

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA-CE¹

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN A HOSPITAL IN FORTALEZA-CE

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UN HOSPITAL DE FORTALEZA-CE

FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA²

THELMA LEITE DE ARAÚJO³

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA⁴

MARCOS VENÍCIUS DE OLIVEIRA LOPES⁵

ALBENIZA MESQUITA DE MEDEIROS⁶

Objetivou-se descrever as características dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital de cardiologia de Fortaleza-Ceará. Estudo descritivo, desenvolvido no ambulatório de um hospital público, referência em cardiologia. A população foi composta por 146 pacientes que se submeteram à cirurgia de revascularização miocárdica entre setembro/2005 e setembro/2006, na instituição. A amostra constou de 78 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados foram agrupados em tabelas e analisados descritivamente. As características sociodemográficas predominantes foram: sexo masculino (62,8%); idade \geq 60 anos (68,0%); baixa escolaridade (73,1%); renda familiar de até um salário mínimo (55,1%) e presença de antecedentes familiares com doenças isquêmicas cardíacas (65,4%). O conhecimento destas características permitirá aos enfermeiros que cuidam do paciente cardiopata trabalhar entre os acometidos a prevenção dos fatores de risco familiares, além de reforçar as estratégias de educação em saúde adotadas junto a populações com estas características.

DESCRITORES: Perfil de saúde; Doença da artéria coronariana; Revascularização miocárdica.

The aim of this research was to describe the characteristics of patients undergoing myocardial revascularization. It was a descriptive study, developed in the clinic of a public hospital which is reference in cardiology in Fortaleza-CE. The population was composed by 146 patients undergoing myocardial revascularization during the period of data collection, in that institution. The sample consisted of 78 patients who met the criteria for inclusion. The results were grouped in tables and analyzed descriptively. The main socio demographic characteristics were: male (62, 8%), age \geq 60 years (68, 0%), low education (73, 1%), family income of up to one minimum wage (55, 1%), presence family history of ischemic heart diseases (65, 4%). The knowledge of such characteristics will allow the nurses, who look after the patients with cardiac diseases, to work with them, besides reinforcing the education strategies for health promotion adopted along with the populations with such features.

DESCRIPTORS: Health profile; Coronary artery disease; Myocardial revascularization.

El objetivo fue describir las características de los pacientes sometidos a revascularización de miocardio en un hospital de cardiología de Fortaleza-CE. Estudio descriptivo, desarrollado en el ambulatorio de un hospital público, idóneo en cardiología. Abarcó 146 pacientes que se sometieron a revascularización de miocardio entre septiembre del 2005 y septiembre del 2006, en la institución. La muestra constó de 78 pacientes que obedecieron los criterios de inclusión. Los resultados fueron agrupados en tablas y analizados descriptivamente. Las principales características social-demográficas predominantes fueron: sexo masculino (62,8%); edad \geq 60 años (68,0%), bajo nivel escolar (73,1%); renta familiar hasta un sueldo mínimo (55,1%) y presencia de antecedentes familiares con enfermedades isquémicas cardíacas (65,4%). El conocimiento de estas características permitirá que las enfermeras, que cuidan del paciente cardíaco, trabajen entre los acometidos la prevención de los factores de riesgo familiares, además de reforzar las estrategias de educación en salud adoptadas con la población que presenta estas características.

DESCRIPTORES: Perfil de salud; enfermedad de la arteria coronaria; Revascularización miocárdica.

¹ Estudo extraído da tese intitulada Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia, desenvolvida dentro do projeto Cuidado em Saúde Cardiovascular – CNPq Nº 306149/2006-0.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENE/FFOE/UFC/BRASIL). End. p/ correspondência: Av. dos Expedicionários, 3406, ap.1203, Bl. 1. Benfica. Fortaleza-CE/Brasil. CEP: 60410-410. E-mail: felisangela@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do DENE/FFOE/UFC/BRASIL. Pesquisadora da CNPq. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Brasil. E-mail: tmmmo-reira@yahoo.com

⁵ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto do DENE/FFOE/UFC/BRASIL. Pesquisador do CNPq. Brasil. E-mail: marcos@ufc.br

⁶ Enfermeira. Especialista em Educação em Saúde Pública. Coordenadora do Ambulatório do Hospital de Messejana. Brasil. E-mail: albeniza@hm.ce.gov.br

INTRODUÇÃO

Dentre os estudos desenvolvidos na área da saúde, observa-se o interesse pelas doenças crônicas, definidas como problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas que exigem o tratamento de longo prazo, isto é, de três meses ou mais. Além disso, as condições crônicas tornaram-se a principal causa de problemas ligados à saúde, em decorrência de diversos fatores, cujo tratamento envolve os problemas físicos, psicológicos e sociais dos pacientes e seus familiares⁽¹⁾.

Por contribuem, significativamente, como grupo causal para a taxa de mortalidade em todas as regiões brasileiras as doenças cardiovasculares destacam-se entre as alterações crônicas⁽²⁾. Além disso, constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil. Autores ressaltam o ônus econômico das doenças cardiovasculares tem crescido exponencialmente nas últimas décadas⁽³⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano 2020 de sua manutenção como causa principal de mortalidade e incapacitação⁽⁴⁾.

A revascularização miocárdica, não raro, é o procedimento de eleição na tentativa de salvar vidas nessa clientela. Com isso, o comportamento do paciente pós revascularização passa a ser preponderante no restabelecimento da saúde e manutenção da vida com a máxima qualidade possível.

Segundo um estudo desenvolvido com o intuito de investigar os comportamentos de pacientes após a revascularização do miocárdio (RM) em relação aos fatores de risco constatou que 50% dos entrevistados se enquadraram no grau *ótimo* de autocuidado após um ano de revascularização do miocárdio e outros 50% estavam classificados entre *bom* e *regular* no grau de autocuidado⁽⁵⁾. Este estudo mostrou a necessidade de desenvolver estratégias para aumentar a prática do autocuidado, com vistas a controlar os fatores de risco, minimizar as complicações cardiovasculares pós-cirurgia e favorecer a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

No entanto, para minimizar os fatores de risco, é necessário inicialmente detectá-los. São classificados em fatores constitucionais e fatores comportamentais⁽⁶⁾. Os constitucionais seriam aqueles que o indivíduo não pode controlar ou alterar; e os comportamentais seriam aqueles passíveis de controle ou prevenção.

Como principais fatores de risco constitucionais para doenças cardiovasculares incluem-se os seguintes: sexo, com predominância nos homens; elevação da idade, principalmente para as mulheres; raça, pois os negros possuem maior susceptibilidade de desenvolver cardiopatias, por motivos ainda não suficientemente explicados; hereditariedade, porquanto pessoas com histórias familiares até o 2º grau de doenças coronarianas possuem um risco maior de desenvolver a doença. Entre os fatores comportamentais, podem-se citar: sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo, ingestão de café, dieta rica em gorduras, alto consumo de sal, estresse e contraceptivos hormonais⁽⁷⁻⁸⁾.

Estes indicadores de risco atuam em conjunto, e quanto maior a quantidade de fatores presentes, maior será a probabilidade de desencadear doenças coronarianas. Diante da situação, as pessoas com maiores índices de risco devem receber acompanhamento periódico e exercer uma prática de autocuidado favorável para redução das complicações.

Dessa forma, considera-se pertinente o desenvolvimento deste estudo, para responder ao seguinte questionamento: que fatores de risco constitucionais para doenças cardiovasculares estão presentes nos pacientes que se submetem à revascularização do miocárdio? Acredita-se que sua resolução poderá direcionar os profissionais da saúde a desenvolverem estratégias de promoção da saúde para o público de maior acometimento por este agravo.

Assim, tem-se como objetivo descrever as características sociodemográficas dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital de cardiologia de Fortaleza-Ceará.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo descritivo foi desenvolvido no ambulatório de um hospital público, referência em cardiologia, situado na cidade de Fortaleza-Ceará.

A população foi composta por 146 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no período de setembro/2005 a março/2006, na instituição. A amostra foi constituída por 78 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: ser a primeira cirurgia de revascularização do miocárdio, independente do tipo (safena ou mamária) e do número de pontes; realizar a cirurgia no período de coleta de dados; e residir em Fortaleza.

As variáveis pesquisadas foram: fatores constitucionais de doença arterial coronariana (sexo, idade e história familiar de doença cardíaca) e características sociodemográficas (escolaridade, ocupação, renda familiar, existência de companheiro, e religião).

No referente à escolaridade, foi dividida em duas categorias para análise, tendo em vista a relevância do grau de instrução na compreensão e adesão às práticas de autocuidado para melhoria da qualidade de vida e redução de complicações. Para caracterizar os pacientes que exerciam alguma ocupação, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações⁽⁹⁾. Foi considerada a existência de companheiro pelo fato deste ser capaz de corroborar para o seguimento da terapêutica recomendada. Sobre a religião, foi considerado o cristianismo, o qual se divide em três grupos: católicos romanos, ortodoxos orientais e protestantes.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista, pois essa técnica bem-sucedida consegue levantar dados precisos e completos sobre os dados de identificação e estado de saúde da pessoa, estabelecer um vínculo de confiança, construir um vínculo para uma relação terapêutica persistente, ensinar a pessoa sobre promoção da saúde e prevenção de doenças⁽¹⁰⁾.

A entrevista foi realizada na enfermaria da unidade de internação hospitalar, cujo ambiente foi considerado apropriado, por ser tranquilo e silencioso, possibilitando a verbalização espontânea do entrevistado. Utilizou-se um roteiro para o registro manual dos dados observados pela pesquisadora e verbalizados pelos pacientes. O mencionado roteiro permitiu a coleta dos dados de identificação e condições de saúde do paciente.

Os resultados foram apresentados em tabelas e analisados com base na estatística descritiva. Os dados foram compilados e analisados nos programas computacionais: Excel 2003 e SPSS 13.0.

O estudo foi realizado de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, sob n.292/05. Todos os pacientes foram orientados acerca dos objetivos do estudo e aceitaram participar do mesmo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

As variáveis referentes aos dados sociodemográficos dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio serão apresentadas a seguir:

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo sexo, idade, história familiar de doença cardíaca, escolaridade, ocupação, renda familiar, existência de companheiro, religião cristã. Fortaleza-CE, 2006.

Variáveis	DP	N	%
Sexo	8,98		
Feminino		29	37,2%
Masculino		49	62,8%
Idade			
<60 anos		25	32,0%
≥60 anos		53	68,0%
História familiar de doença cardíaca			
Sim		51	65,4%
Não		27	34,6%
Escolaridade			
Até ensino fundamental incompleto		57	73,1%
Com ensino fundamental		21	26,9%
Ocupação			
Exercia atividade laboral remunerada		35	44,9%
Aposentado		39	50,0%
Não exercia atividade laboral		4	5,1%
Renda familiar			
≤ 1 salário mínimo		43	55,1%
> 1 salário mínimo		35	44,9%
Existência de companheiro			
Sim		59	75,6%
Não		19	24,4%
Religião cristã			
Católica		64	82,1%
Protestante		14	17,9%
Total		78	100,0%

Em relação ao sexo, constatou-se predomínio do masculino (62,8%). Ao verificar a idade, constatou-se média de 64,95 anos, desvio padrão de 8,98 e variação de 38 a 86 anos. Ao relacionar a idade com o sexo, constatou-se que a maioria era de pessoas de ambos os sexos com idade superior a 60 anos de idade (68,0%).

Predominaram as pessoas com baixa escolaridade, até o ensino fundamental incompleto (73,1%). Dos que

cursaram até o ensino fundamental incompleto, 69,2% eram analfabetos ou sabiam apenas assinar o nome. E ainda, foi evidenciado apenas 7,7% de pessoas com nível superior completo entre os pesquisados.

Quanto à atividade de remuneração dos pacientes antes da cirurgia, 51,3% eram aposentados. Entre estas ocupações, incluíram-se: comerciante varejista e representante comercial autônomo (16,7%); pedreiro e marceneiro (3,8%); camareira de hotel e costureira (5,1%); empregado doméstico/faxineiro (6,4%); sapateiro (2,6%); auxiliar de escritório em geral (2,6%); motorista de caminhão (2,6%); vigia (1,3%); alguns (3,8%) exerciam atividades de nível superior (advogado, enfermeiro e engenheiro civil) e outros (5,1%), que não exerciam atividade remunerada, dedicando-se ao cuidado da própria casa. Dos 44,9% de pacientes que exerciam atividade laboral, cerca de 40% retornaram às suas funções no período de três a quatro meses após a cirurgia, sob orientação da enfermeira. Os demais não retornaram pelo avanço da idade, do não consentimento familiar e/ou por se tratar de atividades que exigiam grande esforço físico, sendo contraindicadas no pós-operatório.

A renda familiar foi avaliada conforme o salário mínimo vigente no Brasil no período de coleta de dados: R\$350,00. Predominaram as pessoas que ganhavam até um salário mínimo, 55,1%. O grupo teve uma média de salário de R\$ 714,32, com um desvio padrão de R\$ 684,56 e uma variação de R\$ 150,00 a R\$ 2.800,00.

Constatou-se também que 75,6% dos pacientes moravam com um companheiro e 65,4% tinham antecedentes familiares com alterações cardíacas. Sobre a religião, predominaram os católicos romanos, com 82,1%, seguidos dos protestantes, com 17,9%.

DISCUSSÃO

Ao efetuar a análise da idade, é necessário determinar o momento em que um indivíduo se torna idoso. No entanto, esse ato é complexo, pois o envelhecimento faz parte de um processo contínuo que se inicia com a concepção e só termina com a morte. Contudo, como é preciso estabelecer limites cronológicos para estudos e planejamentos administrativos, a Organização Mundial da Saúde conceitua o idoso

pela idade e grau de desenvolvimento do seu país, propondo para os países desenvolvidos um limite de 65 anos ou mais, e, para aqueles em desenvolvimento, 60 anos ou mais⁽¹¹⁾.

Os achados referentes ao sexo e à idade dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio condizem com a literatura, pois há um predomínio de homens e pessoas idosas que realizaram o procedimento. Têm-se como exemplo estudos nos quais constam dados semelhantes aos ora identificados⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Destes, pode-se exemplificar as semelhanças dos resultados com os de um estudo realizado em um hospital geral do Paraná, com 23 indivíduos, no qual se constatou, também, que a cirurgia de revascularização do miocárdio ocorre nos homens em idade mais jovem, ou seja, entre 51 e 55 anos e entre as mulheres, é mais freqüente na idade mais avançada, isto é, cerca de 70 anos⁽¹⁵⁾.

Pode-se citar, ainda, um estudo com 2.495 pacientes operados de RM sem circulação extracorpórea, de outubro de 1981 a setembro de 1999, no qual predominou o sexo masculino (67%) e a idade variou de 32 a 90 anos, com mediana de 59 anos⁽¹²⁾.

Outro estudo mais recente, tipo ensaio clínico randomizado, desenvolvido em Porto Alegre, com 74 pacientes (38 do grupo de intervenção e 36 do controle), revelou que o sexo preponderante foi o masculino (77,6%) e que a média de idade foi similar entre os grupos: 52,37±7,9 no de intervenção e 56,28±9,0 no grupo controle⁽¹³⁾.

Em estudo retrospectivo e observacional, desenvolvido em Fortaleza-CE, com 50 pacientes revascularizados constatou-se predomínio do sexo masculino (36; 72%) na faixa etária de 56 a 69 anos (23; 46%)⁽¹⁴⁾. Assim, confirma-se que a doença arterial coronariana prevalece nos homens e aumenta o risco com a idade, independente da região do Brasil.

Ao se analisar a escolaridade, esta predominou até o ensino fundamental incompleto, assemelhando-se ao da maior parte da população brasileira, pois em 2005 o Brasil contava com cerca de 14,9 milhões de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) daquele ano, ou seja, 11% da população. Deste contingente, 37,7% tinham 60 ou mais anos, 18,9% de 50 a 59 anos, 16,8% de 40 a 49 anos e 13,9% de 30 a 39 anos⁽¹⁶⁾.

Em relação a pesquisas que enfocam esses aspectos em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, encontra-se o estudo, realizado em Salvador-Bahia, no qual foi constatado predomínio de pessoas com baixa escolaridade (até o ensino fundamental) em 95% de 391 homens e 97% de 577 mulheres⁽¹⁷⁾. Já em outro estudo desenvolvido com 553 pacientes que apresentaram IAM, na região metropolitana de São Paulo, houve um percentual de 48% com baixo nível de escolaridade, classificado no estudo como básico, 25,1% nível intermediário e 26,9% universitário⁽⁴⁾.

Outro estudo mais recente, desenvolvido no Paraná, com 23 indivíduos, também constatou que 17 (74%) possuíam apenas o primeiro grau incompleto; 18 (79%) eram casados; e 18 (79%) eram aposentados⁽¹⁵⁾.

Conforme se acredita, o nível de escolaridade, o acesso à informação e a educação em geral proporcionam às pessoas submetidas à RM mais condições de zelar pela saúde e retornar mais disponíveis a fazer o que é exigido para mantê-la⁽¹⁾.

No referente à renda familiar dos pacientes predominou em até um salário mínimo. Este valor é inferior aos achados em um estudo de caso-controle, multicêntrico, desenvolvido na região metropolitana de São Paulo. No referido estudo, do qual fizeram parte 553 pacientes (271 casos e 282 controles), que tiveram infarto agudo do miocárdio, foi constatado no grupo caso que 27% tinham uma renda familiar de até R\$ 600,00, 22% de R\$ 600,00 a R\$ 1.200,00 e 51% era superior a R\$ 1.200,00; no grupo controle esses números foram semelhantes, representando, respectivamente, 25%, 20% e 55%⁽⁴⁾. E estudo desenvolvido com 23 indivíduos no Paraná constatou que 12 (52%) possuíam renda familiar menor que três salários mínimos⁽¹⁵⁾.

Conforme se sabe, os pacientes que contribuem para a Previdência Social não sofrem grandes comprometimentos na renda familiar após a cirurgia, pois eles têm direito aos benefícios advindos da instituição por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Em consequência do infarto ou da intervenção cirúrgica, alguns até se aposentam, mesmo quando têm condições seguras de retornar ao trabalho. Em contrapartida, a renda dos pacientes que exercem atividades autônomas fica bastante

comprometida após a cirurgia, pois eles se afastarão do trabalho por um tempo prolongado, no mínimo de três meses, e sem receber remuneração. Esta situação pode dificultar a recuperação do paciente, pois ele não terá renda para adquirir medicamentos e alimentação adequada.

No Brasil, o índice de aposentados vem aumentando consideravelmente. Como apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽¹⁶⁾, em 2005, a proporção de idosos aposentados e pensionistas no país era de 78,2%, e de aposentados 65,3%. Entre as regiões sobressai a Nordeste com maior proporção de aposentados, 72,2%. Os idosos aposentados, mas ocupados, eram de 19%, ou 3,4 milhões de pessoas, sendo mais representativos os de 60 a 69 anos.

Em relação ao não retorno às atividades laborais após a revascularização do miocárdio há um estudo que cita como principais motivos os seguintes: idade avançada; influência da família; baixo grau de escolaridade e de qualificação profissional; não compensação financeira; opção por aumentar as atividades de lazer; não liberação médica e solicitação da aposentadoria. Foi constatado, ainda, que trabalhadores do sexo masculino, com profissões mais intelectuais e com alto *status* socioeconômico retornam ao trabalho com maior frequência do que os trabalhadores braçais e as pacientes do sexo feminino. Indivíduos com maior apoio social retornam ao trabalho mais rapidamente que aqueles que tiveram menor apoio⁽¹⁸⁾.

Outra variável ressaltada no estudo ora elaborado foi a existência de um companheiro. Nesse caso, considerou-se a existência de um companheiro no mesmo domicílio, por se considerar esta presença como um indicador de suporte social para os pacientes. Encontrou-se predomínio de pessoas que residem com companheiro. Estes dados podem ser equiparados aos encontrados em um caso-controle desenvolvido com 553 indivíduos, em São Paulo, no qual 74% do grupo caso e 64% do grupo controle eram casados⁽²⁾. Dados semelhantes foram achados em outro estudo desenvolvido com 97 participantes após cirurgia de RM, em que 88,7% residiam com o cônjuge e/ou com os filhos, dos quais 79,4% eram casados⁽¹⁹⁾.

Contudo, esse dado requer um olhar aprofundado, porquanto a presença de um companheiro no lar não significa obrigatoriamente sua atuação como cuidador. Em

determinadas circunstâncias pode até dificultar, pois o companheiro nem sempre incentiva o paciente a aderir às mudanças de estilo de vida favoráveis para a manutenção da saúde e do bem-estar. O adequado seria que todos os membros familiares aderissem ao estilo de vida saudável (abster-se do tabagismo e etilismo; manter alimentação hipolipídica, rica em frutas e verduras; adotar a prática de exercício físico; desenvolver ações que favoreçam a calma e a despreocupação).

Alguns autores corroboram essa afirmativa e, segundo constataam apesar da maioria dos participantes serem casados ou terem alguém emocionalmente significante, não se observou correlação estatística entre auto-estima e estado civil. Ao se deterem sobre o assunto, os autores levantaram questões sobre até que ponto estar casado ou ter alguém emocionalmente significante poderia influenciar a auto-estima dos pacientes⁽¹⁹⁾.

Quanto aos percentuais relativos aos fatores hereditários encontrados, estes foram superiores (65,4%) aos de um estudo observacional com 1.066 adultos no Rio Grande do Sul, no qual 57,3% das pessoas tinham antecedentes familiares com doença arterial coronariana⁽²⁰⁾. Foram também superiores aos achados no estudo multicêntrico da região metropolitana de São Paulo, com 553 indivíduos (271 casos e 282 controles) que constatou a presença de antecedentes familiares com insuficiência coronariana em 50% no grupo caso e 31% no grupo controle⁽⁴⁾.

Embora a presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares já seja considerada fator de risco não modificável e independente, estes ainda devem ser muito estudados. Conforme se sabe, pacientes com antecedentes em 1º grau que apresentaram precocemente cardiopatias coronarianas têm maiores riscos de desenvolver doença arterial coronariana que a população em geral.

Os achados do presente estudo podem ser equiparados aos encontrados em estudo anterior, segundo o qual características sociodemográficas, renda familiar, nível de escolaridade têm sido relacionados ao desenvolvimento de doença cardiovascular. Como são notórios, os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência em populações com menor poder econômico e baixa escolaridade em comparação com aquelas de alto poder aquisitivo e

com curso superior. Mesmo em países desenvolvidos estas associações são relatadas⁽⁸⁾.

CONCLUSÕES

As características sociodemográficas presentes no grupo estudado foram: predomínio do sexo masculino (62,8%); idade média de 65 anos, variando de 38 a 86 anos; baixa escolaridade, em que a maioria cursou até o ensino fundamental incompleto; predomínio de pacientes com renda familiar de até um salário mínimo (55,1%), cuja renda era proveniente da aposentadoria; 65,4% tinham antecedentes familiares com doenças isquêmicas do coração; e 82,1% eram católicos.

Com base nos resultados obtidos, acredita-se que os enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento ao paciente portador de cardiopatias devam desenvolver estratégias de educação em saúde voltadas para as pessoas que possuem maior número de fatores de risco relacionados aos problemas cardiovasculares. Devem ser considerados tanto as características sociodemográficas, como também os comportamentos de riscos modificáveis, tais como: alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo e estresse, visando reduzir a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

- 1- Smeltzer SC, Bare BG, Doença crônica. In: Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 153-64.
- 2- Abreu RNDC, Moreira TMM. Pós-graduação em enfermagem no Brasil: análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus de 1972 a 2004. *Rev Rene*. 2007;8(2):60-8.
- 3- Castro LCV, Franceschini SdoCC, Priore SE, Pelúzio MdoCG. Nutrition and cardiovascular diseases: the risk markers in adults. *Rev Nutr* 2004; 17(3):369-77.
- 4- Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3):206-13.

- 5- Lima FETL. A prática do autocuidado após revascularização do miocárdio [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2002.
- 6- Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1998.
- 7- Sociedade Brasileira Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
- 8- Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3):199-201.
- 9- Ministério do Trabalho e Emprego (BR) [homepage na Internet]. Classificação brasileira de ocupações. [Acesso 2009 abr 13]. Disponível em: <http://granulito.mte.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>.
- 10- Jarvis C. Exame físico e avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 11- Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- 12- Aguiar LE, Andrade JCS, Branco JN, Palma JH, Teles CA, Gerola LR, et al. Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea: resultados da experiência de 18 anos de sua utilização. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001; 16(1):1-6.
- 13- Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Rev AMRIGS*. 2005; 49(3):149-54.
- 14- Pinheiro DGM, Pinheiro CHJ, Marinho MJ. Estilo de vida e importância da educação em saúde na reabilitação cardíaca após cirurgia de revascularização do miocárdio. *RBPS Rev. Brás Prom Saúde* 2007; 20(4):213-20.
- 15- Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Eletr Enf* 2008;10(2):504-12.
- 16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na Internet]. População [Acesso 2009 fev 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>.
- 17- Pitanga FJG, Lessa I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):259-69.
- 18- Dantas RAS, Aguillar OM, Barbeira CBS. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Latino-am Enferm*. 2001; 9(4):26-31.
- 19- Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):20-7.
- 20- Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2002; 78:484-90.

RECEBIDO: 05/05/2009

ACEITO: 14/09/2009