



Perfil epidemiológico de pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos em uma clínica particular do município de Itapuranga-GO

*Arianny Dutra Silva¹ (IC) ariannydutrasilva@outlook.com, Thiago Sardinha de Oliveira² (PG), Lanussy Porfírio de Oliveira²(PG), Laís Moraes de Oliveira Porfírio¹(PQ).

¹ Universidade Estadual de Goiás- Campus Itapuranga, GO, Brasil.

² Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Resumo:

As doenças crônicas vêm apresentando um aumento significativo nos últimos anos, dentre elas as doenças cardiovasculares, sendo responsável por um grande número de óbitos em todo o país e no mundo. A predisposição genética, consumo de bebidas alcoólicas, dislipidemia, tabagismo, diabetes *mellitus*, obesidade, sedentarismo, dentre outros, são fatores que contribuem para as DCVs. O objetivo do estudo foi identificar e descrever o perfil dos pacientes de uma clínica médica no município de Itapuranga – GO, associando-os com as variáveis estudadas. Utilizou-se um questionário com dados socioeconômicos, histórico patológico familiar, hábitos alimentares e prática de atividades físicas. O sexo feminino é mais frequente, ambos os sexos apresentam faixa etária predominante de 60 a 79 anos, não apresentam fatores de risco associados ao consumo de álcool, tabagismo e alimentação inadequada, entretanto, os participantes estão sedentários, corroborando com dados encontrados de sobrepeso na população. Os principais sintomas relatados são dor no peito, mal estar geral e coração acelerado. Os principais diagnósticos foram hipertensão, dislipidemia, insuficiência cardíaca e cardiopatia. Os resultados revelam a necessidade de planejar intervenções que visem à prevenção das doenças cardíacas, levando à diminuição de co-morbidades, e ao início de tratamento precoce diminuindo assim os agravos à saúde da população.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Epidemiologia. Clínica particular. Itapuranga.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCVs) são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos que incluem a doença coronária, cerebrovascular, arterial periférica, cardíaca reumática, cardiopatia congênita, entre outras (OMS, 2016). Os estudos epidemiológicos das DCVs tiveram início na década de 1930, em consequência das mudanças observadas nas causas de mortalidade nos Estados

REALIZAÇÃO

PRG
Pró-Reitoria de
Graduação

PRP
Pró-Reitoria de
Pesquisa e
Pós-Graduação

PRE
Pró-Reitoria de
Extensão, Cultura e
Assuntos Estudantis



Universidade
Estadual de Goiás



Unidos, a partir disso, vários trabalhos foram iniciados com o objetivo de esclarecer as causas das DCVs (KANNEI *et al.*, 1961).

No Brasil, são responsáveis por 34% dos óbitos em indivíduos adultos e cerca de 40,8% em indivíduos a partir dos 60 anos, provocando um excesso de gastos com serviços de saúde disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (AZAMBUJA *et al.*, 2008). Além do risco de mortalidade, as DCVs acarretam malefícios irremediáveis como depender do auxílio de terceiros para desempenhar suas atividades devido a limitações, que atuam de forma direta na qualidade de vida do indivíduo (MUNARI *et al.*, 2009).

Diante das informações expostas, embora existam estudos sobre as DCVs e o seu enfrentamento, ainda são imprescindíveis novas pesquisas que contribuam para o planejamento de medidas preventivas, de controle dos fatores de risco nos diferentes grupos sociais, do tratamento adequado e, por consequência a diminuição dos agravos à saúde dessa população. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é realizar a caracterização epidemiológica dos pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos em uma clínica médica de rede particular do município de Itapuranga-GO.

Material e Métodos

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Goiás, sob o parecer de número 2.051.238. Trata-se de um estudo descritivo, quanti-qualitativo do tipo transversal (estudo de prevalência) realizado entre os meses de junho e setembro de 2017, na Clínica Serv Med localizada no Município de Itapuranga-GO.

O levantamento dos dados foi realizado através de um questionário composto por 17 questões, sendo 16 objetivas e 1 descritiva, referentes aos dados socioeconômicos, histórico patológico de familiares, hábitos alimentares e prática de atividades físicas. Posteriormente ao preenchimento do questionário, verificou-se junto ao prontuário do médico se o participante se enquadrava no critério de inclusão. Foram

incluídos todos os prontuários de pacientes adultos, com mais de 18 anos, atendidos na clínica Serv Med no período deste estudo e com diagnóstico inicial de DCV.

Resultados e Discussão

A amostra constitui-se de 103 prontuários de pacientes atendidos na clínica de rede particular Clínica Serv Med. Em relação aos aspectos socioeconômicos, a maioria dos participantes foram do sexo feminino (57,3%), diferentemente de outro estudo que aponta o sexo masculino como o que geralmente é o mais acometido pelas DCVs (RIBEIRO, 2013). No Brasil, a mortalidade masculina é maior em praticamente todas as faixas etárias, embora a presença de queixas sobre a saúde e a presença em ambulatorios seja prevalente entre as mulheres (CESAR *et al*, 1996).

A faixa etária mais acometida é de indivíduos acima dos 60 anos de idade (64%), compatível com outro estudo onde as DCVs acometem mais indivíduos a partir dos 70 anos de idade (RIBEIRO, 2013), é similar ao estudo realizado com idosos em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal (PEREIRA, 2008), demonstrando que mesmo estas patologias podendo ocorrer com indivíduos de qualquer idade, os idosos são os mais acometidos por ela, pois com a velhice a incidência tende a aumentar.

TABELA 1 – Prevalência dos pacientes segundo variáveis socioeconômicas.

Perfil socioeconômico			
Faixa Etária	Feminino	Masculino	N (%)
Abaixo de 30	1 (1,8%)	2 (4,5%)	3 (2,9%)
30 a 39 anos	4 (6,8%)	5 (11,4%)	9 (8,7%)
40 a 49 anos	5 (8,5%)	4 (9,1%)	9 (8,7%)
50 a 59 anos	4 (6,8%)	11 (25,0%)	15 (14,7%)
60 a 69 anos	20 (33,9%)	13 (29,5%)	33 (32,0%)
70 anos ou +	25 (42,4%)	9 (20,5%)	34 (33,0%)

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, 16,5% dos participantes fazem o consumo (Tabela 2). Destaca-se que um conjunto de fatores de risco responde pela maioria dos óbitos por DCV e dentre esses fatores encontrasse o

consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2011). Segundo dados desta pesquisa, o sexo masculino (34,1%) com a faixa etária entre os 50 a 60 anos, são os que mais consomem álcool, comparado com o sexo feminino (3,4%), relatando o consumo de 1 a 3 vezes por semana. Houve um percentual grande entre a população estudada, de indivíduos que não consomem bebidas alcoólicas (83,5%), dados semelhantes encontramos em outra pesquisa realizada em um hospital universitário no Paraná em 2013 (RIBEIRO, 2013).

TABELA 2 – Principais hábitos relacionados à saúde

Hábitos de vida			
Etilismo	Feminino	Masculino	N (%)
Consome	2 (3,4%)	15 (34,1%)	17 (16,5%)
Não consome	57 (96,6%)	29 (65,9%)	86 (83,5%)
Tabagismo			
Não fuma	49 (83%)	27 (31,8%)	76 (73,8%)
Já fumou, mas não atualmente	8 (13,5%)	15 (34,1%)	23 (22,3%)
Ainda fuma	2 (3,4%)	2 (4,5%)	4 (3,9%)
Pratica atividade física			
Sim	6 (10,2%)	10 (22,7%)	16 (15,5%)
Não	53 (89,8%)	34 (77,3%)	87 (84,5%)
Ingestão de sal			
Alto	1 (1,7%)	3 (6,8%)	4 (3,9%)
Moderado	25 (42,4%)	22 (50,0%)	47 (45,6%)
Baixo	33 (55,9%)	19 (43,2%)	52 (50,5%)

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tabagismo, o índice dos que já fumaram e ainda fumam foram iguais em ambos os sexos. A incidência de indivíduos que já foram tabagistas, mas que deixaram de fumar é maior no sexo masculino (34,1%). Diversos estudos no Brasil e no mundo também apontam que os homens fumam mais do que as mulheres (WHO, 2013; SZWARCOWALD, 2014; MALTA, 2013).

Na presente pesquisa, quando questionados sobre a prática de atividade física, um alto índice em ambos os sexos estão sedentários, ou seja, declaram não fazer quaisquer tipos de exercícios físicos (84,5%). A inatividade física e a obesidade estão

fortemente associadas com o risco de desenvolver DCVs constituindo-se nos fatores de risco mais significativos (KRAUSS, 2000).

Quanto a ingestão de sal, a prevalência dos que relataram consumo baixo (50,5%) apresenta pouca diferença em relação aos que definiram como consumo moderado (45,6%). O consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco para a HAS (ZHAO, 2011).

A Tabela 03 destaca os principais sintomas relatados pelos participantes, dor no peito (79,6%) e mal estar geral (61,2%) foram os mais citados por ambos os sexo, porém mais frequente no sexo feminino.

TABELA 3 – Análise dos prontuários dos pacientes

Análise do prontuário			
Sintomas	Feminino	Masculino	N (%)
Dor no peito	52 (88,1%)	30 (68,2%)	82 (79,6%)
Coração acelerado	18 (30,5%)	16 (36,4%)	34 (33,0%)
Mal estar geral	43 (72,9%)	20 (45,4%)	63 (61,2%)
Falta de apetite	7 (11,9%)	1 (2,3%)	8 (7,8%)
Dor de cabeça	9 (15,2%)	5 (11,4%)	14 (13,6%)
Falta de ar	20 (33,9%)	12 (27,3%)	32 (31,1%)
Tonteira	6 (10,2%)	2 (4,5%)	8 (7,8%)
Fraqueza	10 (16,9%)	3 (6,8%)	13 (12,6%)
IMC			
Normal	25 (42,4%)	12 (27,3%)	37 (35,9%)
Sobrepeso	21 (35,6%)	24 (54,5%)	45 (43,7%)
Obesidade	13 (22,0%)	8 (18,2%)	21 (20,3%)

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

De acordo com as informações do prontuário, a partir do peso e altura foram calculados o IMC dos participantes. Em relação ao sexo feminino a maioria (42,4%) se apresenta com peso adequado comparado com a estatura. Já o sexo masculino, mais da metade está acima do peso ideal (54,5%). Realizando uma média entre os dois gêneros, a população estudada apresenta sobrepeso (43,7%).

A prevalência de sobrepeso e obesidade cresceu de forma exponencial nos último 30 anos, e passaram a fazer parte, na epidemiologia, do grupo de doenças não transmissíveis, destacando a obesidade por ser uma doença e um fator de risco para

outras doenças deste grupo (BRASIL, 2006). A obesidade pode ser definida como o armazenamento excessivo de gordura, que pode trazer consequências à saúde (WHO, 2006).

Em relação ao diagnóstico, o Gráfico 01 demonstra que a maioria dos participantes foram diagnósticos com cardiopatias (23,5%), insuficiência cardíaca (17,5%) e arritmia (13,6). Em relação ao gráfico 2, as co-morbidades que se relacionam com as DCVs, e que estão prevalentes nos pacientes atendidos foram a HAS (83,5%), Dislipidemia (25,2%) e DM (12,6%). Outros diagnósticos foram citados como: doença de chagas, hipertrigliceridemia e Edema MIS, totalizando 4,0%, entretanto, com menor incidência nos participantes deste estudo.

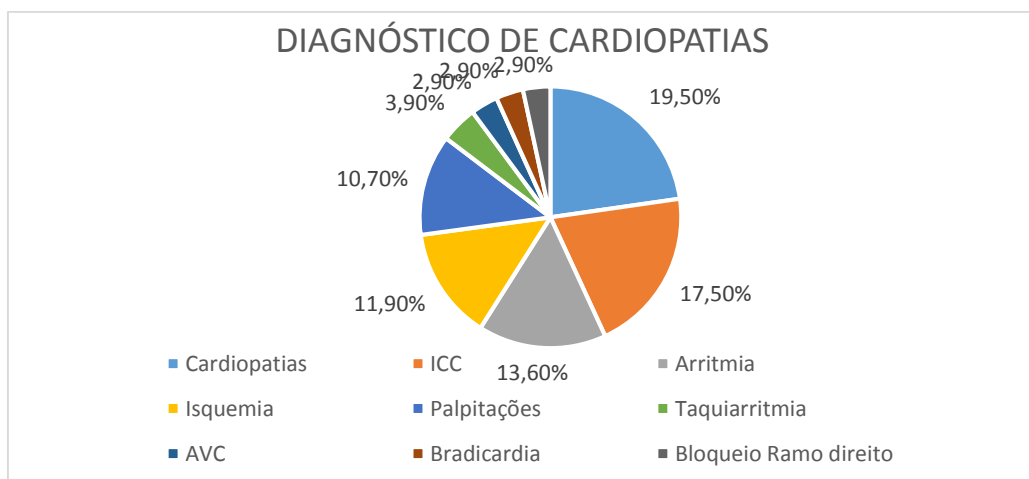


GRÁFICO 1 – Cardiopatias prevalentes nos pacientes atendidos **Fonte:** Dados da pesquisa (2017).

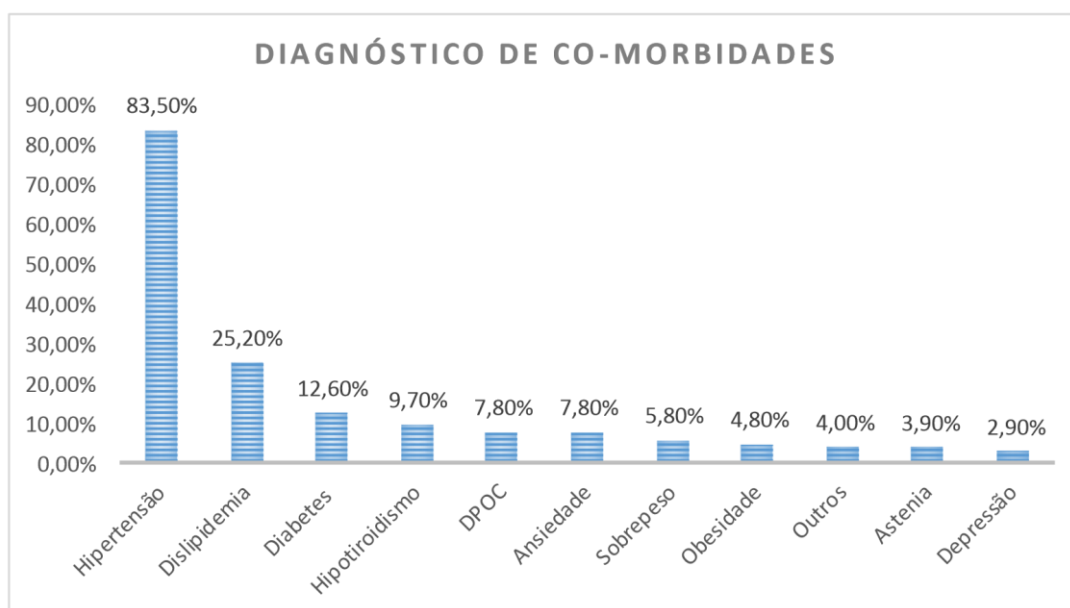


GRÁFICO 2 – Co-morbidades prevalentes relacionadas à DCVs. **Fonte:** Dados da pesquisa (2017).

Com relação ao histórico patológico pessoal, uma parcela relevante dos indivíduos atendidos, possuem ou já tiveram HAS (76,7%), Arritmia (32,0%), Dislipidemia (27,2%) e Ansiedade (26,2%). Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo que também analisa o perfil epidemiológico de paciente atendidos em um pronto socorro do hospital universitário do Paraná (RIBEIRO, 2013).

Sobre o histórico patológico familiar da população deste estudo, os índices maiores são dos que declaram que os pais ou irmãos tem ou tiveram HAS (92,2%), DM (21,3%) e Ataque Cardíaco (15,5%). A história familiar, pode ser usada como importante ferramenta na compreensão do risco a saúde de um indivíduo, podendo ser beneficiado com recomendações de mudanças no estilo de vida, já que os sujeitos de uma mesma família partilham genes, comportamentos, estilos de vida e ambientes que podem influenciar a sua saúde e no risco de doença (SOUZA, 2013).

No que diz respeito ao uso de medicamentos para tratamento das DCVs (GRÁFICO 3), os que utilizam fármacos antiarrítmicos responderam que fazem uso de Amiodarona (14,6%). Quanto a classe dos antilipêmicos utilizados no controle da dislipidemia, os mais utilizados são Ateroma (6,85%) e Atorvastatina (5,8%). Em

relação a classe terapêutica dos anti-hipertensivos os maiores índices de uso foram de Losartana potássica (38,8%), Atenolol (9,7%) e Enalapril (9,7%).

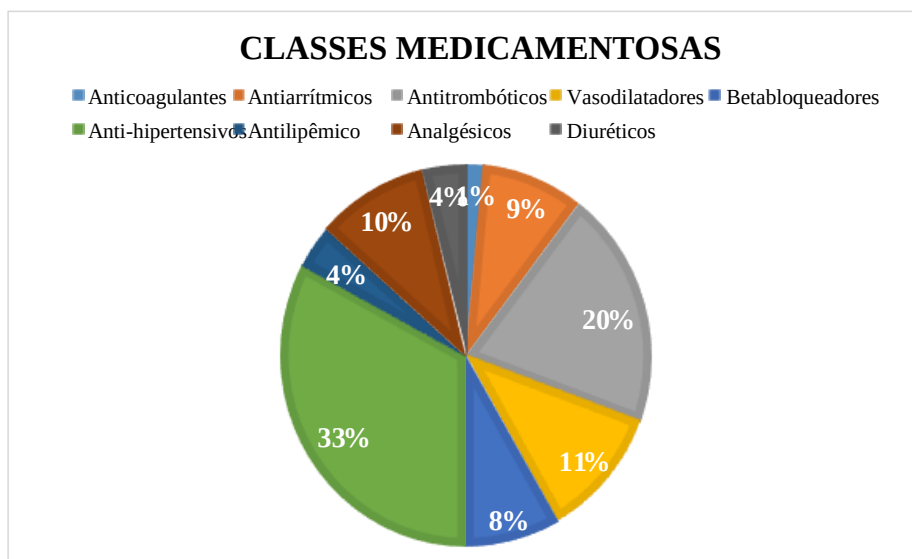


GRÁFICO 3 – Classes medicamentosas prevalentes no uso dos pacientes. **Fonte:** Dados da pesquisa (2017)

Considerações Finais

Caracterizando o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de rede particular Serv Med de Itapuranga-GO, certifica-se que o sexo feminino é o grupo mais preponderante desta pesquisa, variando a faixa etária entre os 60 a 79 anos. Em relação a etnia, estes se apresentam em massa por pardos e posteriormente brancos e negros. Dentre os sintomas referidos, a dor no peito, mal estar geral e coração acelerado são as principais queixas e eventualmente o motivo pela procura de assistência médica especializada. Isto reflete nos diagnósticos prevalentes nos pacientes, como as Cardiopatias, Insuficiência cardíaca e Arritmia; e co-morbidades relacionadas como a HAS, Dislipidemia e DM.

Evidencia-se que apesar da adesão ao tratamento e o uso de medicamentos profiláticos, mudanças no hábito de vida como a prática de atividade física e alimentação adequada são primordiais para estes indivíduos, visto que, uma parcela



relevante da população estudada se encontra sedentária, com sobrepeso e alimentação frequentemente regular.

Os resultados aqui demonstrados revelam a real necessidade de se buscar o planejamento de intervenções que visem à prevenção das doenças cardíacas, à diminuição de co-morbidades, e ao início de tratamento precoce para que se diminuam os agravos e promova-se a saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população.

Agradecimentos

À Deus, que me abençoou e me sustentou dando forças para que eu conseguisse prosseguir minha caminhada diante dos diversos obstáculos enfrentados e ir em busca de mais conhecimento.

À minha orientadora Laís, pelo incentivo, dedicação, paciência, que sempre se mostrou disposta a me ajudar a qualquer hora. Suas contribuições para minha formação foram de fundamental importância.

À todos da minha família, pelos momentos de fraternidade. À meus amados pais pelos conselhos e motivação, se estou indo em busca de meus sonhos é graças a vocês.

Aos meus colegas e a todos que de alguma forma, diretamente ou indiretamente, contribuíram para que eu conseguisse concluir este trabalho...

Muito obrigada!

Referências

COSTA, R. P. *et al.* **Fatores de Risco Cardiovascular e sua Relação com o Nível de Escolaridade numa População Universitária.** *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 28, n. 3, p. 234-243, 2015.

DALLACOSTA, M. C. **Sobrepeso como fator de risco hipertensão.** 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** Guanabara & Koogan, 1996

KLEIN, C. H. *et al.* **Arterial hypertension in Ilha do Governador, Rio de Janeiro.** Brazil: I. Methodology. *Cadernos de Saúde Pública*.1995;11:187-201.



MANSUR, A. P. FAVARATO, D. **Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 466. 13 de junho de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. **Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório.** 2016.

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

O'GARA, P.T. KUSHNER, F.G. *et al.* **Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology.** Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;127:e362-e425.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** 2003.

_____. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Organização Pan-Americana da saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2003.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular Diseases.** 2016.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: World Health Organization; 2009.