

# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

## SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS SUBMITTED TO THE MYOCARDIAL REVASCULARIZATION SURGERY

Alana Michelle da Silva Janssen<sup>1</sup>, Patrícia Ribeiro Azevedo<sup>2</sup>, Lísia Divana Carvalho Silva<sup>2</sup>, Rosilda Silva Dias<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** A alta prevalência da doença arterial coronariana e suas múltiplas causas desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas e o conhecimento do perfil dos pacientes. **Objetivo:** Investigar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo e transversal realizado por meio da análise de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca entre 2011 a 2013. **Resultados:** A amostra foi constituída por 72 pacientes. Identificou-se como características sociodemográficas predominantes, o sexo masculino (68,5%), cor parda (62,8%), faixa etária de 61 a 70 anos (31,4%), união estável (74,2%), ensino médio (28,5%), renda de 2 a 3 salários mínimos (28,5), exerciam atividade laboral remunerada (54,2%) e procedência do interior (52,9%). As comorbidades mais frequentes foram à hipertensão (87,1%), diabetes (44,2%), dislipidemia (18,5%), tabagismo e/ou etilismo (30,0%), infarto agudo do miocárdio (12,8%) e antecedente familiar de doença cardíaca (15,7%). As manifestações clínicas mais frequentes foram à dor precordial (52,8%), cansaço (11,4%) e a dispnéia (81,4%). Em relação ao tempo de internação, a maioria dos pacientes permaneceu com tempo de hospitalização de 6 a 9 dias (43%) e obteve alta com segmento ambulatorial de 6 a 8 semanas (84,2%). **Conclusão:** A identificação do perfil dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca poderá contribuir para a intensificação das ações educativas de prevenção à saúde subsidiando estratégias para adesão ao tratamento e controle das complicações.

**Palavras-chave:** Perfil de Saúde. Doença das Coronárias. Cirurgia Cardíaca.

### Abstract

**Introduction:** The high prevalence of coronary artery disease and its multiple causes challenge the development of preventative strategies and the knowledge of the profile of patients. **Objective:** To investigate the sociodemographic and clinical characteristics of patients submitted to the myocardial revascularization surgery at the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HUUFMA), Brazil. **Methods:** Retrospective, descriptive, cross-sectional study conducted through the analysis of medical records of patients undergoing cardiac surgery between 2011 and 2013. **Results:** The sample consisted of 72 patients. It were identified as predominant sociodemographic characteristics, male sex (68.5%), mulatto (62.8%), aged 61-70 years (31.4%), stable union (74.2%), high school (28.5%), income of 2-3 minimum wages (28.5), paid labor activity (54.2%) and coming from the interior (52.9%). The most common comorbidities were hypertension (87.1%), diabetes (44.2%), dyslipidemia (18.5%), smoking and/or alcoholism (30.0%), acute myocardial infarction (12.8%) and family history of heart disease (15.7%). The most frequent clinical manifestations were precordial pain (52.8%), fatigue (11.4%) and dyspnea (81.4%). In relation to the length of stay, most patients remained with hospitalization time of 6 to 9 days (43%) and were discharged with outpatient follow-up of 6 to 8 weeks (84.2%). **Conclusion:** The identification of the profile of patients undergoing cardiac surgery may contribute to the intensification of educational health prevention activities supporting strategies for treatment adherence and control of complications.

**Keywords:** Health Profile. Coronary Disease. Cardiac Surgery.

### Introdução

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) é o principal tratamento utilizado na correção da doença arterial coronariana (DAC). A DAC é uma condição patológica das artérias coronárias, decorrente do acúmulo anormal das placas de ateroma na parede endotelial das artérias, alterando sua estrutura e função, com estreitamento da luz do vaso e redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio<sup>1</sup>. Como categoria diagnóstica é manifestada por angina *pectoris*, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva e morte súbita.

As indicações para a CRVM são para pacientes sintomáticos e que tenham intolerância ao tratamento

medicamentoso; nos casos de lesões importantes impossíveis de serem corrigidas com angioplastia; em infarto ou choque cardiogênico; na angina instável, dentre outras<sup>2</sup>. A CRVM apresenta alta incidência de complicações e mortalidade, necessitando de uma avaliação perioperatória mais específica e padronizada na avaliação de gravidade e identificação de fatores de risco da população<sup>3,4</sup>.

A decisão favorável para se revascularizar o miocárdio deve se basear na estimativa de risco da doença modificada pelo tratamento proposto em comparação ao risco da doença mantido tratamento clínico<sup>2</sup>. Os indicadores de risco cardiovascular atuam em conjunto, e quanto maior a quantidade de fatores de risco presentes, maior será a probabilidade de surgimento

<sup>1</sup> Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão- UFMA.

<sup>2</sup> Docente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

Contato: Lísia Divana Carvalho Silva. E-mail: [liscia@elo.com.br](mailto:liscia@elo.com.br)

da doença cardíaca. A CRVM constitui-se numa opção com indicações precisas de médio a longo prazo, com bons resultados, proporcionando a remissão dos sintomas de angina e contribuindo para o aumento da expectativa e melhoria da qualidade de vida dos pacientes<sup>5,6</sup>.

A alta prevalência da DAC e suas múltiplas causas desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas e o conhecimento do perfil dos pacientes<sup>7</sup>. O objetivo desta pesquisa foi investigar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

**Método**

Estudo retrospectivo, descritivo, transversal realizado através da análise de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no período de 2011 a 2013 do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). O HUUFMA constitui-se num hospital-escola referência em cardiologia e abrange o atendimento a região metropolitana de São Luís e municípios do estado do Maranhão. As cirurgias cardiovasculares foram iniciadas em maio de 2001 com o quantitativo mensal de quinze cirurgias. Atualmente este hospital apresenta uma média de trinta e cinco cirurgias cardíacas ao mês.

A coleta de dados realizou-se no mês de novembro de 2013 no Banco de Dados do Serviço de Cirurgia Cardíaca e no Serviço de Arquivo Médico Hospitalar (SAME) do HUUFMA. Foram eleitos inicialmente 102 prontuários, sendo excluídos da análise 32 prontuários (8 prontuários não foram encontrados e 24 prontuários apresentavam registros ilegíveis e/ou incompletos). A amostra foi constituída por 70 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Utilizou-se dois instrumentos de coleta de dados, o primeiro instrumento para identificação sociodemográfica relacionada a variáveis como sexo, idade, renda mensal, profissão, estado civil, procedência, cor, escolaridade; e o segundo instrumento para a caracterização clínica relacionada ao diagnóstico médico, manifestações clínicas, presença de comorbidades, ano de internação, tempo de internação e condições de alta. Os dados foram organizados, armazenados e processados por meio do *software* Epi Info 7.0. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, sendo aprovado em 28 de setembro de 2013, parecer nº 409.330.

**Resultados**

Observou-se que 47,1 % dos pacientes realizaram a cirurgia no ano de 2012, seguido dos anos de 2011 (30,1%) e de 2013 (22,8%). As características sociodemográficas mostraram maior frequência de pacientes do sexo masculino (68,5%); procedentes do interior (47,1%); cor parda (62,8%); faixa etária de 61 a 70 anos (31,4%); união estável (74,2%); ensino médio (28,5%); exerciam atividade laboral remunerada (54,2%); renda mensal de 2 a 3 salários (28,5%) (Tabela 1).

Em relação ao perfil clínico foram identificadas nos pacientes revascularizados as seguintes comorbidades por ordem decrescente: hipertensão arterial

**Tabela 1** - Perfil sócio demográfico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio do Hospital Universitário. São Luís-MA, 2013.

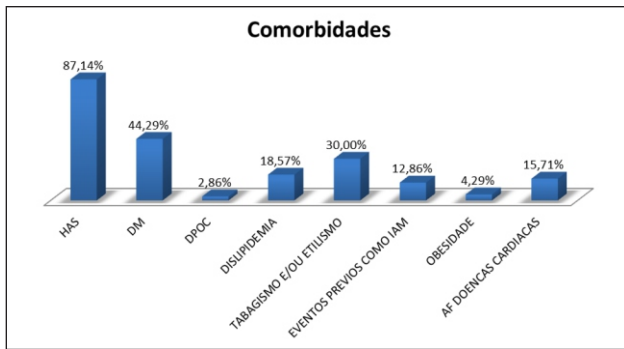
| Características                      | n         | %          |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Sexo</b>                          |           |            |
| Feminino                             | 22        | 31,4       |
| Masculino                            | 48        | 68,5       |
| <b>Idade</b>                         |           |            |
| 31 a 40 anos                         | 02        | 02,8       |
| 41 a 50 anos                         | 08        | 11,4       |
| 51 a 60 anos                         | 21        | 30,0       |
| 61 a 70 anos                         | 22        | 31,4       |
| 71 a 80 anos                         | 16        | 22,8       |
| Não informado                        | 01        | 01,4       |
| <b>Estado conjugal</b>               |           |            |
| Solteiro                             | 15        | 21,4       |
| União Estável                        | 53        | 75,7       |
| Viúvo                                | 01        | 01,4       |
| Separado                             | 01        | 01,4       |
| <b>Procedência</b>                   |           |            |
| Capital                              | 33        | 47,1       |
| Interior                             | 37        | 52,9       |
| <b>Cor</b>                           |           |            |
| Negra                                | 02        | 02,8       |
| Branca                               | 23        | 32,8       |
| Parda                                | 44        | 62,8       |
| Não informado                        | 01        | 01,4       |
| <b>Escolaridade</b>                  |           |            |
| Analfabeto                           | 04        | 05,7       |
| Ensino fundamental incompleto        | 12        | 17,4       |
| Ensino médio completo                | 20        | 28,5       |
| Ensino médio incompleto              | 03        | 04,3       |
| Ensino superior completo             | 04        | 05,6       |
| Não informado                        | 27        | 38,5       |
| <b>Renda salarial**</b>              |           |            |
| < 1 salário mínimo                   | 10        | 14,2       |
| 2 – 3 salários mínimos               | 20        | 28,5       |
| 3 – 4 salários mínimos               | 07        | 10,0       |
| Não informado                        | 31        | 44,2       |
| Sem renda                            | 02        | 02,8       |
| <b>Profissão</b>                     |           |            |
| Aposentado                           | 29        | 41,4       |
| Exercia atividade laboral remunerada | 38        | 54,2       |
| Não exercia atividade laboral        | 03        | 04,2       |
| <b>Total</b>                         | <b>70</b> | <b>100</b> |

\*União estável incluem as pessoas que moram juntas e os casados oficialmente.

sistêmica-HAS (87,1%), diabetes mellitus-DM (44,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC (2,8%), dislipidemia (18,5%), tabagismo e/ou etilismo - (30,0%), infarto agudo do miocárdio-IAM (12,8%), obesidade (4,2%) e antecedentes familiares de outras doenças cardíacas (15,7%). Foi predominante a HAS, definida como o principal fator de risco para a morbimortalidade por DAC (Figura 1).

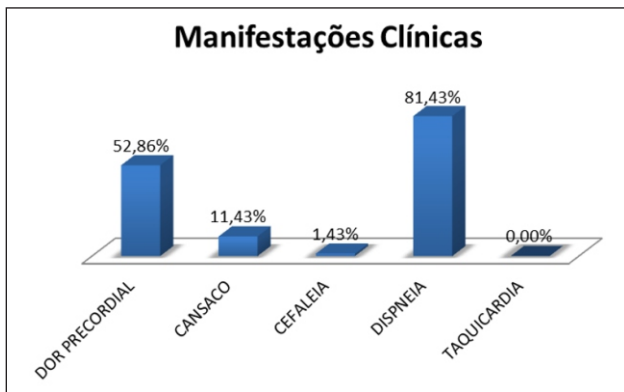
Ressalta-se que não se identificou informações em 49 prontuários (70,0%) sobre tabagismo e/ou etilismo e em 67 prontuários (95,7%) sobre a obesidade, o que sugere comorbidades subnotificadas.

Em relação às manifestações clínicas, observou-se a presença de sintomas associados, destacando-se a dor precordial (52,8%), cansaço (11,4%), dispnéia



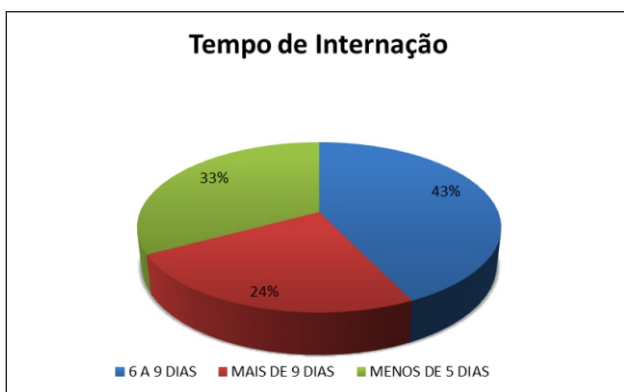
**Figura 1** - Presença de comorbidades em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio do Hospital Universitário. São Luís- MA, 2013.

(81,4%) e cefaleia (1,4%). Sintomas como taquicardia e palpitação, frequentes nos pacientes com o diagnóstico de DAC, não foram relatados neste estudo e acredita-se que a cefaleia esteja relacionada ao estado emocional, comum em situações de ansiedade, medo ou preocupação. (Figura 2).



**Figura 2** - Manifestações clínicas em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio do Hospital Universitário. São Luís- MA, 2013.

Em relação ao tempo de internação após a CRVM, 43 % dos pacientes permaneceram no hospital por um período de 6 a 9 dias e 84,2% obtiveram alta hospitalar com segmento ambulatorial de 6 a 8 semanas (Figuras 3).



**Figura 3** - Tempo de internação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio do Hospital Universitário. São Luís- MA, 2013.

## Discussão

Estudos apontam que o sexo masculino e a faixa etária acima de sessenta anos são as mais acometidas pela DAC, confirmando que a incidência de DAC aumenta com o envelhecimento<sup>3,8</sup>. A escassez de dados, advinda das pesquisas longitudinais disponíveis, não permite a conclusão de maior prevalência de DAC pelo critério isolado de cor da pele, entretanto, reconhece-se a intensa miscigenação da população brasileira e os cuidados diferenciados dispensados pelo sistema social e de saúde. Em relação à situação conjugal, pesquisas apontam que a união estável, está relacionada à maior apoio social, um importante fator a ser considerado na perspectiva da saúde<sup>9,10</sup> e, consequentemente da própria DAC.

Sabe-se, contudo, que a incidência da DAC está aumentando entre as mulheres, decorrente da perda do efeito protetor do estrogênio e principalmente sobre a adoção de fatores de risco que eram predominantemente masculinos, como estresse, tabagismo e dietas desequilibradas. A obesidade, as práticas alimentares, os estilos de vida inadequados constituem um grande desafio, especialmente pelas características sociodemográficas e regionais heterogêneas da população, comumente relacionadas aos problemas típicos da sociedade subdesenvolvida refletidos pela condição socioeconômica e educacional desfavorável que dificulta o seguimento das recomendações preconizadas<sup>9</sup>. A renda familiar destinada à manutenção da família e ao tratamento, quando baixa pode dificultar a adesão ao tratamento, assim como a participação em atividades sociais e de lazer<sup>7,11</sup>. A baixa escolaridade apresentada pela maioria dos pacientes pode estar relacionada à falta de conhecimento acerca dos fatores de risco para as doenças cardíacas<sup>12,13</sup>, além de outros fatores psicológicos, sociais e culturais envolvidos e que podem estar imbricados.

Pesquisas sobre os antecedentes dos pacientes revascularizados revelam que a hipertensão, diabetes, tabagismo, doença pulmonar, dislipidemia e obesidade são frequentes<sup>13,14</sup>. Elevados níveis de pressão arterial aumentam a possibilidade de o indivíduo evoluir para uma doença cardíaca<sup>15</sup>. A diabetes mostra-se prevalente em pacientes com doenças cardíacas indicando uma frequente comorbidade, perdendo apenas para a dislipidemia e para a hipertensão<sup>10</sup>. Mesmo nos pacientes diabéticos que controlam os níveis glicêmicos existem alterações significativas nos níveis séricos das frações dos lipídios, triglicérides e do colesterol total. Embora o risco de desenvolvimento de DAC aumente com a intensidade da dislipidemia, a importância epidemiológica refere-se principalmente às leves e moderadas alterações, que se encontram na faixa de 200 a 240 mg/dl de colesterol total, onde se enquadram 80% dos pacientes com IAM e com antecedentes de hipertensão e/ou diabetes<sup>16</sup>.

O presente estudo revelou ausência de informações sobre tabagismo e/ou etilismo e obesidade, sugerindo-se subnotificação nos prontuários dessas comorbidades. Sabe-se que a obesidade, o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo vêm aumentando consideravelmente na sociedade, constituindo-se como fatores de risco significantes para a DAC. O taba-

gismo duplica o risco de DAC estando diretamente relacionado ao número de cigarros consumidos. Indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia possuem um risco cinco vezes maior de morte súbita do que indivíduos não fumantes<sup>17</sup>. Em estudo sobre o perfil de pacientes revascularizados identificou-se o etilismo e tabagismo como fatores de risco principais para a DAC, sendo o tabagismo 55,0% dos pacientes e o etilismo 10,0%<sup>10</sup>. A obesidade é um distúrbio crônico metabólico associado à DAC, com índices de morbidade e mortalidade aumentados. A perda de peso, embora sem comprovação científica para diminuição de mortalidade, parece reduzir risco para DAC e diabetes mellitus, principalmente em obesos<sup>18</sup>. A obesidade está relacionada com o aumento do risco de IAM e morte prematura, encontrando-se forte associação entre essas variáveis<sup>19</sup>.

A presença de antecedentes familiares de doenças cardíacas é considerada fator de risco não modificável e independente. Sabe-se que pacientes com antecedentes em primeiro grau que apresentaram doenças cardíacas têm maiores riscos de desenvolver a DAC que a população em geral<sup>20</sup>. O conhecimento dos fatores de risco pode proporcionar modificações nos hábitos de vida e um incentivo a prática de autocuidado<sup>5,21</sup>.

Estudo com pacientes revascularizados identificou como principais comorbidades a hipertensão, dislipidemia, história familiar de DAC, tabagismo, intervenções coronárias percutâneas prévias, insuficiência renal crônica, hipertensão pulmonar e DPOC. O tempo de internação foi de nove dias e as comorbidades não alteraram de forma significativa o número de dias de internação após a CRVM<sup>22</sup>. Estudo com 331 pacientes submetidos à CRVM identificou a dor precor-

dial como principal manifestação clínica (35,6%)<sup>21</sup>.

Na maioria dos estudos os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca recebem alta com segmento ambulatorial no mínimo entre 4 a 6 semanas. Não foi encontrada na literatura a prevalência de alta sem segmento ambulatorial. Recomenda-se o acompanhamento após a alta para avaliação do retorno à vida cotidiana e prevenção de possíveis complicações<sup>14,15,23</sup>.

O perfil dos pacientes submetidos à CRVM, tem se modificado para um grupo de pacientes mais idosos com presença de comorbidades e manifestações clínicas, como hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, etilismo, infarto, antecedentes de doenças cardíacas, dor precordial, cansaço e a dispneia, configurando-se, portanto, um perfil de risco importante. Ressalta-se que o controle das comorbidades não só depende das mudanças de hábitos de vida, mas também da adesão ao tratamento. Logo, considerar a perspectiva dos pacientes portadores de DAC submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, oferece uma nova perspectiva para planejar estratégias de promoção da saúde, de identificação e detecção precoce de sinais da doença, com implicações na satisfação e utilização dos cuidados de saúde. Essa ação contribui, conseqüentemente, para diminuir a morbimortalidade e prevenção de eventos mais graves.

O estudo apresenta algumas limitações como o conhecimento de uma realidade de um grupo específico e informações não descritas e/ou o preenchimento incompleto dos prontuários. Portanto, a generalização dos achados deste estudo se mostra limitante, mas sugere-se que a proposta de pesquisa seja ampliada a outras realidades e serviços.

## Referências

1. Leão PA. et al. Causas do infarto do miocárdio: a compreensão da paciente mulher. *Rev Soc Cardiol*, 2011; 21(4): 28-32.
2. Rocha LA, Maia TF, SILVA, LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*, 2006; 59 (3): 321-326.
3. Gardone DS, Correa MM, Salaroli LB. Associação de fatores de risco cardiovascular e do estado nutricional sobre complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Pesq Saúde*, 2012; 14(4) 50-60.
4. Oliveira EL, deWestphal GA, Mastroeni MF. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2012; 27(1): 52-60.
5. Lima, FET. Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. *Rev Rene*, 2012; 13(4): 853-60.
6. Cavenaghi S. Fisioterapia respiratória no pré e pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2011; 26(3) 445-91.
7. Rodrigues GRS, Cruz EA da; Gama GGG. Perfil sociodemográfico de pacientes atendidos em ambulatório de Isquemia Cardíaca. *Rev Enferm*, 2009; 17(4): 491-495.
8. Norris CM, Hegadoren KM, Patterson L, Pilote L. Sex differences in prodromal symptoms of patients with acute coronary syndrome: a pilot study. *Prog Cardiovasc Nurs*. Winter, 2008; 23(1): 27-31.
9. Baggio MA. et al. Incidência e características sociodemográficas de pacientes internados com coronariopatia. *Rev Enferm*, 2013; 3(5): 73-81.
10. Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text. *European Heart Journal*, 2005; 26 (22): 247-212.
11. Santana GR. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no estado de Sergipe. *Cad Graduação*, 2013; 1 (17): 113-123.
12. Bonotto JM, Boer LA. Estudo sobre o perfil do paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio em um hospital na região Sul Catarinense. *Rev Enferm*, 2011, 1(1): 11-12.
13. Hravnak et al. Symptom expression in coronary heart disease and revascularization recommendations for black and white patients. *Am J Public Health*, 2007; 97(9): 1701-1708.
14. Magalhães MGPA, Alves LMO. Mediastinite pós-cirúrgica em um Hospital Cardiológico de Recife: contribuições para a assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2012.
15. Chavaglia AU, Silva CA. *Análise dos fatores de risco cardiovascular na Hipertensão Arterial Sistêmica* [monografia]. Belém: curso de Fisioterapia, Universidade da Amazônia-UNAMA, 2010.
16. Fernandes MVB, Aliti G, Souza N. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev*

- Eletr Enf*, 2009; 11(4): 993-999.
17. Schutz R. Associações entre diferentes fatores de risco para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial de pacientes com dislipidemia pertencentes a uma comunidade universitária. *RBAC*, 2008; 40(2): 97-99.
  18. Moura DD, Carvalho JMS, Correa RP. *Análise da distribuição dos fatores de risco coronariano em alunos da UNAMA entre 20-30 anos* [monografia]. Belém: Fisioterapia, Universidade da Amazônia – UNAMA, 2007.
  19. Gomes F. Obesidade e doença arterial coronariana: papel da inflamação vascular. *Rev Bras Cardiol*, 2010, 94(2): 273-279.
  20. Lima FET. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza – CE. *Rev Rene Fortaleza*, 2009,10(3): 37-43.
  21. Kaufman R. Perfil Epidemiológico na Cirurgia de Revascularização Miocárdica. *Rev Bras Cardiol*, 2011; 24(6): 369-376.
  22. Tonial R, Moreira DM. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no instituto de cardiologia de Santa Catarina, São José - SC. *Arq Catar Medic*, 2011; 40(4): 234-239.
  23. Rocha ASC. *Estudo comparativo entre os tratamentos: médico, angioplastia, ou cirurgia em portadores de doença coronária multiarterial: estudo randomizado (MASS II)*. 2009. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.