

Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral

Sociodemographic and clinical profile of patients with cardiovascular disorders in a general hospital

Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con trastornos cardiovasculares en un hospital general

Santos, Taisa Tatiana de Souza¹; Paes, Marcio Roberto²; Hanna Sobrinho, Miguel Ibraim Abboud³; Almeida, Liney Franklin Silva Tavares de⁴; Macedo, Vanessa Luciana⁵; Silva, Fabio Henrique da⁶

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares. **Método:** estudo observacional, descritivo, com amostra por conveniência de 50 pacientes com doenças cardiovascular, internados nos serviços de cardiologia e neurologia de hospital de Curitiba, Paraná. Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado de junho de 2018 a janeiro de 2019 e analisado por estatística descritiva. **Resultados:** verificou-se que 68% dos participantes eram homens, 84% com idade entre 51 e 60 anos, 58% brancos, 78% procedentes de Curitiba e região, 52% com baixa escolaridade. Observou-se que 58% não praticavam atividade física, 52% eram tabagistas; 40% afirmaram ingerir bebida alcoólica, 58% com renda familiar de até um salário mínimo. Dos participantes 58% tinham antecedentes familiares de alterações cardiovasculares, 84% eram hipertensos, 78% faziam uso de polifarmácia. **Conclusão:** o perfil dos pacientes com doenças cardiovasculares está caracterizado pela falta de hábitos saudáveis dos participantes, hipertensão e fragilidade social. **Descritores:** Doenças cardiovasculares; Infarto do miocárdio; Acidente vascular cerebral

1 Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná (PR), Brasil (BR). E-mail: colombelli.taisa@gmail.com ORCID: 0000-0001-9066-1838

2 Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná (PR), Brasil (BR). E-mail: marropa@ufpr.br ORCID: 0000-0003-0305-1500

3 Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná (PR), Brasil (BR). E-mail: miguel.ibraim@ufpr.br ORCID: 0000-0003-3729-7867

4 Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná (PR), Brasil (BR). E-mail: liney.tavares@hotmail.com ORCID: 0000-0001-8447-7612

5 Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná (PR), Brasil (BR). E-mail: vanluciana@hotmail.com ORCID: 0000-0002-6945-3433

6 Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná (PR), Brasil (BR). E-mail: fabioh.fabio@yahoo.com.br ORCID: 0000-0002-1268-0053

Como citar: Santos TTS, Paes MR, Hanna Sobrinho MIA, Almeida LFST, Macedo VL, Silva FH. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral. J. nurs. health. 2021;11(1):e2111119369. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19369>

ABSTRACT

Objective: to delineate the sociodemographic and clinical profile of patients with cardiovascular disorders. **Method:** observational, descriptive study with 50 patients with cardiovascular diseases, admitted to the cardiology and neurology services of hospital, in Curitiba, Paraná, Brazil. Data were collected with structured instrument from June 2018 to January 2019 and analyzed using descriptive statistics. **Results:** it was found that 68% of the participants were men, 84% aged 51 to 60 years, 58% white, 78% from local region, 52% with low education. It was observed that 58% did not practice physical activity, 52% were smokers; 40% said they drink alcohol, 58% reported having a family income of up to one minimum wage. Of the participants, 58% had a family history of cardiovascular disorders, 84% were hypertensive, 78% used polypharmacy. **Conclusion:** the profile of patients with cardiovascular disorders is characterized by the participants' lack of healthy habits, hypertension and social fragility.

Descriptors: Cardiovascular diseases; Myocardial infarction; Stroke

RESUMEN

Objetivo: delinear el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con trastornos cardiovasculares. **Método:** estudio observacional, descriptivo con 50 pacientes con trastornos cardiovasculares, ingresados en los servicios de cardiología y neurología de un hospital en Curitiba, Paraná, Brasil. Los datos se recopilaban con instrumento estructurado desde junio de 2018 hasta enero de 2019 y se analizaron mediante estadísticas descriptiva. **Resultados:** 68% de los participantes eran hombres, 84% de edades entre 51 y 60 años, 58% blancos, 78% de la región local, 52% con baja educación. El 58% no practicaba actividad física, el 52% eran fumadores; el 40% bebían alcohol, el 58% informó tener renta familiar de hasta un salario mínimo. De los participantes, 58% tenían antecedentes familiares de alteraciones cardiovasculares, 84% eran hipertensos, 78% usaban polifarmacia. **Conclusión:** el perfil de los pacientes con enfermedades cardiovasculares se caracteriza por la falta de hábitos saludables de los participantes, hipertensión y fragilidad social.

Descriptor: Enfermedades cardiovasculares; Infarto del miocardio; Accidente cerebrovascular

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem um conjunto multifatorial de alterações orgânicas, que resultam em condições crônicas de saúde de início gradual e prognósticos geralmente incertos. Sua duração pode ser longa ou indefinida e seu desenvolvimento, comumente, gera incapacidades no indivíduo e estão entre as principais causas de morte decorrentes de evento cardiovasculares em todos os países.¹

O evento de alterações cardiovasculares é caracterizado pelas manifestações clínicas, que afetam o

coração e as artérias, causando distúrbios graves, que podem levar o indivíduo à morte.²⁻³

Dentre a gama de alterações nas respostas do sistema cardiovascular, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição clínica bastante grave. Trata-se de um evento neurológico agudo de rápida evolução dos sinais e sintomas.⁴ Este agravo pode ser ocasionado pela obstrução ou pela ruptura dos seios venosos e/ou das veias cerebrais. A oclusão do vaso acarreta a isquemia e o infarto local devido à deficiência no

suprimento sanguíneo e nutrientes essenciais para os neurônios.⁵

Dados epidemiológicos recentes têm descrito que o AVE é a segunda principal causa de morte no mundo, com predominância em adultos de meia-idade e idosos. No Brasil é uma das principais causas de internações e de morbimortalidade, com taxa de mortalidade de 51,8 a cada grupo de 100.000 habitantes.^{1,6}

Outra alteração cardiovascular de relevância para a saúde pública mundial é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), caracterizado pela insuficiência no suprimento do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, por obstrução de uma ou mais artérias coronárias. A hipoxemia e/ou a isquemia miocárdica, em situações mais críticas, e dependendo da extensão e localização pode levar o indivíduo a óbito.² A taxa média de mortalidade por IAM no Brasil difere entre os sexos, sendo que em homens é de 108,14 óbitos/100.000 e em mulheres 61,49 óbitos/100.000.⁷

Estudos têm demonstrado que o risco cardiovascular pode ser alto quando está associado a outras comorbidades como, por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o estresse, as síndromes metabólicas, o tabagismo, a obesidade e o sedentarismo.^{1,4-8}

Alguns fatores de risco para as alterações cardiovasculares podem ser considerados como não modificáveis, das quais podem-se citar, a idade, sexo, raça/etnia e a genética. A adesão a hábitos saudáveis no cotidiano das pessoas tende a influenciar positivamente sobre os fatores de riscos,

principalmente a adoção de rotinas alimentares adequadas, cessação do tabagismo e do etilismo, prática diária de atividades físicas e controle da pressão arterial.⁹

Diante do exposto surgiu a questão problema deste estudo: qual o perfil dos pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral? Para responder a tal questionamento, foi estabelecido como objetivo: traçar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo realizado de junho de 2018 a janeiro de 2019 em serviços de neurologia e cardiologia de um hospital geral e de ensino de Curitiba/Paraná, que atende integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram participantes 50 pacientes internados pós-evento de AVE ou IAM. A amostra foi não-probabilística e por conveniência. Este estudo foi realizado como parte integrante da formação em Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular. O número de participantes foi estabelecido dentro do recorte temporal congruente com a formação e com base no número de internamentos nas unidades cardiovasculares do ano anterior ao estudo (2017).

Os critérios de inclusão foram: ter 18 anos ou mais, estar internado nas unidades de AVE/AVC, neurologia, cardiologia e unidade de terapia intensiva cardiológica pós-episódio de IAM ou AVE, estar em condições de ler e compreender as questões do

instrumento. Os critérios de exclusão do estudo foram: pacientes em coma, confusos e desorientados; pacientes que não tinham condições de comunicação (disartria).

O recrutamento dos participantes se deu pela busca ativa em prontuários para identificar o evento cardiovascular. Após informações sobre o atual estado de saúde do paciente, se fazia a abordagem e o convite para participar do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento estruturado, contendo informações sobre: sexo, cor da pele, procedência, religião, escolaridade, número de filhos, ocupação/profissão e renda familiar, realização de atividade física, tabagismo, bebida alcoólica, antecedentes familiares de IAM ou AVE, grau de parentesco, comorbidades e medicações de uso contínuo.

Os dados foram analisados por estatística descritiva. Para tanto, foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®) versão 19, e apresentados em formas de tabelas com valores absolutos e relativos.

Os preceitos éticos foram salvaguardados, conforme exigência da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa em seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e aprovado em 24/05/2018, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 87768818.6.0000.0096. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Todos os recrutados, que atenderam os critérios de inclusão, aceitaram participar do estudo. Após a coleta de dados, verificou-se que 38 entrevistados eram pós IAM e 12 pós AVE.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da caracterização demográfica dos participantes, segundo sexo, cor da pele, procedência, religião, escolaridade, número de filhos, ocupação/profissão e renda familiar. Destaca-se que 68% dos participantes eram homens. Referente à idade 84% tinham entre 51 e 60 anos. As idades dos participantes variaram entre 39 e 60 anos. Dentre os participantes, 58% se autodeclararam brancos, 78% procedentes de Curitiba e região metropolitana, 52% estudaram somente até o quarto ano do ensino fundamental e 4% analfabeto, caracterizando baixo grau de escolaridade.

A Tabela 2, contém os resultados relativos às variáveis sociais dos participantes. Destaca-se que 58% dos participantes vivem com renda familiar de até um salário mínimo. Em relação ao vínculo empregatício 46% são autônomos.

A Tabela 3 descreve a distribuição dos participantes, segundo o perfil dos hábitos diários de saúde. Destaca-se que, 58% não praticavam atividade física, 52% era tabagista. Entre os tabagistas n=26, verificou-se que 54% são fumadores em tempo igual ou maior há 11 anos e 57% fumam entre 10 e 20 unidades de cigarro por dia. Em relação a ingestão de álcool 40% referiram consumo, dos quais 62% com mais de 10

anos de uso. Do total de fumantes n=26, 50% ingeriam concomitantemente bebida alcoólica.

O perfil clínico dos pacientes pós alterações cardiovasculares é apresentado na Tabela 4. No que diz respeito aos antecedentes familiares de IAM ou AVE, 60% relatou possuir histórico de algum desses agravos na família. Em relação às comorbidades

84% possuem HAS e 44% Diabetes Mellitus (DM). A maioria dos participantes faz uso de polifarmácia sendo que 78% inibidor da enzima conversora de angiotensina, 52% inibidor do sistema renina-angiotensina, 48% antagonista adrenérgico, 50% diurético, 32% antagonista da aldosterona, 68% betabloqueador, 68% anticoagulante e 40% bloqueador de canal de cálcio.

Tabela 1: Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo características sociodemográficas. Curitiba (PR), Brasil, 2019

Variáveis	Cardiologia		Neurologia		Total
	n	%	N	%	n (%)
Sexo					
Feminino	11	22	5	10	16 (32)
Masculino	27	54	7	14	34 (68)
Idade					
39 ---40	2	4	1	2	3 (6)
41 ---50	4	8	1	2	5 (10)
51 ---60	32	64	10	20	42 (84)
Cor da pele					
Branca	19	38	4	8	23 (46)
Preta	17	34	5	10	22 (44)
Parda	2	4	3	6	5 (10)
Procedência					
Curitiba e região	30	60	9	18	39 (78)
Interior do Estado do Paraná	6	12	2	4	8 (16)
Outro estado	---	---	1	2	1 (2)
Outro país	2	4	---	---	2 (4)
Religião					
Católica	23	46	9	18	32 (64)
Protestante/Evangélica	13	26	3	6	16 (32)
Afro-brasileira	1	2	---	---	1 (2)
Não tem	1	2	---	---	1 (2)
Escolaridade					
Analfabeto	2	4	---	---	2 (4)
Ensino fundamental (até 4ª série)	18	36	8	16	26 (52)
Ensino fundamental (até 8ª série)	13	26	---	---	13 (26)
Ensino médio incompleto	1	2	1	2	2 (4)
Ensino médio completo	3	6	2	4	5 (10)
Ensino superior completo	1	2	---	---	1 (2)
Dados prejudicados	---	---	1	2	1 (2)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2: Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo características sociais. Curitiba (PR), Brasil, 2019

Variáveis	Cardiologia		Neurologia		Total
	n	%	n	%	n (%)
Número de filhos					
Sem filhos	2	4	---	---	2 (4)
1 - 4 filhos	34	68	6	12	40 (80)
5 - 8 filhos	2	4	6	12	8 (16)
Ocupação/ Profissão					
Do lar	6	12	---	---	6 (12)
Desempregado	2	4	---	---	2 (4)
Empregado assalariado	2	4	3	6	5 (10)
Autônomo	17	34	6	12	23 (46)
Aposentado	11	22	3	6	14 (28)
Renda familiar					
Menos de um salário mínimo	5	10	---	---	5 (10)
1 salário mínimo	18	36	6	12	24 (48)
De 2 a 4 salários mínimos	13	26	4	8	17 (34)
5 ou mais salários mínimos	2	4	1	2	3 (6)
Dados prejudicados	---	---	1	2	1 (2)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3: Distribuição dos participantes, segundo as características dos hábitos diários de saúde. Curitiba (PR), Brasil, 2019

Variáveis	Cardiologia		Neurologia		Total
	N	%	n	%	n(%)
Frequência da atividade física					
Não prática	22	44	7	14	29 (58)
1 - 3 vezes/ semana	8	16	3	6	11 (22)
4- 6 vezes/ semana	5	10	2	4	7 (14)
Prática diária	3	6	---	---	3 (6)
Tabagismo					
Sim	19	38	7	14	26 (52)
Não	19	38	5	10	24 (48)
Tempo Tabagismo n=26					
Entre 6 e 10 anos	10	38	2	8	12 (46)
tempo≥11 anos	9	34	5	20	14 (54)
Consumo cigarros/dia n=26					
10 - 20/dia	12	46	2	8	14 (54)
≥21/dia	7	26	5	20	12 (46)
Etilismo					
Sim	15	30	6	12	21 (42)
Não	22	44	7	14	29 (58)
Tempo de etilismo n=21					
6 - 9 anos	5	23	3	15	8 (38)
≥10 anos	10	47	3	15	13 (62)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 4: Distribuição dos participantes, segundo as características clínicas. Curitiba (PR), Brasil, 2019

Variáveis	Cardiologia		Neurologia		Total
	N	%	N	%	n(%)
Antecedentes familiar de IAM/AVE					
Sim	24	48	6	12	30 (60)
Não	14	28	6	12	20 (40)
Grau de parentesco †					
Pai	19	38	7	14	26 (52)
Mãe	11	22	2	4	13 (26)
Avó (os)	2	4	---	---	2 (4)
Irmãos	---	---	1	2	1 (2)
Comorbidades †					
HAS	33	66	9	18	42 (84)
DM	18	36	4	8	22 (44)
Insuficiência renal crônica	8	16	2	4	10 (20)
Medicações em uso †					
Inibidor da enzima conversora de angiotensina	30	60	9	18	39 (78)
Inibidor do sistema renina-angiotensina	19	38	7	14	26 (52)
Antagonista adrenérgico	19	38	5	10	24 (48)
Diurético	17	34	8	16	25 (50)
Antagonista da aldosterona	11	22	5	10	16 (32)
Beta bloqueador	26	52	8	16	34 (68)
Anticoagulante	27	54	7	14	34 (68)
Bloqueador de canal de cálcio	14	28	6	12	20 (40)

† possibilidade de mais de uma resposta

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Entende-se que a equipe de enfermagem assume papel importante frente ao cuidado dos pacientes com complicações cardiovasculares, haja vista que estão presentes em todos os serviços de saúde e dispensam maior tempo junto aos pacientes.^{6,10}

As condições de saúde dos indivíduos com algum tipo de complicação cardiovascular são complexas, o que exige do enfermeiro competência para desenvolver o plano de cuidados específico e eficaz, que contemple as demandas do indivíduo diante das alterações cardiovasculares agudas, assim como em face da condição crônica de doença.¹⁰

O enfermeiro por meio da sistematização do cuidado buscar abranger seu olhar sobre as necessidades dos pacientes que vão além dos sintomas clínicos da doença. Para tanto, os cuidados devem abarcar ações que visem resolver problemas, riscos, danos, com o objetivo de prevenir ou reduzir os agravos à saúde.⁶

Destarte, torna-se relevante conhecer os fatores de riscos a partir do perfil de saúde e de doença da população alvo, assim como, é imprescindível planificar intervenções em saúde com maior efetividade na adesão aos tratamentos das doenças crônicas.

Tal conhecimento, igualmente, serve como subsídio para os profissionais de saúde adquirirem

competência clínica para atuar na educação em saúde e na assistência emergencial em todos os níveis de atenção com foco no cuidado preventivo, curativo e de manutenção às pessoas com DCNT.

Pelos dados apresentados na Tabela 1, verificou-se que 68% eram homens e 84% dos participantes tinham idade entre 51 e 60 anos. Apesar dos resultados apresentarem maior prevalência nessa faixa etária, estudos demonstram que o maior risco para eventos cardiovasculares graves e fatais são nas faixas etárias acima de 70 anos.^{7,11}

Em um estudo brasileiro realizado com pessoas em todas as regiões do Brasil, foi destacado, que independente do sexo, verificou-se aumento progressivo das taxas de mortalidade por IAM com o avançar da faixa etária.⁷ Essa tendência foi observada também em um estudo que buscou descrever o impacto da faixa etária e sexo nos pacientes com AVE e verificou-se a razão entre homens e mulheres diante desse agravamento estavam próximos até os 70 anos, mas partir dessa idade, sobretudo a partir dos 80 anos, a razão no sexo feminino superou a do masculino.¹¹

Foi verificado que em relação ao sexo dos participantes, os homens foram mais prevalentes para os dois agravos. Contudo, estudos que tiveram participação de pessoas com mais de 80 anos tiveram resultados inversos, com maior prevalência para mulheres. Isto pode estar relacionado com a expectativa de vida. No Brasil em 2010, a expectativa de vida das mulheres estão em 77,7 e dos homens 70,5.¹¹ Coadunando aos

resultados, um estudo multicêntrico desenvolvido com pacientes norte americanos e europeus comparou a prevalência de fatores de risco cardíaco e modificação de risco entre mulheres jovens e homens hospitalizados com IAM e concluiu que as mulheres reconhecem mais facilmente os fatores de risco antes do agravamento e com isso são menos propensos a sofrerem IAM.⁹

A distribuição dos participantes apresentada na Tabela 1, demonstrou porcentagens praticamente iguais para brancos e negros. Esse resultado pode ser comparado aos achados de um estudo que descreveu as tendências de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares em países de língua portuguesa (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste e Guiné-Equatorial) e sua associação com os respectivos índices sociodemográficos. Concluíram que as grandes diferenças da carga das doenças cardiovasculares estavam relacionadas principalmente às condições socioeconômicas e não à etnia ou cor da pele.¹²

Quanto à procedência dos participantes, 48% referiu morar na capital do estado do Paraná e 30% na região metropolitana. Sabe-se que atualmente os usuários possuem maior acesso à rede de saúde, com melhores condições a dar seguimento ao tratamento, assim como às consultas e a encaminhamentos de saúde referenciados, pois a maioria dos municípios possuem sistemas informatizados, possibilitando a articulação entre os serviços, para que o usuário possa ter acesso a todas as linhas de cuidado.¹³

O perfil social dos participantes apresentado na Tabela 2, revelou que houve prevalência daqueles com baixa instrução, baixa renda e vínculo trabalhista informal. Estudos descrevem que esses fatores submetem a população a maiores riscos de saúde.^{1,7,12} As desigualdades sociais e a dificuldade na adesão a modos de vida saudáveis, gera certa indisposição para o cuidado e autocuidado, que são constructos sociais adquiridos ao longo da vida.^{7,12} Todavia a vulnerabilidade social impede a criação de atitudes e conhecimento para a promoção da saúde trazendo como consequência o adoecimento.¹

Os achados apresentados na Tabela 3, revelou que os participantes não apresentavam hábitos de vida saudáveis, haja vista que a maioria não praticava atividades físicas, eram tabagistas pesados e 40% faziam uso de álcool de longa data.

A melhora na qualidade de vida das pessoas com doenças cardiovasculares está diretamente relacionada com modificações no estilo de vida e o controle dos fatores de risco modificáveis, que são aqueles sobre os quais o paciente pode intervir com ajuda de ações multiprofissionais dos níveis de atenção à saúde, prioritariamente na atenção básica, mas também no âmbito hospitalar.^{5-6,10}

O hábito de fumar é responsável por 45% dos óbitos por IAM, além de ser o responsável por 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% por câncer. Apesar desses resultados, quando comparados aos jovens que fumam, sabe-se que os idosos tabagistas apresentam maior dependência

nicotínica e fumam maior número de cigarros, o que dificulta a cessação do hábito.¹⁴

Resultados de um estudo indicou que o hábito de fumar tem relação com o uso de bebida alcoólica. O mesmo estudo demonstrou que 40% dos pacientes faziam consumo de álcool, sendo que destes 28% consumiram durante um tempo maior que dez anos e outros 24% consumiam 5-10 doses ao dia. Isso predispõe o indivíduo a relevantes alterações no que diz respeito à capacidade visual e cognitiva, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social.¹⁴

Associado ao estilo de vida inadequado como sedentarismo, etilismo e tabagismo, ainda existem os fatores de risco não modificáveis como a HAS. A doença pode ser tratada e controlada, através de mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica.¹⁵

Pacientes ainda em recuperação em ambiente hospitalar no pós IAM OU AVE devem ser encorajados a diminuir ou cessar a carga tabágica, assim como, assumir compromisso com a saúde, a fim de evitar um novo episódio do agravo.¹⁻²

A Tabela 4, apresenta que 60% dos participantes relataram histórico familiar de DCV com maior prevalência para o pai. A presença de história familiar para DCV tem sido considerada como fator de risco para o agravo mesmo em indivíduos saudáveis. O risco aumenta quanto maior a proximidade do grau de parentesco. Estudo desenvolvido com trabalhadores homens do interior de São

Paulo apresentou achados similares ao presente estudo.¹⁶

Um achado relevante e descrito na Tabela 4 é a comorbidades da HAS dos participantes. É consenso na literatura que a HAS é um dos fatores de risco mais importante para as doenças cardiovasculares,^{2,4-5,7,9,15,17-18} assim como a DM.^{8,15}

O controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares e desfechos como IAM, AVE, problemas renais e outras complicações quando diagnosticado precocemente e encaminhado para acompanhamento pelas equipes de saúde na atenção básica.^{15,17}

Todavia, uma pesquisa transversal desenvolvida no interior de São Paulo demonstrou que 84% dos pacientes hipertensos incluídos no estudo, não aderiam adequadamente ao tratamento medicamentoso. Os homens foram os mais resistentes a adesão medicamentosa.¹⁷

A maioria dos indivíduos (78%) fazia uso de dois ou mais fármacos, que geralmente, é uma realidade das pessoas com DCNT's, e principalmente dos portadores de HAS e DM. O uso concomitante de anti-hipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes é definido como polifarmácia. Estudo realizado com idosos acometidos por essas doenças mostrou que, o uso concomitante dessas medicações está relacionado à polifarmácia, dados que corroboram os achados deste presente estudo, uma vez que foi prevalente o uso de polifarmácia pelos participantes como esquema terapêutico.¹⁹

A quantidade de medicação de uso contínuo pode provocar maior dificuldades aos pacientes para aderirem ao tratamento. Dispensar atenção, tempo e organização pode se tornar complexo principalmente aos usuários mais idosos e baixa instrução.^{17,20}

Desde modo, entende-se que os pacientes que passaram por um IAM ou AVE, principalmente os que apresentam HAS de difícil estabilização como maior fator de risco, usualmente, são consumidores de mais de três tipos de medicações para controle do nível pressórico. O acompanhamento multiprofissional é imprescindível não somente durante a internação, mas também após alta hospitalar, pelos profissionais da atenção primária. Essas estratégias são primordiais para se evitar um novo episódio de alteração cardiovascular grave ou a mortalidade dos usuários.^{17,20}

Cita-se como limitações deste estudo, o quantitativo de participantes pós AVE, uma vez que tais pacientes mesmo em recuperação e estado de saúde estável apresentaram limitações motoras e de fala, sendo excluídos pelos critérios estabelecidos pelo estudo. Por serem os resultados circunscritos a uma única instituição de saúde, limitando o grupo de participantes, não se pode assim, ser considerado como realidade de outros serviços de saúde ou localidade, tampouco replicá-los em outros contextos.

Espera-se que este estudo contribua com subsídios para os profissionais de saúde implementarem programas de educação em saúde na fase reabilitação cardíaca e neurológica pós

alterações cardiovasculares nos hospitais gerais, principalmente na ocorrência de morbidades crônicas, assim, como direcionamento a novas pesquisas, que identifiquem o perfil desses indivíduos hospitalizados devido problemas cardiocirculatórios, para que sejam fortalecidas as fragilidades e potencialidades na atuação profissional sobre o perfil desses pacientes. Acredita-se que assim, será possível orientar o correto manejo da doença para que reduzam a morbimortalidade dessa clientela.

CONCLUSÕES

O perfil dos pacientes com alterações cardiovasculares esteve relacionado com fatores não modificáveis como os antecedentes familiares para doença cardiovascular, sexo masculino, idade avançada, mas também com fatores de risco modificáveis como a falta de hábitos saudáveis, caracterizado pelo sedentarismo e uso de tabaco e álcool. O perfil traçado dos pacientes neste estudo demonstrou vulnerabilidade social e econômica dos participantes relacionado a maior suscetibilidade de eventos cardiovasculares.

Deste modo, o sistema de saúde deve fortalecer as ações multiprofissionais na atenção primária, a fim de instrumentalizar os usuários a criação e manutenção de hábitos saudáveis, a melhor adesão ao tratamento medicamentoso a partir do olhar psicossocial.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization (WHO). Ten years in public health, 2007–2017:

report by Dr Margaret Chan, Director-General, World Health Organization. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2017[cited 2021 Jan 31]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255355/1/9789241512442-eng.pdf?ua=1>

2 Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Rev. bras. cardiol. (Impr.). [Internet]. 2015[acesso em 2020 ago 05];105(2):1-105. Disponível em: https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/12652/art_PIEGAS_Diretriz_Sociedade_Brasileira_Cardiologia_2015.PDF?sequence=1&isAllowed=y

3 Malta DC, Teixeira R, Oliveira GMM, Ribeiro ALP. Cardiovascular disease mortality according to the brazilian information system on mortality and the global burden of disease study estimates in brazil, 2000-2017. Arq. bras. cardiol. [Internet]. 2020[cited 2021 Jan 31];115(2):152-60. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20190867>

4 Lopes JM, Sanchis GJB, Medeiros JLA, Dantas FG. Hospitalization for ischemic stroke in Brazil: an ecological study on the possible impact of Hipertensão. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2016[cited 2020 May 23];19(01):122-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010011>

5 Prince AJ, Wright FL, Green J, Balkwill A, Kan SW, Yang TYO, et al. Differences in risk factors for 3 types of stroke, UK prospective study and meta-analyses.

Neurology. [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 02];90(4):e298-e306. Available from:

<https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000004856>

6 Santos LB, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Brazilian journal of development [Internet]. 2020[acesso em 2021 jan 31];6(1):2749-75. Disponível em:

<https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-198>

7 Santos J, Meira KC, Camacho AR, Salvador PTCO, Guimarães RM, Pierin ÂMG, et al. Mortality due to acute myocardial infarction in Brazil and its geographical regions: analyzing the effect of age-period-cohort. Cien Saude Colet [Internet]. 2018[cited 2020 July 23];23(5):1621-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.16092016>

8 Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Bianco HT, Chacra APM, Bertoluci MC et al. Diretriz brasileira baseada em evidências sobre prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes: posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Arq. bras. cardiol. [Internet]. 2017[acesso em 2020 ago 05];109(6Supl.1):1-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n6s1/0066-782X-abc-109-06-s1-0001.pdf>

9 Erica C, Limson L, Onofrio G, Daneshvar M, Geda M, Bueno H et al. Sex Differences in cardiac risk factors, perceived risk, and health care provider discussion of risk

and risk modification among young patients with acute myocardial infarction: the virgo study. J. Am. Coll. Cardiol. [Internet]. 2015[cited 2020 Aug 06];66(18):1949-57. Available from: <https://www.onlinejacc.org/content/66/18/1949.full>

10. Pinto LAP, Cruz ICF. Evidence-based nursing practice for planning and assistance in patients with impaired cardiovascular system in the ICU - systematized literature review. Journal of Specialized Nursing Care [Internet]. 2021[cited 2021 Jan 31];13(1). Available from:

<http://jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3385>

11 Rodrigues MS, Santana LF, Leal DB, Gomes OV. Gender and age differences in ischemic stroke in a hospital of Uberlandia, Brazil between 2011 and 2015. Rev. med. (São Paulo). [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 06];97(2):135-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p135-140>

12 Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMMM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA, et al. Cardiovascular disease epidemiology in portuguese-speaking countries: data from the global burden of disease, 1990 to 2016. Arq. bras. cardiol. [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 03];110(6):500-11. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>

13 Freire MP, Louvison MCP, Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Carmo D, Cruce, AP et al. Linhas de cuidado e acesso aos serviços especializados: caminhos e (des) caminhos na construção da integralidade no SUS. Saúde Soc. [Internet]. 2015[acesso em

2020 nov 11];24 suppl1:260. Disponível em: <http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/anais-congresso-2015.pdf>

14 Silva EF, Laste G, Torres RL, Hidalgo MPL, Stroher R, Torres ILS. Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano* [Internet]. 2017[acesso em 2020 ago 05];5(1):23-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v5i1.2339>

15 Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS. Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. [Internet]. 2016[cited 2020 Aug 01];8(2):4501-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4501-4509>

16 Simão M, Nogueira MS, Hayashida M, Cesarino EJ. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. 2002[acesso em 2020 ago 06];4(2):27-35. Disponível em: https://deploy.extras.ufg.br/projetos/fe_n_revista/revista4_2/pdf/perfil.pdf

17 Mata JGF, Godoi Filho MB, Cesarino CB. Adhesion to medicinal treatment of adults with hypertension. *Saude e pesqui. (Impr.)*. [Internet]. 2020[cited 2020 Aug 06]; 13(1):31-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4501-4509>

18 Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adherence to pharmacological treatment

in hypertensive elderly: an integrative literature review. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* [Internet]. 2015[cited 2020 Aug 06];13(1):75-84. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>

19 Santos ANM, Nogueira DRC, Gutierrez BAO, Chubaci RYS, Oliveira CRB. Cardiometabolic diseases and active aging - polypharmacy in control enfermedades cardiometabólicas y envejecimiento activo - la polimedición en el control. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 15];73(2):e20180324. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0324>

20 Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adherence to pharmacological treatment of arterial hypertension in Primary Health Care. *Saúde debate.* [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Aug 03]; 42 (116):179-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811614>

Recebido em: 06/08/2020
Aceito em: 18/02/2021
Publicado em: 26/02/2021