

**ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM**

Anna Nery School
Journal of Nursing
Escuela Anna Nery
Revista de Enfermería
Revista de Enfermagem
Revista de Enfermagem

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

ISSN: 1414-8145

annaneryrevista@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Abner Sousa Almeida, Guilherme; Bonolo do Amaral Teixeira, Jesislei; Barichello, Elizabeth; Barbosa, Maria Helena

PERFIL DE SAÚDE DE PACIENTES ACOMETIDOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 17, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 328-335

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PERFIL DE SAÚDE DE PACIENTES ACOMETIDOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Health profile of patients suffering from heart failure

Perfil de la salud de los pacientes que sufren de insuficiencia cardíaca

Guilherme Abner Sousa Almeida¹

Jesislei Bonolo do Amaral Teixeira²

Elizabeth Barichello³

Maria Helena Barbosa⁴

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar os clientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (IC), segundo o modelo de Campo de Saúde, identificando fatores de risco. O estudo, com abordagem quantitativa, foi realizado por meio de entrevista com 37 pacientes com diagnóstico médico de IC; utilizou-se questionário semiestruturado baseado no modelo de "Campo de Saúde". A média de idade dos pacientes foi de 60 ± 15 anos, com predominância do sexo feminino (59,5%) e da hipertensão arterial (75,7%). O consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo são praticados por, respectivamente, 13,5% e 21,6% dos pacientes. Os doces e refrigerantes são consumidos diariamente por 21,6% dos pacientes. O diagnóstico de IC é desconhecido por 75,7% dos pacientes e 40,5% procuram os serviços de saúde apenas em casos de urgência. Os determinantes da saúde que compõem o Campo de Saúde indicaram um meio propício para o surgimento da IC, prejudicando a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Fatores de risco. Estilo de vida.

Abstract

The study aimed to describe clients with a diagnosis of heart failure (HF), in that Health Field Model, identifying risk factors. This is a quantitative study carried out through interviews with 37 patients diagnosed with HF using semi-structured questionnaire based on the model of Health Field Model. The mean age of patients was 60 ± 15 years, where most of them was female (59.5%) and presented hypertension (75.7%). The consumption of alcoholic beverages and smoking are carried respectively by 13.5% and 21.6% of patients. The sweets and soft drinks are consumed daily by 21.6% of patients. The diagnosis of HF is unknown (75.7%) and 40.5% of patients seek health services only in emergencies. The determinants of health that make up the Health Field indicated a good environment for the emergence of HF, impairing quality of life for the population.

Keywords: Heart Failure. Risk Factors. Life Style

Resumen

Estudio que objetivó describir los clientes con un diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca (IC), de acuerdo con el modelo de Campo de Salud, identificando factores de riesgo. Este es un estudio cuantitativo, realizado a través de entrevistas con 37 pacientes con diagnóstico de IC, utilizando cuestionario semiestruturado con base en el modelo de "Campo de Salud". La edad media de los pacientes fue de 60 ± 15 años, con predominancia del sexo femenino (59,5%) y mayoría con hipertensión arterial (75,7%). El consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo se llevan, respectivamente, un 13,5% y 21,6% de los pacientes. Los dulces y refrescos que se consumen a diario, en un 21,6% de los pacientes. El diagnóstico de IC es desconocido (75,7%) y el 40,5% de los pacientes buscan servicios de salud sólo en situaciones de emergencia. Los determinantes de la salud que componen el Campo de Salud indicaron un medio favorable para la aparición de la IC, trayendo perjuicio para la calidad de vida de la población.

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca. Los factores de riesgo. Estilo de vida.

¹ Mestrando em Atenção à Saúde do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Brasil. E-mail: guilhermeabner@hotmail.com; ² Professora Mestre da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Brasil. Email: jesisleimjlo@gmail.com;

³ Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Brasil. E-mail: elizabeth.barichello@enfermagem.ufbm.edu.br; ⁴ Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Brasil. E-mail: mhelena331@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade no mundo¹. A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma cardiopatia grave que se origina de anormalidades cardíacas estruturais e/ou funcionais, adquiridas ou hereditárias, que levam a piora da capacidade de enchimento e ejeção ventricular².

A determinação da etiologia da IC tem sido associada simultaneamente a vários determinantes, dificultando, assim, distinguir, por inquéritos de prevalência, qual originou a disfunção cardíaca, dificultando a classificação dos agentes etiológico³.

Estudos têm relacionado a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, dislipidemias e diabetes como principais fatores de risco intermediários para a IC, sendo a hipertensão o mais importante dos seus fatores de risco³. Além desses, há os fatores de risco não modificáveis, como idade, sexo, composição genética, e os comportamentais, compostos pelo tabagismo, alimentação inadequada (altamente calórica e hipoproteica) e inatividade física. Todos esses fatores de risco em conjunto expõem a população à IC¹.

Uma ferramenta utilizada para subsidiar a identificação dos fatores de risco é o modelo conceitual denominado “Campo de Saúde”. Este modelo possibilita a análise dos problemas de saúde uma vez que considera que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro divisões ou categorias, sendo que cada um tem o mesmo valor na determinação da saúde do indivíduo. São eles: *biologia humana* (inclui todos os aspectos da saúde física e mental, os quais pertencem ao corpo humano e a constituição orgânica do indivíduo); *meio ambiente* (aspectos relacionados à saúde e que estão externos ao corpo humano, quer ambiente físico ou social, que envolve os indivíduos, e sobre os quais eles têm pouco ou nenhum controle); *estilo de vida* (refere-se ao conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo sobre as quais ele possui maior ou menos controle e que afetam a sua saúde, possibilitando assim os riscos autocriados) e *organização dos serviços de saúde* (consiste na qualidade, quantidade, administração, natureza de pessoas e recursos para o oferecimento do cuidado e saúde, compondo o sistema de atenção à saúde)⁴.

O objetivo desse estudo é caracterizar os clientes com diagnóstico de IC segundo o modelo de Campo de Saúde, identificando fatores de riscos presentes e predisponentes a IC.

MÉTODO

O estudo foi realizado na Unidade de Internação de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro de Uberaba – MG. Este hospital possui 242 leitos conveniados, na condição de hospital geral e de ensino, atende em média 40.000 pacientes por mês, oriundos dos 27 municípios da região do Triângulo Sul nas

mais diversas especialidades clínicas.

A população foi constituída por clientes com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca (IC) que estiveram internados na unidade referida no período de junho a setembro de 2010 e que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos; ter diagnóstico médico de IC; estar em condições físicas e psicológicas de participar da entrevista e confirmar a aceitação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios considerados para a definição do diagnóstico médico de IC foram o quadro clínico com presença de dispneia aos esforços, edema periférico ou congestão pulmonar e o ecocardiograma com aumento do volume e/ou da espessura das câmaras cardíacas e avaliação da fração de ejeção.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº1565 respeitando a Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e consulta ao prontuário do cliente. Para padronizar a coleta dos dados foi utilizado um instrumento próprio elaborado, com base no modelo conceitual de “Campo de Saúde”⁴ que inclui dados relacionados à biologia do indivíduo (sexo, idade, antecedentes pessoais e familiares da doença), meio ambiente (profissão, ocupação, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda mensal e procedência), estilo de vida (consumo de bebidas alcoólicas, tabaco, realização de atividade física, padrão do sono, consumo alimentar, uso de hormônios e fatores de estresse) e organização dos serviços de saúde (conhecimento sobre o diagnóstico de IC, frequência de acesso a serviços de saúde e tratamentos atuais). As informações investigadas e pertinentes a cada elemento do modelo englobam os fatores de risco para doenças cardiovasculares encontrados na literatura consultada.

As entrevistas foram realizadas após identificação dos clientes com diagnóstico de IC, mediante a busca destes três vezes por semana na listagem do controle de leitos, buscando o nome, registro, enfermaria e leito de clientes internados pela especialidade de cardiologia da referida instituição.

Os dados foram inseridos em uma planilha de dados eletrônicos, programa *Excel XP®* da *Microsoft®*, para análise segundo estatística descritiva em frequência absoluta, relativa, média e desvio-padrão.

RESULTADOS

Apresentamos os resultados agrupados segundo o referencial teórico e com base no instrumento proposto para coleta, com dados da biologia humana, do meio ambiente, dos relacionados ao estilo de vida e da organização dos serviços de saúde.

Biologia do Indivíduo

Tabela 1 – Distribuição dos dados relativos à biologia do indivíduo dos 37 pacientes com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca. Uberaba, 2010

Variável		N	%
Faixa etária	< 20 anos	1	2,7
	20 – 39	1	2,7
	40 – 59	17	45,9
	60 – 79	13	35,2
	> 80 anos	5	13,5
Sexo	Masculino	22	59,5
	Feminino	15	40,5
Doenças anteriores	Hipertensão arterial	28	75,7
	Doença cardíaca e cerebrovascular	23	62,2
	Doenças renal	14	37,8
	Diabetes melito	12	32,4
Antecedentes familiares	Hipertensão arterial	29	78,4
	Isquêmica cardíaca	26	70,3
	Diabetes melito	19	51,3
	Acidente vascular	19	51,3
	Encefálico		

Na Tabela 1 estão caracterizados os dados relativos à biologia do indivíduo dos 37 pacientes com diagnóstico médico de IC. Da população estudada, 35 (94,6%) tinham mais de 40 anos de idade, caracterizando uma população de adultos de meia-idade e idosos. A média de idade foi de 60 ± 15 variando de 18 a 88 anos. Houve predominância do sexo feminino (59,5%).

Investigamos também as condições clínicas dos pacientes entrevistados associadas à IC e os antecedentes familiares da doença, como representado na Tabela 1. A grande maioria dos pacientes (75,7%) eram portadores de hipertensão arterial e 29 (78,4%) tinham antecedentes familiares hipertensos.

Meio Ambiente

Tabela 2 - Distribuição dos dados relativos ao meio ambiente dos 37 pacientes com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca. Uberaba, 2010

Variável		N	%
Escolaridade	Analfabeto	8	21,6
	1º grau incompleto	23	62,2
	1º grau completo	1	2,7
	2º grau incompleto	1	2,7
	2º grau completo	4	10,8
	3º grau	-	-
Renda Mensal	Até 1 salário mínimo	8	18,9
	1 a 2 salários mínimos	17	35,2
	2 a 4 salários mínimos	11	29,7
	Mais de 4 salários mínimos	1	2,7
Vínculo Empregatício	Ativo	11	29,7
	Inativo	3	8,1
	Aposentado	19	51,4
	Do lar	4	10,8
Procedência	Microrregião de Uberaba	29	78,4
	Microrregião de Araxá	5	13,5
	Microrregião de Araguari	1	2,7
	Outros	3	8,1

Segundo a concepção do Campo de Saúde, consideramos o vínculo empregatício, a renda mensal, a escolaridade, estado civil, o número de filhos e a procedência dos indivíduos, como fatores determinantes do meio ambiente do indivíduo como mostrado na Tabela 1.

A maior frequência de clientes do nosso estudo apresentava 1º grau incompleto (62,2%) e recebia de 1 a 2 salários mínimos (35,2%), 51,4% eram aposentados, 21 indivíduos (56,7%) não viviam com parceiros, sendo viúvos, solteiros ou divorciados e 75,7% eram provenientes da microrregião de Uberaba.

Estilo de Vida

Nesse determinante inclui-se o consumo de bebidas alcoólicas, prática do tabagismo, atividade física, padrão do sono, alimentação, o uso de hormônios concomitante ao ciclo fértil ou não da mulher e o fator de estresse.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 40,5% dos pacientes disseram que nunca consumiram bebidas alcoólicas;

46% já consumiram e atualmente não consomem mais; e 13,5% fazem uso atualmente. Do total de clientes, 29,7% não fumavam, 48,7% eram ex-fumantes, 10,8% fumam até 10 cigarros/dia, 8,1% fumam de 11 a 20 cigarros /dia e 2,7%, mais de 20 cigarros/dia.

Quanto ao padrão do sono, avaliamos a quantidade de horas de sono por dia. Dos 37 pacientes entrevistados, 20 (54%) disseram ter período de sono noturno de 5 a 8 horas, 9 (24,3%) afirmaram ter período de sono menor que 5 horas e 8 (21,6%) têm período de sono acima de 9 horas.

Quando questionados sobre a realização de atividades físicas, 33 (89,2%) disseram não fazê-las e 4 (10,8%) afirmaram realizá-las, sendo que 3 eram ativos em suas atividades e 1 está ausente atualmente.

Investigamos quais os alimentos que faziam parte da alimentação dos pacientes e a frequência de consumo, demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos dados relativos aos tipos de alimentos e frequência de consumo dos 37 pacientes com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca . Uberaba, 2010

Variável	Diariamente		Mais de 3x na semana		Menos de 3x na semana		Raramente		Nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ovo												
Com gema	1	2,7	2	5,4	8	21,6	23	62,2	1	2,7	34	91,9
Sem gema	0	0	0	0	1	2,7	1	2,7			2	5,4
Leite												
Integral	13	35,1	9	24,3	1	2,7	4	10,8	2	5,4	27	73,0
Desnatado	4	10,8	2	5,4	1	2,7	1	2,7			8	21,6
Outro	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
Queijo												
Branco	2	5,4	1	2,7	5	13,5	13	35,2	6	16,2	21	56,8
Amarelo	2	5,4	2	5,4	2	5,4	4	10,8			10	27,0
Manteiga	4	10,8	1	2,7	1	2,7	7	18,9	24	64,9		
Margarina	13	35,2	5	13,5	3	8,1	7	18,9	9	24,3		
Maionese	1	2,7	0	0	6	16,2	26	70,3	4	10,8		
Carne bovina												
Gorda	3	8,1	1	2,7	2	5,4	3	8,1	3	8,1	9	24,3
Magra	10	27,0	9	24,3	4	10,8	2	5,4			25	67,6
Carne Suína	1	2,7	3	8,1	2	5,4	22	59,5	9	24,3		
Carne de aves												
Com pele	2	5,4	3	8,1	5	13,5	2	5,4	2	5,4	12	32,4
Sem pele	3	8,1	7	18,9	10	27,0	3	8,1			23	62,2
Frituras	5	13,5	3	8,1	12	32,5	16	43,2	1	2,7		
Doces e refrigerantes	8	21,6	6	16,2	4	10,8	18	48,7	1	2,7		

Os resultados encontrados indicam que ovo com gema é um alimento consumido raramente (62,2%). Quanto ao leite, o integral é o tipo mais consumido-(73%) predominando seu uso diário e em mais de 3 vezes na semana, respectivamente. Verificamos também o hábito de consumo de queijo pelos

pacientes e observamos que o branco é o tipo mais consumido (56,8%) com uma frequência de consumo entre menos de 3 vezes na semana e raramente. A maioria dos pacientes (64,9%) não faz uso da manteiga, e 13 (35,2%) consomem margarina diariamente. Quanto à maionese, grande parte (70,3%)

consome raramente. A carne bovina magra é preferível por 25 indivíduos (67,6%), sendo que o consumo diário e em mais de 3 vezes na semana predominam. A carne suína é raramente consumida (59,5%), e a carne de aves sem pele apresentou predominância quanto ao consumo (62,2%). As frituras e os doces e refrigerantes aparecem raramente na indicação dos pacientes com 16 (43,2%) e 18 (48,7%) consumidores, respectivamente.

Às mulheres da população do estudo questionamos quanto ao uso de algum hormônio e se já haviam encerrado o seu ciclo fértil (menopausa). Das 22 mulheres participantes do estudo, 19 (86,4%) afirmaram não fazer uso de hormônios e 18 (81,8%) afirmaram já terem encerrado o ciclo fértil.

Questionamos quanto à ocorrência ou não de fatores de estresse na época do aparecimento dos sintomas que levou o paciente a internação. Dos 37 pacientes, 21 (56,8%) afirmaram terem sofrido algum tipo de estresse. Investigamos qual ambiente reduzia e causava o estresse. O ambiente doméstico (88,2%) foi o maior causador do estresse e o de trabalho (57,2%), o maior facilitador para sua redução.

Serviços de saúde

Quanto ao conhecimento do paciente sobre o diagnóstico da doença, 28 (75,7%) afirmaram não conhecê-lo. Dos 9 (24,3%) pacientes que conheciam o seu diagnóstico, 8 (21,6%) referiram dados da fisiopatologia da doença e 1 (2,7%) referiu o nome do diagnóstico corretamente.

Perguntamos se o paciente gostaria de saber algo sobre sua doença. As orientações a respeito da alimentação foram citadas por 29 (78,4%) pacientes; 1 (2,7%) questionou sobre seu diagnóstico e 7 (18,9%) pacientes não tinham nenhuma dúvida.

Quanto a frequência de utilização dos serviços de saúde, 1 (2,7%) paciente afirmou utilizá-lo periodicamente para prevenir doenças, 21 (56,7%) frequentam periodicamente, pois fazem algum tratamento médico, e 15 (40,5%) buscam o serviço apenas em casos de urgência.

DISCUSSÃO

A média de idade dos pacientes (60 ± 15 anos) foi similar ao encontrado em outro estudo (61 ± 15 anos) que procurou descrever o perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da IC⁵.

A literatura aponta que a IC é mais prevalente e incidente no sexo masculino que no feminino⁶. Porém no nosso estudo observamos uma inversão dessa teoria com prevalência do sexo feminino. Esse fato pode-se ser explicado por duas hipóteses.

A primeira é que, ao associarem a hipertensão arterial com a IC, estudiosos observaram que o risco dos homens com HAS desenvolverem IC era de duas vezes a mais e três vezes a mais no sexo feminino, sendo a HAS e a DAC os dois principais fatores de risco para o desenvolvimento da IC⁶. Considerando a hipertensão arterial a principal causa clínica associada à IC, o achado do referido autor aplica-se bem a esse estudo.

A segunda hipótese diz respeito aos efeitos fisiológicos do estrogênio sobre a proteção cardiovascular que as mulheres apresentam. Os estrogênios possuem efeitos protetores para doenças cardiovasculares em mulheres pré-menopáusicas. Devido à redução deste hormônio após a menopausa, as mulheres ficam vulneráveis às DCV⁷.

Na população estudada, a maioria das mulheres (81,8%) já havia entrado na menopausa, tornando um fator de risco a mais para as DCV e que talvez justifique a proporção maior de mulheres em relação aos homens com IC em nosso estudo.

Sendo a insuficiência renal uma comorbidade que acomete quase 40% dos pacientes com IC, justificam-se os 14 (37,8%) pacientes com insuficiência renal encontrados em nosso estudo⁸.

Quanto ao diabetes melito (DM), que também é um fator de risco presente na IC, 12 (32,4%) pacientes eram portadores, valor acima do encontrado em outro estudo (23,3%) com pacientes com IC de origem isquêmica⁹.

A história familiar positiva para a IC é um fator de risco não modificável que deve ser levado em consideração, pois é muito útil na determinação da ocorrência e prognóstico das cardiopatias, especialmente quando associada a outros fatores de risco.

A baixa escolaridade e renda são fatores de risco para re-hospitalizações. Quanto maior o nível de instrução do paciente melhor será a sua capacidade de compreensão e adesão à terapêutica pós-alta. Por sua vez a renda interfere na capacidade de acesso ao serviço de saúde, compra de medicamentos e alimentação¹⁰.

Identificamos baixa escolaridade e média renda entre os pacientes, colocando-os em risco potencial para re-hospitalizações. Quanto à qualidade de vida dos pacientes portadores de IC, pesquisadores apontaram 56,7% da população estudada com o primeiro grau incompleto, valor similar ao encontrado em nosso estudo¹⁰.

A IC é uma doença que tira o indivíduo do mercado de trabalho precocemente devido aos seus sintomas abruptos. Apesar de a maioria dos pacientes já ser aposentada (51,4%), 11 (29,7%) possuem vínculo empregatício ativo e tiveram que ausentar-se dos seus empregos para o tratamento médico hospitalar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ 80 a 90% das pessoas que morrem por doença coronariana possuem um ou mais fatores de risco associados ao estilo de vida, a hábitos alimentares, atividade física, entre outros fatores modificáveis.

O consumo de álcool em grandes quantidades tem efeitos maléficos no sistema cardiovascular, pois ele reduz a contratilidade do miocárdio e causa arritmias¹¹. Portanto o seu consumo pelos portadores de IC deve ser desencorajado. Apesar de grande parte dos pacientes ter relatado que nunca

consumiu ou já deixou o hábito do consumo do álcool, 5 (13,5%) ainda consomem.

Paralelo ao consumo de álcool, o tabagismo é outro fator que interfere na qualidade de vida desses pacientes, agravando a dispneia e causando lesões na aorta, e cujo uso também deve ser desencorajado. Nossa amostra foi formada por 8 (21,6%) tabagistas, índice maior do que o encontrado em outro estudo (14,58%)¹².

Os distúrbios do padrão do sono são frequentes nos pacientes com IC em razão da dispneia e da fadiga provadas pela doença, e por isso devem ser mensurados à medida que os sintomas aparecem ou se intensifiquem. Os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente com IC devem assumir atitudes positivas em relação à avaliação do sono, como elemento importante da saúde.

O exercício físico é inviável por causar sobrecarga no coração devido ao esforço corporal, aumentando os sintomas da IC, como a dispneia, e piorando o quadro do paciente. Portanto, já era esperado um alto índice de pacientes que não realizam exercícios físicos.

Exercícios de baixa intensidade, como o alongamento e o relaxamento, já tem sido indicado a esses pacientes, pois aumenta a qualidade de vida do portador de IC. As técnicas respiratórias também ajudam na redução dos sintomas da IC e a expressão corporal na capacidade de movimentação e até mesmo na redução do estresse.

Alimentos ricos em ácidos graxos trans (gordura trans) e gordura saturada podem alterar a incidência e a gravidade das coronariopatias. Conhecer o perfil alimentar dos pacientes com IC é importante para a instituição de uma educação e terapia nutricional adequada. A dietoterapia atua como importante coadjuvante no tratamento da IC, favorecendo um melhor prognóstico¹¹.

Um estudo apontou que não existem alimentos que devam ser banidos de uma dieta recomendável em relação aos níveis de colesterol, e sim, em alguns casos, há a necessidade de serem consumidos em menores quantidades e frequência, como a gema do ovo¹³. Grande parte dos pacientes (91,9%) consome ovo com gema, porém em frequências menores (menos de três vezes na semana e raramente), indo de encontro ao recomendado no estudo referido anteriormente.

Alguns alimentos que contêm ácidos graxos trans, como frituras comerciais (salgadinho, pastéis), sorvete, doces industrializados (bolos, tortas), alguns tipos de margarina, maionese dentre outros, devem ser evitados a fim de reduzir a elevação de níveis plasmáticos de colesterol, que é um fator de risco para a IC¹⁴.

O leite integral apresenta maior quantidade de gordura saturada e colesterol que o semidesnatado, e este em maior quantidade que o desnatado¹³. Diante desse pressuposto, é preocupante que 27 (73%) dos pacientes do nosso estudo consumam o leite integral diariamente e mais de três vezes na semana.

O queijo amarelo apresenta maior quantidade de gordura saturada, ácidos graxos trans e colesterol que o queijo minas (branco)¹³. Os pacientes que entrevistamos mostraram preferência do tipo minas em relação ao amarelo apesar de o consumo não ser tão frequente (menos de três vezes na semana e raramente).

É preferível a ingestão de margarina a manteiga embora nem todas as margarinas sejam isentas de gordura trans¹³. Apesar de os nossos pacientes terem relatado preferir margarina à manteiga, é interessante averiguar se a composição química da margarina que os 13 (35,2%) dos pacientes consomem possuem ácidos graxos trans.

Estudiosos encontraram maior teor de gordura poli-insaturada e ácidos graxos trans em todas as formas de preparo do frango com pele (frito, cozido, grelhado e cru) em relação ao preparo sem a pele¹⁵. A realidade encontrada entre nossos pacientes entrevistados apontou que 32,4% dos pacientes consomem frango com pele.

As frituras são os alimentos que mais provavelmente possuem gordura trans e não demonstrou ser frequente na alimentação dos pacientes portadores de IC¹⁵. Por outro lado, os doces e refrigerantes, como fontes ricas de gordura trans, são consumidas diariamente por 8 (21,6%) dos pacientes e mais de três vezes na semana por 6 (16,2%).

O fator emocional, como o estresse, afeta diretamente a saúde cardiovascular, aumentando a pressão arterial, um fator de risco para a IC, sendo que a maior parte desses fatores ocorre no âmbito familiar ou no trabalho¹⁶. Diante desse pressuposto, procuramos avaliar a ocorrência de algum desses fatores emocionais no período que precedeu a internação dos pacientes.

O ambiente familiar foi o maior causador do estresse, indicando a necessidade desses pacientes de criar mecanismos de escape do estresse, como relaxamento, distrair com atividades manuais e diálogo com os familiares a fim de amenizar e restabelecer os laços afetivos.

Grande parte dos pacientes não tinha conhecimento do seu diagnóstico e quando o tinha, citava apenas dados da fisiopatologia. Consideramos que, uma vez que o paciente toma conhecimento da sua doença, ele passa a associar melhor a finalidade do seu tratamento à causa que o levou a adoecer, de forma mais compreensível.

Observamos também que o fato de 29 (78,4%) dos pacientes terem demonstrado curiosidade sobre como ter uma alimentação saudável demonstra que eles sabem a importância da dieta para a prevenção de agravos à saúde, mas não detêm de tais informações. Portanto, defendemos uma melhor atenção da equipe multidisciplinar a esses pacientes, fornecendo-lhes subsídios para o alcance de patamares cada vez mais elevados de qualidade de vida.

Uma grande parte da população desse estudo demonstrou procurar o serviço de saúde apenas em casos de urgências, o que indica uma falha nos mecanismos de promoção

da saúde e prevenção de doenças, uma vez que o paciente só procura o serviço quando os sinais e sintomas se iniciam ou quando a própria doença já está instalada. Reza¹⁶ constatou em seu estudo, que avaliou o cotidiano do hipertenso na perspectiva de campo de saúde, que 56,16% dos indivíduos procuravam o serviço de saúde somente quando não se sentiam bem, índice maior do que encontrado em nossa população.

O tratamento médico periódico é cumprido por 21 (56,7%) dos pacientes sendo que 36 (97,3%) utilizam o tratamento medicamentoso regular, o que indica que grande parte dos pacientes faz uso dos medicamentos, mas sem um acompanhamento médico. Portanto, observamos que a equipe multidisciplinar precisa dispor de estratégias para atrair o indivíduo para o serviço de saúde por meio de ações educativas e preventivas em saúde.

O controle dos fatores de risco para IC é fundamental para diminuir a sua prevalência. Assim, o conhecimento dos principais fatores de risco para a IC pode ser crucial na intervenção terapêutica e, ainda, na aplicabilidade de outros recursos terapêuticos aos pacientes com IC. Diante do número cada vez mais elevado de pessoas acometidas pela IC, conhecer o perfil desses pacientes por meio de estudos como este facilitaria a elaboração de ações para controle da doença.

Uma limitação desse estudo está na avaliação da organização dos serviços que engloba uma série de indicadores como a quantidade, qualidade e disponibilidades dos recursos destinados à saúde para o tratamento, acompanhamento e reabilitação dos pacientes. São indicadores que contribuem para a obtenção da saúde, porém, para analisá-los, é necessária uma avaliação detalhada que pode ser realizada isoladamente em futuros estudos.

Restringimo-nos, portanto, a avaliar o conhecimento e dúvidas do paciente sobre sua doença, a frequência da utilização do serviço de saúde e adesão ao tratamento medicamentoso.

Outra limitação é o tamanho pequeno da amostra devido às condições do paciente, pois um dos critérios de inclusão desse estudo era estar em condições físicas e psicológicas para participar da entrevista.

No entanto, esta limitação não constituiu impedimento para validar os resultados do estudo efetuado e as conclusões que se retiraram a partir da análise dos mesmos.

CONCLUSÕES

Entendemos que os fatores de risco presente nos quatro determinantes indissociáveis propostos pelo Campo de Saúde compõem, juntos, uma ferramenta potente para a compreensão dos mecanismos que predis põe os indivíduos à IC.

Dessa forma, no elemento biologia do indivíduo, encontramos a prevalência de fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, doença cardíaca e cerebrovascular, diabetes melito e doença renal, e fatores de risco não modificáveis como idade, sexo, história familiar positiva para

IC. No elemento meio ambiente, encontramos pacientes de média renda e com baixo nível de instrução.

Quanto ao elemento estilo de vida constatamos riscos para o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, falta de atividade física, potencial melhora nos padrões alimentares e estresse excessivo. No que tange à organização dos serviços de saúde, observamos que a maioria não tem conhecimento da sua doença, tem dúvidas quanto aos meios para adquirir qualidade de vida e procura o serviço de saúde apenas em casos de urgências.

Diante do que foi evidenciado pelo estudo, há a necessidade de estabelecermos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como meio de informação e orientação à população quanto aos múltiplos fatores de risco para a IC, visando à prevenção de agravos à saúde e proporcionando qualidade de vida à população.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório Mundial. Brasília(DF): OMS; 2003.
2. Hess OM, Carroll JD. Clinical assessment of heart failure. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Braunwald E, editores. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 561-81.
3. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev. bras. hipertens. 2001 out./dez; 8(4): 383-92.
4. Lalonde MA. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa(CAN): Government of Canada; 1974.
5. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. Arq. bras. cardiol. 2010; 95(3): 392-8.
6. Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. J Am Coll Cardiol. 1993; 22 (4 Suppl A): 6A-13A.
7. Mendes KG, Theodoro H, Rodrigues AD, Olinto MTA. Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusia: uma revisão sistemática. Cad. saúde pública. 2012 ago; 28(8): 1423-37.
8. Reis FJFB et al. Prevalência de anemia e insuficiência renal em portadores de insuficiência cardíaca não-hospitalizados. Arq. bras. cardiol. 2009; 93(3): 268-74.
9. Gunes Y, Guntekin U, Tuncer M, Sahin M. Os Efeitos da Trimetazidina na Variabilidade da Frequência Cardíaca (VFC) em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Arq. bras. cardiol. 2009; 93(2): 154-8.

10. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Acta paul. enferm. 2008; 21(2): 243-8.
11. Sahade V, Montera VSP. Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. nutr. 2009 maio/jun; 22(3): 399-408.
12. Silva MEDC, Moura MEB. Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2011 jan./mar; 15(1): 75-82.
13. Scherr C, Ribeiro JP. Gorduras em Laticínios, Ovos, Margarinas e Óleos: Implicações para a Aterosclerose. Arq. bras. cardiol. 2010; 95(1): 55-60.
14. Scherr C, Ribeiro JP. O que o cardiologista precisa saber sobre gorduras trans. Arq. bras. cardiol. 2008; 90(1): e4-e7.
15. Scherr C, Ribeiro JP. Colesterol e gorduras em Alimentos Brasileiros: implicações para a Prevenção da Aterosclerose. Arq. bras. cardiol. 2009; 92(3): 190-5
16. Reza CG. O cotidiano do hipertenso na perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde [tese]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.