham a acarretar para o cliente, família e para a sociedade.

Com isso, aponta-se como suma importância a atenção para os para os portadores dessas patologias e seu tratamento, visando sanar e/ou minimizar os danos acarretados para o ser humano, família e a sociedade.

Dessa forma, este estudo volta-se para a identificação das pessoas acometidas pelas cardiopatias e internadas por suas complicações, a fim de traçar suas características e propor um atendimento direcionado a suas necessidades.

Os participantes da pesquisa, na maioria, são compostos de uma população em idade avançada, que possui um grau de escolaridade mínimo ou inexistente, o que influencia nos hábitos de vida, e a resistência em mudar com o decorrer do tempo, porém, no momento em que eles se deparam com o risco iminente de morte, começam a pensar na importância de alterar algumas atitudes que vinham desempenhando até aquele momento, como o hábito de fumar, observado em alguns clientes.

A escolaridade teve interferência na renda per capta da família, pois os aposentados no trabalho aqui citado foram aposentados da zona rural com valor médio de um salário mínimo, a contribuição dos aposentados na renda familiar se expressou em 67% dos entrevistados, o que influencia diretamente nas condições de saúde dos mesmos, pois em muitos casos quando o estado não fornece a medicação, eles ficam impossibilitados de comprar mediante comprometimento de sua aposentadoria com a manutenção do seu lar.

Dentre os entrevistados, dezessete (17) possuíam patologias de base e faziam uso de medicamentos em seu lar, porém, com hábitos inadequados de ingestão o que influencia no desenvolvimento de patologias com maior grau de complicações como a insuficiência cardíaca (IC).

A IC obteve domínio na prevalência das demais cardiopatias, isso se deve, principalmente, por ser uma cardiopatia secundaria e surgir de forma silenciosa, no

momento em que se agrava a patologia de base ou esforço excessivo por longo período de trabalho extenuante.

O hábito de fumar e beber continuam sendo um dos principais influenciadores no processo de adoecer por cardiopatias, porém a mudança se mostrou significativa quando o cliente percebe que está doente e que estes dois associados podem agravar o seu prognóstico.

Dessa forma, sugere-se que estratégias por parte dos profissionais, das instituições de saúde e o governo, com o objetivo promover alterações positivas direcionadas ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos clientes.

Estratégias essas que precisam ser desenvolvidas com pacientes, familiares e instituições de saúde de forma a permitir a sensibilização das pessoas envolvidas a fim de que compreendam a importância da manutenção de uma vida saudável.

Assim, o desafio para os profissionais de saúde está em uma educação em saúde em todas às fases da vida do ser humano e níveis de atendimento de saúde, mostrando os prós e contras de se levar uma vida com hábitos saudáveis. A educação em saúde é uma das alternativas fundamentais para se conduzir as pessoas a mudanças de hábitos.

A busca por medidas adequadas é um desafio para os profissionais de saúde, por isso ressalta-se que esta pesquisa não se esgota aqui, novos estudos devem ser desenvolvidos e, formas de atuação devem ser testadas e analisadas para que o a conduta terapêutica dos portadores de cardiopatias seja efetiva e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Tratado de doenças cardiovasculares. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
2. Gottlieb MGV, Cruz IBM, Bodanese LC. Origem da síndrome metabólica: aspectos genético-evolutivos e nutricionais. Sci Med [periódico na internet]. 2008 Jan/Mar; [acesso em 2010 Jul 01];18(1):31-8. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/2228/2810>
3. Silva RCP, Simões MJS, Leite AA. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2007;28(1):113-121.
4. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciênc. Saúde Coletiva.2007;12(6):1661-672.
5. DATASUS. [homepage da internet; acesso em 2010a Jul 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ih/cnv/nipe.def>.
6. Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo de Prevalência e Multiplicidade de Fatores de Risco Cardiovascular em Hipertensos do Município de Brusque, SC. Arq Bras Cardiol.2006;86(3):219-22.
7. DATASUS [homepage da internet; acesso em 2010b Jul 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?imp/cnv/obtpe.def>.
8. Godoy MF, Lucena JM, Miquelin AR, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2007;88(2):200-6.
9. Terrasa S. Toma de decisiones para la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular. Evid actual práct ambul.2008;11(3):87-91.
10. Freitas EO, Pitthan LO, Gudo LA, Linch GFC, Umann J. Factors of cardiovascular risk in a cardiology intensive care unit. Rev Enferm UFPE [periódico na internet]. 2010 Jan/Mar [acesso em 2010 Fev 27];4(1):138-94. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/695/458>
11. Furtado MV, Polanczyk CA. Prevenção Cardiovascular em Pacientes com Diabetes: Revisão Baseada em Evidências. Arq Bras Endocrinol Metab. 2007;51(2): 312-18.
12. Gunther H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?.Psicol Teor Pesqui [periódico na internet]. 2006 Mai/Ago[acesso em 2010 Jul 02];22(2):201-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>
13. Santos ZMAS, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. Texto & Contexto Enferm.2008;17(1):90-7.
14. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. Rev Saúde Pública.2008;42(2):335-45.
15. Pietrobon RC, Barbisan JN, Nery RM. Aumento da atividade física e abandono do tabagismo em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. Rev AMRIGS [periódico na internet]. 2007 Jul/Set [acesso em 2010 Jul 02];51(3):180-4. Disponível em: <http://amrigs.org.br/revista/51-03/ao04.pdf>

16. Sanchez ZM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Rev Saúde Pública.2008;42(2):265-72.
17. Neumann AICP, Shirassu MM, Fisberg RM. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. Rev Nutr. 2006;19(1):19-28.
18. Saraiva KRO, Santos ZMAS, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto & Contexto Enferm.2007;16(2):263-70.
19. Bezerra SMMS, Araújo EC, Linhares FMP, Azevedo JNP, Goveia VA, Correa, M SM. Risk factors for coronary diseases in children from 3 to 12 years Old children of fathers with hypertension. Rev Enferm UFPE[periódico na internet]. 2009 Out/Dez[acesso em 2010 Fev 27];3(4):61-9. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/93/93>
20. Moutinho MAE, Colucci FA, Alcoforado V, et al. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e com disfunção sistólica na comunidade. Arq Bras Cardiol[periódico na internet]. 2008[acesso em 2010 Jul 01];90(2): 132-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n2/en_a11v90n2.pdf.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/04/20

Last received: 2010/11/13

Accepted: 2010/11/13

Publishing: 2010/11/15

Address for correspondence

Viviane Euzébia Santos

Av. da Integração, 870, Ap. 1204

CEP 56328-010 – Vila Eduardo, Petrolina,
Pernambuco, Brasil