

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ISQUEMIA CARDÍACA

SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS ASSISTED IN MYOCARDIAL ISCHEMIA AMBULATORY

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN AMBULATORIO DE ISQUEMIA CARDIACA

Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues^I
Enêde Andrade da Cruz^{II}
Glícia Gleide Gonçalves Gama^{III}

RESUMO: As doenças cardiovasculares estão associadas a fatores de risco, comorbidades, hábitos de vida inadequados e condições socioeconômicas desfavoráveis. Estudo de corte transversal e descritivo, cujo objetivo foi caracterizar o perfil dos indivíduos revascularizados do miocárdio atendidos no ambulatório de um hospital filantrópico da cidade de Salvador, BA. Foram realizadas entrevistas com 61 usuários, entre abril e agosto de 2007. Os dados registrados e codificados nos formulários constituíram um banco de dados no programa estatístico SPSS 13.0 for Windows. Entre os sujeitos, 55,7% eram do sexo masculino, 52,5% com idade inferior a 60 anos, provedores da família, com tempo de cirurgia entre 45 dias a 17 anos, renda de até três salários mínimos, baixa escolaridade e reduzida atividade social. O perfil sociodemográfico dos sujeitos pode estar contribuindo para a não adesão ao tratamento implementado. Conhecer essas características possibilita propor práticas de cuidar individualizado para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem.

Palavras-Chave: Assistência ambulatorial; cirurgia torácica; isquemia miocárdica; promoção da saúde.

ABSTRACT: Cardiovascular diseases are associated to risk factors, co-morbidity, inadequate living habits, and unfavorable socio-economic conditions. A cross sectional and descriptive study, whose objective was to characterize the profile of the individuals with myocardial revascularization assisted in the ambulatory of a philanthropic hospital in the city of Salvador-Bahia, Brazil. Interviews were carried out with 61 users, from April to August, 2007. The information recorded and codified fed the data base for the statistics program SPSS 13.0 for Windows. 55.7% of the interviewees were male; 52.5% were under the age of 60, family providers, with surgeries performed within the time span of 45 days and 17 years, income of up to three minimum wages, low schooling, and reduced social activities. The socio-demographic profile of the subjects can be favoring the non-adhesion to the treatment implemented. Identifying those characteristics can make it possible to consider practices for individualized care aiming at the improvement in the quality of nurse care.

Keywords: Ambulatory care; thoracic surgery; myocardial ischemia; health promotion.

RESUMEN: Las enfermedades cardiovasculares están asociadas a factores de riesgo, co-morbidades, hábitos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas desfavorables. Estudio transversal y descriptivo, cuyo objetivo fue caracterizar el perfil de los individuos revascularizados del miocardio atendidos en el ambulatorio de un hospital filantrópico de la ciudad de Salvador-Bahia-Brasil. Fueron realizadas entrevistas con 61 usuarios, entre abril y agosto de 2007. Los datos registrados y codificados en los formularios constituyeron un banco de datos en el programa estadístico SPSS 13.0 for Windows. Entre los sujetos, 55,7% eran del sexo masculino, 52,5% con edad inferior a 60 años, proveedores de la familia, con tiempo de cirugía entre 45 días a 17 años, renta de hasta tres sueldos mínimos, baja escolaridad y reducida actividad social. El perfil sociodemográfico de los sujetos puede estar contribuyendo para la no adhesión al tratamiento implementado. Conocer esas características permite proponer prácticas de atención individualizada, posibilitando una mejoría en la calidad de los cuidados de la enfermería.

Palabras Clave: Atención ambulatoria; cirugía torácica; isquemia miocárdica; promoción de la salud.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem as principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido à transição demográfica e

epidemiológica caracterizada pela redução nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas, aumento de expectativa de vida e mudanças no estilo de vida, associadas à urbanização¹.

^IEnfermeira Intensivista do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora Substituta da Faculdade de Enfermagem e Preceptora do Núcleo de Terapia Intensiva da Residência Multiprofissional do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: jubaenfa@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Enfermagem e do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem em Centro Cirúrgico. E-mail: enedeac@ig.com.br.

^{III}Enfermeira Intensivista do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: gliaggiama@gmail.com.

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde² referem que, do total de óbitos, no Brasil, em 2006, 32,0% foram causados por doenças do aparelho circulatório e desses 37,2% foram causados por infarto agudo do miocárdio (IAM). As doenças do aparelho circulatório encabeçam a lista de doenças que mais causam mortalidade; o IAM apresenta-se em segundo lugar nesta lista, ficando em primeiro lugar as doenças cerebrovasculares, que representam 51,7%.

A alta prevalência de DCV e suas múltiplas causas desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas e o conhecimento do perfil sociodemográfico da clientela. As doenças arteriais coronarianas (DAC) e cerebrovasculares decorrem de estâncias diversas, que vão desde a hereditariedade até o estilo de vida que favorece a aglutinação de fatores de risco (FR) cardiovascular³.

Com base no exposto, viu-se a necessidade de realizar um estudo em indivíduos que têm isquemia cardíaca e foram submetidos a uma cirurgia de revascularização, para responder à seguinte questão: Qual é o perfil sociodemográfico dos indivíduos submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio atendidos no ambulatório de isquemia cardíaca? Entende-se que identificando o perfil desses indivíduos poder-se-á pensar em estratégias para adesão ao tratamento e controle da doença, bem como proporcionar condições para que essas pessoas possam ter suas necessidades atendidas e possam cumprir as orientações preconizadas no tratamento.

Na qualidade de profissionais atuantes na área de cardiologia e baseadas no processo de elaboração da dissertação de mestrado, as autoras tiveram interesse em desenvolver este estudo com o objetivo de investigar o perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio atendidos no ambulatório de isquemia cardíaca de uma instituição filantrópica da cidade de Salvador, BA.

A relevância deste estudo está em possibilitar uma assistência de qualidade direcionada para esses indivíduos, de maneira eficaz, para a adesão ao tratamento, considerando a individualidade e a integralidade dos componentes do grupo em estudo.

Considera-se que este trabalho possa também contribuir para o planejamento do cuidado de enfermagem e para a melhoria da assistência prestada aos indivíduos cirurgiados do miocárdio.

REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças cardiovasculares vêm se tornando causa de elevados custos socioeconômicos, principalmente pelo caráter crônico e incapacitante e por suas características de abrangência populacional, trans-

formando-se em alvo de interesse de pesquisadores e gestores das políticas de saúde⁴.

A doença arterial coronariana [...], dentre as doenças cardiovasculares, é uma patologia crônica que pode interferir na qualidade de vida das pessoas devido à deficiência de fluxo sanguíneo para o miocárdio^{5:346}.

As formas de intervenção no desenvolvimento da DAC variam desde sua prevenção, com a mudança no estilo de vida, até seu tratamento, que pode ser realizado tanto por alterações nos hábitos de vida como por meio de medicamentos e procedimentos invasivos⁶. Conhecendo o perfil dos indivíduos acometidos pela DAC, a enfermeira poderá auxiliá-los no tratamento e autocuidado, iniciando-os na mudança dos hábitos de vida diária, aceitando suas limitações e ajudando-os a alcançar a confiança e a autossuficiência.

A capacidade de resolução dos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência à saúde, requer a implantação das mudanças necessárias à assistência que o serviço se propõe a prestar, com recursos humanos suficientes e capacitados, e recursos financeiros, equipamentos, materiais e medicamentos, para uma assistência de melhor qualidade⁷.

A expansão da atenção básica à saúde tem contribuído para evidenciar a pouca eficácia das intervenções tecnicistas, fundamentadas no modelo biomédico, centrado no corpo e na doença ou da educação em saúde centrada na mudança de hábitos por meio de conselhos para comportamentos definidos como de risco pela epidemiologia, sem considerar o perfil dos indivíduos cuidados, suas crenças, culturas, valores e representações sociais⁸.

Uma assistência, para ter qualidade e eficácia, deve compreender o indivíduo em todas as suas dimensões, pois não é possível separar a experiência subjetiva dos valores que ajudam a enfrentar a vida, não sendo possível separar o adoecimento da tristeza e do sofrimento causado pela impossibilidade de possuir o que deseja e necessita no cotidiano vivido⁹.

METODOLOGIA

Estudo de corte transversal e descritivo, realizado em um ambulatório de isquemia de um hospital filantrópico, localizado no município de Salvador, BA, referência para atendimento de alta complexidade em cardiologia para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como população, foram considerados todos os usuários do SUS submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio, que estavam agendados para a revisão médica no campo em estudo, no período de abril a agosto de 2007. A amostra foi constituída por adul-

tos a partir de 18 anos, de ambos os sexos, orientados no tempo e espaço, com idade média de 58 (\pm 9,47) anos, matriculados no referido ambulatório e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n), tomou-se como parâmetro a prevalência estimada do IAM, que é de 99/100.000 adultos em Salvador, BA¹⁰. De acordo com o cálculo, a amostra seria composta por 70 sujeitos, mas devido a dois sujeitos terem participado do teste para validação do instrumento, dois não terem aceitado participar, alegando não saber responder ao que estava sendo questionado, e cinco que não compareceram à revisão médica agendada, a mesma foi composta por 61 indivíduos, o que representou 89,7% da população.

Utilizaram-se entrevistas estruturadas, que foram coletadas e gravadas em fitas de áudio após anuência dos sujeitos. O instrumento de coleta de dados foi testado, verificando-se sua adequação para o estudo, e foi constituído pela caracterização sociodemográfica dos sujeitos. Foram utilizadas as variáveis: idade, tempo de cirurgia, sexo, escolaridade, renda familiar, estado civil, função familiar, atividades de lazer e social.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da organização onde foi desenvolvido (Protocolo n° 04/2007), de acordo com a Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

Os dados registrados e codificados nos formulários constituíram um banco de dados no programa estatístico SPSS 13.0 for Windows. Os resultados foram analisados conforme as frequências absolutas e percentuais e apresentados em tabela.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na forma descritiva segundo as variáveis pesquisadas. A distribuição dos sujeitos da amostra por idade, tempo de cirurgia, sexo, escolaridade, renda familiar, estado civil, função familiar, atividades de lazer e atividade social é mostrada na Tabela 1.

Observa-se que dos 61 indivíduos revascularizados, que faziam acompanhamento no ambulatório de isquemia cardíaca da organização hospitalar em estudo, na faixa etária entre 37 a 78 anos, 51 (83,8%) entrevistados estavam com idade superior a 50 anos, conforme mostra a Tabela 1.

Em relação à distribuição do tempo de cirurgia, observa-se que há uma diversidade de tempo de cirurgia que oscilou de 45 dias a 17 anos. Entre os sujeitos da amostra, 27 (44,3%) eram do sexo feminino, e 34 (55,7%) do sexo masculino.

TABELA 1 – Perfil dos sujeitos da amostra – Salvador, Bahia – 2007 (N=61)

Variável	f	%
Idade (anos)		
37 – 39	1	1,50
40 – 49	9	14,70
50 – 59	22	36,10
60 – 69	20	33,00
70 – 78	9	14,70
Tempo de Cirurgia		
1 mês e 15 dias - 11 meses	18	29,50
1 ano - 4 anos e 11 meses	27	44,30
5 anos - 9 anos e 11 meses	11	18,00
10 anos - 14 anos e 11 meses	3	4,90
15 anos - 17 anos	2	3,30
Sexo		
Feminino	27	44,30
Masculino	34	55,70
Escolaridade		
S/ Escolaridade	5	8,20
Primário	19	31,10
Fundamental	20	33,00
Médio	16	26,10
Superior	1	1,60
Renda Familiar		
< 1 s.m.	4	7,00
1-2 s.m.	31	51,00
≥ 3 s.m.	26	42,00
Estado Civil		
Com companheiro (casado)	39	64,00
Sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado)	22	36,00
Função Familiar		
Provedor	34	55,70
Provedora	13	21,30
Do lar	14	23,00
Atividade de Lazer		
Televisão	26	42,6
Igreja/Centro	12	19,7
Passear/ Caminhar	12	19,7
Jogar dominó	3	4,9
Dançar	2	3,3
Ler	1	1,6
Cuidar de bichos	1	1,6
Nenhum	4	6,6
Atividade Social		
Igreja/ Centro religioso	19	31,15
Atividades de Grupos	5	8,20
Nenhuma	37	60,65

A distribuição do grau de escolaridade dos sujeitos da amostra, cuja definição é determinada pelo Ministério da Educação¹², destaca a baixa escolaridade relacionada àqueles entrevistados sem escolaridade e com até o ensino fundamental, que, somados, representam a maioria, sendo 44 (72,3%) informantes.

No que se refere à variável renda familiar, esta em sua maioria é baixa, variando de menos de um salário mínimo a três salários, de acordo com a Tabela 1.

Dos informantes, 39 (64%) eram casados. Resalta-se que todos os 34 (55,7%) sujeitos do sexo mas-

culino são provedores do lar, enquanto as mulheres estão distribuídas em: 13 (21,3%) provedoras e 14 (23,0%) têm como função a responsabilidade do lar.

Ao serem questionados sobre o que faziam para se divertir e os tipos de atividades de lazer, a maioria respondeu: assistir à televisão, 26 (42,6%); ir à igreja/centro religioso, 12 (19,7%); e passear, 8 (13,1%), como apresentado na Tabela 1. Vale destacar que 4 (6,6%) do grupo estudado referem não desenvolver atividades de lazer.

Além da atividade de ir à igreja/centro religioso ser considerada como lazer, esta religiosidade, segundo os sujeitos da amostra, também significa uma atividade social. Ressalte-se que 37 (60,6%) indivíduos pesquisados referem não participar de atividades de grupos sociais.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos encontrados corroboram os de outros estudos que apontam a idade acima de 50 anos como favorável ao aparecimento de doenças cardiovasculares¹³. Nestes casos, a idade é um fator de risco importante, principalmente após os 55 anos, pois atua diretamente nas paredes das artérias, por meio de alterações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento, e indiretamente, por contribuir para um maior tempo de exposição a outros fatores de risco, que influem no desenvolvimento da doença^{14,15}.

O sexo masculino apresenta maior risco de evento cardiovascular; contudo, o risco feminino tende a se igualar ao masculino, principalmente pela perda do efeito protetor do estrogênio, que se apresenta diminuído com a menopausa³. Todavia, a mortalidade operatória nas mulheres tem registrado, em média, o dobro em relação aos homens¹⁶. As razões, entretanto, não estão plenamente esclarecidas e várias hipóteses têm sido discutidas, tais como: na ocasião da cirurgia, as mulheres são mais idosas, têm maior número de fatores de risco, sintomatologias e aspectos anatômicos, que favorecem a maior dificuldade técnica durante o ato cirúrgico, com maiores taxas de complicações e mortalidade hospitalar.

De acordo com a grande oscilação de tempo de cirurgia, a recuperação cirúrgica e as sintomatologias podem ser muito diferenciadas. Por um lado, encontram-se aqueles com menos de cinco anos de cirurgia, tempo ainda considerado como período de insegurança e adaptação, pois os indivíduos que foram revascularizados nesse período ainda estão inseguros e em fase de ajustamento. Por outro lado, aqueles com maior tempo, pela própria segurança que o tempo determina, encontram-se melhor ajustados com sua vida pós-cirurgia e mais propensos a não dar continuidade ao tratamento, por considerar a ausência de sintomas à cura e à impossibilidade de recidiva da doença.

Estudos apontam que variáveis socioeconômicas como renda e escolaridade correlacionam-se de forma negativa com mortalidade por DCV^{15,17}, evidenciando alto risco para nova hospitalização¹⁸. Neste estudo, o baixo índice de escolaridade foi predominante, sendo 23 (37,3%) indivíduos com ensino fundamental.

Pessoas com menor escolaridade possuem menor conhecimento sobre a prevenção de doenças crônicas, podendo esta baixa escolaridade vir a contribuir para a dificuldade de compreensão das orientações médicas e de enfermagem relacionadas ao autocuidado e à adesão ao tratamento¹⁹. O estudo AFIRMAR, realizado aqui no Brasil, demonstrou que a renda elevada e a formação superior conferem proteção para ocorrência de eventos cardiovasculares, destacando que as populações com menor renda apresentam índices mais altos para diversas causas de morte²⁰.

A renda familiar dos entrevistados destina-se para a manutenção da família e do tratamento e por ser baixa pode dificultar a adesão ao tratamento, assim como a participação em atividades sociais e de lazer. Pode-se considerar que a renda familiar está relacionada às atividades profissionais desenvolvidas pelos sujeitos, a exemplo de motorista, do lar, comerciante, feirante, mestre de obras, professora, auxiliar de enfermagem, doméstica, técnico em eletrônica, que não recebem salário ou este é baixo, conforme identificado nos discursos.

Desses sujeitos, 26 (42,62%) são aposentados ou estão afastados das atividades por terem se submetido à cirurgia, e o fator financeiro não é o único aspecto que interfere no ajustamento. Algumas vezes, a renda familiar não é muito baixa, contudo, o número de pessoas em casa geralmente é elevado, o que pode implicar em dificuldades no controle da doença, devido ao alto custo, bem como na manutenção do tratamento¹³.

É preocupante, no contexto em estudo, o fato de que os indivíduos que em consequência das limitações econômicas, materiais e pela própria cultura têm dificuldades para ajustar-se adequadamente às prescrições da equipe de saúde^{8,21}, favorecendo a recidiva da coronariopatia e as reinternações hospitalares.

De acordo com os resultados apresentados, questiona-se se a ausência de lazer é determinada por um hábito ou um costume familiar. Este questionamento poderá servir para estudos posteriores, pois se considera uma atividade importante para a saúde de todos os seres humanos, haja vista a diversidade de atividades de lazer apresentadas. Os dados evidenciam a fé e a crença das pessoas revascularizadas, corroborando outros estudos que demonstram na fala dos dependentes o caminho da esperança através da fé, trazendo a crença de que Alguém está olhando por todos²².

Sabe-se que a maioria das pessoas tem uma religião ou acredita em um ser superior ao qual se apega nas horas difíceis, como fonte de esperança. Esta crença diminui a ansiedade e favorece o enfrentamento

das situações de crise²³. Entre aqueles que participam de atividades de grupo, encontram-se os grupos de terceira idade, de dança de salão, de festas e outros, sendo praticamente a Igreja, além da família, o único grupo social do qual participam, podendo-se inferir que essas pessoas tendem a isolar-se socialmente.

Ressalta-se a necessidade do estímulo de atividades sociais e de espaços de grupos para troca de experiências e a implementação de programas educativos, pois estudos mostram que na perspectiva dos entrevistados esses programas estão relacionados à promoção da sociabilidade, um atributo importante, considerando que a pessoa pode se isolar de seu ambiente quando percebe ausência de compreensão e suporte social para suas necessidades peculiares de saúde²⁴.

CONCLUSÃO

Constatou-se que o perfil da população estudada é: predominantemente do sexo masculino; provedores da família; com tempo de cirurgia entre 45 dias a 17 anos; com profissões de característica braçal, levando ao aumento de aposentadorias ou afastamentos do trabalho precocemente; renda de até três salários mínimos; baixa escolaridade; e participação eventual em atividades sociais e de lazer.

É importante que os profissionais conheçam as características sociodemográficas dos indivíduos atendidos no ambulatório de isquemia para que possam promover a saúde, possibilitando a esses indivíduos o acesso às informações que os ajudem a escolher as melhores opções para aprimorar suas condições de vida, para melhorar o processo de recuperação e adesão ao tratamento.

Desse ponto de vista, é importante que a equipe de saúde que presta assistência a esses clientes considere seu perfil sociodemográfico, pois este pode interferir e dificultar o tratamento e a recuperação.

Conhecer as características sociodemográficas das pessoas atendidas no ambulatório pode contribuir para uma abordagem de saúde integral e significativa, uma vez que, mesmo que o comportamento e o processo da doença sejam semelhantes, cada pessoa está inserida em seu contexto social, que influi de modo particularizado na maneira de manifestar e de enfrentar a doença.

REFERÊNCIAS

1. Palmeira CS. Fatores de risco cardiovascular em funcionários de uma instituição de ensino superior [dissertação de mestrado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2004.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria executiva. Datasus. Informações em Saúde. Mortalidade. [citado em 14 mar 2006] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=%24VObj>
3. Conti RAS, Rocha RS. Risco cardiovascular: abordagem dentro da empresa. *Rev Bras Med Trab*. 2005; 3(1):10-21.
4. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Ação Básica. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial

sistêmica e diabetes mellitus: protocolo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

5. Nettina SM. Prática de enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

6. Gasperi P. A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

7. Costa MBS, Salazar PEL. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15: 487-94.

8. Vasconcelos EM. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.15-155.

9. Mello ECP, Figueiredo NMA. Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio. In: Figueiredo NMA, organizadora. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Ed. Yendis; 2005. p. 125-42.

10. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *R Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 1999; 9(4): 509-18.

11. Conselho Nacional de Saúde (Br). Resolução nº 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

12. Ministério da Educação (Br). [site de Internet] Secretaria de Educação básica. [citado em: 27 dez 2007]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=293&Itemid=358

13. Torres RM. Adesão ao tratamento: representações sociais de portadores de diabetes mellitus [dissertação de mestrado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2005.

14. Meira LF. Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e condições laborativas de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba / PR [dissertação de mestrado]. Curitiba (Pr): Universidade Federal do Paraná; 2004.

15. Steffens AA. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. *Rev da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*. 2003; 3: 5-15.

16. Amato VL, Timerman A, Paes AT, Baltar VT, Farsky PS, Farran JA, Gun C, Paulista PP, Piegas LS, Sousa JEMR. Resultados imediatos da cirurgia de revascularização miocárdica: comparação entre homens e mulheres. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83 (Esp): 14-20.

17. Polanczyk AC. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84 (3): 199-201

18. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43:44-53.

19. Rocha MS, Caetano JÁ, Soares E, Medeiros FL. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15: 411-6.

20. Santos SM, Noronha CP. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 1099-110.

21. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21:243-48

22. Silva MRB, Borgognoni K, Rorato C, Morelli S, Silva MRV, Sales CA. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16: 70-5.

23. Souza RHS. Sentimentos e percepções do cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. [dissertação de mestrado]. Curitiba (Pr): Universidade Federal do Paraná; 2004.

24. Santos MA, Péres DS, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17: 57-63.