

**UNIVERSIDADE CEUMA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE  
SAÚDE**

**SIMONY DE SOUSA FARIA**

**IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE CARDIOPATIAS MAIS DIAGNOSTICADAS EM  
PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DE UM HOSPITAL  
DE SÃO LUIS - MARANHÃO**

SÃO LUÍS – MA

DEZEMBRO, 2015

**SIMONY DE SOUSA FARIA**

**IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE CARDIOPATIAS MAIS DIAGNOSTICADAS EM  
PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DE UM HOSPITAL  
DE SÃO LUIS - MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade CEUMA, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Rosa Quaresma Bomfim

**Coorientador:** Prof. Dr. Silvio Gomes Monteiro

SÃO LUÍS - MA

DEZEMBRO, 2015

F245i

Faria, Simony de Sousa

Identificação dos tipos de cardiopatias mais diagnosticadas em pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia de um Hospital de São Luís - Maranhão. / Simony de Sousa Faria. São Luís : UNICEUMA, 2015.

89 p.:il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Strictu Senso em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA, 2015.

1. Cardiopatias. Epidemiologia. Doenças Cardiovasculares. Infarto Agudo do Miocárdio. I. Bomfim, Maria Rosa Quaresma (Orientadora) II. Monteiro, Silvio Gomes (Coorientador) III. Felipe, Ilana Mírian Almeida (Coordenadora). IV. Título.

**IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE CARDIOPATIAS MAIS DIAGNOSTICADAS EM  
PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DE UM  
HOSPITAL DE SÃO LUIS - MARANHÃO**

**Simony de Sousa Faria**

Dissertação aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela banca  
examinadora constituída dos seguintes membros:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria Rosa Bonfim Quaresma  
(Orientadora/Universidade CEUMA)

---

Prof. Dr. Silvio Gomes Monteiro  
(Coorientador/Universidade CEUMA)

---

Profa. Dra. Andrea Souza Monteiro  
(Universidade CEUMA – Primeira Examinadora)

---

Profa. Dra. Rosimary de Jesus Gomes Turri  
(Universidade Federal do Maranhão – Segunda Examinadora)

SÃO LUÍS – MA

DEZEMBRO, 2015

### *Dedicatoria*

Dedico os frutos desta colheita às primeiras mulheres da minha vida: a minha avó materna, **Nivalda**, meu amor maior, aquela me ensinou a amar e que me amou incondicionalmente, quem me disse que o coração era o lugar do amor e que eu vivia no coração dela – acredito que eu ainda viva; a minha mãe, **Marivalda**, mulher, dona de um coração cheio de desejos e sonhos, apaixonada pela vida e por todas as oportunidades que ela podia experimentar, por me ensinar a ser autêntica e verdejar na vida; e a minha avó paterna, **Dulce**, por sua docilidade e por seguir seu coração no cuidado carregado de afeto com todos que a rodeavam. Três mulheres que usufruíram de cada batida do coração para amar e viver a vida em toda sua plenitude. Todas *in memoriam*, mas bem vivas dentro do meu coração.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade CEUMA e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (PGGPSS) por me proporcionarem a realização e a colheita dos frutos desta pesquisa, que há bem pouco tempo era apenas um projeto, uma semente, um sonho. Mas, com a determinação de quem deseja viver, ela germinou, cresceu e hoje nasce com a força que os sonhos precisam ter para se tornar realidade.

Ao Hospital pesquisado por permitir a realização desse estudo, em especial a Médica Ana Cláudia Pinho Carvalho por ser a facilitadora para que fosse possível a coleta dos dados e ao Médico José Bonifácio Barbosa, Diretor Médico do Setor de Cardiologia por desejar conhecer a realidade epidemiológica do seu Ambulatório.

À minha orientadora, a profa. Dra. Maria Rosa, por tudo, absolutamente tudo! A ela minha eterna gratidão por realizar comigo o meu sonho, o nosso sonho. Pelo cuidado e pelo ar maternal com que me acolhia e, tenho certeza, irá me acolher muitas vezes, por muito tempo. O amor e a gratidão vão perpassar o tempo e o espaço e perdurar pela eternidade. A gratidão e o amor por ela estão do meu lado de dentro, no meu coração! Obrigada pelo olhar que sempre me disse e que ainda me diz muito! Muito obrigada por me acolher no meio do caminho, por decidir caminhar comigo independentemente das intempéries que poderíamos encontrar nessa viagem literalmente desconhecida, mas muito desejada!

Ao meu coorientador, o Prof. Dr. Sílvio Monteiro, pela preocupação e pelo cuidado com o nosso trabalho. Pelo carinho e pelo acolhimento em busca dos resultados fidedignos da pesquisa e, mais que isso, pela vontade de me ver realizar o meu desejo!

A Professora Francisca Silveira, coordenadora do Curso De Psicologia, pelo apoio, compreensão e, principalmente, por ser quem me trouxe até aqui!

A todos os professores do Programa, em especial a Professora Cristina Loyola e o Professor Marcos Pacheco, pelo desejo e pela implantação do Mestrado, e a nossa coordenadora Professora Ilana Mírian Almeida Felipe, por ocupar o lugar de coordenadora de modo tão delicado, atencioso e sábio.

Ao Rafael Fontenele, muito mais que o secretário de nosso Programa de Pós-Graduação: um anjo! Sempre atento aos pequenos detalhes. Uma pessoa justa, humana, amiga! Ele tornou meu caminhar pelo mestrado mais feliz e mais leve!

Ao Hermerson Maia, aquele que se disponibilizou a fazer a colheita dos frutos desse estudo.

À Cianna Rodrigues, minha amiga, incentivadora! Aquela que foi minha bússola, quem me mostrou o caminho e determinou meu trajeto nessa viagem! Quem compartilhou seus saberes com uma generosidade que emociona!

Aos meus colegas do mestrado, de modo especial Priscylla Miranda pela ajuda generosa de sempre e em todos os sentidos!

À Banca Examinadora pela contribuição para o aperfeiçoamento do estudo.

À minha família, em especial o meu pai, Osvaldo Faria; meu irmão Osvaldo Faria Filho e a minha tia-anjo Maria José, por contribuírem com minha formação enquanto pessoa.

À minha filha Ana Carolina, por contribuir para que eu pudesse superar e desafiar os desafios! Pelas palavras de carinho nas horas incertas e pela alegria de cada conquista nos períodos de plantio e, agora, da felicidade da colheita!

Ao meu grande amor, Jadir Lessa, meu espelho, minha melhor escolha, meu melhor amigo, meu incentivador! Aquele que faz meu coração acelerar de amor e, por isso, sentir a vida vibrar em mim! Obrigada por me ajudar a seguir, por caminhar nesse caminho junto comigo, por se alegrar com minhas conquistas! Pelas inúmeras vezes que me fez parar e observar os encantos da viagem, mesmo nos dias nublados. Por olhar sem estranheza as minhas dificuldades e as minhas superações! Por me nutrir de amor, por ser meu amor!

"Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
o mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
brilha, porque alta vive."

Ricardo Reis, *in* "Odes",  
Heterônimo de Fernando Pessoa

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Perfil das faixas etárias obtido nos prontuários dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA.....	24
Figura 2.	Perfil por etnias obtido nos prontuários dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA.....	24
Figura 3.	Perfil por estado civil dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA .....	25
Figura 4.	Perfil profissional dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA.....	26
Figura 5.	Tipos de cardiopatias mais diagnosticadas nos pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia do hospital pesquisado.....	30
Figura 6.	Tipos de cardiopatias mais diagnosticadas nos pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA .....	32
Figura 7.	Comorbidades associadas às cardiopatias, extraídas a partir dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA.....	33
Figura 8.	Medicamentos mais prescritos aos pacientes cardiopatas, extraídos a partir dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de pacientes cardiopatas, de um hospital da rede privada em São Luís – MA.....	23
Tabela 2.	Distribuição de frequência das demais variáveis, extraídas a partir dos prontuários dos pacientes cardiopatas, de um hospital da rede privada em São Luís – MA.....	37
Tabela 3.	Correlação de <i>phi</i> entre as variáveis nominais.....	44

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CC – Cardiopatia Congênita

CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CH – Cardiopatia Hipertensiva

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DAC – Doença Aterosclerótica Coronariana

DCV – Doenças Cardiovasculares

DM – Diabetes Mellitus

HVE – Hipertrofia Ventricular Esquerda

IC – Insuficiência Cardíaca

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC – Índice de Massa Corporal

DAC – Doenças Arteriais Coronarianas

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

USI – Unidade de Terapia Semi-intensiva

## RESUMO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) têm aumentado consideravelmente nos últimos anos no Brasil. As DCV são patologias com o maior índice de morbimortalidade no mundo e causam importantes repercussões na qualidade de vida dos acometidos e um enorme impacto financeiro aos sistemas de saúde. Este estudo teve como objetivo determinar os tipos de cardiopatias mais diagnosticadas em pacientes atendidos em um ambulatório de cardiologia de um hospital da rede privada de São Luís – MA, bem como descrever as variáveis sociodemográficas da população estudada, permitindo analisar os fatores de riscos, as comorbidades associadas e o número de óbitos. Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo e exploratório que analisou e cruzou as variáveis independentes (perfil sociodemográfico) com as variáveis dependentes (tipos de cardiopatias) a partir dos dados coletados em 334 prontuários, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015. Verificou-se que a maioria dos prontuários foi do ano de 2013, com 174 (52,1%) prontuários, de pacientes do sexo masculino, 174 (52,1%) casados, 193 (57,8%) pardos, 170 (50,9%), na faixa etária entre 30 e 80 anos, com média entre os 48 e 60 anos, ou seja, 75 (22,5%). A maioria dos pesquisados era aposentada, 85 (25,4%), tinha curso superior, fato observado em 62 (18,6%). As cardiopatias mais diagnosticadas foram a Doença Aterosclerótica do Coração (DAC), 119 (35,9%), seguida do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): 106 (31,7%), e a Insuficiência Cardíaca (IC), com 62 (18,6%) casos. Entre as comorbidades mais encontradas, estavam a hipertensão, 291 (87,1%), e o diabetes *mellitus*, 148 (44,3%). Nas variáveis referentes aos fatores de risco associados e/ou desencadeadores das doenças cardiovasculares, verificaram-se a predominância da falta de atividade física, 205 (61,4%) casos, o etilismo, 208 (62,3%), o uso do tabaco, 99 (29,6%), e o histórico familiar de cardiopatias, 111 (33,2%). Constatou-se, ainda, que a grande maioria dos pacientes permanecia em tratamento medicamentoso, 249 (74,6%), e a minoria havia realizado cirurgia cardíaca, 68 (20,4%). Foram a óbito, no período pesquisado de 2 anos, 11 pacientes (3,3%), sendo que os 11 óbitos foram decorrentes do Infarto Agudo do Miocárdio (10,4%). Estes resultados estão em consonância com a literatura nacional e mundial, ao correlacionarem e/ou associarem as comorbidades e os fatores de riscos existentes com os altos índices de doenças cardiovasculares na população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cardiopatias. Epidemiologia. Doenças Cardiovasculares. Infarto Agudo do Miocárdio.

## ABSTRAT

The Cardiovascular diseases (CVD) have increased considerably in recent years in Brazil. The CVD are diseases with the highest mortality rate in the world and cause a significant impact on quality of life of affected and an enormous financial impact to the health systems. This study aimed to determine the types of most diagnosed diseases in patients treated at an outpatient clinic cardiology of a private hospital in São Luís - MA, and to describe the sociodemographic variables of the study population, enabling analyze the risk factors associated comorbidities and the number of deaths. It was made a retrospective, descriptive and exploratory epidemiological study that analyzed and crossed the independent variables (sociodemographic profile) with the dependent variables (types of heart disease) from data collected from 334 medical records from January 2013 to July 2015. It was found that most of the records was in the year 2013, with 174 (52.1%) records of male patients, 174 (52.1%) married, 193 (57.8%) mulattos, 170 (50.9%), aged between 30 and 80 years, averaging between 48 and 60 years, ie, 75 (22.5%). The majority of respondents were retired, 85 (25.4%), had higher education, which was observed in 62 (18.6%). The most diagnosed diseases were Atherosclerotic Heart Disease (CHD), 119 (13.8%), followed by the Acute Myocardial Infarction (AMI): 106 (31.7%), and heart failure (HF), with 62 (18.6%) cases. Among the most frequent comorbidities were hypertension, 291 (87.1%), and diabetes mellitus, 148 (44.3%). In the variables related to risk factors and / or triggers of cardiovascular disease, there is a predominance of physical inactivity, 205 (61.4%) cases, alcohol consumption, 208 (62.3%), tobacco use, 99 (29.6%), and family history of heart disease, 111 (33.2%). It was found, moreover, that the vast majority of patients under treatment remained, 249 (74.6%), and a minority was conducted cardiac surgery, 68 (20.4%). Died, in the researched period of two years, 11 patients (3.3%), and all of them were due to acute myocardial infarction (10.4%). These results are in line with national and world literature, to correlate and/or join existing comorbidities and risk factors with high rates of cardiovascular disease in the population.

**KEYWORDS:** Cardiac. Epidemiology. Cardiovascular diseases. Acute myocardial infarction.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Aspectos gerais sobre as doenças cardiovasculares.....</b>	<b>17</b>
2.1.1	Principais tipos de doenças cardiovasculares.....	12
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Específico.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período do estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>População do estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4</b>	<b>Cálculo amostral.....</b>	<b>19</b>
<b>4.5</b>	<b>Critérios de inclusão.....</b>	<b>20</b>
<b>4.6</b>	<b>Critérios de exclusão .....</b>	<b>20</b>
<b>4.7</b>	<b>Coleta dos dados .....</b>	<b>20</b>
<b>4.8</b>	<b>Análise estatística.....</b>	<b>21</b>
<b>4.9</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>5.1</b>	<b>Perfil Epidemiológico e Caracterização Sociodemográfica da População estudada.....</b>	<b>27</b>
<b>5.2</b>	<b>Tipos de Cardiopatias mais diagnosticadas.....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>SUGESTÕES PARA A DEVOLUTIVA DO AMBULATÓRIO PESQUISADO.....</b>	<b>38</b>
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
	<b>APÊNDICE</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão na agenda de prioridades da maioria dos países, pois acarretam milhões de óbitos em todo o mundo (MANSUR; FAVARATO, 2012). Entre as DCNT de maior importância em saúde pública estão as doenças cardiovasculares (DCV). De acordo com o Ministério da Saúde, as DCV são aquelas que afetam o coração e as artérias, tais como: doença aterosclerótica, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral, as arritmias cardíacas, a isquemias ou anginas, entre outras. A principal característica das DCV é a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias, ao longo dos anos, que impede a passagem do sangue (Ministério da Saúde, 2011).

As DCV são patologias com o maior índice de mortalidade e comorbidades no mundo (MANSUR; FAVARATO, 2012). Elas representam números expressivos de casos de morte, correspondendo aproximadamente a 30% de todos os óbitos. Destes, cerca de 50% acometem adultos entre 30 e 69 anos, em plena fase produtiva do desenvolvimento humano. A mortalidade prematura em adultos e as incapacidades resultantes, parciais ou totais têm importantes repercussões na qualidade de vida e na rede social dos acometidos, além do grande impacto nos sistemas de saúde (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009).

No Brasil, o número de pessoas acometidas por DCV tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, sendo que, em 2011, ocorreram 335.213 óbitos, o que correspondeu a 28,6% do número total de mortes no país naquele ano. Esse quadro de óbitos ainda persiste, principalmente, nos Estados do nordeste brasileiro (RIBEIRO et al., 2013). Por outro lado, quando não existe o risco iminente de morte, a doença acarretará inevitavelmente graves repercussões na vida do paciente (NASCIMENTO et al., 2011).

Considerando-se as elevadas taxas de morbimortalidade por DCV no mundo e no Brasil, é importante ressaltar, ainda, o grande impacto para o sistema público de saúde, uma vez que o cardiopata demanda tratamento de alta complexidade, período maior de internação, exames diagnósticos mais sofisticados, fármacos caros, consultas e acompanhamento periódicos (MANSUR; FAVARATO, 2012; GUIMARÃES et al., 2015).

Com relação à prevalência de doenças cardiovasculares na população da região Nordeste, o estudo de Guimarães et al. (2015) mostrou índices significativos de aumento na

taxa de mortalidade para dois tipos de DCV, ou seja, taxas aproximadamente 118% para doença isquêmica do coração e de 13,8% para doenças cerebrovasculares.

Um fato relevante e motivador à realização de estudos como este é saber que, no Brasil, as pesquisas envolvendo pacientes cardiopatas são geralmente direcionadas para um determinado tipo de cardiopatia, o que impossibilita uma visão do panorama geral de quais são as mais prevalentes, as comorbidades, os fatores de risco associados, os dados sociodemográficos, as características constitucionais (etnia, sexo, idade e genética), características de comportamento (estilo de vida, fumo, etilismo); presença de distúrbios metabólicos (diabetes, hipertensão arterial), além de características socioeconômicas e culturais que incluem fatores econômicos, escolaridade, ocupação, entre outros. Desse modo, a escassez de dados na literatura que possam representar a realidade epidemiológica da população de pacientes cardiopatas em tratamento, de forma fidedigna, não permite retratar o panorama real dos tipos de DCV na população brasileira, bem como apresentar o número de óbitos decorrentes do agravamento desse tipo de patologia.

Sabe-se, por meio dos estudos existentes na literatura, que as cardiopatias são determinadas por diversas causalidades, de variadas classificações e de afecções na qualidade de vida do cardiopata, inclusive de sequelas incapacitantes que mudam o curso de vida dessas pessoas. Para analisar esses dados, foram necessárias buscas em diversas publicações científicas, a fim de compilar os dados convergentes e divergentes com o tema deste estudo.

Nesse contexto, esta pesquisa é relevante, visto que se torna primordial o esforço de identificar quais são as cardiopatias mais frequentemente diagnosticadas, além de contribuir com novas pesquisas na área temática do estudo, de modo a deixar visível a realidade epidemiológica, atualizada, sobre as doenças cardiovasculares na cidade de São Luís – MA, onde esses dados são praticamente inexistentes, inclusive como modo de prevenção e alerta, a partir dos dados coletados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aspectos gerais sobre as doenças cardiovasculares

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão na agenda de prioridades da maioria dos países devido ao impacto na mortalidade, na morbidade e nos custos decorrentes da assistência médica. Entre as DCNT de importância em saúde pública no mundo estão alguns tipos de cardiopatias, não somente pelos altos índices nas taxas de morbimortalidade, mas também pelas diversas repercussões na qualidade de vida das pessoas acometidas (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009).

No Brasil, o número de casos de DCV ainda é controverso, mas os dados mostram entre 250.000 e 300.000 óbitos por ano, com tendência a aumentar o número desses casos, ocupando o primeiro lugar nas estatísticas do número de *causas mortis*, constituindo-se numa grave ameaça ao desenvolvimento social e econômico do país (MISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; NASCIMENTO et al., 2011).

Segundo Diène; Fouquet e Esquirol (2012), alguns fatores de riscos estão relacionados às DVC e às altas taxas de morbimortalidade, destacando três principais grupos de fatores, a saber: (1) determinantes pessoais (idade, sexo); (2) biológicos (excesso de peso corporal, altas taxas de colesterol, menopausa, pressão arterial elevada, fatores genéticos, doenças metabólicas) e (3) determinantes comportamentais (falta de atividade física, consumo exagerado de sal, consumo de álcool, tabagismo, estresse no trabalho e em casa, falta de recursos financeiros e competitividade no mercado de trabalho).

De modo geral, a literatura tem mostrado consenso com relação aos fatores biológicos e comportamentais desencadeantes das DCV. Com relação à idade, o envelhecimento populacional tem elevado a carga das DCV tanto nos países ricos quanto nos pobres (DIÈNE; FOUQUET; ESQUIROL, 2012). O processo fisiológico normal de envelhecimento provoca alterações funcionais e estruturais que, associado a processos de senilidade (alterações provocadas por doenças), representa um grande desafio na área da saúde (FERREIRA et al., 2013). Os idosos de modo geral são portadores de múltiplas doenças, o que dificulta o diagnóstico correto e a determinação da causa básica do óbito (JORGE et al., 2008).

Segundo a Associação Americana de Cardiologia (AHA, 2014), mais de uma em três mulheres adultas tem algum tipo de DCV. Desde 1984, o número de mortes em mulheres tem excedido o número de homens. Apesar de os homens sofrerem três vezes mais infartos do que as mulheres, a mortalidade é bem maior no sexo feminino. Nesse sentido, vários fatores podem estar relacionados a essa alta taxa de óbitos, tais como: fatores hormonais, o acúmulo de funções exercidas pelas mulheres, gerando um nível muito elevado de estresse; o sedentarismo e a má alimentação. Assim, esses aspectos comportamentais podem vir associados a uma sintomatologia diferenciada (náuseas, fraqueza, dores gástricas e falta de ar) (NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2015). Enquanto que nos homens os sintomas mais característicos são forte dor no peito que irradia para os braços, o que dificulta o diagnóstico e a rápida intervenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

### 2.1.1 Principais tipos de doenças cardiovasculares

O termo genérico cardiopatia é comumente utilizado para descrever anormalidades do coração e dos grandes vasos a ele ligados. Essas anormalidades comprometem a estrutura e/ou a função cardiovascular (BENETTI, 2012). As cardiopatias são classificadas de acordo com os aspectos fisiopatológicos da lesão cardíaca existente no momento do seu diagnóstico. Dessa forma, pode-se citar algumas das mais frequentes, tais como: coronariopatias, infarto do miocárdio ou doença isquêmica do coração (DIC), insuficiência cardíaca, miocardiopatias ou cardiomiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias cardíacas, cardiopatia hipertensiva e pericardites (BOTELHO et al., 2006).

Dados epidemiológicos sobre as doenças cardíacas na população em geral são surpreendentemente escassos. Porém, é sabido que entre as coronariopatias se destaca a doença arterial coronariana (DAC) ou aterosclerose coronariana. Esse tipo de cardiopatia é um processo difuso e de progressão lenta, que pode ter seu início na infância, culminando com o aparecimento de síndromes isquêmicas sintomáticas, geralmente na vida adulta e, principalmente, na velhice (TOTH, 2008). A DAC é causada pelo acúmulo de tecido gorduroso nas artérias responsáveis pelo fluxo de oxigênio e nutrientes do sangue até o coração (SANTOS, 2013).

A DAC é uma das principais causas de morte súbita, em especial, o infarto agudo do miocárdio, em ambos os sexos (SOMMARUGA et al., 2003). Segundo estudos realizados

nessa área, a DAC diminuiu paulatinamente nas últimas décadas devido à adoção de medidas preventivas que ajudam na redução de fatores de riscos, além da adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e cirúrgico, principalmente da cirurgia de revascularização do miocárdico, o que pode contribuir para melhorar a qualidade de vida desse paciente. Diante do exposto, a DAC ainda é a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e a maior causa de gastos com assistência médica no Brasil (SANTOS 2013).

As doenças isquêmicas do coração (DIC) são doenças que afetam as artérias coronárias diminuindo a circulação sanguínea do coração, provocando a isquemia, tais como a Angina e o infarto do miocárdio (MIOTO; VIANA; CESAR, 2009). As DIC têm como principais causas o fumo, diabetes, hipertensão e colesterol elevado. Indivíduos com histórico familiar de problemas cardíacos devem ficar atentos, principalmente se o pai ou a mãe manifestaram a doença. O processo de isquemia se instala com a formação de placas de gordura na parede das artérias (aterosclerose), dificultando a passagem de sangue, e as células do coração se tornam isquêmicas, sem oxigênio suficiente, doentes, podendo provocar o infarto do miocárdio. Na maioria dos casos o ataque cardíaco ocorre quando há o rompimento das placas ateroscleróticas, levando à formação de trombos e à interrupção do fluxo sanguíneo (MIOTO; VIANA; CESAR, 2009). Os sintomas de alerta são dor ou pressão no peito e falta de ar, mas podem variar de pessoa para pessoa. Além desses, suor, palidez e até dor nos dentes podem ser sinal de que o coração não está bem (WAINSTEIN; WAINSTEIN, 2012).

Nas últimas décadas, as taxas de mortalidade por DIC no Brasil têm apresentado um leve declínio nas regiões Sul e Sudeste; estabilização na região Centro-Oeste e aumento na região Nordeste, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos (NOGUEIRA; RASSI; DE SOUSA, 2010). De acordo com a Coordenação Geral de Agravos e Doenças não Transmissíveis do Ministério da Saúde (2003), a mortalidade por DIC representa uma sobrecarga significativa para o Brasil, sendo que de 1993 a 1997 as internações causadas por essa doença representaram 1,0% de todas as internações e 3,3% de gastos públicos.

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica de grande prevalência e altas taxas de mortalidade. Ela é a via final comum de toda cardiopatia e é caracterizada por atividade neuro-hormonal exacerbada, baixa tolerância ao exercício, baixa sobrevida e qualidade de vida deteriorada (ANDRADE, 2009). Os índices de IC têm sido mais altos na população mais idosa, sendo esta enfermidade considerada a primeira causa de internação por DCV no Brasil (GAUI et al., 2010).

A IC se caracteriza por uma síndrome clínica, na qual uma alteração estrutural ou funcional do coração leva à incapacidade deste em bombear o sangue para suprir as necessidades do organismo. A doença começa com uma falta de ar esporádica em atividade pouco rotineira, como, por exemplo, dar uma corrida para alcançar o ônibus ou fazer um exercício mais extenuante. Aos poucos as atividades diárias, como lavar roupas e varrer a casa, passam a ser tarefas difíceis de executar (TORQUATO, 2015).

No último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010), foi observado um crescimento significativo da população idosa no Brasil. A idade encontra-se entre as condições que aumentam o risco de uma pessoa vir a desenvolver DCV; dentre essas, a insuficiência cardíaca. Segundo estimativas do Ministério da Saúde, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos, aproximadamente, 30 milhões de pessoas, provavelmente o correspondente a 15% da população total (NOGUEIRA; RASSI; DE SOUSA, 2010).

De acordo com os dados sobre as perdas e a incapacidade na IC, essa enfermidade se caracteriza por uma afecção muito limitante, mais que o diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras, já que dispneia, cansaço e edema decorrentes da doença provocam alto índice de desconforto aos seus portadores (BARRETO; RAMIRO, 1998). Pacientes com insuficiência cardíaca enfrentam reduções significativas no estado funcional, múltiplas internações hospitalares, alta mortalidade, vários sintomas físicos e psicológicos e uma diminuição da qualidade de vida (DUTRA, 2006; PELEGRINO; DANTAS; CLARK, 2011).

Nos anos 90 a Organização Mundial de Saúde definiu as miocardiopatias como um conjunto de doenças intrínsecas do músculo miocárdio, heterogêneas na apresentação clínica, muitas vezes resultantes de doenças cardíacas específicas ou sistêmicas, outras vezes, sem uma causa definida (RICHARDSON et al., 1996). As cardiomiopatias foram conceituadas em dois relatórios da Organização Mundial da Saúde em conjunto com a Federação e Sociedade Internacional de Cardiologia, em seus Consensos (TASK FORCE, 1980; 1995), como sendo a doença do miocárdio associada com disfunção cardíaca. As cardiomiopatias foram classificadas como: dilatada, hipertrófica, restritiva e arritmogênica do ventrículo direito (ALBANESI, 1998). Atualmente, as cardiomiopatias constituem um grupo importante e heterogêneo de doenças do miocárdio associadas à disfunção mecânica e/ou elétrica que geralmente podem ser sinais de hipertrofia ventricular ou dilatação podendo ter uma variedade de causas que, mais frequentemente, são de origem genética (MARON et al., 2006; MONTERA et al., 2013).

No Brasil, as valvopatias são responsáveis por uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular e têm como principal etiologia a febre reumática, que ocorre em 70% dos casos. Dados epidemiológicos têm mostrado que, ao contrário do que ocorreu no passado, quando a população jovem era a mais acometida por esse tipo de patologia, agora a população geriátrica tem sido cada vez mais frequente nas unidades de internação e consultórios, apresentando índices elevados de calcificação e disfunção valvar. Fatores de riscos associados nessa população mostram que em geral os idosos realizam poucas atividades físicas ou são sedentários, sendo comuns achados sugestivos de lesões valvares importantes em indivíduos assintomáticos ou oligossintomáticos, frequentemente com Estenose Aórtica (TARASOUTCH et al., 2011).

Com relação às cardiopatias congênitas (CC), esta patologia pode ter múltiplas causas, desde aspectos genéticos a aspectos comportamentais e hereditários, que podem refletir em um conjunto de alterações anatômicas congênitas, podendo se manifestar desde o período neonatal até a fase adulta e causar alterações no funcionamento da hemodinâmica cardiovascular. Em alguns casos, as cardiopatias podem ser diagnosticadas na vida intrauterina, sendo passível de tratamento antes mesmo do nascimento, podendo ser clinicamente classificadas em acianogênicas e cianogênicas, a depender do tipo de má formação (MOTTA, 2003).

Pesquisas epidemiológicas sobre a prevalência de CC feitas no mundo todo indicam uma diferença que varia entre 0,8% nos países desenvolvidos e 1,2% nos países em desenvolvimento. A cada 1.000 nascidos vivos, entre oito e dez crianças são diagnosticadas com má formação cardíaca. A estimativa de prevalência das CC aponta para o surgimento de 28.846 novos casos no Brasil por ano. Em 20% dos casos a cura acontece de modo espontâneo, quando há menor complexidade e repercussões hemodinâmicas discretas (BASTOS et al., 2013).

Diante dos casos diagnosticados ao nascimento e da estimativa de reinternações, pelo menos 23.077 crianças necessitarão de um procedimento cirúrgico e 6% morrerão antes de completar 1 ano de vida. Estudo realizado no Brasil por Pinto Jr. et al. (2002) mostrou que apenas 35% dos portadores de CC com indicação cirúrgica receberam este tratamento. Nas regiões Norte e Nordeste essa situação é ainda mais crítica. O déficit do procedimento cirúrgico chega a 93,5% e 77,4%, respectivamente (PINTO-JÚNIOR et al., 2004).

As arritmias cardíacas são decorrentes de um funcionamento anormal do sistema elétrico e da automaticidade do coração configurando alteração na frequência, formação e/ou condução do impulso elétrico por meio do miocárdio. Muitos pacientes não sentem absolutamente nada, enquanto outros podem se queixar de palpitações, fadiga, falta de ar, tonteados ou dor no peito (PASTORE et al., 2009). Em alguns pacientes as arritmias podem ser causadas por doenças do músculo cardíaco, das válvulas cardíacas ou das artérias que nutrem o coração, as artérias coronárias. Outras podem ser provocadas por certas medicações, uso excessivo de álcool, fumo e cafeína, drogas, baixo teor de oxigênio no sangue, excesso de hormônio tireoidiano e estresse (SOCERJ, 2015).

Em pacientes hipertensos o comprometimento do coração caracteriza a cardiopatia hipertensiva. Quando isto ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos. Estudos epidemiológicos clínicos forneceram evidências de que em média essa cardiopatia ocorre em 40% na população de hipertensos, outros fatores como sexo, idade, etnia, obesidade e diabetes podem influenciar no surgimento da cardiopatia hipertensiva (DUTRA, 2006).

A maioria dos pacientes hipertensos, principalmente com histórico de longa data, apresenta alterações estruturais no coração, como hipertrofia ventricular esquerda (HVE). De acordo com Kennel (1991), a HVE é o mais importante fator de risco conhecido para a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), o acidente vascular cerebral (AVC), a doença arterial coronariana (DAC) e a claudicação intermitente, sendo o desencadeador de todas as causas de morte cardíaca em adultos acima de 40 anos (BOMBIG; PÓVOA, 2008).

Outro fator de risco é o diabetes mellitus (DM), uma patologia crônica com alto índice de pessoas acometidas na população. Desse modo, o diagnóstico precoce se torna vital ao seu portador. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, com 11,3%, em 2030 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O adoecimento por essa patologia pode causar diversas alterações cardiovasculares, com alto índice de risco para doença arterial coronariana. Estudos observacionais apontam para a associação entre o grau de hiperglicemia e risco de morte em doenças macrovasculares em pacientes com diagnóstico de DM tipo 2 (COSTA et al., 2014).

De acordo com Montera et al. (2013), comumente a pericardite é um processo inflamatório do pericárdio, podendo ter múltiplas causas (infecciosas ou não infecciosas), mas geralmente tem apresentação autolimitada e benigna. As pericardites são classificadas de

acordo com a evolução e a forma de apresentação clínica (aguda, crônica, derrame de pericárdico, recorrente e constritivo). Não existem dados epidemiológicos da pericardite no mundo e no Brasil, porém dados referentes a serviços de emergência mostram que, dos 5% dos pacientes com queixa de dor torácica, nos quais foi afastada insuficiência coronariana aguda, 1% tinha pericardite aguda.

Vale ressaltar que, quando o foco de um estudo é o coração, visualizam-se os simbolismos socioculturais construídos ao longo da história da humanidade. O coração é frequentemente imaginado como o abrigo dos sentimentos, a máquina que abriga a vida. A construção social de que o coração é o órgão detentor da vida remete à associação de que, sem um coração saudável, a vida se finda. Essas construções culturais mostram-se respaldadas por dados epidemiológicos mundiais que confirmam que as doenças cardiovasculares são as principais *causa mortis* no mundo (ANGERAMI, 2004).

Diante da construção coletiva da ideia de adoecimento crônico e do curso incerto de doenças como as cardiopatias, vislumbrou-se no projeto o desejo de se pensar o adoecimento além de todos os desconfortos inerentes a esse momento. O adoecer existe e precisa ser tratado, porém a pessoa portadora de cardiopatia precisa receber uma assistência especializada e alicerçada no cuidado integral. A assistência e o cuidado constituem partes coadjuvantes do tratamento, tão necessários quanto o medicamento mais potente e a alta tecnologia existente para o tratamento das cardiopatias. Assistência que possa promover condições de reinserção à vida social, a redução de danos físicos e psicológicos e, na medida do possível, a sua condição de ser. Pelo exposto, o presente estudo visou averiguar quais os tipos de cardiopatias mais recorrentes acometem os pacientes submetidos ao tratamento cardiológico ambulatorial no hospital pesquisado, bem como conhecer os aspectos sociodemográficos desses portadores de doenças cardiovasculares.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar quais os tipos de cardiopatias mais frequentemente diagnosticadas em pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia de um hospital da rede privada de São Luís – Maranhão, no período de 2013 a 2015.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever o perfil epidemiológico e determinar a caracterização sociodemográfica da população estudada;
- c) Quantificar quantos pacientes foram submetidos à cirurgia cardíaca e quantos evoluíram para o óbito durante o tratamento;
- d) Investigar quais são os principais fatores de risco envolvidos no desenvolvimento das cardiopatias diagnosticadas;
- e) Analisar estatisticamente a existência de comorbidades associadas.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Nessa pesquisa foi realizada um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo e exploratório que analisou e cruzou as variáveis independentes (perfil sociodemográfico) com as variáveis dependentes (tipos de cardiopatias) a partir de dados coletados nos prontuários dos pacientes atendidos em ambulatório de cardiologia de um hospital da rede privada na cidade de São Luís – MA.

### **4.2 Local de coleta dos dados e período de estudo**

Os dados para realização do estudo foram coletados a partir de prontuários de atendimentos gerados por médicos cardiologistas do Ambulatório de Cardiologia, de um hospital de grande porte, alta complexidade e referência da rede particular e com acreditação pela Organização Nacional de Acreditação – ONA no ano de 2011. O hospital mantém um total de 108 leitos, dos quais 29 estão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 5 fazem parte na Unidade Semi-intensiva (USI), localizada na cidade de São Luís – MA. As coletas dos dados foram processadas no período de agosto de 2015 a setembro de 2015. Os dados foram coletados por meio de senha de acesso fornecida pelo hospital, a partir dos computadores de dentro da sala da UTI, pelo Sistema *Tasy*.

### **4.3 População do estudo**

A pesquisa foi feita com prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que receberam tratamento e/ou acompanhamento no ambulatório de cardiologia no período de janeiro de 2013 a julho de 2015 e que atendiam aos critérios de inclusão.

#### 4.4 Cálculo amostral

A amostra do estudo foi do tipo não probabilístico (conveniência), em que foi analisado o total de 391 prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Do total de prontuários analisados foram descartados 57, por não contemplarem os critérios de inclusão. Desse modo, o total do cálculo amostral da população pesquisada foi de 334 prontuários.

#### 4.5 Critérios de inclusão

- a) Prontuários de pacientes cardiopatas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que foram atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um hospital da rede privada em São Luís – MA, no período de janeiro de 2013 a agosto de 2015.
- b) Prontuários com todos os campos de informações devidamente preenchidos de pacientes que receberam tratamento cardiológico, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015.

#### 4.6 Critérios de exclusão

- a) Prontuários médicos com campos de informação em branco ou parcialmente preenchidos.

#### 4.7 Coleta de dados

A coleta de dados secundários foi efetuada de forma aleatória nos prontuários dos pacientes cardiopatas atendidos no Ambulatório de Cardiologia do hospital pesquisado, visando analisar os casos de diagnóstico, tratamento e óbito. Os dados foram registrados em um formulário estruturado sob a forma de *checklist* para identificar variáveis, como os dados sociodemográficos (cor, etnia, gênero e idade), diagnóstico, comorbidades, fatores hereditários, tratamento e hábitos de vida (tabagismo, etilismo e atividade física) e número de óbitos (**APÊNDICE A: TERMO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS PESQUISADOS**).

O tratamento dos dados ocorreu por meio de análise estatística descritiva demonstrada por frequência absoluta e relativa. Os dados foram digitados em uma planilha do programa *Microsoft Excel* para a elaboração das tabelas descritivas de acordo com as variáveis estudadas.

#### **4.8 Análises estatísticas**

Os dados foram avaliados pelo programa *IBM SPSS Statistics 2.0* (2011). Inicialmente, para a caracterização demográfica dos pacientes, foi utilizada a estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas de frequência das variáveis analisadas. Posteriormente, foi feito o cruzamento das variáveis independentes (sexo, idade, etnia, fatores de risco, profissão) com as variáveis dependentes (cardiopatias) para avaliação da associação entre elas por meio do teste não paramétrico de Qui-quadrado de Independência ( $\chi^2$ ). Depois, para se avaliar a correlação de entre algumas variáveis nominais, fez-se o teste da correlação de *phi*. O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade foi de 5%, ou seja, considerou-se como estatisticamente significativo um valor de  $p < 0,05$ .

#### **4.9 Aspectos Éticos**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA, sob o parecer consubstanciado 1.164.515/2015.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil epidemiológico e caracterização sociodemográfica da população estudada

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Segundo dados do Plano Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em 2013, 4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de algum tipo de doença do coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (4,4%) que na área rural (3,0%). A média nacional de DCV é de 5%, mas as regiões Norte e Nordeste apresentaram estimativas menores do que a média nacional: 2,0% e 2,7%, respectivamente. (IBGE, 2013).

No presente estudo, dos 334 prontuários de pacientes com algum tipo de DCV, elegíveis dentro dos critérios de inclusão propostos no projeto, a maioria 174 (52,1%) foi de pacientes atendidos no ano de 2013 (Tabela 1).

A caracterização sociodemográfica (sexo, idade, etnia, estado civil, perfil profissional, e grau de escolaridade) dos dados secundários dos 334 pacientes está mostrada na Tabela 1. A análise de dados mostrou que a maioria foi composta por indivíduos do sexo masculino: 174 (52,1%). Este resultado corrobora com os achados de Ribeiro et al. (2013) e de Sousa et al. (2014) que encontraram percentuais de 54% e 53,3%, respectivamente, de pessoas do sexo masculino, em seus estudos com pacientes portadores de DCV.

A análise dos dados sobre a idade da população estudada mostrou uma média de 54,4 ( $\pm 6,0$ ) anos de idade, ou seja, os pacientes se enquadraram numa faixa etária de 48 a 60 anos, conforme mostrado na Tabela 1 e na Figura 1. Estes resultados estão de acordo com os descritos num estudo de metanálise efetuado por Virtanen et al. (2012) que avaliaram 2.313 artigos sobre pacientes com DCV, nos quais eles constataram que a idade média da maioria dos doentes constantes na literatura era superior a 40 anos.

No que diz respeito à etnia dos assistidos no ambulatório de cardiologia, a pesquisa mostrou uma incidência maior de cardiopatias em pacientes pardos, aproximadamente 51% dos casos, seguido pela etnia negra com 26,9% dos casos, conforme mostrado na Tabela 1 e na Figura 2. Com relação a este achado, é importante salientar que nos nove Estados que compõem a região Nordeste há o predomínio da etnia parda, com taxas que variam entre 53 e

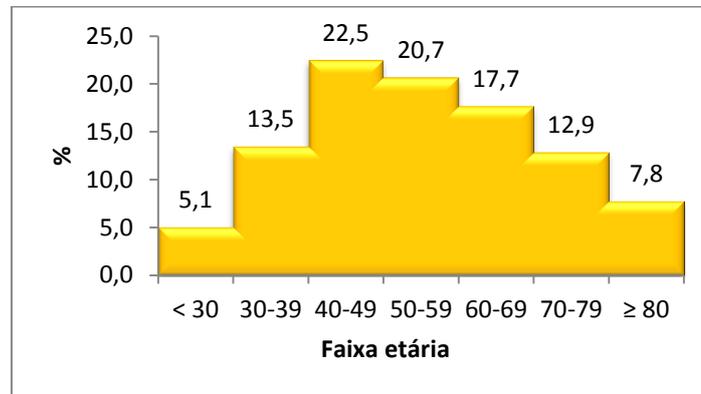
76% (IBGE, 2011). Este fato foi constatado no estudo de Costa (2013) sobre o perfil clínico, demográfico e socioeconômico, relacionado à qualidade de vida de pacientes cardiopatas na Bahia, onde a cor parda representou 60,7% dos casos, seguida pelas etnias negra (31,3%) e branca (8,0%).

**Tabela 1** - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de pacientes cardiopatas de um hospital da rede privada em São Luís – MA.

<b>Sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Ano</b>			<b>Ocupação</b>		
2013	174	52,1	Aposentado	85	25,4
2014	108	32,3	Autônomo	39	11,7
2015	52	15,6	Dona de Casa	20	6,0
			Professor	12	3,6
<b>Sexo</b>					
Masculino	174	52,1	Comerciante	9	2,7
Feminino	160	47,9	Advogada	5	1,5
			Contador	5	1,5
<b>Estado civil</b>			Fisioterapeuta	5	1,5
Solteiro (a)	135	40,4	Administrador	4	1,2
Casado (a)/União estável	193	57,8	Bancária	4	1,2
Separado(a)/Divorciado(a)	3	0,9	Dentista	4	1,2
Viúvo(a)	3	0,9	Empresário	4	1,2
			Engenheiro Civil	4	1,2
<b>Etnia</b>			Engenheiro Elétrico	4	1,2
Pardo	170	50,9	Estudante	4	1,2
Negro	90	26,9	Jornalista	4	1,2
Branco	72	21,6	Motorista	4	1,2
Amarelo	2	0,6	Policia Civil	4	1,2
			Segurança	4	1,2
			Advogado	3	0,9
<b>Idade</b>			Analista de Sistemas	3	0,9
< 30	17	5,1	Biólogo	3	0,9
30-39	45	13,5	Empresária	3	0,9
40-49	75	22,5	Enfermeira	3	0,9
50-59	69	20,7	Professora	3	0,9
60-69	59	17,7	Secretária	3	0,9
70-79	43	12,9	Servidor Público	3	0,9
≥ 80	26	7,8	Outras	86	25,7
Total	334	100,0	Total	334	100,0

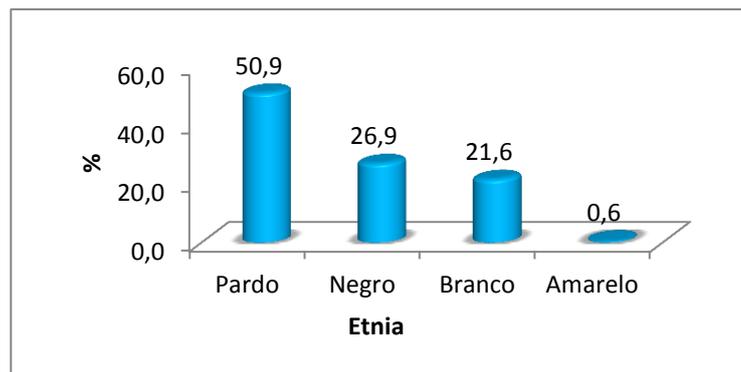
Fonte: O autor (2015)

**Figura 1** – Perfil das faixas etárias obtido nos prontuários dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada de São Luís – MA.



Fonte: O autor (2015)

**Figura 2** – Perfil por etnias obtido nos prontuários dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA.

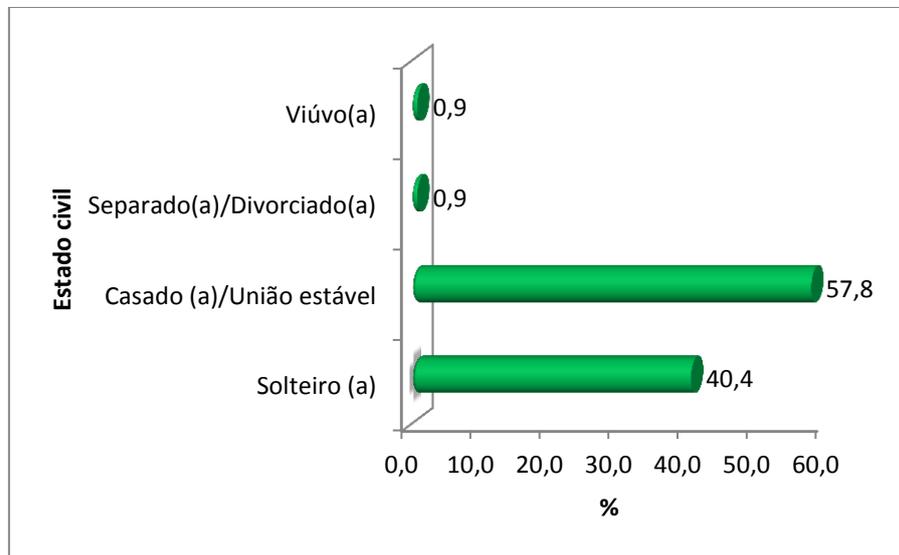


Fonte: O autor (2015)

No que concerne à variável sociodemográfica estado civil dos pacientes em tratamento cardiovascular no ambulatório pesquisado, este estudo mostrou que a maioria – 193 (57,8%) – dos pacientes era casada ou estava em união estável, seguida de solteiros com o percentual de 135 (40,4%) (Tabela 1 e Figura 3). Esses achados estão de acordo com os resultados de Eyken e Moraes (2009), ao estudarem a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em 692 homens da área urbana do sudeste do Brasil, no qual verificaram que 104 (55,8%) eram casados ou estavam em união estável. Os demais, que se declararam solteiros e outros, juntos, mostraram um percentual de 34,3% do total dos pesquisados.

Além disso, Ruiz et al. (2012), ao estudarem os fatores de riscos a doenças cardiovasculares em usuários da saúde suplementar, observaram que dos 772 pacientes pesquisados cerca de 459 (59,2%) eram casados ou estavam em união estável, seguidos dos que se declararam solteiros, com percentual de 313 (40,0%), corroborando os resultados da presente pesquisa. Um resultado diferente foi descrito por Magalhães et al. (2014), que encontraram um número maior de solteiros – 84 (51%) – no seu grupo de pacientes com DCV e, em segundo lugar, indivíduos casados – 68 (41,2%).

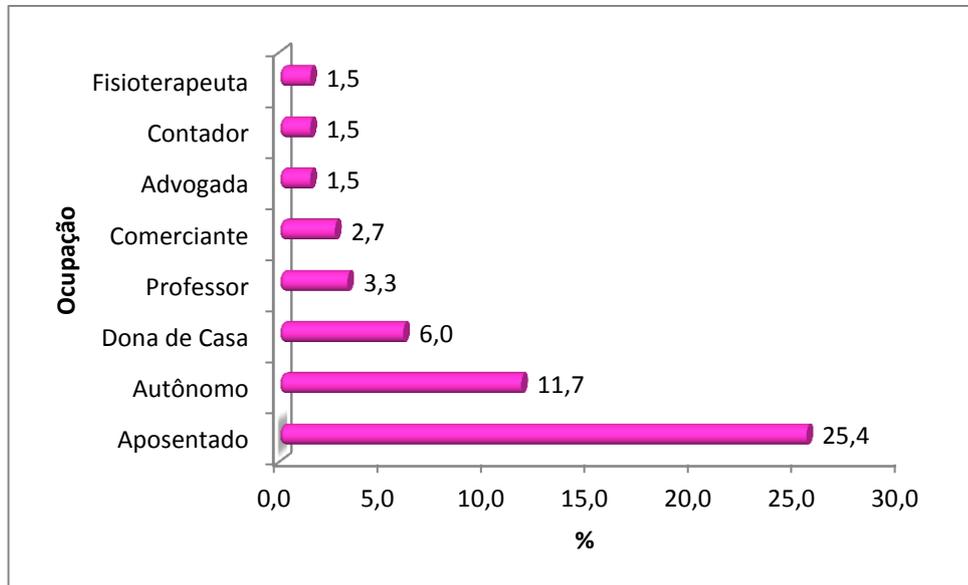
**Figura 3** – Perfil por estado civil dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA.



Fonte: O autor (2015)

Quanto ao perfil profissional dos pacientes que tiveram seus prontuários avaliados, a maioria era de aposentados – 85 (25,4%) –; destes, 43 eram homens e 42, mulheres. A segunda ocupação mais encontrada para os homens foi de autônomo, 29 (8,7%), enquanto para as mulheres foi de dona de casa, com 20 (6%) dos casos. Os outros, 86 (25,7%), prontuários eram de pacientes que ocupavam as mais diversas profissões (Tabela 1 e Figura 4). Os dados obtidos se assemelham com os de Bonotto e Boer (2012), realizados com 94 pacientes, nos quais a maioria dos pesquisados era de aposentados, 18 (21%), seguidos do lar, 6 (6%).

**Figura 4** – Perfil de ocupação dos pacientes assistidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA.



**Fonte:** O autor (2015)

O perfil de ocupação profissional descrito nos prontuários permitiu determinar o grau de escolaridade dos pacientes que tinham o curso superior, fato observado em 62 (18,6%) dos casos (Tabela 1). Apesar de não ter sido possível determinar o grau de escolaridade de todos os pacientes pesquisados, é importante observar que alguns estudos destacaram a importância da escolaridade na relação entre mortalidade por DCV, fatores comportamentais e fator socioeconômico (ISHITANI; PERPÉTUO; FRANÇA, 2006; BASSANESI; AZAMBUJA; ACHAUTTI, 2008; MANSUR; FAVARATO, 2012).

## 5.2 Tipo de cardiopatia mais diagnosticada

O segundo objetivo proposto no presente estudo foi determinar os tipos de cardiopatias mais diagnosticadas nos pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia do hospital pesquisado. A análise dos resultados dos prontuários mostrou que as cardiopatias mais diagnosticadas foram a doença aterosclerótica do coração (DAC), com 119 (35,6%) dos casos, como determinado pelo Código Internacional de Doença (CID), sob nº. I251, seguida pelo

infarto agudo do miocárdio, com 106 (31,7%) dos casos, CID I21, e pela insuficiência cardíaca (IC), com 62 (18,3%), conforme mostrado na Figura 5.

Com relação aos tipos de DCV encontrados na população aqui pesquisada, os resultados encontrados corroboram com estudos que comprovaram que a DAC continua sendo a principal causa de mortalidade no Brasil (HOLLANDA et al., 2007; CONFORTO et al., 2012; AVEZUM-JUNIOR et al., 2015). Ressalta-se que DAC é uma doença sistêmica, degenerativa crônica, silenciosa, multifatorial, cujo início remonta a época da adolescência em que indivíduos predispostos, e expostos a determinados estímulos, acabam por desenvolver a estria gordurosa, unidade precursora da placa de ateroma (HOLLANDA et al., 2007).

Com relação aos dados sociodemográficos dos pacientes diagnosticados com DAC, a faixa etária atingida variou de 20 a 93 anos de idade, com média de 52,6 anos. Não houve diferença estatística quanto ao gênero afetado, sendo observados 61 mulheres e 60 homens. Dos 121 casos de DAC, verificou-se que 72 (59,5%) eram casados ou estavam em união estável e os demais eram solteiros; a maioria era de aposentados 30 (24,8%). Quanto à etnia, a maioria era composta por pardos, 61 (50%), seguida da cor negra, com 38 (31,4%). Sobre o uso de medicamentos, 94 (77,7%) dos pacientes ainda faziam uso de medicamentos, e 15 (12,4%) destes pacientes tinham passado por cirurgia cardíaca.

Sobre os fatores de riscos associados ao aparecimento da DAC nestes pacientes, a maioria, 112 (92,6%), era de hipertensos, sendo 55 homens e 57 mulheres, 48 (42,8%) eram diabéticos, sendo 22 mulheres e 26 homens. Em relação à prática de atividade física, 56 (50%) faziam algum tipo de atividade, sendo igual o percentual de homens e mulheres. Com relação ao hábito de fumar, 37 (30,6%) eram fumantes, sendo 18 mulheres e 19 homens. Sobre o consumo bebida alcóolica, a maioria era usuária, 70 (57,8%), sendo 38 homens e 32 mulheres. Os fatores hereditários associados ao risco desenvolvimento de DAC, descritos nos prontuários avaliados, mostraram que 34 (28,0%) dos pacientes tinham histórico familiar de DCV, sendo igual número para homens e mulheres.

Os resultados encontrados no presente estudo estão em consonância com a literatura mundial. Segundo Conforto et al. (2012), a DAC e o acidente vascular cerebral isquêmico são condições frequentemente associadas, que compartilham fatores de risco e representam grande sobrecarga à saúde mundial. A SOCERJ (2013) descreveu entre alguns fatores de risco

associados ao aceleração do processo aterosclerótico: uso do fumo, pressão alta, colesterol sanguíneo elevado, diabetes, inatividade física e histórico familiar de DCV. De modo geral, as doenças cardiovasculares são mais frequentemente diagnosticadas na população idosa, porém não é uma consequência natural do envelhecimento, mas devido ao caráter multifatorial que se apresentam. Essas cardiopatias podem se manifestar mais tardiamente nas mulheres, após a menopausa, provavelmente devido à proteção conferida pelos hormônios femininos (SOCERJ, 2013).

Neste contexto multicausal, e no sentido de ser uma doença silenciosa, que só é diagnosticada quando o paciente já tem a DCV estabelecida, é importante que medidas de prevenção sejam adotadas, a fim de se identificar precocemente as pessoas com risco aumentado para as DCV. Em 2011, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 384.615 mortes; destas, 31% foram por causadas por DAC (AVEZUM-JUNIOR et al., 2015).

Na realização desta pesquisa, constatou-se que a segunda doença cardíaca mais diagnosticada foi o infarto do miocárdio, ou doença isquêmica do coração (Figura 5). Este tipo de DCV tem como principal causa a aterosclerose. O resultado encontrado aqui corrobora com alguns achados recentes na literatura nacional. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2014), o Estado de Tocantins, região norte do Brasil, registrou no ano de 2012 469 casos de infarto agudo do miocárdio, sendo 296 pacientes do sexo masculino e 173 do sexo feminino. Pesquisa feita por Ribeiro (2013), com 287 cardiopatas de um hospital universitário, mostrou que 39 (13,6%) dos pacientes foram diagnosticados com infarto do miocárdio. Um estudo sobre as isquemias e os fatores associados, realizado por Moraes e Freitas (2012), com 2.471 prontuários de cardíacos de ambos os sexos, apontou que a maioria dos acometidos por IAM, cerca de 56,47%, era do sexo feminino. Por outro lado, uma pesquisa desenvolvida em Curitiba, Paraná, no período de 1998 a 2009, constatou declínio da mortalidade, de 9,1% a 6,7%, na população curitibana (BAENA et al., 2012).

No decorrer da pesquisa bibliográfica e da análise dos prontuários pesquisados, para a composição deste estudo, ficou evidente que as doenças cardiovasculares, entre elas a isquemia, trazem sérias repercussões para a vida do paciente cardiopata, como, por exemplo, o infarto agudo do miocárdio. O estudo de Santos et al. (2013) sobre diferenças entre os gêneros em pacientes com isquemia crítica, num total de 171 amostras estudadas, verificou

que 88 pacientes (52%) eram pertencentes ao gênero masculino e 83 (48%), do sexo feminino, não havendo diferença estatística neste caso.

Diferentemente do estudo de Amaral et al. (2009) sobre o perfil clínico ambulatorial de cardiopatas em um hospital em Ribeirão Preto, em que, do número total de 413 prontuários analisados, 51% foram de atendimentos a mulheres, ultrapassando o número de atendimentos ambulatoriais de homens. Almeida et al. (2012) apontaram, em pesquisa sobre insuficiência cardíaca (IC) com 37 pacientes com a patologia instalada, que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, num total de 59,5% do total de entrevistados.

Com relação ao número de óbitos nos prontuários pesquisados, observou-se taxa geral de mortalidade do total de 3,3%. Porém, a análise individual por tipo de DCV mostrou que dos 106 casos de pacientes internados por causa de infarto 11(10,4%) foram a óbito, numa faixa etária compreendida de 34 a 86 anos de idade. Constatou-se que todos os 11 óbitos foram decorrentes do infarto. Nenhum caso de óbito foi observado nos demais tipos de DCV. Estes resultados concordam com os dados de Peixoto et al. (2006). Estudos de Pesaro et al. (2011) e Lopes et al. (2012) mencionam taxas de óbitos de 5,8 e 15%, respectivamente. Segundo o Ministério da Saúde (2012), o infarto agudo do miocárdio é responsável por 45% das mortes na faixa etária acima de 45 anos. Ressalta-se, portanto, que essa doença isquêmica do coração tem grande impacto na saúde do cardiopata, visto que a identificação do quadro clínico precisa ser de emergência. Desse modo, o pronto atendimento é preponderante, tanto para salvar a vida do paciente quanto para evitar comorbidades (MORAES; FREITAS, 2012).

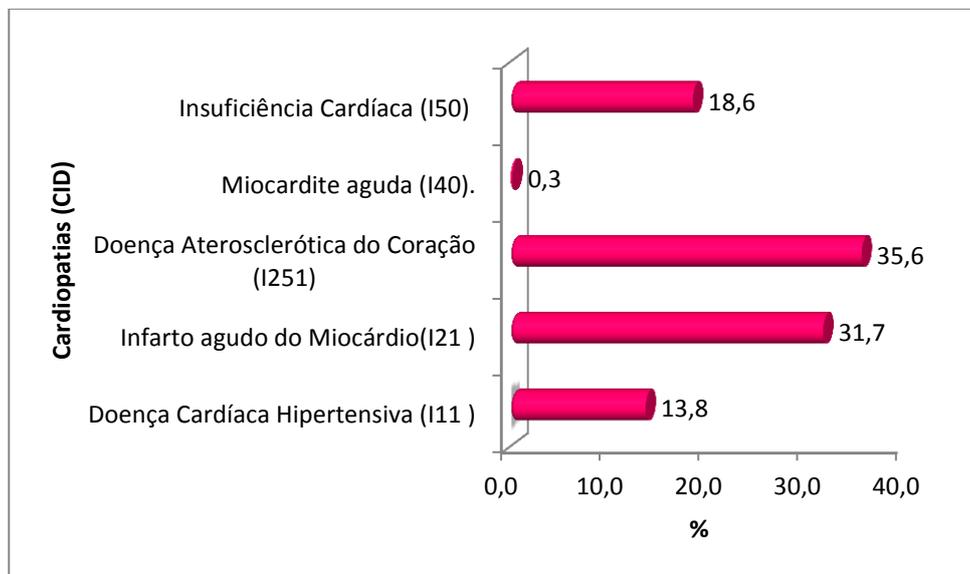
O estudo de Jesus, Campelo e Silva (2013), analisando 384 prontuários do serviço de pronto atendimento de um hospital de urgência, constatou que 91,7% eram de pacientes internados por infarto agudo do miocárdio. Dessas notificações, 20,6% dos pacientes foram a óbito. Esses mesmos autores ressaltaram que a assistência imediata ao paciente infartado, bem como os procedimentos medicamentosos realizados pela equipe especializada podem evitar ou diminuir a morbimortalidade.

Outra importante DCV que apresentou níveis consideráveis de detecção no presente estudo foi a Insuficiência cardíaca (IC), ocupando o terceiro lugar com 18,3% dos casos. Este resultado é semelhante ao observado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1992 a 2002, que classificou a IC, entre as doenças cardiovasculares, em terceiro lugar entre as causas de hospitalização de pacientes com idade superior a 60 anos de idade e taxas de letalidade entre 5 e 7% nos pacientes internados (JORGE et al., 2011). Segundo dados da

literatura, esse tipo de cardiopatia tem como características a baixa sobrevivência do paciente e uma sobrecarga econômica causada por hospitalizações prolongadas e repetidas (FELKER et al., 2003; GAUI et al., 2010; TORQUATO, 2015).

Diante do exposto sobre os casos de mortes, é notório e alarmante que as DCV, entre elas a insuficiência cardíaca, ainda são as principais causas de morte no Brasil, com taxas aproximadas de 30%, atingindo uma população nas faixas etárias de 20 a 59 anos, ou seja, em plena fase produtiva (ANDRADE et al., 2013).

**Figura 5** – Tipos de cardiopatias mais diagnosticadas nos pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA.



Fonte: O autor (2015)

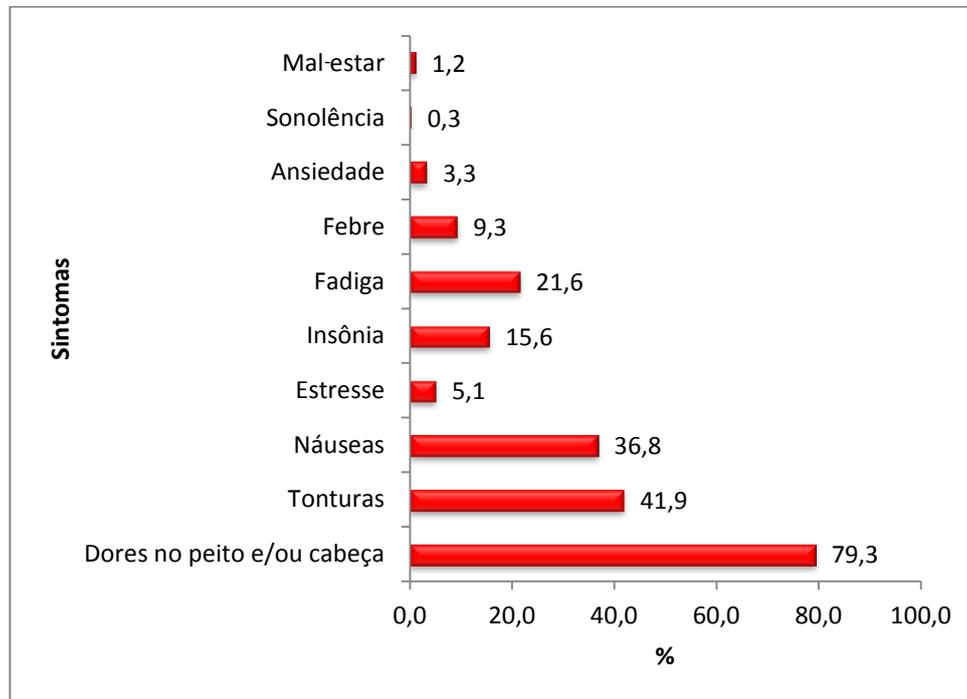
A fim de conhecer quais os sintomas foram os mais relatados pelos pacientes, no momento do atendimento no ambulatório de cardiologia, os prontuários foram explorados e os resultados estão apresentados na Figura 6 e na Tabela 2. A dor no peito e/ou dor torácica e a cefaleia foram os sintomas mais encontrados e representaram o dobro dos demais sintomas. No total de 334 prontuários pesquisados, cerca de 265 (79,3%) sinalizam dor no peito e cefaleia. Esses sintomas estão relacionados, na maioria das vezes, ao infarto e à angina. No estudo de Missaglia, Neris e Silva (2013), com 574 pacientes que deram entrada em um hospital de referência em cardiologia, 277 (48,25%) relataram dor torácica. Estes pacientes foram diagnosticados com infarto agudo do miocárdio. A Revista *American Headache Society*

(2014) afirmou que o risco de doença cardíaca ou coronária está aumentado naqueles pacientes com enxaqueca. Assim, verifica-se que a dor de cabeça pode ser sinal e sintoma de doença cardiovascular.

Os dados apresentados na Figura 6 apontam para sintomas psicossomáticos relacionados à desestabilidade emocional diante do adoecimento de um órgão que, culturalmente, representa a vida, ocasionando quadros de ansiedade, depressão, refletindo no quadro clínico e psicológico do paciente. A pesquisa realizada por Zwielewski e Bub (2014) sobre transtornos de ansiedade em pacientes com suspeita de doença arterial coronariana identificou que a dor torácica pode vir associada a sintomas como: vômito, sudorese, sensação de morte iminente e palidez. Segundo os autores, esses quadros sintomáticos estão, na maioria das vezes, relacionados ao grau de ansiedade vivenciado por esses pacientes, o que influencia substancialmente o quadro geral do cardiopata.

Em relação ao surgimento de sintomas como fadiga, insônia, estresse, náuseas e vômitos, os estudos de Missaglia; Neris e Silva (2013) afirmaram que, na grande maioria, esses sintomas são de quadros psicológicos desajustados pelo adoecimento crônico e pelo complexo do adoecimento por cardiopatias. Porém, nesta pesquisa, mesmo os pacientes apresentando esses sintomas, nenhum dos pesquisados foi encaminhado para acompanhamento psicológico a fim de minimizar esse quadro sintomatológico e estressor, visto que, nos prontuários, não apontavam para interconsulta com psicólogo.

**Figura 6** – Sintomas relacionados às cardiopatias, extraídos a partir dos prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA.



Fonte: O autor (2015)

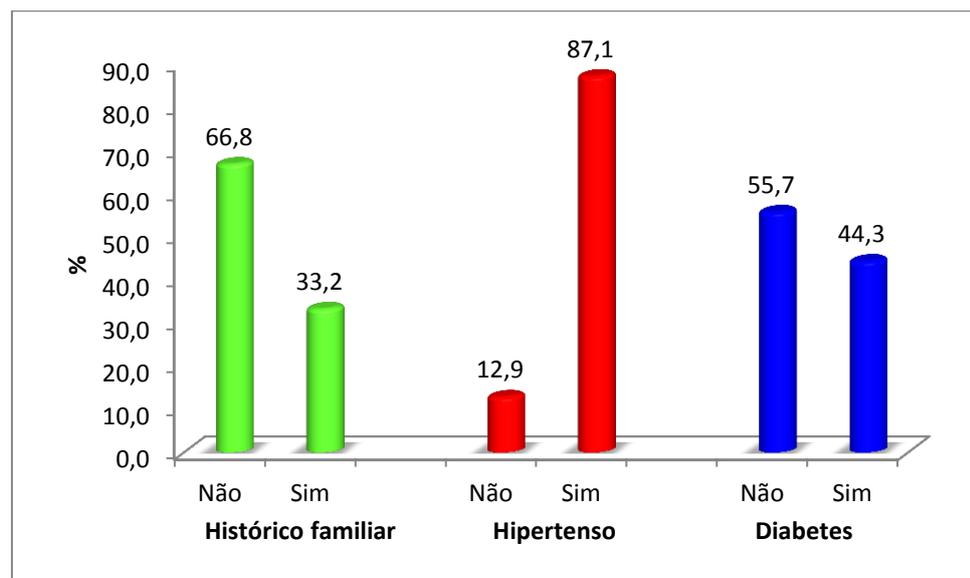
As DCV apresentam causas multifatoriais, ou seja, geralmente não apresentam apenas uma causa definida, mas a interface de diferentes fatores (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015). A Tabela 2 e a Figura 7 mostram os resultados obtidos com relação aos fatores de riscos associados e desencadeadores de doenças cardiovasculares nos 334 pacientes avaliados. Observou-se a falta de atividade física em 205 (61,4%) dos casos, o etilismo em 208 (62,3%) e o uso do tabaco em 99 (29,6%). Além disso, a grande maioria consistia em pacientes hipertensos, 291 (87,1%); seguidos por diabéticos com 148 (44,3%) e com precedentes de histórico familiar, 111 (33,2%). Com relação a estes e outros aspectos dos riscos às DCV, os resultados encontrados aqui corroboram com dados da AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2015), quando descreve, entre os principais fatores de risco para desencadear as doenças cardiovasculares, hábito de fumar, consumo de álcool, falta de atividade física, sobrepeso, fatores genéticos, estresse, colesterol alto, hipertensão arterial e diabetes.

Este estudo visualizou a hipótese de que a hipertensão arterial pode ser considerada um importante fator de risco e também uma comorbidade associada para o desencadeamento das DCV. Nesse sentido, a hipertensão arterial pode ser desencadeante de

DVC, como a DVC pode favorecer o aparecimento de hipertensão nos pacientes cardiopatas. A recente pesquisa formulada por Radovanovic et al. (2014) pesquisou 408 indivíduos. Os autores afirmam que, entre as patologias cardíacas, a hipertensão arterial constitui um relevante fator risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, consideradas um problema de saúde pública em âmbito mundial. A pesquisa constatou que, dos 408 pesquisados, 165 (40,38%), tinha a faixa etária entre 50 e 59 anos de idade e com isso, maior probabilidade para desencadear DCV, mesmo considerando a população com faixas etárias menores entre 20 e 30 anos. A relevância desta pesquisa está em mostrar que a hipertensão e as DCV têm alta incidência em todas as faixas etárias. Comumente, esses resultados reforçam os obtidos pela presente pesquisa, visto o alto índice de pacientes hipertensos na população de cardiopatas.

De forma semelhante ao estudo anteriormente apresentado, uma pesquisa realizada sobre hipertensão e fatores de riscos para Acidente Vascular Cerebral (AVE), desenvolvida por Brito, Pantarotto e Costa (2013), apontou que, dos 17 pacientes com AVC que responderam ao questionário, 16 (94,1%) eram hipertensos. Neste aspecto, o estudo mostrou que o estilo de vida está diretamente relacionado ao sobrepeso e, conseqüentemente, ao agravamento das funções cardíacas.

**Figura 7** – Comorbidades associadas às cardiopatas, extraídas a partir dos prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA.



**Fonte:** O autor (2015)

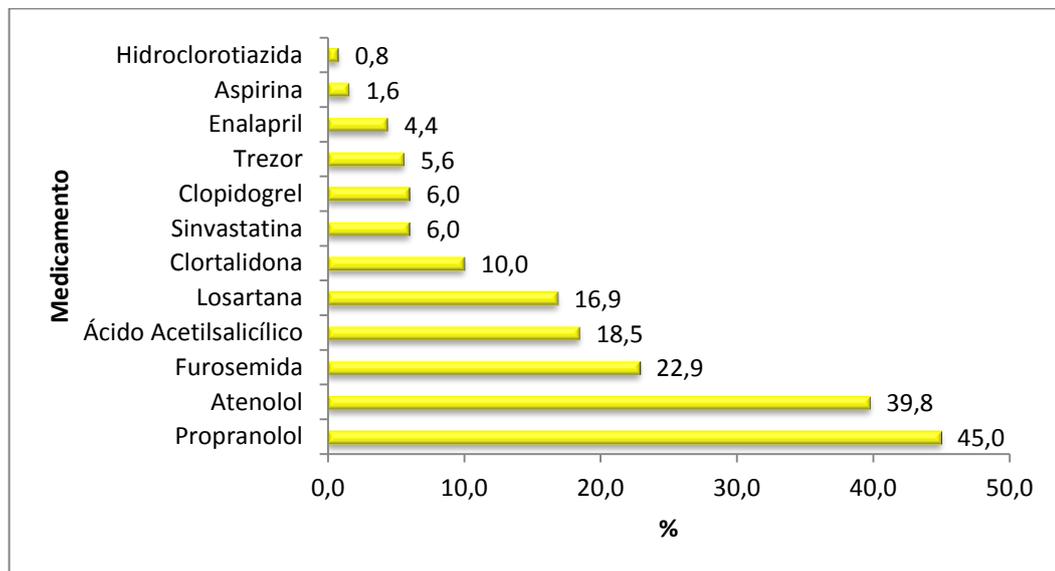
No que diz respeito ao tipo de tratamento para cardiopatas e ao número de procedimentos cirúrgicos e de mortes decorrentes das cardiopatas, dos 334 pesquisados, 68

(20,4%) fizeram cirurgia cardíaca; 11 (3,3%) foram a óbito e 180 fizeram uso de medicamento. O medicamento mais utilizado pelos pacientes atendidos no ambulatório foram o Propranolol 112 (39,8%), seguido por Atenolol, 99 (39,8%), medicamentos utilizados para controle da hipertensão arterial; Flurosemida 57 (22,9%), medicamento diurético que contribui para diminuição de edemas; Ácido Acetilsalicílico – AAS, 46 (18,5%), que previne formação de coágulos nas artérias dos vasos sanguíneos de pacientes com doenças cardiovasculares, conforme a Figura 8.

De acordo com Rang et al. (2001), entre o grupo de fármacos prescritos para controle da hipertensão arterial, estão Atenolol, Propranolol e Doxazosina. Sobre os diuréticos mais prescritos, o autor afirma que a Furosemida, Espironolactona, Hidroclorotiazida são os mais recomendados; como efeito medicamentoso, diminuem a reabsorção do sódio e de cloreto filtrado. Mion, Machado e Gomes comentam que a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) mostra evidência que o uso de diuréticos reduz morbidade e mortalidade em pacientes cardiopatas.

Menezes et al. (2009), em estudo realizado sobre a recorrência das prescrições de fármacos para doenças cardiovasculares, confirmam que interação do ácido acetilsalicílico é de extrema relevância para pacientes com infarto agudo do miocárdio. No Caderno de Estudo sobre a abordagem farmacológica em pacientes cardiopatas (2012, p. 17), afirma que “O ácido acetilsalicílico (AAS) 75 mg ao dia diminui a velocidade dos eventos cardiovasculares em um terço dos pacientes com angina estável e deve ser administrado a todos os pacientes, caso não haja contraindicação”. Portanto, esses dados convergem com os medicamentos prescritos à população de cardiopatas pesquisada neste estudo.

**Figura 8** – Medicamentos mais prescritos aos cardiopatas, extraídos a partir dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA.



**Fonte:** O autor (2015)

Vale ressaltar que cerca de 265 (79,3%) dos pacientes estavam em tratamento medicamentoso, por outro lado, 333 (99,7%) destes não estavam em acompanhamento cardiológico, mesmo com o número expressivo de sintomas advindos do efeito colateral do tratamento medicamentoso, como dor torácica e tontura, entre outros. Neste sentido, os dados da presente pesquisa apontaram que, quando o paciente termina o tratamento, ele não continua em acompanhamento médico, condição relevante para pacientes com patologias crônicas não transmissíveis e com comorbidades. Neste cenário, pacientes com essas características patológicas precisam ser acompanhados pelo médico cardiologista para minimizar sintomas e monitorar os efeitos colaterais dos medicamentos.

Os fatores de riscos associados e desencadeadores de doenças cardiovasculares, bem como as comorbidades associadas e de maior prevalência observadas no grupo de pacientes estudados estão apresentados na Tabela 2. Evidenciou-se que nos 334 pesquisados a tendência é direcionada ao estilo de vida, como falta de atividade física 205 (61,4), etilismo 208 (62,3) e uso do tabaco 99 (29,6%). Sabendo que o estilo de vida está diretamente relacionado ao sobrepeso e conseqüentemente ao agravamento das funções cardíacas, estes resultados corroboram com os obtidos por Pereira et al. (2013) em pesquisa feita com 202 pacientes ambulatoriais, que observaram uma forte associação entre a presença da doença arterial periférica e o surgimento de doenças cardiovasculares. Os autores relataram que 36 (63,2%)

dos pacientes tinham estilo de vida sedentário com potencial para ser desencadeador de DCV em até 2,5 maior que pacientes com estilo de vida saudável. Destes 202, 31 (54,4%) faziam uso do tabaco.

Magalhães et al. (2014) apresentam os resultados de pesquisa realizada sobre risco de DCV em 165 prontuários pesquisados, dos quais 107 (64,9%) eram de pacientes sedentários. Desses pacientes pesquisados, 56,4% apresentavam peso acima da média, sendo que 58 (35,1%) estavam com sobrepeso, 56 (34%) estavam na categoria de obesos e 36 (22%) com obesidade mórbida; 66 (40,0%) dos pacientes eram etilistas e 18 (11%) eram pacientes tabagistas. A literatura médica indica que o sedentarismo pode desencadear aumento do nível do colesterol e hipertensão arterial. Silva, Cade e Molina (2012), em estudo realizado com 330 prontuários de pacientes de uma Unidade de Saúde da Família (USF), a fim de pesquisar fatores de risco associados a doenças cardíacas e hipertensão, destacaram o colesterol total elevado. Do número total de pesquisados, 81 (54,7%) estavam com níveis acima de 200mg/dl, sabendo que estudos apontam que os valores desejáveis estão entre 130 e 159 mg/d.

Glaner et al. (2011), em pesquisa sobre perímetro abdominal e DCV, avaliaram 200 amostras, dentre as quais 147 (73,7%) apresentaram taxas elevadas de colesterol total. Como consequência desse fator, mais da metade da amostra apresentou valores elevados de índice de massa corporal (IMC): 117 (58,4%). Assim, percebe-se que as doenças cardiovasculares estão associadas às comorbidades, bem como aos fatores de risco aos quais os pacientes estão expostos.

O estudo realizado por Silva et al. (2012) sobre doenças cardiovasculares em diabéticos analisou 100 prontuários de pacientes dos quais 38 (38%) dos pesquisados tinham diabetes *mellitus* (DM). Outro estudo desenvolvido por Pinto e Santos (2012), com 323 pacientes internados em um hospital de referência sobre DM em pacientes coronariopatas, apontou que cerca de 101 (31,1%) dos pesquisados apresentaram quadro associado de diabetes e cardiopatias, sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS), fator de risco para doenças cardiovasculares, atingiu 25 pacientes e com ocorrência de 39,5% nos pacientes diabéticos. Garcia et al. (2015), em pesquisa sobre reabilitação cardíaca e risco de DM, contataram que o risco de indivíduos com doença cardiovascular desenvolverem o diabetes ao longo da vida é muito alto devido aos fatores de riscos associados à patologia. Esse estudo forneceu evidências de riscos de pacientes diabéticos desenvolverem DCV, bem como acontecer de modo oposto, ou seja, pacientes cardiopatas desenvolverem diabetes. Dos 20

questionários respondidos, 8 (40%) apresentaram alto risco de comorbidades, entre DCV e DM. Nesse sentido, essas patologias crônicas exercem forte impacto na vida de indivíduos portadores, visto que existe o risco associado.

**Tabela 2.** Distribuição de frequência das demais variáveis, extraídas a partir dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de cardiologia do hospital pesquisado.

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Fez cirúrgica cardíaca</b>			<b>Pratica atividade física frequentemente</b>		
Não	266	79,6	Não	205	61,4
Sim	68	20,4	Sim	129	38,6
<b>Tratamento medicamentoso</b>			<b>Utiliza bebida alcoólica frequentemente</b>		
Não	85	25,4	Não	126	37,7
Sim	249	74,6	Sim	208	62,3
<b>Qual ? (n=249)*</b>			<b>Faz uso de fumo/tabaco com frequência</b>		
Ácido Acetilsalicílico	46	18,5	Não	235	70,4
Furosemida	57	22,9	Sim	99	29,6
Aspirina	4	1,6	<b>Histórico familiar de doença cardíaca</b>		
Sinvastatina	15	6,0	Não	223	66,8
Losartana	42	16,9	Sim	111	33,2
Atenolol	99	39,8	<b>Materno ou Paterno (n=111)</b>		
Clortalidona	25	10,0	Materno	58	17,4
Enalapril	11	4,4	Paterno	53	15,9
Hidroclorotiazida	2	0,8	<b>Hipertenso</b>		
Trezor	14	5,6	Não	43	12,9
Clopidogrel	15	6,0	Sim	291	87,1
Propranolol	112	45,0	<b>Diabetes</b>		
<b>Cuidados paliativos</b>			Não	186	55,7
<b>Não</b>	334	100,0	Sim	148	44,3
<b>Óbito</b>			<b>Total</b>		
Não	323	96,7	334	100,0	
Sim	11	3,3	<b>Total</b>		
<b>Total</b>			334	100,0	

Fonte: O Autor (2015)

Tabela 3. Correlação de *phi* entre as variáveis nominais

	Sexo	Fez cirúrgica cardíaca	Tratamento medicamentoso	Óbito	Prática atividade física	Utiliza bebida alcoólica	Faz uso de fumo/tabaco	Histórico familiar de doença cardíaca	Hipertenso	Diabetes
Fez cirúrgica cardíaca	0,006									
Tratamento medicamentoso	0,065	-0,217**								
Óbito	-0,11*	-0,093	-0,277**							
Prática atividade física	-0,059	-0,05	0,252**	-0,112*						
Utiliza bebida alcoólica	0,017	0,041	-0,256**	0,04	-0,537**					
Faz uso de fumo/tabaco	-0,045	0,03	-0,042	0,027	0,226**	-0,279**				
Histórico familiar de doença cardíaca	-0,015	0,133*	-0,157**	0,083	-0,168**	0,025	-0,305**			
Hipertenso	0,064	-0,272**	0,371**	0,071	0,140*	-0,170**	-0,025	-0,146**		
Diabetes	-0,023	0,028	-0,185**	0,207**	-0,052	-0,002	0,041	0,151**	0,055	
Doenças crônicas	0,043	0,041	-0,129*	0,068	-0,100	0,140*	0,096	0,047	-0,083	-0,021

\*  $p < 0,05$     \*\*  $p < 0,01$

Fonte: o autor (2015)

Sobre a Correlação das variáveis apresentados na Tabela 3, observa-se que o estudo da correlação entre o número de óbitos ocorridos no período do estudo e o gênero mais afetado, foi verificado que os homens morreram mais por DVC do que as mulheres houve uma correlação significativa. Entretanto, nenhuma outra variável se correlacionou com o sexo ( $p > 0,05$ ). Ao se verificar o fato do paciente ter passado por cirurgia cardíaca, e histórico familiar por DCV, constatou-se que àqueles que possuem história familiar de doença cardíaca fizeram mais cirurgia do que outros que não predisposição genética ( $p > 0,05$ ). Ao se correlacionar o tratamento medicamentoso com as variáveis: uso de bebida alcóolica, histórico familiar de doenças cardíacas, presença de doenças crônica e diabetes; verificou-se o menor número de óbito entre àqueles que faziam tratamento medicamentoso, ou seja, foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p < 0,01$ ). Além disso, a análise para correlacionar o número de óbitos com as variáveis, atividade física e a presença de diabetes, mostrou que os pacientes inativos ( $p > 0,05$ ) e diabéticos ( $p < 0,01$ ) estão mais suscetíveis de vir a óbito.

## **6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA**

As limitações referentes a esta pesquisa estão relacionadas ao breve espaço e tempo de coleta de dados, bem como a restrita população estudada diante dos números de novos casos das doenças cardiovasculares, já que o estudo foi realizado em um único ambulatório de cardiologia. Posto isso, fica evidente a necessidade de mais pesquisas prospectivas, no sentido de conhecer outros dados relacionados ao tema da pesquisa, o que não diminui a importância e validade deste estudo.

## **7 SUGESTÕES PARA O AMBULATÓRIO PESQUISADO**

Inserir nos prontuários informações relacionadas ao índice de Massa Corporal – IMC, a fim de que esses dados possam colaborar com a melhor quantidade de vida desses pacientes, evitar comorbidades e óbitos, além de melhorar e direcionar o tratamento ao cardiopata. Os estudos realizados indicam que a obesidade sobrecarrega o coração e exerce um importante fator de risco, sabendo que circunferência abdominal, peso e altura são medições próprias para fornecer esses dados. A falta do preenchimento de alguns dados nos prontuários, tais como peso, altura, circunferência abdominal e níveis de colesterol, impactou significativamente o resultado desta pesquisa.

## 8 CONCLUSÃO

Este estudo propiciou conhecer as cardiopatias mais diagnosticadas no Ambulatório de Cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA, cujos dados mostraram que a doença Aterosclerótica do Coração é a mais frequente, seguida do Infarto Agudo do Miocárdio e da Insuficiência cardíaca. Dessas patologias, o IAM foi a causa dos óbitos ocorridos no período estudado. Os pacientes atendidos no ambulatório em sua maior parte eram do sexo masculino, aposentados, casados, com faixa etária entre 48 e 60 anos de idade. Entre as comorbidades descritas nos prontuários pesquisados, estavam presentes a hipertensão e o diabetes *mellitus*. A maioria dos pacientes fazia uso de tratamento medicamentoso e a minoria passou por cirurgia cardíaca. É importante ressaltar que um número expressivo dos pesquisados era sedentário, fazia uso de bebidas alcoólicas e de tabaco e tinha histórico familiar para doenças cardiovasculares. A presença desses e outros fatores de riscos se mostram importantes para o aparecimento de DCV, bem como para o aumento da morbimortalidade.

A partir dos dados obtidos com este estudo, poderão ser desenvolvidas e elaboradas outras estratégias de tratamento para o cardiopata, desde a regulação dos atendimentos aos cuidados médicos, medicamentosos e/ou cirúrgicos. Além disso, propiciar o acompanhamento multidisciplinar, visto que existe a necessidade de assistência psicológica e dietética desses pacientes, fato este não constatado no presente estudo. Essas medidas simples poderão ajudar na prevenção de complicações clínicas, de sequelas incapacitantes, de mortes prematuras e contribuir de maneira geral para a saúde, melhora na qualidade de vida e sobrevida das pessoas acometidas por doenças cardiovasculares.

Na análise dos prontuários dos pacientes realizada para o desenvolvimento dessa pesquisa, pode-se constatar algumas falhas no preenchimento, sendo necessário descartar uma parte significativa deles. Diante disso, os dados pesquisados serão apresentados ao diretor médico do ambulatório de cardiologia do hospital pesquisado para que as medidas necessárias sejam adotadas. Além disso, os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir com outras pesquisas nessa área temática ou com realidade semelhante à estudada.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Statistical Fact Sheet. 2013 Update. **Women & Cardiovascular Diseases**. Disponível em: <[https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm\\_319576.pdf](https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319576.pdf)>. Acesso em 28 de outubro de 2015.

ANDRADE, J. P. **III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica**. Arq. Bras. Cardiol. v.93 n.1 supl.1, 2009.

ANDRADE, J. P.; MATOS, L. A.P.; CARVALHO, A. C.; MACHADO, C. A.; OLIVEIRA, G. M. M. **Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares**. Arq. Bras Cardiol, v.100, n.3, p. 203-211, 2013.

ANGERAMI, V. A. **Tendência em psicologia hospitalar**. São Paulo: CeNGAGE Learning, 2004.

ALBANESI, F. M. – Cardiomiopatias. **Arq. Bras Cardiol** v. 71, n. 2, Rio de Janeiro, 1998.

ALMEIDA, G. A. S.; TEIXEIRA, J. B. A.; BARICHELLO, E.; BARBOSA, H. B. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. **Esc Anna Nery**, v.17, n.2, p.328-335, 2013.

AMARAL, F.; MANSO, P; H.; GRAMZOTTI, A.; VICENTE, W. V. A.; SCHMIDT. Cardiopatia Congênita no Adulto: Perfil Clínico Ambulatorial no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Bras Cardiol**, v.94, n.6, p.1-7, 2009.

ANGERAMI, V. A. **Tendência em psicologia hospitalar**. São Paulo: CeNGAGE Learning, 2004.

BAENA, C. P.; OLANDOSKI, M.; LUHM, K. R.; COSTANTINI, C. O.; GUARITA-SOUZA, L. C.; FARIA-NETO, J. R. Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em Curitiba (PR) no período de 1998 a 2009. **Arq Bras Cardiol**, v. 98, p. 211-217, 2012.

BARRETO, A. C. P.; RAMIRES, J. A. F. Insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol**. v.71, nº 4, 1998.

BASTOS, L. F.; ARAÚJO, T. M.; FROTA, N. M.; CAETANO, U. J. Perfil Clínico e Epidemiológico de Crianças com Cardiopatias Congênitas submetidas à Cirurgia Cardíaca. **Rev. de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 8, p.5298-5304, 2013.

BASSANESI S. L.; AZAMBUJA M. I.; ACHUTTI A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. **Arq Bras Cardiol.** v. 90(6) p.370-9, 2008.

BERWANGER, O.; MATTOS, L. A. P.; F. V. M.; LOPES, R. D.; FIGUEIREDO, E. L.; MAGNONI, D.; PRECOMA, D. B.; MACHADO, A. M.; GUIMARÃES, J. I.; ANDRADE, J. P. Prescrição de Terapias Baseadas em Evidências para Pacientes de Alto Risco Cardiovascular: Estudo REACT. **Arq Bras Cardiol.** v. 100, n.3, p. 212-220, 2013.

BENETTI, C. F. A. Curso anual de revisão em hemodinâmica e cardiologia intervencionista 2012. Tratamento Percutâneo das Cardiopatias Congênitas. Gerente de Enfermagem. Serviço de Hemodinâmica do HCor. São Paulo-SP. Disponível em:  
<<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br>>. Acesso em: 08 de junho de 2015.

BONOTTO. J. M.; BOER, A. Estudo sobre o perfil do paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, em um hospital da região sul, 2012. Disponível em:  
<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Janete-Morangoni-Bonotto.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2015.

BOMBIG, T. N.; PÓVOA, R. Cardiopatia hipertensiva: aspectos epidemiológicos, prevalência e fator de risco cardiovascular. *Rev Bras Hipertens* vol.15(2) p.75-80, 2008.

BOTELHO, G. M.; SANTOS, C.L.M.; CARNEIRO, V.E.A.; QUEIROZ, D. M.; SILVA, L. M. S.; KUMAMOTO, L.M.C.C.; GUEDES, L.K.F.; JOTHA, M. C. D. **Rev. Eletrônica Extensão Cidadã**. Disponível em:  
<<http://www.okara.ufpb.br/ojs/index.php/extensaocidadada/article/view/1351>>. Acesso em: 29/05/2015.

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, L. R.; COSTA, L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health Sci Inst.** v.29(4) p.265-8, 2011.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.561-581,2009.

COSTA, A. G. Perfil clínico, demográfico, sócioeconômico e qualidade de vida em adultos com cardiopatias congênitas em centro de referência em Salvador – Bahia. Dissertação

(Mestrado em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.  
124f. Salvador – Bahia, 2013.

COSTA, F. A. A.; BARROS, R. T.; MUNIZ, C. R.; FERRAZ, F. R. Identificação de Diabetes Mellitus 2 em Cardiopatas com Provável Resistência Insulínica através da Hemoglobina Glicada. **Rev. Bras. Cardio**, v. 27(4) p.260-266 julho/agosto, 2014.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS, 2014). Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/tocantins/noticias-tocantins>>. Acesso em: 07 de novembro de 2015.

DIÈNE, E.; FOUQUET, A.; ESQUIOL, Y. Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work. **Rev. Arch Cardiovasc Dis**, v.105, p.33-39, 2012.

DUTRA, O. P. II DIRETRIZ BRASILEIRA DE CARDIOPATIA GRAVE. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v 87, n. 2, p.223-232, 2006. MARON, B. J.; TOWBIN, J. A.; THIENE, G.; ANTZELEVITCH, C.; CORRADO, D.; ARNETT, D.; MOSS, A. J.; SEIDMAN, C.E.; YOUNG, J.B. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. **Circulation**, v.11, n.113, p.1807-16, 2006.

EYKEN, E. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.1, p.111-123, 2009.

Felker, m. g.; Benza, M.D. ; Chandler, b.; M.D.; Leimberger, J.; Cuffe, m. s.; MD, Calif, r. m., MD, Mihai Gheorghiad, m. m.D. Heart Failure Etiology and Response to Milrinone in Decompensated Heart Failure. **Journal of the American College of Cardiology**. Vol. 41, N 6, p. 997–1003, 2003.

FERREIA, A. G.; FILHO, C.D.C.; LOURENÇO, R.A. ESPORCATTE, R. A doença arterial coronariana e o envelhecimento populacional: como enfrentar esse desafio? **Rev. Hospital Universitário Ernesto Pedroso**, v. 12, S1.A cardiologia no século 21: uma visão multidisciplinar.

GARCIA, B. E.; VANZELLA, L. C.; SANTOS, A. P.; OLIVEIRA, E. A.; ALMEIDA, T. C.; SANTOS, P. R.; GONÇALVES, A. F. L.; SANTOS, R. G.; SILVA, N. T.; BERNADO, F. B.; VANDERLEI, L. C. Perfil clínico de pacientes de um programa de reabilitação cardíaca que apresentam risco de ter diabetes. **Colloq Vitae**, v.7, n.1, p.76-84, 2015.

GLANER, A. F.; THALES, P. A.; NASCIMENTO, B. R. Perímetro do abdômen é o melhor indicador antropométrico de riscos para doenças cardiovasculares. **Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum**, v. 13, n.1, p.1-7, 2011.

GAUI, E. N.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. M. Mortalidade por insuficiência cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 94, n. 1, p. 55-61, 2010.

HOLLANDA, L.; PALADINO A.T.; FROES A.; FEITOSA R.; GAZAL J.; ZAIDAN E.; JIBRAN N.; OBLITAS X.; GONZAGA C.C.; PASSARELLI JR, O.; BORELLI F.A.O.; AMODEO C. Hipertensão arterial sistêmica e doença aterosclerótica: vilões que andam juntos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.14, n.4, 280-285, 2007.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, S. S. C. A.; MACHADO, E. L.; BAHIA, C. A.; OLIVEIRA, M. M.; JACQUES, F. V. L. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.37, n.2, p83-89, 2015.

IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, Supl. I. Abr 2007.

ISHITANI L.H.; FRANCO G.C.; PERPÉTUO IHO, FRANÇA E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde P:ública**. V. 40(4) p.684-91, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **SÉRIES HISTÓRICAS:** população e demografia- características gerais da população: 2011. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD336> > Acesso em: 06 de novembro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE:** percepção do Estado de Saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/livros/liv91110.pdf>> Acesso em: 06 de novembro de 2015.

JESUS, A. V.; CAMPELO, V.; SILVA, M. J. S. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina – PI. **Rev. Interd.** v.6, n.1, p.25-33, 2013.

JORGE, M.H.; LAURENTI, R.; LIMA-COSTA, M.F.; GOTLIEB, S.L.; CHIAVEGATTO-FILHO, A. D. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.17, n.4, p.271-81, 2008.

MAGALHÃES, F. J.; MENDOÇA, L. B. A.; REBOUCAL, C. B. A.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 67, n.3, p.394-400, 2014.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**. 2012; [online].ahead print, PP.0-0. Disp:online em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>>. Acesso em: 28 outubro 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Coordenação Geral de Doenças não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país**. Portal do MS. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 28 de out de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **ELSA Brasil**: maior estudo epidemiológico da América Latina. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. 2009; v.43, n.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/it-decit.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Coordenação Geral de Doenças não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças isquêmicas do coração**. P.151 – 158, 2003. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/isquemicas\\_coracao.pdf](http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/isquemicas_coracao.pdf)>. Acesso em: 15 de setembro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica, n° 36**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)>. Acesso em 15 de setembro de 2015.

MISSAGLIA, M.T.; NERIS, E. S.; SILVA, M. L. T Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital Referência em Cardiologia. **Rev. Bras. Cardiol.**, v.26, n. (5)p. 374-81 setembro/outubro, 2013.

MONTERA, M.W.; MESQUITA, E.T.; COLAFRANCESCHI, A.S.; OLIVEIRA-JUNIOR, A.M.; RABISCHOFFSKY, A.; IANNI, B.M.; ROCHITTE, C.E.; MADY, C.; MESQUITA, C.T.; AZEVEDO, C.F.; BOCCHI, E.A.; SAAD, E.B.; BRAGA, F.G.M.; FERNANDES F.; RAMIRES, F.J.A.; BACAL, F.; FEITOSA, G.S.; FIGUEIRA, H.R.;

**Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** Brazilian Society of Cardiology • ISSN-0066-782X • v. 100, n 4, Suppl. 1, April 2013.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev., Saúde Pública**; v.46, n.4, p.591-601. 2012.

NASCIMENTO, J. S.; GOMES, B.; SARDINHA, A. H. L. Fatores de risco modificáveis pra doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Rev. Rene**, v.12, n.4, p.709-15, 2011.

NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE. Who Is at Risk for Heart Disease?. Disponível em: < <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hdw/atrisk>>. Acesso em 28 de outubro de 2015.

PASTORE, C.A.; PINHO, C.; GERMINIANI, H.; SAMESIMA, N.; MANO, R. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 93, n. 3, suppl 2, p. 1-19, 2009.

PELEGRINO, V. M.; DANTAS, R.A.S.; CLARK, A. M. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.19 n.3, p.451-457, 2011.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Perfil de risco cardiovascular e auto avaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Panam Salud Publica/PanAm J Public Health**, v. 25, n.6, P.491-498, 2009.

PEREIRA, C.; MINAME, M.; MAKDISSE, M.; FILHO, R. K.; SANTOS, R. D. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Arq Bras Cardiol.**, v.103, n.2, p.118-123, 2014.

PINTO-JÚNIOR, V. C.; DAHER, C. V.; SALLUM, F. S.; JATENE, M. B.; CROTI, U. A. Situação das cirurgias cardíacas congênitas no Brasil—Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (DCCVP) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV). **Rev. Bras Cir Cardiovasc.**, v. 19, n. 2, p. 0-0, 2004.

RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L, A.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON S. S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.22, n.4, p.547-53, 2014.

REVISTA AMERICAN HEADACHE SOCIETY - Enxaqueca e doenças cardiovasculares  
Headache: The Journal of Head and Face Pain - American Headache Society Published by  
John Wiley & Sons, Inc. doi: 10.1111/head.12413, 2014.

RIBEIRO, B. G. A.; MARTINS, J. T.; BOBROFF, C. C.; MONTEZELI, J. H.; GOMES, T. Z  
Perfil epidemiológico de pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos no pronto  
socorro de um hospital universitário. **Rev Enfermagem e Atenção à Saúde. REAS**  
[Internet]. v.2, n.3, p.32-41, 2013.

RICHARDSON, P.; MCKENNA, W.; BRISTOW, M.; MAISCH, B.; MAUTNER, B.;  
O'CONNELL, J.; OLSEN, E.; THIENE, G.; GOODWIN, J. Report of the 1995 World Health  
Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition  
and Classification of Cardiomyopathies. **Circulation.** v.93, p.841-842, 1996.

ROCHA, R.M.; PEREIRA, S.B.; MANGINI, S.; MARTINS, S.M.; BORDIGNON, S.;  
SALLES, V.A. I Diretriz Brasileira de Miocardites e Pericardites. **Soc. Bras. Cardiol**, v.100,  
n. 4, supl. 1, abril 2013

RUIZ, E. F. N.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, T. A. Fatores de risco cardiovascular em usuários  
da saúde suplementar. **Rev. Ciênc. Méd.**, v.21, n.1-6, p.15-24, 2012.

SANTOS, M.L.M. Doença arterial coronariana estável: tratamento clínico x revascularização.  
Versus? SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. (2013).  
Disponível em: <http://socerj.org.br/doenca-arterial-coronariana-estavel-tratamento-clinico-x-revascularizacao-versus/>. Acesso em: 23/10/2015.

SANTOS, P. A.; PINHO, C. P. S Diabetes mellitus em pacientes coronariopatas: prevalência  
e fatores de risco cardiovascular associado. **Rev. Bras. Clin Med**, v.10, n.6, p.469-75, 2012.

SANTOS, V. P.; ALVES, C. A. S.; LOPES, F. C.; FILHO, J. S. A. Diferenças entre os  
gêneros em pacientes com isquemia crítica por doença arterial obstrutiva periférica. **Vasc  
Bras**, v. 12, n.4, 278-283, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n4/pt\\_1677-5449-jvb-jvb2013053.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n4/pt_1677-5449-jvb-jvb2013053.pdf). Acesso em: 26/10/2015.

SECRETARIA DE ESTADO DO MARANHÃO. Plano Estadual de Saúde - 2008/2011.

SILVA, T. R.; ZANUZZI, J.; C. SILVA; PASSOS, X. S.; FERREIRA, B. M. Prevalência de doenças cardiovasculares em diabéticos e o estado nutricional dos pacientes. **J Health Sci Inst**, v.30, n.3, p.266-70, 2012.

SILVA, V. R.; CADE, N. V.; MOLINA, M. C. B.; Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, out/dez; v. 20, n.4, p.439-44, 2013.

SOCERJ-SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO. Palpitações e Arritmias Cardíacas. Disponível em <http://sociedades.cardiol.br/socerj/publico/dica-arritmias.asp>. Acesso em: 31 de maio de 2015.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://socerj.org.br/doenca-coronariana/>>. Acesso em: 11 de novembro de 2015.

SOMMARUGA, M.; VIDOTTO, G.; BERTOLOTTI, G.; PEDRETTI, R. F.E.; TRAMARIN, R. A self-administered tool for the evaluation of the efficacy of health educational interventions in cardiac patients. **Monaldi. Arch. Chest Dis.**, v.60, n.1, p.7-15, 2003.

SOUSA, S. BERNADINO, E.; VICELLI, M. M.; KALINOWSKI, E. Perfil de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco: subsídio para prevenção de fatores de risco cardiovascular. **Cogitare Enferm.**, abr/jun; v. 19, n.2, p. 304-8, 2014.

SOUZA-NETO, J.D.; MOURA, L.A.Z.; CAMPOS, L.A.A.; BITTENCOURT, M.I.; BARBOSA, M.M.; MOREIRA, M.C.V.; HIGUCHI, M.L.S.; CHWARTZMANN, P.; MOTTA, A. L. C. **Assistência de enfermagem em cardiologia**. São Paulo: Ed.Érica, 2ª Edi. 2003.176p.

TARASOUTCHI, F.; MONTERA, M.W.; GRINBERG, M.; BARBOSA, M. R.; PIÑEIRO, D. J.; SÁNCHEZ, C.R.M.; BARBOSA, M.M.; BARBOSA, G.V. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. **Arq. Bras. Cardiol**, v.97, n. 5, supl.1, p.1-67, 2011.

TORQUATO, G. Insuficiência cardíaca mata 50 mil pessoas todo ano no Brasil; entenda sintomas e diagnóstico. Disponível em: <<http://www.lersaude.com.br/insuficiencia-cardiaca-mata-50-mil-pessoas-todo-ano-no-brasil-entenda-sintomas-e-diagnostico/>>. Acesso em: 08 de novembro de 2015

WAINSTEIN, M.V.; WAINSTEIN, R. V. **Prevenção da doença isquêmica do coração: o que é mais importante?** **Rev. HCPA**, v. 32, n.3, p.387-8, 2012.

VIRTANEN. M.; HEIKKILA. K.; JOKELA, M.; FERRIE, E. J.; BATTY, D.; VAHTERA, J.; KIVIMAKI, M. **Rev. American Journal of Epidemiology** - Long Working Hours and Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Initially submitted October v. 25, 2011; accepted for publication February 15, 2012.

ZWIELEWSKI, G.; BUB, T. F. Transtornos de Ansiedade em Pacientes com Suspeita de Doença Arterial Coronariana. **Rev. Bras. Cardiol**, v.27, n.5, p. 311-313, 2014.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – TERMO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS  
PESQUISADOS.**

## TERMO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS PESQUISADOS

Iniciais \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ do  
paciente \_\_\_\_\_

1) Sexo Masculino (0) Feminino (1).

2) Estado Civil Solteiro (a) (0) Casado(a)/União estável (1) Separado(a)/Divorciado(a) (2)  
Viúvo(a) (3).

3) Etnia: Pardo (0) Negro (1) Branco (2) Amarelo (3) Indígena (4).

4) Idade \_\_\_\_\_

5) Profissão \_\_\_\_\_

6) Peso no início do tratamento \_\_\_\_\_

7) Tipos de tratamentos realizados:

---

---

---

8) Sinais e sintomas da doença cardíaca quando iniciou o tratamento:

Sinais: Vômitos (0) Desmaios (1) Sudorese (2) Falta de ar (3) Sangramento nasal (4)  
Vermelhidão e/ou inchaço em mãos e/ou pés (5) Tosse (6) Palidez (7) Ganho de peso (8).

Sintomas: Dores no peito e/ou cabeça (0) Tonturas (1) Náuseas (2) Estresse (3) Insônia (4)  
Fadiga (5) Febre (6) Ansiedade (7) Sonolência (8) Arritmia (9) Mal-estar (10).

9) Breve histórico da evolução clínica do paciente, descrita no prontuário, durante o  
tratamento:

---

---

---

10) Comorbidades apresentadas com o adoecimento cardíaco:

---

---

---

11) Evolução clínica:

Ainda em tratamento ( ) sim não ( )

Incapacidade física ( ) sim não ( )

Tratamento psicológico sim ( ) não ( )

Em acompanhamento ( ) sim não ( )

Fez cirurgia cardíaca ( ) sim ( ) não

Tratamento medicamentoso ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, qual o medicamento:

Cuidados paliativos ( ) sim ( ) não

Óbito ( ) sim ( ) não

12) Hábitos e ou fatores de risco à saúde do paciente:

Pratica atividade física frequentemente? ( ) sim ( ) não

Faz uso de bebida alcoólica frequentemente? ( ) sim ( ) não

Faz uso de fumo/tabaco com frequência? ( ) sim ( ) não

Tem histórico familiar de doença cardíaca? ( ) sim ( ) não. Em caso afirmativo, nos familiares maternos ou paternos?

É hipertenso ( ) sim ( ) não

É diabético? ( ) sim ( ) não

É portador de outras doenças crônicas? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, qual (ais) a (s) doença (s)?

---

13) Município de procedência:

---

14) Código internacional de Doenças (CID):

---

**APÊNDICE B – PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE CEUMA – UNICEUMA PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO,  
PESQUISA E EXTENSÃO. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

Pelo presente, MARIA ROSA QUARESMA BOMFIM, pesquisadora responsável pelo projeto intitulado “**DETERMINAÇÃO DOS TIPOS DE CARDIOPATIAS MAIS DIAGNOSTICADAS EM PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DE UM HOSPITAL DE SÃO LUÍS - MARANHÃO**”, solicita perante a este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para realização deste projeto tendo em vista que, para a sua execução, serão utilizados dados já existentes nos prontuários de pacientes cardiopatas atendidos no Hospital UDI em São Luís, MA. Nestes termos, comprometo-me a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e em suas complementares. Assumo mediante este Termo o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) prontuários do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar-lhes confidencialidade e privacidade.

São Luís, 10 de junho de 2015.

---

Dra. Maria Rosa Quaresma Bomfim/Responsável pelo Projeto

Professora do Programa de Pós Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da  
Universidade CEUMA

## **ARTIGO**

**Artigo submetido à Revista Saúde em Debate ISSN 0103-1104, Fator de impacto 0.3478 e Qualis B2.**

### **TÍTULO:**

IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE CARDIOPATIAS MAIS DIAGNOSTICADAS EM PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DE UM HOSPITAL DE SÃO LUIS – MARANHÃO

### **TITLE:**

IDENTIFICATION OF THE TYPES OF HEART DISEASES MORE DIAGNOSED IN PATIENTS TREATED IN CARDIOLOGY OUTPATIENT IN A HOSPITAL OF SÃO LUIS – MARANHÃO

Simony de Sousa Faria<sup>1</sup>

Maria Rosa Bonfim Quaresma<sup>2</sup>

Silvio Gomes Monteiro<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista em Psico-Oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Mestre em Gestão de Programas e Serviços em Saúde pela Universidade CEUMA. Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de Ciências Sociais. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade CEUMA. [Simony.faria@hotmail.com](mailto:Simony.faria@hotmail.com) (98) 98204-0060

<sup>2</sup> Doutora e Pós-Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Minas – UFMG. Professora de Graduação e Pós-Graduação da Universidade CEUMA. [mrqbomfim@yahoo.com.br](mailto:mrqbomfim@yahoo.com.br) (98) 98881-1309

<sup>3</sup> Doutor em Ciências Biológicas Pela Universidade de São Paulo – SP. Professor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Professor da Graduação e Pós-Graduação da Universidade CEUMA. [silvio\\_gm@yahoo.com.br](mailto:silvio_gm@yahoo.com.br) (98) 98118-0020

## **RESUMO**

As Doenças Cardiovasculares (DCV) têm aumentado consideravelmente nos últimos anos no Brasil. As DCV são patologias com o maior índice de morbimortalidade no mundo e causam importantes repercussões na qualidade de vida dos acometidos e um enorme impacto financeiro aos sistemas de saúde. Este estudo teve como objetivo determinar os tipos de cardiopatias mais diagnosticadas em pacientes atendidos em um ambulatório de cardiologia de um hospital da rede privada de São Luís – Maranhão. Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo a partir dos dados coletados em 334 prontuários, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cardiopatias. Epidemiologia. Doenças Cardiovasculares. Infarto Agudo do Miocárdio.

## **ABSTRACT**

Cardiovascular diseases (CVD) have increased considerably in recent years in Brazil. CVD are diseases with the highest mortality rate in the world and cause a significant impact on quality of life of affected and an enormous financial impact on health systems. This study aimed to determine the types of most diagnosed diseases in patients treated at a cardiology ward of a hospital private in São Luís - Maranhão. A retrospective epidemiological study based on data collected from 334 medical records from January 2013 to July 2015.

**KEYWORDS:** Cardiac. Epidemiology. Cardiovascular diseases. Acute myocardial infarction.

## **INTRODUÇÃO**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão na agenda de prioridades da maioria dos países, pois acarretam milhões de óbitos em todo o mundo (MANSUR; FAVARATO, 2012). Entre as DCNT de maior importância em saúde pública estão as doenças cardiovasculares (DCV). De acordo com o Ministério da Saúde, as DCV são aquelas que afetam o coração e as artérias, tais como: doença aterosclerótica, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral, as arritmias cardíacas, a isquemias ou anginas, entre outras. A principal característica das DCV é a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias, ao longo dos anos, que impede a passagem do sangue (Ministério da Saúde, 2011).

As DCV são patologias com o maior índice de mortalidade e comorbidades no mundo (MANSUR; FAVARATO, 2012). Elas representam números expressivos de casos de morte, correspondendo aproximadamente a 30% de todos os óbitos. Destes, cerca de 50% acometem

adultos entre 30 e 69 anos, em plena fase produtiva do desenvolvimento humano. A mortalidade prematura em adultos e as incapacidades resultantes, parciais ou totais têm importantes repercussões na qualidade de vida e na rede social dos acometidos, além do grande impacto nos sistemas de saúde (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009).

No Brasil, o número de pessoas acometidas por DCV tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, sendo que, em 2011, ocorreram 335.213 óbitos, o que correspondeu a 28,6% do número total de mortes no país naquele ano. Esse quadro de óbitos ainda persiste, principalmente, nos Estados do nordeste brasileiro (RIBEIRO et al., 2013). Por outro lado, quando não existe o risco iminente de morte, a doença acarretará inevitavelmente graves repercussões na vida do paciente (NASCIMENTO et al., 2011).

Considerando-se as elevadas taxas de morbimortalidade por DCV no mundo e no Brasil, é importante ressaltar, ainda, o grande impacto para o sistema público de saúde, uma vez que o cardiopata demanda tratamento de alta complexidade, período maior de internação, exames diagnósticos mais sofisticados, fármacos caros, consultas e acompanhamento periódicos (MANSUR; FAVARATO, 2012; GUIMARÃES et al., 2015).

Com relação à prevalência de doenças cardiovasculares na população da região Nordeste, o estudo de Guimarães et al. (2015) mostrou índices significativos de aumento na taxa de mortalidade para dois tipos de DCV, ou seja, taxas aproximadamente 118% para doença isquêmica do coração e de 13,8% para doenças cerebrovasculares.

Um fato relevante e motivador à realização de estudos como este é saber que, no Brasil, as pesquisas envolvendo pacientes cardiopatas são geralmente direcionadas para um determinado tipo de cardiopatia, o que impossibilita uma visão do panorama geral de quais são as mais prevalentes, as comorbidades, os fatores de risco associados, os dados sociodemográficos, as características constitucionais (etnia, sexo, idade e genética), características de comportamento (estilo de vida, fumo, etilismo); presença de distúrbios metabólicos (diabetes, hipertensão arterial), além de características socioeconômicas e culturais que incluem fatores econômicos, escolaridade, ocupação, entre outros. Desse modo, a escassez de dados na literatura que possam representar a realidade epidemiológica da população de pacientes cardiopatas em tratamento, de forma fidedigna, não permite retratar o panorama real dos tipos de DCV na população brasileira, bem como apresentar o número de óbitos decorrentes do agravamento desse tipo de patologia.

Sabe-se, por meio dos estudos existentes na literatura, que as cardiopatias são determinadas por diversas causalidades, de variadas classificações e de afecções na qualidade de vida do cardiopata, inclusive de sequelas incapacitantes que mudam o curso de vida dessas

peessoas. Para analisar esses dados, foram necessárias buscas em diversas publicações científicas, a fim de compilar os dados convergentes e divergentes com o tema deste estudo.

Nesse contexto, esta pesquisa é relevante, visto que se torna primordial o esforço de identificar quais são as cardiopatias mais frequentemente diagnosticadas, além de contribuir com novas pesquisas na área temática do estudo, de modo a deixar visível a realidade epidemiológica, atualizada, sobre as doenças cardiovasculares na cidade de São Luís – MA, onde esses dados são praticamente inexistentes, inclusive como modo de prevenção e alerta, a partir dos dados coletados.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo e exploratório que analisou e cruzou as variáveis independentes (perfil sociodemográfico) com as variáveis dependentes (tipos de cardiopatias) a partir de dados coletados nos prontuários dos pacientes atendidos em ambulatório de cardiologia de um hospital da rede privada na cidade de São Luís – MA.

O hospital pesquisado é de grande porte, alta complexidade e referência da rede particular e com acreditação pela Organização Nacional de Acreditação – ONA no ano de 2011. O hospital mantém um total de 108 leitos, dos quais 29 estão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 5 fazem parte na Unidade Semi-intensiva (USI), localizada na cidade de São Luís – MA. As coletas foram processadas no período de agosto de 2015 a setembro de 2015. Os dados foram coletados por meio de senha de acesso fornecida pelo hospital, a partir dos computadores de dentro da sala da UTI, pelo Sistema *Tasy*.

A amostra do estudo foi do tipo não probabilístico (conveniência), em que foi analisado o total de 391 prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Do total de prontuários analisados foram descartados 57, por não contemplarem os critérios de inclusão. Desse modo, o total do cálculo amostral da população pesquisada foi de 334 prontuários.

Os critérios de inclusão foram: a) prontuários de pacientes cardiopatas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que foram atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um hospital da rede privada em São Luís – MA, no período de janeiro de 2013 a agosto de 2015; b) prontuários com todos os campos de informações devidamente preenchidos de pacientes que receberam tratamento cardiológico, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015. Já os

critérios de exclusão correspondem a prontuários médicos com campos de informação em branco ou parcialmente preenchidos.

A coleta de dados aconteceu com dados secundários, efetuada de forma aleatória nos prontuários dos pacientes cardiopatas atendidos no Ambulatório de Cardiologia do hospital pesquisado, visando analisar os casos de diagnóstico, tratamento e óbito. Os dados foram registrados em um formulário estruturado sob a forma de *checklist* para identificar variáveis como os dados sociodemográficos (cor, etnia, gênero e idade), diagnóstico, comorbidades, fatores hereditários, tratamento e hábitos de vida (tabagismo, etilismo e atividade física) e número de óbitos.

O tratamento dos dados ocorreu por meio de análise estatística descritiva demonstrada por frequência absoluta e relativa. Os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel para a elaboração das tabelas descritivas de acordo com as variáveis estudadas. Em termos de análises estatísticas, os dados foram avaliados pelo programa *IBM SPSS Statistics 21* (2012). Inicialmente, para a caracterização demográfica dos pacientes, foi utilizada a estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas de frequência das variáveis analisadas. Posteriormente, foi feito o cruzamento das variáveis independentes (sexo, idade, etnia, fatores de risco, profissão) com as variáveis dependentes (cardiopatas) para avaliação da associação entre elas por meio do teste não paramétrico de Qui-quadrado de Independência ( $\chi^2$ ). Depois, para se avaliar a correlação de entre algumas variáveis nominais, fez-se o teste da correlação de *phi*. O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade foi de 5%, ou seja, considerou-se como estatisticamente significativo um valor de  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Segundo dados do Plano Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em 2013, 4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de algum tipo de doença do coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (4,4%) que na área rural (3,0%). A média nacional de DCV é de 5%, mas as regiões Norte e Nordeste apresentaram estimativas menores do que a média nacional: 2,0% e 2,7%, respectivamente. (IBGE, 2013).

No presente estudo, dos 334 prontuários de pacientes com algum tipo de DCV, elegíveis dentro dos critérios de inclusão propostos no projeto, a maioria 174 (52,1%) foi de

pacientes atendidos no ano de 2013 (Tabela 1). É importante ressaltar que os prontuários dos pacientes com DCV, incluídos no estudo, foram selecionados aleatoriamente no banco de dados do hospital pesquisado no período de janeiro de 2013 a julho 2015.

A caracterização sociodemográfica (sexo, idade, etnia, estado civil, perfil profissional, e grau de escolaridade) dos dados secundários dos 334 pacientes está mostrada na Tabela 1. A análise de dados mostrou que a maioria foi composta por indivíduos do sexo masculino: 174 (52,1%). Este resultado corrobora com os achados de Ribeiro et al. (2013) e de Sousa et al. (2014) que encontraram percentuais de 54% e 53,3%, respectivamente, de pessoas do sexo masculino, em seus estudos com pacientes portadores de DCV.

A análise dos dados sobre a idade da população estudada mostrou uma média de 54,4 ( $\pm 6,0$ ) anos de idade, ou seja, os pacientes se enquadraram numa faixa etária de 48 a 60 anos, conforme mostrado na Tabela 1 e na Figura 1. Estes resultados estão de acordo com os descritos num estudo de metanálise efetuado por Virtanen et al. (2012) que avaliaram 2.313 artigos sobre pacientes com DCV, nos quais eles constataram que a idade média da maioria dos doentes constantes na literatura era superior a 40 anos.

No que diz respeito à etnia dos assistidos no ambulatório de cardiologia, a pesquisa mostrou uma incidência maior de cardiopatias em pacientes pardos, aproximadamente 51% dos casos, seguido pela etnia negra com 26,9% dos casos, conforme mostrado na Tabela 1 e na Figura 2. Com relação a este achado, é importante salientar que nos nove Estados que compõem a região Nordeste há o predomínio da etnia parda, com taxas que variam entre 53 e 76% (IBGE, 2011). Este fato foi constatado no estudo de Costa (2013) sobre o perfil clínico, demográfico e socioeconômico, relacionado à qualidade de vida de pacientes cardiopatas na Bahia, onde a cor parda representou 60,7% dos casos, seguida pelas etnias negra (31,3%) e branca (8,0%).

No que concerne à variável sociodemográfica *estado civil* dos pacientes em tratamento cardiovascular no ambulatório pesquisado, este estudo mostrou que a maioria – 193 (57,8%) – dos pacientes era casada ou estava em união estável, seguida de solteiros com o percentual de 135 (40,4%) (Tabela 1 e Figura 3). Esses achados estão de acordo com os resultados de Eyken e Moraes (2009), ao estudarem a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em 692 homens da área urbana do sudeste do Brasil, no qual verificaram que 104 (55,8%) eram casados ou estavam em união estável. Os demais, que se declararam solteiros e outros, juntos, mostraram um percentual de 34,3% do total dos pesquisados.

Outros estudos realizados por Ruiz et al. (2012), ao estudarem os fatores de riscos a doenças cardiovasculares em usuários da saúde suplementar, observaram que dos 772 pacientes pesquisados 459 (59,2%) eram casados ou estavam em união estável, seguidos dos que se declararam solteiros, com percentual de 313 (40,0%), corroborando os resultados da presente pesquisa. Um resultado diferente foi descrito por Magalhães et al. (2014), que encontraram um número maior de solteiros – 84 (51%) – no seu grupo de pacientes com DCV e, em segundo lugar, indivíduos casados – 68 (41,2%).

Quanto ao perfil profissional dos pacientes que tiveram seus prontuários avaliados, a maioria era de aposentados – 85 (25,4%); destes, 43 eram homens e 42, mulheres. A segunda ocupação mais encontrada para os homens foi de autônomo, 29 (8,7%), enquanto para as mulheres foi de dona de casa, com 20 (6%) dos casos. Os outros, 86 (25,7%), prontuários eram de pacientes que ocupavam as mais diversas profissões (Tabela 1 e Figura 4). Os dados obtidos se assemelham com os de Bonotto e Boer (2012), realizados com 94 pacientes, nos quais a maioria dos pesquisados era de aposentados, 18 (21%), seguidos do lar, 6 (6%).

O perfil de ocupação profissional descrito nos prontuários permitiu determinar o grau de escolaridade dos pacientes que tinham o curso superior, fato observado em 62 (18,6%) dos casos (Tabela 1). Apesar de não ter sido possível determinar o grau de escolaridade de todos os pacientes pesquisados, é importante observar que alguns estudos destacaram a importância da escolaridade na relação entre mortalidade por DCV, fatores comportamentais e fator socioeconômico (ISHITANI; PERPÉTUO; FRANÇA, 2006; BASSANESI; AZAMBUJA; ACHAUTTI, 2008; MANSUR; FAVARATO, 2012).

O segundo objetivo proposto no presente estudo foi determinar os tipos de cardiopatias mais diagnosticadas nos pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia do hospital pesquisado. A análise dos resultados dos prontuários mostrou que as cardiopatias mais diagnosticadas foram a doença aterosclerótica do coração (DAC), com 119 (35,6%) dos casos, como determinado pelo Código Internacional de Doença (CID), sob nº. I251, seguida pelo infarto agudo do miocárdio, com 106 (31,7%) dos casos, CID I21, e pela insuficiência cardíaca (IC), com 62 (18,3%), conforme mostrado na Figura 5.

Com relação aos tipos de DCV encontrados na população aqui pesquisada, os resultados encontrados corroboram com estudos que comprovaram que a DAC continua sendo a principal causa de mortalidade no Brasil (HOLLANDA et al., 2007; CONFORTO et al., 2012; AVEZUM-JUNIOR et al., 2015). Ressalta-se que DAC é uma doença sistêmica, degenerativa crônica, silenciosa, multifatorial, cujo início remonta a época da adolescência em que indivíduos predispostos, e expostos a determinados estímulos, acabam por

desenvolver a estria gordurosa, unidade precursora da placa de ateroma (HOLLANDA et al., 2007).

Com relação aos dados sociodemográficos dos pacientes diagnosticados com DAC, a faixa etária atingida variou de 20 a 93 anos de idade, com média de 52,6 anos. Não houve diferença estatística quanto ao gênero afetado, sendo observados 61 mulheres e 60 homens. Dos 121 casos de DAC, verificou-se que 72 (59,5%) eram casados ou estavam em união estável e os demais eram solteiros; a maioria era de aposentados 30 (24,8%). Quanto à etnia, a maioria era composta por pardos, 61 (50%), seguida da cor negra, com 38 (31,4%). Sobre o uso de medicamentos, 94 (77,7%) dos pacientes ainda faziam uso de medicamentos, e 15 (12,4%) destes pacientes tinham passado por cirurgia cardíaca.

Sobre os fatores de riscos associados ao aparecimento da DAC nestes pacientes, a maioria, 112 (92,6%), era de hipertensos, sendo 55 homens e 57 mulheres, 48 (42,8%) eram diabéticos, sendo 22 mulheres e 26 homens. Em relação à prática de atividade física, 56 (50%) faziam algum tipo de atividade, sendo igual o percentual de homens e mulheres. Com relação ao hábito de fumar, 37 (30,6%) eram fumantes, sendo 18 mulheres e 19 homens. Sobre o consumo bebida alcóolica, a maioria era usuária, 70 (57,8%), sendo 38 homens e 32 mulheres. Os fatores hereditários associados ao risco desenvolvimento de DAC, descritos nos prontuários avaliados, mostraram que 34 (28,0%) dos pacientes tinham histórico familiar de DCV, sendo igual número para homens e mulheres.

Os resultados encontrados no presente estudo estão em consonância com a literatura mundial. Segundo Conforto et al. (2012), a DAC e o acidente vascular cerebral isquêmico são condições frequentemente associadas, que compartilham fatores de risco e representam grande sobrecarga à saúde mundial. A SOCERJ (2013) descreveu entre alguns fatores de risco associados ao aceleração do processo aterosclerótico: uso do fumo, pressão alta, colesterol sanguíneo elevado, diabetes, inatividade física e histórico familiar de DCV. De modo geral, as doenças cardiovasculares são mais frequentemente diagnosticadas na população idosa, porém não é uma consequência natural do envelhecimento, mas devido ao caráter multifatorial que se apresentam. Essas cardiopatias podem se manifestar mais tardiamente nas mulheres, após a menopausa, provavelmente devido à proteção conferida pelos hormônios femininos (SOCERJ, 2013).

Neste contexto, são importantes medidas de prevenção, a fim de se identificar precocemente as pessoas com risco aumentado para as DCV. Em 2011, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 384.615 mortes; destas, 31% foram por causadas por DAC (AVEZUM-JUNIOR et al., 2015).

Na realização desta pesquisa, constatou-se que a segunda doença cardíaca mais diagnosticada foi o infarto do miocárdio, ou doença isquêmica do coração (Figura 5). Este tipo de DCV tem como principal causa a aterosclerose. O resultado encontrado aqui corrobora com alguns achados recentes na literatura nacional. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2014), o Estado de Tocantins, região norte do Brasil, registrou no ano de 2012 469 casos de infarto agudo do miocárdio, sendo 296 pacientes do sexo masculino e 173 do sexo feminino. Pesquisa feita por Ribeiro (2013), com 287 cardiopatas de um hospital universitário, mostrou que 39 (13,6%) dos pacientes foram diagnosticados com infarto do miocárdio. Um estudo sobre as isquemias e os fatores associados, realizado por Moraes e Freitas (2012), com 2.471 prontuários de cardíacos de ambos os sexos, apontou que a maioria dos acometidos por IAM, cerca de 56,47%, era do sexo feminino. Por outro lado, uma pesquisa desenvolvida em Curitiba, Paraná, no período de 1998 a 2009, constatou declínio da mortalidade, de 9,1% a 6,7%, na população curitibana (BAENA et al., 2012).

No decorrer da pesquisa bibliográfica e da análise dos prontuários pesquisados, para a composição deste estudo, ficou evidente que as doenças cardiovasculares, entre elas a isquemia, trazem sérias repercussões para a vida do paciente cardiopata, como, por exemplo, o infarto agudo do miocárdio. O estudo de Santos et al. (2013) sobre diferenças entre os gêneros em pacientes com isquemia crítica, num total de 171 amostras estudadas, verificou que 88 pacientes (52%) eram pertencentes ao gênero masculino e 83 (48%), do sexo feminino, não havendo diferença estatística neste caso.

Diferentemente do estudo de Amaral et al. (2009) sobre o perfil clínico ambulatorial de cardiopatas em um hospital em Ribeirão Preto, em que, do número total de 413 prontuários analisados, 51% foram de atendimentos a mulheres, ultrapassando o número de atendimentos ambulatoriais de homens. Almeida et al. (2012) apontaram, em pesquisa sobre insuficiência cardíaca (IC) com 37 pacientes com a patologia instalada, que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, num total de 59,5% do total de entrevistados.

Com relação ao número de óbitos nos prontuários pesquisados, observou-se taxa geral de mortalidade do total de 3,3%. Porém, a análise individual por tipo de DCV mostrou que dos 106 casos de pacientes internados por causa de infarto 11(10,4%) foram a óbito, numa faixa etária compreendida de 34 a 86 anos de idade. Constatou-se que todos os 11 óbitos foram decorrentes do infarto. Nenhum caso de óbito foi observado nos demais tipos de DCV. Estes resultados concordam com os dados de Peixoto et al. (2006). Estudos de Pesaro et al. (2011) e Lopes et al. (2012) mencionam taxas de 5,8 e 15%, respectivamente. Segundo o

Ministério da Saúde (2012), o infarto agudo do miocárdio é responsável por 45% das mortes na faixa etária acima de 45 anos. Ressalta-se, portanto, que essa doença isquêmica do coração tem grande impacto na saúde do cardiopata, visto que a identificação do quadro clínico precisa ser de emergência. Desse modo, o pronto atendimento é preponderante, tanto para salvar a vida do paciente quanto para evitar comorbidades (MORAES; FREITAS, 2012).

O estudo de Jesus, Campelo e Silva (2013), analisando 384 prontuários do serviço de pronto atendimento de um hospital de urgência, constatou que 91,7% eram de pacientes internados por infarto agudo do miocárdio. Dessas notificações, 20,6% foram a óbito. Esses mesmos autores ressaltaram que a assistência imediata ao paciente infartado, bem como os procedimentos medicamentosos realizados pela equipe especializada podem evitar ou diminuir a morbimortalidade.

Outra importante DCV que apresentou níveis consideráveis de detecção no presente estudo foi a Insuficiência cardíaca (IC), ocupando o terceiro lugar com 18,3% dos casos. Este resultado é semelhante ao observado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1992 a 2002, que classificou a IC, entre as doenças cardiovasculares, em terceiro lugar entre as causas de hospitalização de pacientes com idade superior a 60 anos de idade e taxas de letalidade entre 5 e 7% nos pacientes internados (JORGE et al., 2011). Segundo dados da literatura, esse tipo de cardiopatia tem como características a baixa sobrevida do paciente e uma sobrecarga econômica causada por hospitalizações prolongadas e repetidas (FELKER et al., 2003; GAUI et al., 2010; TORQUATO, 2015).

Diante do exposto, é notório e alarmante que as DCV, entre elas a insuficiência cardíaca, ainda são as principais causas de morte no Brasil, com taxas aproximadas de 30%, atingindo uma população nas faixas etárias de 20 a 59 anos, ou seja, em plena fase produtiva (ANDRADE et al., 2013).

A fim de conhecer quais os sintomas foram os mais relatados pelos pacientes, no momento do atendimento no ambulatório de cardiologia, os prontuários foram explorados e os resultados estão apresentados na Figura 6 e na Tabela 2. A dor no peito e/ou dor torácica e a cefaleia foram os sintomas mais encontrados e representaram o dobro dos demais sintomas. No total de 334 prontuários pesquisados, 265 (79,3%) sinalizam dor no peito e cefaleia. Esses sintomas estão relacionados, na maioria das vezes, ao infarto e à angina. No estudo de Missaglia, Neris e Silva (2013), com 574 pacientes que deram entrada em um hospital de referência em cardiologia, 277 (48,25%) relataram dor torácica. Estes pacientes foram diagnosticados com infarto agudo do miocárdio. A Revista *American Headache Society* (2014) afirmou que o risco de doença cardíaca ou coronária está aumentado naqueles

pacientes com enxaqueca. Assim, verifica-se que a dor de cabeça pode ser sinal e sintoma de doença cardiovascular.

Os dados apresentados na Figura 6 apontam para sintomas psicossomáticos relacionados à desestabilidade emocional diante do adoecimento de um órgão que, culturalmente, representa a vida, ocasionando quadros de ansiedade, depressão, refletindo no quadro clínico e psicológico do paciente. A pesquisa realizada por Zwielewski e Bub (2014) sobre transtornos de ansiedade em pacientes com suspeita de doença arterial coronariana identificou que a dor torácica pode vir associada a sintomas como: vômito, sudorese, sensação de morte iminente e palidez. Segundo os autores, esses quadros sintomáticos estão, na maioria das vezes, relacionados ao grau de ansiedade vivenciado por esses pacientes, o que influencia substancialmente o quadro geral do cardiopata.

Em relação à fadiga, insônia, estresse, náusea e vômito, na grande maioria, são sintomas de quadros psicológicos desajustados pelo adoecimento crônico e pelo complexo do adoecimento por cardiopatias (MISSAGLIA; NERIS; SILVA (2013; ZWIELEWSKI; BUB, 2014). Porém, na presente pesquisa, mesmo os pacientes apresentando esses sintomas, nenhum dos pesquisados foi encaminhado para acompanhamento psicológico a fim de minimizar esse quadro sintomatológico e estressor.

As DCV apresentam causas multifatoriais, ou seja, geralmente não apresentam apenas uma causa definida, mas a interface de diferentes fatores (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015). A Tabela 2 e a Figura 7 mostram os resultados obtidos com relação aos fatores de riscos associados e desencadeadores de doenças cardiovasculares nos 334 pacientes avaliados. Observou-se a falta de atividade física em 205 (61,4%) casos, o etilismo em 208 (62,3%) e o uso do tabaco em 99 (29,6%). Além disso, a grande maioria consistia em pacientes hipertensos, 291 (87,1%); seguidos por diabéticos com 148 (44,3%) e com antecedentes de histórico familiar, 111 (33,2%). Com relação a estes e outros aspectos dos riscos às DCV, os resultados encontrados aqui corroboram com dados da AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2015), quando descreve, entre os principais fatores de risco para desencadear as doenças cardiovasculares, hábito de fumar, consumo de álcool, falta de atividade física, sobrepeso, fatores genéticos, estresse, colesterol alto, hipertensão arterial e diabetes.

A hipertensão arterial é considerada um importante fator de risco para o desencadeamento de DCV, bem como de se apresentar como comorbidades, principalmente quando estão relacionados ao fator hereditário. Recente pesquisa formulada por Radovanovic et al.(2014) pesquisou 408 indivíduos. Nela os autores afirmam que, dentre as patologias

cardíacas, a hipertensão arterial constitui um relevante fator risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. A pesquisa constatou que, dos 408 pesquisados, 165 (40,38%) estavam na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade e com maior probabilidade para desencadear DCV, mesmo considerando a população com faixas etárias menores entre 20 e 30 anos. A relevância desta pesquisa está em mostrar que a hipertensão e as DCV têm alta incidência em todas as faixas etárias. Comumente, esses resultados reforçam os obtidos pela presente pesquisa, visto o alto índice de pacientes hipertensos na população de cardiopatas.

De forma semelhante ao estudo anteriormente apresentado, uma pesquisa realizada sobre hipertensão e fatores de riscos para Acidente Vascular Cerebral (AVE), desenvolvida por Brito, Pantarotto e Costa (2013), apontou que, dos 17 pacientes com AVC que responderam ao questionário, 16 (94,1%) eram hipertensos. Neste aspecto, o estudo mostrou que o estilo de vida está diretamente relacionado ao sobrepeso e, conseqüentemente, ao agravamento das funções cardíacas.

Outro dado expressivo, apresentado nesse estudo e que não consta nos objetivos, mas que merece importância devido ao número expressivo, refere-se aos pacientes que estão fazendo uso de medicamentos. Nesse sentido, dos 334 pesquisados, 68 (20,4%) fizeram cirurgia cardíaca; 11 (3,3%) foram a óbito e 180 fizeram uso de medicamento. O medicamento mais utilizado pelos pacientes atendidos no ambulatório foram o Propranolol 112 (39,8%), seguido por Atenolol, 99 (39,8%), medicamentos utilizados para controle da hipertensão arterial; Flurosemida 57 (22,9%), medicamento diurético que contribui para diminuição de edemas; Ácido Acetilsalicílico – AAS, 46 (18,5%), que previne formação de coágulos nas artérias dos vasos sanguíneos de pacientes com doenças cardiovasculares.

Vale ressaltar que 265 (79,3%) dos pacientes estavam em tratamento, por outro lado, 333 (99,7%) destes não estavam em acompanhamento cardiológico, mesmo com o número expressivo de sintomas advindos do efeito colateral do tratamento medicamentoso, como dor torácica e tontura, entre outros. Neste sentido, os dados da presente pesquisa apontaram que, quando o paciente termina o tratamento, ele não continua em acompanhamento médico, condição relevante para pacientes com patologias crônicas não transmissíveis e com comorbidades. Neste cenário, pacientes com essas características patológicas precisam ser acompanhados pelo médico cardiologista para minimizar sintomas e monitorar os efeitos colaterais dos medicamentos.

Os fatores de riscos associados e desencadeadores de doenças cardiovasculares, bem como as comorbidades associadas e de maior prevalência observadas no grupo de pacientes

estudados estão apresentados na Tabela 2. Evidenciou-se que nos 334 pesquisados a tendência é direcionada ao estilo de vida, como falta de atividade física 205 (61,4), etilismo 208 (62,3) e uso do tabaco 99 (29,6%). Sabendo que o estilo de vida está diretamente relacionado ao sobrepeso e conseqüentemente ao agravamento das funções cardíacas, estes resultados corroboram com os obtidos por Pereira et al. (2013) em pesquisa feita com 202 pacientes ambulatoriais, que observaram uma forte associação entre a presença da doença arterial periférica e o surgimento de doenças cardiovasculares. Os autores relataram que 36 (63,2%) dos pacientes tinham estilo de vida sedentário com potencial para ser desencadeador de DCV em até 2,5 maior que pacientes com estilo de vida saudável. Destes 202, 31 (54,4%) faziam uso do tabaco.

Magalhães et al. (2014) apresentam os resultados de pesquisa realizada sobre risco de DCV em 165 prontuários pesquisados, dos quais 107 (64,9%) eram de pacientes sedentários. Desses pacientes pesquisados, 56,4% apresentavam peso acima da média, sendo que 58 (35,1%) estavam com sobrepeso, 56 (34%) estavam na categoria de obesos e 36 (22%) com obesidade mórbida; 66 (40,0%) dos pacientes eram etilistas e 18 (11%) eram pacientes tabagistas. A literatura médica indica que o sedentarismo pode desencadear aumento do nível do colesterol e hipertensão arterial. Silva, Cade e Molina (2012), em estudo realizado com 330 prontuários de pacientes de uma Unidade de Saúde da Família (USF), a fim de pesquisar fatores de risco associados a doenças cardíacas e hipertensão, destacaram o colesterol total elevado. Do número total de pesquisados, 81 (54,7%) estavam com níveis acima de 200mg/dl, sabendo que estudos apontam que os valores desejáveis estão entre 130 e 159 mg/d.

Glaner et al. (2011), em pesquisa sobre perímetro abdominal e DCV, avaliaram 200 amostras, dentre as quais 147 (73,7%) apresentaram taxas elevadas de colesterol total. Como consequência desse fator, mais da metade da amostra apresentou valores elevados de índice de massa corporal (IMC): 117 (58,4%). Assim, percebe-se que as doenças cardiovasculares estão associadas às comorbidades, bem como aos fatores de risco aos quais os pacientes estão expostos.

O estudo realizado por Silva et al. (2012) sobre doenças cardiovasculares em diabéticos analisou 100 prontuários de pacientes dos quais 38 (38%) dos pesquisados tinham diabetes *mellitus* (DM). Outro estudo desenvolvido por Pinto e Santos (2012), com 323 pacientes internados em um hospital de referência sobre DM em pacientes coronariopatas, apontou que 101 (31,1%) dos pesquisados apresentaram quadro associado de diabetes e cardiopatias, sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS), fator de risco para doenças cardiovasculares, atingiu 25 pacientes e com ocorrência de 39,5% nos pacientes diabéticos.

Garcia et al. (2015), em pesquisa sobre reabilitação cardíaca e risco de DM, contataram que o risco de indivíduos com doença cardiovascular desenvolverem o diabetes ao longo da vida é muito alto devido aos fatores de riscos associados à patologia. Esse estudo forneceu evidências de riscos de pacientes diabéticos desenvolvem DCV, bem como acontecer de modo oposto, ou seja, pacientes cardiopatas desenvolverem diabetes. Dos 20 questionários respondidos, 8 (40%) apresentaram alto risco de comorbidades, entre DCV e DM. Nesse sentido, essas patologias crônicas exercem forte impacto na vida de indivíduos portadores, visto que existe o risco associado.

Sobre a Correlação das variáveis apresentados na Tabela 3, vê-se que o estudo da relação entre o número de óbitos ocorridos no período do estudo e o gênero mais afetado, foi verificado que os homens morreram mais por DVC do que as mulheres houve uma correlação significativa. Entretanto, nenhuma outra variável se correlacionou com o sexo ( $p > 0,05$ ). Ao se verificar o fato do paciente ter passado por cirurgia cardíaca, e histórico familiar por DCV, constatou-se que àqueles que possuem história familiar de doença cardíaca fizeram mais cirurgia do que outros que não predisposição genética ( $p > 0,05$ ). Ao se correlacionar o tratamento medicamentoso com as variáveis uso de bebida alcoólica, histórico familiar de doenças cardíacas, presença de doenças crônica e diabetes verificou-se o menor número de óbito entre àqueles que faziam tratamento medicamentoso, ou seja, foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p < 0,01$ ). Além disso, a análise para correlacionar o número de óbitos com as variáveis, atividade física e a presença de diabetes, mostrou que os pacientes inativos ( $p > 0,05$ ) e diabéticos ( $p < 0,01$ ) estão mais suscetíveis de vir a óbito.

## CONCLUSÃO

Este estudo propiciou conhecer as cardiopatias mais diagnosticadas no Ambulatório de Cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA, cujos dados mostraram que a doença Aterosclerótica do Coração é a mais frequente, seguida do Infarto Agudo do Miocárdio e da Insuficiência cardíaca. Dessas patologias, o IAM foi a causa dos óbitos ocorridos no período estudado. Os pacientes atendidos no ambulatório em sua maior parte eram do sexo masculino, aposentados, casados, com faixa etária entre 48 e 60 anos de idade. Entre as comorbidades descritas nos prontuários pesquisados, estavam presentes a hipertensão e o diabetes *mellitus*. A maioria dos pacientes fazia uso de tratamento medicamentoso e a

minoria passou por cirurgia cardíaca. É importante ressaltar que um número expressivo dos pesquisados era sedentário, fazia uso de bebidas alcoólicas e de tabaco e tinha histórico familiar para doenças cardiovasculares. A presença desses e outros fatores de riscos é importante para o aparecimento de DCV, bem como para o aumento da morbimortalidade.

Desse modo, o intuito deste estudo foi contribuir com outras pesquisas nessa área temática ou com realidade semelhante à estudada, bem como com o ambulatório pesquisado, no sentido de evidenciar, de forma estatística, as variáveis analisadas dos pacientes cardiopatas, assistidos no ambulatório de cardiologia de um hospital particular, em uma cidade do nordeste do Brasil. Com isso, podem-se desenvolver e elaborar outras estratégias de tratamento para o cardiopata, desde regulação dos atendimentos até cuidados médicos, medicamentosos e/ou cirúrgicos, assim como dar acompanhamento multidisciplinar, visto que existe a necessidade de acompanhamento psicológico e dietético desses pacientes, fato não evidenciado no presente estudo. Além disso, a adoção destas medidas simples poderá ajudar na prevenção de complicações clínicas, de sequelas incapacitantes, de mortes prematuras e contribuir de maneira geral para a saúde, a melhora na qualidade de vida e sobrevida das pessoas acometidas por doenças cardiovasculares.

Na análise dos prontuários dos pacientes realizada para o desenvolvimento desta pesquisa, constataram-se algumas falhas de preenchimento, sendo necessário descartar uma parte significativa deles. Diante disso, os dados pesquisados serão apresentados ao diretor médico do ambulatório de cardiologia do hospital pesquisado para que as medidas necessárias sejam adotadas.

### **ASPECTOS ÉTICOS:**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA, sob parecer consubstanciado 1.164.515/2015.

Potencial Conflito de Interesses: Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento: O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Statistical Fact Sheet. 2013 Update. **Women & Cardiovascular Diseases**. Disponível em: <[https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm\\_319576.pdf](https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319576.pdf)>. Acesso em 28 de outubro de 2015.

ANDRADE, J. P. **III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica**. Arq. Bras. Cardiol. v.93 n.1 supl.1, 2009.

ANDRADE, J. P.; MATOS, L. A.P.; CARVALHO, A. C.; MACHADO, C. A.; OLIVEIRA, G. M. M. **Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares**. Arq. Bras Cardiol, v.100, n.3, p. 203-211, 2013.

AMARAL, F.; MANSO, P; H.; GRAMZOTTI, A.; VICENTE, W. V. A.; SCHMIDT. Cardiopatia Congênita no Adulto: Perfil Clínico Ambulatorial no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Bras Cardiol**, v.94, n.6, p.1-7, 2009.

BAENA, C. P.; OLANDOSKI, M.; LUHM, K. R.; COSTANTINI, C. O.; GUARITA-SOUZA, L. C.; FARIA-NETO, J. R. Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em Curitiba (PR) no período de 1998 a 2009. **Arq Bras Cardiol**, v. 98, p. 211-217, 2012.

BASSANESI S. L.; AZAMBUJA M. I.; ACHUTTI A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. **Arq Bras Cardiol**. v. 90(6) p.370-9, 2008.

BONOTTO. J. M.; BOER, A. Estudo sobre o perfil do paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, em um hospital da região sul, 2012. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Janete-Morangoni-Bonotto.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2015.

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, L. R.; COSTA, L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health Sci Inst**. v.29(4) p.265-8, 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS, 2014). Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/tocantins/noticias-tocantins>>. Acesso em: 07 de novembro de 2015.

EYKEN, E. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.1, p.111-123, 2009.

Felker, m. g.; Benza, M.D. ; Chandler, b.; M.D.; Leimberger, J.; Cuffe, m. s., MD, Calif, r. m., MD, Mihai Gheorghiad, m. m.D. Heart Failure Etiology and Response to Milrinone in Decompensated Heart Failure. **Journal of the American College of Cardiology**. Vol. 41, N 6, p. 997–1003, 2003.

GARCIA, B. E.; VANZELLA, L. C.; SANTOS, A. P.; OLIVEIRA, E. A.; ALMEIDA, T. C.; SANTOS, P. R.; GONÇALVES, A. F. L.; SANTOS, R. G.; SILVA, N. T.; BERNADO, F. B.; VANDERLEI, L. C. Perfil clínico de pacientes de um programa de reabilitação cardíaca que apresentam risco de ter diabetes. **Colloq Vitae**, v.7, n.1, p.76-84, 2015.

HOLLANDA, L.; PALADINO A.T.; FROES A.; FEITOSA R.; GAZAL J.; ZAIDAN E.; JIBRAN N.; OBLITAS X.; GONZAGA C.C.; PASSARELLI JR, O.; BORELLI F.A.O.; AMODEO C. Hipertensão arterial sistêmica e doença aterosclerótica: vilões que andam juntos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.14, n.4, 280-285, 2007.

ISHITANI L.H.; FRANCO G.C.; PERPÉTUO IHO, FRANÇA E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. V. 40(4) p.684-91, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **SÉRIES HISTÓRICAS**: população e demografia- características gerais da população: 2011. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD336> > Acesso em: 06 de novembro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE**: percepção do Estado de Saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/livros/liv91110.pdf>> Acesso em: 06 de novembro de 2015.

JESUS, A. V.; CAMPELO, V.; SILVA, M. J. S. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina – PI. **Rev. Interd.** v.6, n.1, p.25-33, 2013.

JORGE, M.H.; LAURENTI, R.; LIMA-COSTA, M.F.; GOTLIEB, S.L.; CHIAVEGATTO-FILHO, A. D. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.17, n.4, p.271-81, 2008.

MAGALHÃES, F. J.; MENDOÇA, L. B. A.; REBOUCAL, C. B. A.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 67, n.3, p.394-400, 2014.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**. 2012; [online].ahead print, PP.0-0. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>>. Acesso em: 28 outubro 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Coordenação Geral de Doenças não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país**. Portal do MS. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 28 de out de 2015.

MISSAGLIA, M.T.; NERIS, E. S.; SILVA, M. L. T Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital Referência em Cardiologia. **Rev. Bras. Cardiol.**, v.26, n. (5)p. 374-81 setembro/outubro, 2013.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev., Saúde Pública**; v.46, n.4, p.591-601. 2012.

NASCIMENTO, J. S.; GOMES, B.; SARDINHA, A. H. L. Fatores de risco modificáveis pra doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Rev. Rene**, v.12, n.4, p.709-15, 2011.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Perfil de risco cardiovascular e auto avaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Panam Salud Publica/PanAm J Public Health**, v. 25, n.6, P.491-498, 2009.

PEREIRA, C.; MINAME,; M. MAKDISSE, M.; FILHO, R. K.; SANTOS, R. D. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Arq Bras Cardiol.**, v.103, n.2, p.118-123, 2014.

PINTO-JÚNIOR, V. C.; DAHER, C. V.; SALLUM, F. S.; JATENE, M. B.; CROTI, U. A. Situação das cirurgias cardíacas congênitas no Brasil–Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (DCCVP) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV). **Rev. Bras Cir Cardiovasc.**, v. 19, n. 2, p. 0-0, 2004.

REVISTA AMERICAN HEADACHE SOCIETY - Enxaqueca e doenças cardiovasculares  
Headache: The Journal of Head and Face Pain - American Headache Society Published by  
John Wiley & Sons, Inc. doi: 10.1111/head.12413, 2014.

RIBEIRO, B. G. A.; MARTINS, J. T.; BOBROFF, C. C.; MONTEZELI, J. H.; GOMES, T. Z  
Perfil epidemiológico de pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos no pronto  
socorro de um hospital universitário. **Rev Enfermagem e Atenção à Saúde**. REAS  
[Internet]. v.2, n.3, p.32-41, 2013.

RUIZ, E. F. N.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, T. A. Fatores de risco cardiovascular em usuários  
da saúde suplementar. **Rev. Ciênc. Méd.**, v.21, n.1-6, p.15-24, 2012.

SANTOS, M.L.M. Doença arterial coronariana estável: tratamento clínico x revascularização.  
Versus? SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. (2013).  
Disponível em: <http://socerj.org.br/doenca-arterial-coronariana-estavel-tratamento-clinico-x-revascularizacao-versus/>. Acesso em: 23/10/2015.

SILVA, V. R.; CADE, N. V.; MOLINA, M. C. B.; Risco coronariano e fatores associados em  
hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro,  
out/dez; v. 20, n.4, p.439-44, 2013.

SOCERJ-SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO. Palpitações e  
Arritmias Cardíacas. Disponível em <http://sociedades.cardiol.br/socerj/publico/dica-arritmias.asp>. Acesso em: 31 de maio de 2015.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <  
<http://socerj.org.br/doenca-coronariana/>>. Acesso em: 11 de novembro de 2015.

TORQUATO, G. Insuficiência cardíaca mata 50 mil pessoas todo ano no Brasil; entenda  
sintomas e diagnóstico. Disponível em: < <http://www.lersaude.com.br/insuficiencia-cardiaca-mata-50-mil-pessoas-todo-ano-no-brasil-entenda-sintomas-e-diagnostico/>>. Acesso em: 08 de  
novembro de 2015

VIRTANEN, M.; HEIKKILA, K.; JOKELA, M.; FERRIE, E. J.; BATTY, D.; VAHTERA,  
J.; KIVIMAKI, M. **Rev. American Journal of Epidemiology** - Long Working Hours and  
Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Initially submitted  
October v. 25, 2011; accepted for publication February 15, 2012.

ZWIELEWSKI, G.; BUB, T. F. Transtornos de Ansiedade em Pacientes com Suspeita de Doença Arterial Coronariana. **Rev. Bras. Cardiol**, v.27, n.5, p. 311-313, 2014.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

**Tabela 1** - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de pacientes cardiopatas de um hospital da rede privada em São Luís – MA.

<b>Sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Ano</b>			<b>Ocupação</b>		
2013	174	52,1	Aposentado	85	25,4
2014	108	32,3	Autônomo	39	11,7
2015	52	15,6	Dona de Casa	20	6,0
			Professor	12	3,6
<b>Sexo</b>					
Masculino	174	52,1	Comerciante	9	2,7
Feminino	160	47,9	Advogada	5	1,5
			Contador	5	1,5
<b>Estado civil</b>					
Solteiro (a)	135	40,4	Fisioterapeuta	5	1,5
Casado (a)/União estável	193	57,8	Administrador	4	1,2
Separado(a)/Divorciado(a)	3	0,9	Bancária	4	1,2
Viúvo(a)	3	0,9	Dentista	4	1,2
			Empresário	4	1,2
			Engenheiro Civil	4	1,2
<b>Etnia</b>					
Pardo	170	50,9	Engenheiro Elétrico	4	1,2
Negro	90	26,9	Estudante	4	1,2
Branco	72	21,6	Jornalista	4	1,2
Amarelo	2	0,6	Motorista	4	1,2
			Policial Civil	4	1,2
			Segurança	4	1,2
			Advogado	3	0,9
<b>Idade</b>					
< 30	17	5,1	Analista de Sistemas	3	0,9
30-39	45	13,5	Biólogo	3	0,9
40-49	75	22,5	Empresária	3	0,9
50-59	69	20,7	Enfermeira	3	0,9
60-69	59	17,7	Professora	3	0,9
70-79	43	12,9	Secretária	3	0,9
≥ 80	26	7,8	Servidor Público	3	0,9
			Outras	86	25,7
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** O autor (2015)

## APÊNDICE B

**Tabela 2.** Distribuição de frequência das demais variáveis, extraídas a partir dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de cardiologia do hospital pesquisado.

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Fez cirúrgica cardíaca</b>			<b>Prática atividade física frequentemente</b>		
Não	266	79,6	Não	205	61,4
Sim	68	20,4	Sim	129	38,6
<b>Tratamento medicamentoso</b>			<b>Utiliza bebida alcoólica frequentemente</b>		
Não	85	25,4	Não	126	37,7
Sim	249	74,6	Sim	208	62,3
<b>Qual ? (n=249)*</b>			<b>Faz uso de fumo/tabaco com frequência</b>		
Ácido Acetilsalicílico	46	18,5	Não	235	70,4
Furosemida	57	22,9	Sim	99	29,6
Aspirina	4	1,6			
Sinvastatina	15	6,0	<b>Histórico familiar de doença cardíaca</b>		
Losartana	42	16,9	Não	223	66,8
Atenolol	99	39,8	Sim	111	33,2
Clortalidona	25	10,0			
Enalapril	11	4,4	<b>Materno ou Paterno (n=111)</b>		
Hidroclorotiazida	2	0,8	Materno	58	17,4
Trezor	14	5,6	Paterno	53	15,9
Clopidogrel	15	6,0			
Propranolol	112	45,0	<b>Hipertenso</b>		
<b>Cuidados paliativos</b>			Não	43	12,9
<b>Não</b>	334	100,0	Sim	291	87,1
<b>Óbito</b>			<b>Diabetes</b>		
Não	323	96,7	Não	186	55,7
Sim	11	3,3	Sim	148	44,3
<b>Total</b>	334	100,0	<b>Total</b>	334	100,0

Fonte: O Autor (2015)

## APÊNDICE C

Tabela 3. Correlação de phi entre as variáveis nominais

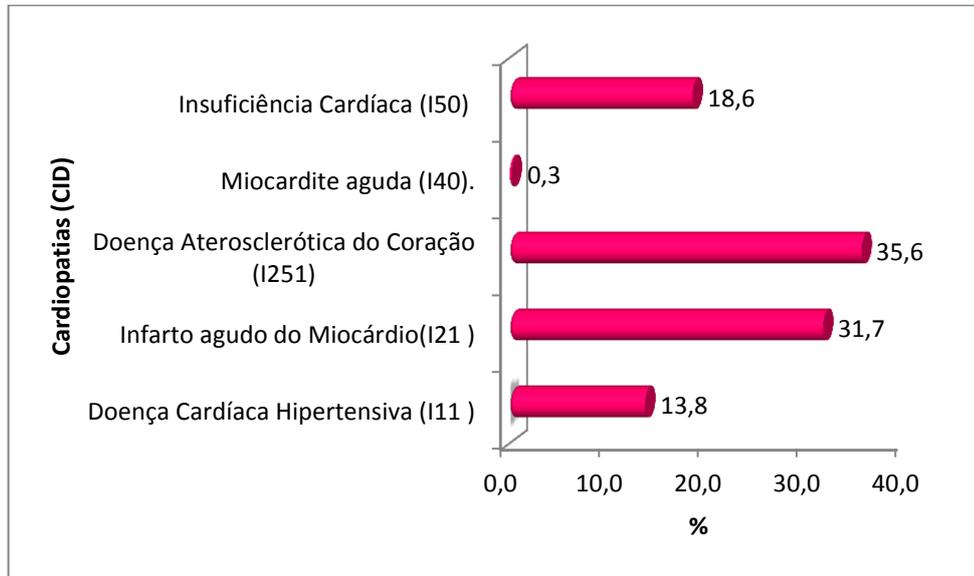
	Sexo	Fez cirúrgica cardíaca	Tratamento medicamentoso	Óbito	Prática atividade física	Utiliza bebida alcoólica	Faz uso de fumo/tabaco	Histórico familiar de doença cardíaca	Hipertenso	Diabetes
Fez cirúrgica cardíaca	0,006									
Tratamento medicamentoso	0,065	-0,217**								
Óbito	-0,11*	-0,093	-0,277**							
Prática atividade física	-0,059	-0,05	0,252**	-0,112*						
Utiliza bebida alcoólica	0,017	0,041	-0,256**	0,04	-0,537**					
Faz uso de fumo/tabaco	-0,045	0,03	-0,042	0,027	0,226**	-0,279**				
Histórico familiar de doença cardíaca	-0,015	0,133*	-0,157**	0,083	-0,168**	0,025	-0,305**			
Hipertenso	0,064	-0,272**	0,371**	0,071	0,140*	-0,170**	-0,025	-0,146**		
Diabetes	-0,023	0,028	-0,185**	0,207**	-0,052	-0,002	0,041	0,151**	0,055	
Doenças crônicas	0,043	0,041	-0,129*	0,068	-0,100	0,140*	0,096	0,047	-0,083	-0,021

\*  $p < 0,05$     \*\*  $p < 0,01$ 

Fonte: o autor (2015)

**APÊNDICE D**

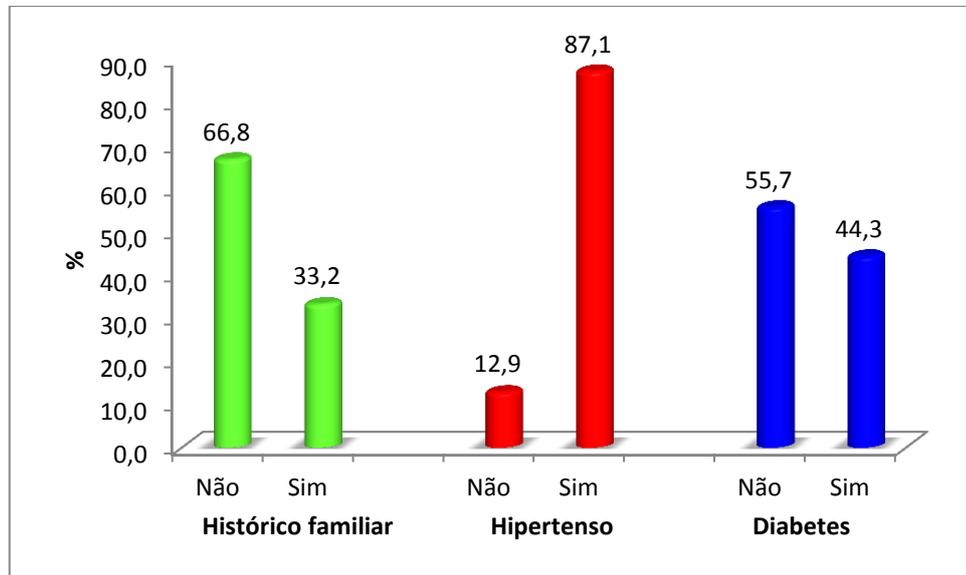
**Figura 5** – Tipos de cardiopatias mais diagnosticadas nos pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís – MA.



Fonte: o Autor (2015)

**APÊNDICE 5**

**Figura 7** – Comorbidades associadas às cardiopatias, extraídas a partir dos prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de cardiologia de hospital da rede privada em São Luís - MA.



**Fonte:** o autor (2015)