

**UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES DO SETOR DA HEMODINÂMICA NA**  
**ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE**

**PRISCILA MAYUMI DEGUCHI**  
**RAFAEL GONÇALVES SERRATO**

MARINGÁ – PR

2022

Priscila Mayumi Deguchi  
Rafael Gonçalves Serrato

**PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES DO SETOR DA HEMODINÂMICA NA  
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE**

Artigo apresentado ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Cesumar – UNICESUMAR, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em enfermagem, sob a orientação do Prof. Me. Gabrieli Patrício Rissi.

MARINGÁ – PR

2022

Priscila Mayumi Deguchi

Rafael Gonçalves Serrato

**PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES DO SETOR DA HEMODINÂMICA NA  
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade UniCesumar, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Gabrieli Patricio Rissi

Aprovado em: 11 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup> Gabrieli Patricio Rissi



Prof<sup>o</sup> Natan Nascimento de Oliveira

# PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES DO SETOR DA HEMODINÂMICA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

Priscila Mayumi Deguchi

Rafael Gonçalves Serrato

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes que foram internados no setor de hemodinâmica em um hospital privado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo. A coleta de dados aconteceu por meio de prontuários eletrônicos, disponibilizados pelo setor de hemodinâmica de um hospital privado do noroeste do Paraná, no período de julho a agosto de 2022. O levantamento de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado formulado pelos próprios autores e aplicado em todos os prontuários de pacientes internados nessa ala, considerando o período de início da implantação do setor no hospital, em setembro de 2020, até o da coleta, em junho de 2022. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples e realizada regressão logística, além de utilizar os testes Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme necessário, sendo que, para as variáveis numéricas, foram descritas a média e desvio padrão, com utilização do teste de Wilcoxon e Friedman. **Resultados:** A amostra contemplou 419 prontuários. Em relação ao perfil dos pacientes internados no setor de hemodinâmica, predomina o sexo masculino, acima de 60 anos, branco, média escolaridade, com plano de saúde privado, pré-obesidade e ocupação profissional mais frequente: do lar. A análise de correlações foi estatisticamente classificada como diferenças significativas entre as doenças hemodinâmicas e as variáveis sociodemográficas referentes a sexo, dias de internação, procedimentos prévios, diabetes, doença renal crônica, hipertensão, medicações e número de medicações. A estatística realizada a partir das variáveis testadas em conjunto, apresentou diabéticos e hipertensos com maiores chances de ocorrência de procedimentos prévios. **Conclusão:** O seguimento e aperfeiçoamento deste projeto podem proporcionar maiores informações do público acometido aos profissionais de saúde e gestores institucionais, possibilitando o planejamento estratégico para qualificação da assistência, métodos de educação permanente e promoção à saúde em relação às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco modificáveis para Doenças Cardiovasculares (DCV).

**Palavras-chave:** Hemodinâmica; Atenção Terciária à Saúde; Doenças cardiovasculares; Doença crônica.

## CLINICAL PROFILE OF PATIENTS IN THE HEMODYNAMICS SECTOR IN TERTIARY HEALTH CARE

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the clinical and sociodemographic profile of patients who were admitted to the hemodynamics sector in a private hospital. **Methodology:** This is a documental, descriptive, retrospective, quantitative study. Data collection took place through electronic medical records, made available by the hemodynamics sector of a private hospital in northwest Paraná, from July to August 2022. Applied to all medical records of patients hospitalized in this ward, considering the start period from the implementation of the sector in the hospital, in September 2020, until the collection, in June 2022. The data were analyzed using simple descriptive statistics and logistic regression, in addition to using Pearson's Chi-Square or Fisher's exact, as needed, and for numerical variables, the mean and standard deviation were described, using the Wilcoxon and Friedman test. **Results:** The sample included 419 medical records. Regarding the profile of patients hospitalized in the hemodynamics sector, predominantly male, over 60 years old, white, medium education, with private health plan, pre-obesity and most frequent professional occupation: housewife. The analysis of correlations was statistically classified as the difference between hemodynamic diseases and sociodemographic variables referring to gender, days of hospitalization, previous procedures, diabetes, chronic kidney disease, hypertension, medications and number of medications. The statistics carried out from the joint evaluations showed diabetic and hypertensive patients with greater chances of having undergone previous procedures. **Conclusion:** The follow-up and follow-up of this project can provide health professionals and entrepreneurial entrepreneurs with more information about the affected public, allowing planned planning for the qualification of care, methods of permanent education and health promotion in relation to Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) and modifiable risk factors for Cardiovascular Diseases (CVD).

**Keywords:** Hemodynamics; Tertiary Healthcare; Cardiovascular diseases; Chronic disease.

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) estão cada vez mais frequentes e são as principais causas de morte na população, cerca de 17,9 milhões de óbitos todos os anos e 31% da mortalidade global.<sup>1</sup> Com o aumento da expectativa de vida e uma maior exposição do público a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a tendência da morbimortalidade por cardiopatias é a ampliação nos próximos anos.<sup>2</sup> Esse aumento decasos é um grave problema para a saúde pública, devido ao acréscimo no custo dentro da rede de saúde.<sup>2</sup>

As DCV são alterações no funcionamento fisiológico do coração e vasos sanguíneos, as quais abrangem a doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.<sup>3</sup> Sabe-se que nas internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as principais causas primárias estão relacionadas à DCV, configura, dessa forma, cerca de um terço da admissão nesse setor.<sup>1</sup>

As causas não modificáveis que proporcionam o desenvolvimento de DCV consistem em características do indivíduo que não podem ser alteradas, relacionadas ao histórico familiar, raça, sexo e idade. Entretanto as condições modificáveis são as que permitem sofrer alterações a partir do desvinculo com agentes patogênicos e mudança de estilo de vida, como tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, dislipidemia e a hiperglicemia.<sup>3</sup> Além disso, ainda há outros coeficientes que propõem o desenvolvimento das DCV, como a má qualidade de sono e síndromes congênitas.<sup>4</sup>

Em se tratando dos principais fatores que contribuem para o surgimento das DCV, podemos nos referir à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), importante agente causador da morte por doenças cardíacas, principalmente na população idosa, além da presença de Diabetes *Mellitus* (DM), alterando o metabolismo de produção, secreção e ação da insulina, com consequentes alterações no sistema circulatório, quando não compensada.<sup>5</sup>

As dislipidemias, que consistem no aumento de colesterol total e das lipoproteínas de baixa intensidade no organismo, também são fatores de risco significativos, visto que propiciam o surgimento de placas de ateroma, com consequente oclusão de vasos e isquemia tecidual.<sup>5</sup> Ademais, torna-se importante destacar os prejuízos da inatividade física e o sedentarismo, pois eles são o quarto fator de risco de morte por DCV globalmente.<sup>5</sup>

Nesse contexto, a questão de pesquisa do presente estudo se delinea na seguinte indagação: qual é o perfil dos pacientes internados no setor de hemodinâmica de um hospital privado? Embora sejam conhecidos quais são os fatores de risco para o desenvolvimento

das morbidades cardíacas, ao conhecer o perfil epidemiológico e as características dos pacientes acometidos no setor da hemodinâmica, torna-se possível adquirir maiores informações, a fim de auxiliar a decisão e a ação dos profissionais de saúde e gestores. Desse modo, objetivou-se analisar o perfil dos pacientes internados no setor de hemodinâmica em um hospital privado.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, retrospectiva, de caráter quantitativo. A pesquisa descritiva, vinculada entre suas variáveis, refere-se a caracterizar determinada população ou manifestação. A pesquisa documental consiste em fonte de dados primários, ou seja, documentos oficiais e jurídicos que permitem adquirir informações de antemão da área de pesquisa.<sup>6</sup> O estudo retrospectivo admite a coleta de causas antecedentes à exposição de agente de risco e o acompanhamento delas por determinado intervalo de tempo.<sup>7</sup>

A coleta de informações dos pacientes foi realizada por meio dos prontuários eletrônicos referentes ao setor da hemodinâmica de um hospital privado do noroeste do Paraná. O levantamento de dados dos perfis foi aplicado a todos os pacientes necessitados desse serviço, desde o início da implantação do setor no hospital até o momento da coleta de dados, correspondendo ao período de setembro de 2020 a junho de 2022.

O departamento de hemodinâmica não é referência para a regional de saúde vinculada, ele realiza atendimento de setores da própria instituição e é disponibilizado para procedimentos eletivos de pacientes advindos das residências. Esse setor possui cinco leitos na sala de recuperação, além de uma sala cirúrgica equipada com o aparelho *Artis Zee*, da marca e modelo *Siemens*<sup>®</sup>, utilizado apenas para o propósito da ala.

A coleta de dados ocorreu de forma presencial, junto ao setor informado, em um período de dois meses, de julho a agosto de 2022. Para isso, utilizou-se um questionário estruturado criado pelos próprios pesquisadores (APÊNDICE A). Assim os dados coletados são referentes às questões sociodemográficas (sexo, idade, raça, escolaridade, plano de saúde, ocupação, consumo de medicamentos e índice de massa corpórea) e aos dados da história da doença atual e doenças prévias (cardiopatia acometida, histórico de intervenção procedimentos prévios, histórico familiar de doenças neuro/cardiovasculares, histórico de doenças neuro/cardiovasculares, comorbidades presentes no paciente).

Foram incluídos todos os pacientes que realizaram algum procedimento no setor. Os critérios de exclusão foram indivíduos que tiveram a admissão nessa ala de forma equivocada ou não relacionada aos problemas hemodinâmicos.

A análise dos dados foi apresentada através de estatística descritiva simples, uma vez que foram calculadas as frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas, utilizando a ferramenta *Google Sheets*, disponível na plataforma *Google*.

Foram realizados os testes Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme necessário. Para as variáveis numéricas, foram descritos a média e o desvio padrão, com utilização do teste de Wilcoxon e Friedman.

Para análise dos fatores associados, foi considerado o desfecho de procedimento prévio (recidiva), a partir dos valores "Não" e "Sim", assumindo valor zero e um, respectivamente. Foi aplicada regressão logística univariada e multivariada. Para a formação do modelo multivariado, foram testadas as variáveis cujo  $p < 0,20$  nos modelos univariados. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis cujo  $p < 0,05$ .

O estudo respeitou os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, que expressam preocupação com a dimensão ética, assegurando o caráter confidencial e ausência de prejuízo, físico, financeiro ou emocional para o pesquisado e todas as garantias ao participante, preconizadas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa/CNP.

O projeto de pesquisa dispensa a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de dados documentais, porém, ressalta-se que foi avaliado pelas instâncias éticas exigidas e o início da coleta de dados se deu somente após a aprovação pelo Comitê de Ética da Instituição Privada e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Cesumar, sob parecer nº 5.471.355.

### **3 RESULTADOS**

A população do estudo foi composta por 419 prontuários de pacientes que passaram pelo setor da hemodinâmica de um hospital privado. A Tabela 1 descreve o perfil sociodemográfico desse público, com maior prevalência para o sexo masculino (55,1%), faixa etária maior de 60 anos (63%), raça/cor branca (78,8%), grau de escolaridade sendo ensino médio completo (26%), plano de saúde privado (87,4%), Índice de Massa Corpórea prevalecendo pré-obesidade (20,8%) e ocupação profissional mais frequente: do lar (18,4%).



Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes da hemodinâmica de um hospital privado entre o período de setembro de 2020 a junho de 2022 (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

<b>Variáveis</b>	<b>N<sup>1</sup></b>	<b>%<sup>2</sup></b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	231	55,1%
Feminino	188	44,9%
<b>Faixa Etária</b>		
Crianças e Pré-adolescentes (< 15)	5	1,2%
Jovem (15 – 24)	5	1,2%
Jovem Adulto (25 – 44)	42	10,0%
Adulto (45 – 59)	103	24,6%
Idoso (≥ 60)	264	63,0%
<b>Raça/Cor</b>		
Branco	330	78,8%
Preto	3	0,7%
Pardo	65	15,5%
Amarelo	17	4,1%
Sem Informação	4	1,0%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabetos	19	4,5%
Lê e escreve	8	1,9%
Ensino fundamental incompleto	80	19,1%
Ensino fundamental completo	73	17,4%
Ensino médio incompleto	25	6,0%
Ensino médio completo	109	26,0%
Superior incompleto	16	3,8%
Superior completo	52	12,4%
Pós-Graduação	3	0,7%
Ensino Técnico	8	1,9%
Sem Informação	26	6,2%
<b>Plano</b>		
Sus	53	12,6%
Privado	366	87,4%
<b>IMC</b>		
Desnutrição Grau III (13 – 15,9 kg/m <sup>2</sup> )	2	0,5%
Desnutrição Grau II (16 – 16,9 kg/m <sup>2</sup> )	3	0,7%
Desnutrição Grau I (17 – 18,4 kg/m <sup>2</sup> )	2	0,5%
Normal (18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	72	17,2%
Pré-Obesidade (25 – 29,9 kg/m <sup>2</sup> )	87	20,8%
Obesidade grau I (30 – 34,9 kg/m <sup>2</sup> )	37	8,8%
Obesidade grau II (35 – 39,9 kg/m <sup>2</sup> )	9	2,1%
Obesidade grau III (> 40 kg/m <sup>2</sup> )	3	0,7%
Não contém essa informação	204	48,7%

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes da hemodinâmica de um hospital privado entre o período de setembro de 2020 a junho de 2022 (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

<b>Variáveis</b>	<b>N<sup>1</sup></b>	<b>%<sup>2</sup></b>
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	53	12,6%
Do lar	77	18,4%
Sem Informação	29	6,9%
Outro	260	62,1%
<sup>1</sup> Frequência Absoluta		
<sup>2</sup> Frequência Relativa		

Fonte: Os autores, 2022.

A Tabela 2 caracteriza o perfil clínico predecessor dos pacientes, com domínio na presença de procedimentos prévios (62,1%), ausência de informação a respeito do histórico de doenças hemodinâmicas (65%), carência de dados do histórico familiar (91%) e utilização de medicamentos (77,8) e hipertensão arterial (83%) como comorbidade.

Tabela 2 - Perfil clínico predecessor dos pacientes da hemodinâmica de um hospital privado entre o período de setembro de 2020 a junho de 2022 (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

<b>Variáveis</b>	<b>N<sup>1</sup></b>	<b>%<sup>2</sup></b>
<b>Procedimentos Prévios</b>		
Sim	260	62,1%
Não	159	37,9%
<b>Histórico de Neuro/Cardiopatias</b>		
Sim	129	30,8%
Não	16	3,8%
Não tem informação	274	65,0%
<b>Histórico Familiar</b>		
Sim	24	5,7%
Não	14	3,3%
Não tem informação	381	91,0%
<b>Uso de Medicação</b>		
Sim	326	77,8%
Não	85	20,3%
Não tem informação	8	1,9%
<b>Comorbidade</b>		
Hipertensão Arterial	278	83,0%
Diabetes mellitus	157	46,9%
Dislipidemia	85	25,4%
Doença Renal Crônica	36	10,7%
Outro	171	51,0%

Tabela 2 - Perfil clínico predecessor dos pacientes da hemodinâmica de um hospital privado entre o período de setembro de 2020 a junho de 2022 (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

<sup>1</sup> Frequência Absoluta

<sup>2</sup> Frequência Relativa

Fonte: Os autores, 2022.

Nas Tabelas 3 e 4 estão descritas as frequências absolutas e relativas das variáveis pesquisadas com relação aos desfechos primários, doenças hemodinâmicas e procedimentos prévios, consecutivamente. Nas colunas, por conseguinte, estão alocadas as patologias (Tabela 3) e a recorrência (Tabela 4), enquanto nas linhas se encontram as variáveis sociodemográficas pesquisadas. Na extrema coluna direita, tem-se o valor-p ( $p < 0,05$ ), que indica a diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência da doença ou darecorrência e as variáveis independentes.

A Tabela 3 apresenta as variáveis sexo, dias de internação, procedimentos prévios, diabetes, doença renal crônica, hipertensão, medicações e número de medicações, as quais são classificadas como diferenças significativas, o que significa que as patologias vão determinar a predominância das categorias mencionadas. Os elementos raça/cor, escolaridade, histórico familiar, dislipidemia e outras comorbidades enquadraram-se como diferenças estatísticas não significativas, ou seja, observa-se um resultado mais frequente na mesma condição para as doenças hemodinâmicas apresentadas. Repara-se a ausência do p-valor em elementos como financiamento, IMC, faixa etária e histórico de cardiopatia/neuropatia, devido à impossibilidade da análise das propriedades em razão da distribuição das frequências entre os múltiplos aspectos.

Tabela 3 - Distribuição das características sociodemográficas de acordo com as doenças hemodinâmicas (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

Variável	CCs <sup>3</sup> , N	DAOP <sup>4</sup> , N	DCbV <sup>5</sup> , N	DAC <sup>6</sup> , N	TEP <sup>7</sup> , N	Outro, N	TVP <sup>8</sup> , N	Valor-p <sup>2</sup>
Sociodemográfico	= 1 <sup>1</sup>	= 66 <sup>1</sup>	= 105 <sup>1</sup>	= 199 <sup>1</sup>	= 1 <sup>1</sup>	= 35 <sup>1</sup>	= 12 <sup>1</sup>	
<b>Sexo</b>								<b>&lt;0.001</b>
Feminino	1 (100%)	35 (53%)	58 (55%)	67 (34%)	0 (0%)	22 (63%)	5 (42%)	
Masculino	0 (0%)	31 (46%)	47 (45%)	132 (66%)	1 (100%)	13 (37%)	7 (58%)	
<b>Raça/Cor</b>								0.847
Branco	1 (100%)	52 (79%)	86 (82%)	151 (77%)	1 (100%)	30 (86%)	9 (75%)	
Preto, Amarelo e Indígena	0 (0%)	14 (21%)	19 (18%)	44 (23%)	0 (0%)	5 (14%)	3 (25%)	
Ignorado	0	0	0	4	0	0	0	



Tabela 3 - Distribuição das características sociodemográficas de acordo com as doenças hemodinâmicas (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

Variável Sociodemográfico	CCs <sup>3</sup> , N = 1 <sup>1</sup>	DAOP <sup>4</sup> , N = 66 <sup>1</sup>	DCbV <sup>5</sup> , N= 105 <sup>1</sup>	DAC <sup>6</sup> , N = 199 <sup>1</sup>	TEP <sup>7</sup> , N = 1 <sup>1</sup>	Outro, N = 35 <sup>1</sup>	TVP <sup>8</sup> , N = 12 <sup>1</sup>	Valor-p <sup>2</sup>
Não	0 (0%)	31 (47%)	76 (72%)	123 (62%)	1 (100%)	22 (63%)	9 (75%)	
Sim	1 (100%)	35 (53%)	29 (28%)	76 (38%)	0 (0%)	13 (37%)	3 (25%)	
<b>Dislipidemia</b>								0,088
Não	1 (100%)	61 (92%)	98 (93%)	164 (82%)	1 (100%)	32 (91%)	11 (92%)	
Sim	0 (0%)	5 (7.6%)	7 (6.7%)	35 (18%)	0 (0%)	3 (8.6%)	1 (8.3%)	
<b>Renal Crônica</b>								<0.001
Não	1 (100%)	60 (91%)	105 (100%)	195 (98%)	1 (100%)	30 (86%)	10 (83%)	
Sim	0 (0%)	6 (9.1%)	0 (0%)	4 (2.0%)	0 (0%)	5 (14%)	2 (17%)	
<b>Hipertensão</b>								0.023
Não	1 (100%)	8 (12%)	57 (54%)	65 (33%)	0 (0%)	10 (29%)	3 (25%)	
Sim	0 (0%)	58 (88%)	48 (46%)	134 (67%)	1 (100%)	25 (71%)	9 (75%)	
<b>Outras Comorbidades</b>								0,051
Não	0 (0%)	54 (82%)	84 (80%)	169 (85%)	0 (0%)	26 (74%)	8 (67%)	
Sim	1 (100%)	12 (18%)	21 (20%)	30 (15%)	1 (100%)	9 (26%)	4 (33%)	
<b>Medicação</b>								<0.001
Não	0 (0%)	4 (6.1%)	39 (37%)	47 (24%)	0 (0%)	7 (20%)	0 (0%)	
Sim	1 (100%)	62 (94%)	66 (63%)	152 (76%)	1 (100%)	28 (80%)	12 (100%)	
<b>Número de Medicções</b>	5.0 (NA)	6.3 (4.4)	2.3 (3.0)	3.8 (3.9)	15.0 (NA)	4.2 (3.8)	3.8 (3.0)	<0.001

<sup>1</sup> n (%); Mean (SD)

<sup>2</sup> Fisher's exact test; Kruskal-Wallis rank sum test

<sup>3</sup> Cardiopatia Congênita

<sup>4</sup> Doença Arterial Obstrutiva Periférica

<sup>5</sup> Doença Cerebrovascular

<sup>6</sup> Doença Arterial Coronariana

<sup>7</sup> Tromboembolismo Pulmonar

<sup>8</sup> Trombose Venosa Profunda

Fonte: Os autores, 2022.

A Tabela 4 apresenta as propriedades sexo, cardiopatias, diagnóstico, faixa etária, diabetes, hipertensão, medicações e números de medicações como diferenças significativas. Desse modo as variáveis analisadas ajudam o indivíduo a determinar se realizará os procedimentos prévios ou não. As características raça/cor, financiamento, dias de internação, escolaridade, histórico familiar, dislipidemia, doença renal crônica e outras comorbidades são consideradas diferenças estatisticamente não significativas. Observa-se a inexistência do p-valor em IMC e histórico de cardiopatia/neuropatia devido à impossibilidade da

investigação das propriedades em razão da distribuição das frequências entre os variados aspectos.

Tabela 4 - Distribuição das características sociodemográficas de acordo com procedimentos prévios (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Não, N = 159<sup>1</sup></b>	<b>Sim, N = 260<sup>1</sup></b>	<b>Valor-p<sup>2</sup></b>
<b>Sexo</b>			<b>0,012</b>
Feminino	59 (37%)	129 (50%)	
Masculino	100 (63%)	131 (50%)	
<b>Raça/Cor</b>			0,068
Branco	116 (75%)	214 (82%)	
Preto, Pardo, Amarelo e Indígena	39 (25%)	46 (18%)	
Ignorado	4	0	
<b>Plano</b>			0,239
Privado	135 (85%)	231 (89%)	
Sus	24 (15%)	29 (11%)	
<b>IMC</b>			
Desnutrição Grau I	1 (0.6%)	1 (0.4%)	
Desnutrição Grau II	0 (0%)	3 (1.2%)	
Desnutrição Grau III	0 (0%)	2 (0.8%)	
Não contém essa informação	103 (65%)	101 (39%)	
Normal	23 (14%)	49 (19%)	
Obesidade grau I	6 (3.8%)	31 (12%)	
Obesidade grau II	3 (1.9%)	6 (2.3%)	
Obesidade grau III	1 (0.6%)	2 (0.8%)	
Pré-Obesidade	22 (14%)	65 (25%)	
<b>Dias de Internação</b>	8.0 (18.7)	6.1 (9.5)	0,314
<b>Diagnóstico da Cardiopatia</b>			<b>&lt;0.001</b>
Cardiopatia congênita	0 (0%)	1 (0.4%)	
Doença arterial periférica	14 (8.8%)	52 (20%)	
Doença cerebrovascular	52 (33%)	53 (20%)	
Doença coronariana	79 (50%)	120 (46%)	
Embolia pulmonar	1 (0.6%)	0 (0%)	
Outro	12 (7.5%)	23 (8.8%)	
Trombose venosa profunda	1 (0.6%)	11 (4.2%)	
<b>Faixa Etária</b>			<b>&lt;0.001</b>
0 a 24	8 (5.0%)	2 (0.8%)	
25 a 59	66 (42%)	79 (30%)	
60+	85 (53%)	179 (69%)	
<b>Escolaridade</b>			0,102
Até 12 anos	106 (76%)	211 (83%)	
Doze anos ou mais	33 (24%)	43 (17%)	
Ignorado	20	6	

Tabela 4 - Distribuição das características sociodemográficas de acordo com procedimentos prévios (n=419). Maringá, Paraná, 2022.

Variáveis Sociodemográficas	Não, N = 159 <sup>1</sup>	Sim, N = 260 <sup>1</sup>	Valor-p <sup>2</sup>
<b>Histórico de Cardio/Neuropatia</b>			
Não	8 (100%)	8 (100%)	
Ignorado	151	252	
<b>Histórico Familiar</b>			0,957
Não	6 (40%)	9 (39%)	
Sim	9 (60%)	14 (61%)	
Ignorado	144	237	
<b>Diabetes Mellitus</b>			<0.001
Não	125 (79%)	137 (53%)	
Sim	34 (21%)	123 (47%)	
<b>Dislipidemia</b>			0,677
Não	141 (89%)	227 (87%)	
Sim	18 (11%)	33 (13%)	
<b>Renal Crônica</b>			0,459
Não	154 (97%)	248 (95%)	
Sim	5 (3.1%)	12 (4.6%)	
<b>Hipertensão</b>			<0.001
Não	82 (52%)	62 (24%)	
Sim	77 (48%)	198 (76%)	
<b>Outras Comorbidades</b>			0,917
Não	129 (81%)	212 (82%)	
Sim	30 (19%)	48 (18%)	
<b>Medicação</b>			<0.001
Não	70 (44%)	27 (10%)	
Sim	89 (56%)	233 (90%)	
<b>Número de Medicamentos</b>			<0.001
	2.3 (3.3)	4.9 (4.1)	

<sup>1</sup> n (%); Mean (SD)

<sup>2</sup> Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test; Wilcoxon rank sum test

Fonte: Os autores, 2022.

A Tabela 5 indica o modelo ajustado, aquele em que as variáveis são testadas em conjunto. Nas colunas, tem-se a OR, sigla de Odds Ratio (OR<1), que indica fator de proteção. Tem-se o valor-p (p<0,05), que indica a diferença estatisticamente significativa entre as variáveis. Nas linhas estão representadas as variáveis sociodemográficas utilizadas no estudo.

A categoria sexo masculino é um fator de proteção devido à contribuição de 45% menos chance de procedimento prévio, variando em um intervalo de confiança de 65% a 14%. A variável raça/cor, apontando para os pretos, pardos, amarelos e indígenas, possui um

fator de proteção com 46% menos chance para o mesmo desfecho, variando em um intervalo de confiança de 67% a 4%.

Já as doenças como DM e HAS manifestam fator de risco de, respectivamente, 118% e 160% a mais de ter procedimentos prévios na população que apresenta essas morbidades. As categorias não documentadas, a exemplo de feminino, branco, ausência de diabetes e hipertensão, foram incapazes de se analisar devido às propriedades em razão da distribuição das frequências entre os vários fatores.

Tabela 5 – Procedimentos prévios.

<b>Características</b>	<b>OR<sup>1</sup></b>	<b>IC<sup>1</sup> 95%</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	—	—	
Masculino	0,55	0.35, 0.86	<b>0,010</b>
<b>Raça/Cor</b>			
Branco	—	—	
Pretos, Pardos, Amarelos e Indígenas	0,56	0.33, 0.96	<b>0,033</b>
<b>Diabetes Mellitus</b>			
Não	—	—	
Sim	2,18	1.32, 3.64	<b>0,003</b>
<b>Hipertensão</b>			
Não	—	—	
Sim	2,60	1.61, 4.23	<b>&lt;0.001</b>

<sup>1</sup> OR = Odds Ratio, CI = Intervalo de Confiança

Fonte: Os autores, 2022.

## 4 DISCUSSÃO

O presente estudo revela quais foram as principais patologias registradas pelo setor de hemodinâmica e as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas a cada diagnóstico encontrado. Desse modo o trabalho visa relacionar o desfecho das principais categorias encontradas nas doenças predominantes com as resoluções encontradas em outras pesquisas, comparando os fatores modificáveis e não modificáveis encontrados e os perfis construídos para um planejamento estratégico e qualificação da assistência.

Considerando fatores modificáveis, a pré-obesidade e obesidade são apontadas como coadjuvantes para o desencadeamento das DCV, principalmente quando relacionadas a Acidente Vascular Encefálico (AVE), referindo-se, especificamente, às doenças



cerebrovasculares (DCbV). Um estudo realizado com 31 participantes pós AVE apresenta 71% da população abrangente com percentual de pré-obesidade e obesidade.<sup>8</sup> O mesmo estudo aponta uma prevalência medicamentosa por polifarmácia, considerando o uso de cinco ou mais medicações distintas, de 74,2% dos participantes<sup>8</sup>, compatível com os resultados desta pesquisa, que foram de 77,8%.

As variáveis sociodemográficas não modificáveis apresentam semelhança com um trabalho realizado com 77 indivíduos em tratamento pós AVE, no Nordeste do Brasil<sup>9</sup>, constituído, predominantemente, por sexo masculino, faixa etária em média de 57,3 anos, baixa escolaridade e renda. Tais resultados diferem da matriz norte-americana publicada pela *American Stroke Association*<sup>10</sup>, que tem o sexo feminino como prevalente.

Coefficientes encontrados na sociedade, como a desigualdade socioeconômica, a desinformação em saúde e o acesso aos agentes ambientais alteráveis – como etilismo, tabagismo, sedentarismo e má educação alimentar – vinculam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como as principais adversidades a serem combatidas pelo serviço de saúde, sendo 70% dos motivos de mortalidade.<sup>11</sup>

As principais morbidades relacionadas às DCNT também representam as condições que antecedem as DCV, tais como a DM, dislipidemia, HAS e cardiopatias prévias. Algumas pesquisas<sup>9,12-15</sup> demonstraram predominância de distúrbios lipídicos (77,4%), precedendo a HAS (74,2%), DM e cardiopatias (ambas com 35,5%).

Com mortalidade de 2,8 milhões de indivíduos anualmente, a obesidade é um aspecto mundial enfrentado pela população entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos e provoca consequências sistêmicas como as comorbidades, que aumentam as tarifas na abordagem terapêutica relacionada ao sobrepeso.<sup>16,17</sup>

Estudo brasileiro indica diminuição de 25% de óbitos estimulados pelas DCNT, a partir do controle do IMC<sup>15</sup>, além da redução de curvas glicêmicas e pressão arterial, incumbido dos fármacos, consistindo em plano terapêutico não farmacológico embasado em exercícios físicos e ingesta nutricional equilibrada e saudável.<sup>18</sup>

Os efeitos colaterais medicamentosos são de grande significância quando relacionados a outros fármacos em pacientes com polifarmácia, acometendo danos consideráveis.<sup>19</sup> Observou-se em idosos hipertensos, em comunhão com com outras morbidades relacionadas, como o DM, dislipidemia e obesidade, uma média de oito fármacos consumidos diariamente por indivíduo, a partir de um trabalho realizado em São Paulo.<sup>20</sup>

A aquisição medicamentosa dos indivíduos portadores de DM (42,1%) e HAS (41,3%) é por via do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a investigação realizada utilizando

dados da Pesquisa Nacional sobre o acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM).<sup>14</sup>

Estudo realizado em Florianópolis consta perda de anos de vida potencial de indivíduos pardos, equivalente a 22,8 anos em comparação a 8 anos em pessoas brancas. Isso se dá devido ao mito da democracia racial e racismo institucional instalado no acolhimento e condicionamento fornecido a esse público.<sup>21</sup>

A população masculina apresenta menor probabilidade de buscar serviço de saúde se comparada às mulheres, segundo constatou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).<sup>22</sup> Contudo também se deve considerar que houve um aumento do acesso do público masculino às estratégias estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, voltadas, sobretudo, àquelas preventivas.<sup>23</sup> Tal fenômeno pode ser relacionado, entre outros fatores, à resistência dessa população diante das ações educativas promovidas pelos profissionais e pela sobrecarga laboral que, muitas vezes, é imposta a esse público.

As principais causas de internamento no setor por DCV foram por doença coronarianas ou Doença Isquêmica do Coração (DIC) – 47,5%, as Doenças Cerebrovasculares (DCbV) com 25,1%. Um estudo observou um acréscimo da média de mortalidade relacionada as duas doenças nos últimos anos, sendo que as DIC aumentaram 4% e as DCbV 7%, desde 1996 a 2017.<sup>24</sup>

Apesar de o estudo apresentar grande quantidade de dados coletados, houve variáveis que não continham informação, o que acabou limitando a construção e análise estatística exata de um perfil clínico, propostas desde o início do trabalho. Observa-se que as categorias IMC, histórico clínico antecessor e familiar constaram respectivamente 48,7%, 65% e 91% na opção “não tem informação”, sendo assim, entende-se que os profissionais de saúde não se atentam a determinadas investigações que podem ser realizadas durante o período de admissão no setor.

Ressalta-se a importância dos funcionários da saúde para a investigação de informações prévias, queixas e o condicionamento físico do paciente no momento da admissão, disponibilizando recursos indispensáveis à construção de um plano terapêutico e priorização de prescrições e condutas multiprofissionais.<sup>25,26</sup>

## 5 CONCLUSÃO

A partir dos resultados, a análise visa apresentar o perfil dos pacientes da hemodinâmica de um hospital privado comparando com os estudos que levantam os principais fatores correlacionados à DCNT, principalmente os referentes ao sistema cardiovascular.

Dentre as principais DCV encontradas no setor, destaca-se as doenças coronarianas, doenças cerebrovasculares e as doenças arteriais periféricas. Constata-se, ainda, que o perfil hemodinâmico da instituição é composto de maior número de pacientes masculinos, idosos ( $\geq 60$ ), brancos, com ensino médio concluído, plano privado e sobrepeso.

O seguimento e aperfeiçoamento deste projeto podem proporcionar maiores informações do público acometido aos profissionais de saúde e gestores institucionais, possibilitando um planejamento estratégico para qualificação da assistência, métodos de educação permanente e promoção à saúde em relação às DCNT e seus fatores de risco modificáveis para DCV.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira KSB, Pereira LMMA. Perfil clínico de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Geral por doenças cardiovasculares. Resc [Internet]. 2019 nov 05 [citado em: 11 out 2021]; 09(2): 29-40. Disponível em: [https://www.resceafi.com.br/vol9/n2/ARTIGO\\_03\\_29a40.pdf](https://www.resceafi.com.br/vol9/n2/ARTIGO_03_29a40.pdf).
2. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. Cien Saude Colet. 2019 Fev; 24(1): 105-114. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>.
3. Nogueira ICS et al. Tabagismo e Doenças Cardiovasculares. Onscience [Internet]. 2021 jul [citado em: 11 out 2021]; 01(1): 1-9. Disponível em: <https://biblio.inc.saude.gov.br/onscience>.
4. Silva MMO, Magalhães BC, Lopes RM, Borges SPF, Albuquerque GA. Análise descritiva dos óbitos por doenças cardiocirculatórias nos sistemas de informações em saúde do Brasil. Revista Interfaces. 2020 set 11; 09(1): 894-904. doi: <http://dx.doi.org/10.16891/2317-434X.v9.e1.a2021.pp894-904>.

5. Ferreira JDF, Moreira RP, Maurício TF, Lima PA, Cavalcante TF, Costa EC. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017 dez; 11(12): 4895-905. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a15182p4895-4905-2017>.
6. Barbosa SCDA. Classificação das pesquisas e análise de dados obtidos. In: Barbosa SCDA. *Metodologia da Pesquisa Científica*. 22 ed. Maringá: UniCesumar; 2019. P. 93-114.
7. Camargo LMA, Silva RPM, Meneguetti DUO. Research methodology topics: Cohort studies or prospective and retrospective cohort studies. *J Hum Growth (Online)*. *Dev*. 2019; 29(3):433-436. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9543>
8. Henrique-Sanches BC, Caldana ML, Lauris JRP. Estudo dos hábitos de vida, doenças crônicas não transmissíveis, polifarmácia e interação medicamentosas em pacientes pós acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Development [Internet]*. 2021 Dec; v.7, n.12, p. 111333-111348. doi: 10.34117/bjdv7n12-084
9. Canuto MAO, Nogueira LT, Araujo TME. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2016;29(3):245-52.
10. American Stroke Association. Risk factors for the stroke [Internet]. [cited 2020 Oct 5]. Available from: <https://www.strokeassociation.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors>.
11. Leite MT, Dal Pai S, Quintana JM, Costa MC. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. *Rev Pesq (Univ Fed Estado Rio J., Online)*. 2015; 7(2):2263-76.
12. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuro-Psiquiatr [Internet]*. 2004; 62(3-b):844-51.
13. Diniz DLO, Barreto PR, Bruin PFC, Bruin VMS. Wake-up stroke: Clinical characteristics, sedentary lifestyle, and daytime sleepiness. *AMB Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2016; 62(7):628-34.
14. Matta SR, Bertoldi AD, Emmerick ISM, Fontanella AT, Costa KS, Luiza VL. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2018; 34(3): p. e00073817.
15. Rabacow FM, Azeredo CM, Rezende LFM. Deaths Attributable to High Body Mass in Brazil. *Prev Chronic Dis*. 2019; 16: E141.
16. World Health Organization. 10 facts on obesity [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>>.
17. Navarrete FC, Hormazábal MA, Floody PD. Niveles de obesidad, perfil metabólico, consumo de tabaco y presión arterial en jóvenes sedentarios. *Nutr Hosp*. 2015; 32(5):2000-6.
18. Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2014; 17(4):818-29.

19. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. Increasing tide of polypharmacy and drug interactions: analysis of the population database 1995-2010. *BMC Medicine*. 2015; 13(1):74-4.
20. Viana LB, Cassiani SHB. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. *Rev Bras Cardiol*. 2014; 27(3): 195-202.
21. Matos CCSA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018; 13(40): 1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1706](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1706)
22. Silva SLA, Torres JL, Peixoto SV. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2020 Mar; 25 (3): 06. DOI: 10.1590/1413-81232020253.15462018
23. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 2008 [Internet]. Brasília: MS; 2008. [acessado 2017 Maio 21]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem)
24. Mansur AP, Favarato D. Taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Câncer na População Brasileira com Idade entre 35 e 74 anos, 1996-2017. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2020 Ago; 117(2): 329-340. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200233>
25. Caldeira MM, Souza TV, Morais RCM, Moraes JRMM, Nascimento LCN, Oliveira ICS. Anotações da equipe de enfermagem: a (des)valorização do cuidado pelas informações fornecidas. *Rev Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2019 Jan 1; 11(1): 135-41. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.135-141>
26. Oliveira GN, Reis TC, Cruz DALM, Nogueira LS. Alteração de sinais vitais e desfecho clínico de pacientes admitidos em unidade de emergência. *Rev. Enferm. UFSM* [Internet]. 2020 Set 29; vol.10 e81: 1-19. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769242559>

## **APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

1. Qual o sexo dos pacientes acometidos no setor de hemodinâmica desse hospital?
  - a. Masculino
  - b. Feminino
  
2. Qual a idade média dos pacientes acometidos no setor de hemodinâmica desse hospital?
  - a. Crianças e pré-adolescentes (< 15)
  - b. Jovem (15 – 24)

- c. Jovem adulto (25 – 44)
- d. Adulto (45 – 59)
- e. Idoso ( $\geq 60$ )

3. Qual a raça do paciente internado no setor?

- a. Branco
- b. Preto
- c. Pardo/Moreno
- d. Amarelo
- e. Indígena
- f. Não sabe/Sem identificação

4. Nível de escolaridade do paciente?

- a. Analfabetos
- b. Lê e escreve
- c. Ensino fundamental incompleto
- d. Ensino fundamental completo
- e. Ensino médio incompleto
- f. Ensino médio completo
- g. Superior incompleto
- h. Superior completo
- i. Pós-graduação
- j. Curso técnico

5. Qual cardiopatia o paciente foi acometido nesse setor?

- a. Doença coronariana
- b. Doença cerebrovascular
- c. Doença arterial periférica
- d. Doença cardíaca reumática
- e. Cardiopatia congênita
- f. Trombose venosa profunda
- g. Embolia pulmonar
- h. Outros: \_\_\_\_\_

6. Plano de saúde do paciente?
  - a. Sus
  - b. Privado
  
7. Qual a ocupação do paciente no momento da internação? \_\_\_\_\_
  
8. Histórico de procedimentos prévios?
  - a. Sim
  - b. Não
  
9. Histórico de doenças cardiovasculares?
  - a. Sim, qual/quando? \_\_\_\_\_
  - b. Não
  
10. Histórico familiar de doenças cardiovasculares?
  - a. Sim
  - b. Não
  
11. O cliente apresenta comorbidades?
  - a. *Diabetes mellitus*
  - b. Hipertensão arterial
  - c. Dislipidemia
  - d. Doença renal crônica
  - e. Outras: \_\_\_\_\_
  - f. Não se aplica
  
12. Paciente utiliza algum medicamento?
  - a. Sim, qual? \_\_\_\_\_
  - b. Não
  
13. Qual o Índice de Massa Corpórea (IMC) desse paciente?
  - a. Desnutrição grau V (<10)
  - b. Desnutrição grau IV (10 – 12,9 kg/m<sup>2</sup>)
  - c. Desnutrição grau III (13 – 15,9 kg/m<sup>2</sup>)

- d. Desnutrição grau II (16 – 16,9 kg/m<sup>2</sup>)
- e. Desnutrição grau I (17 – 18,4 kg/m<sup>2</sup>)
- f. Normal (18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>)
- g. Pré-Obesidade (25 – 29,9 kg/m<sup>2</sup>)
- h. Obesidade grau I (30 – 34,9 kg/m<sup>2</sup>)
- i. Obesidade grau II (35 – 39,9 kg/m<sup>2</sup>)
- j. Obesidade grau III (> 40 kg/m<sup>2</sup>)
- k. Não contém essa informação