

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Mestrado em Ciências Da Saúde

Sabina Dias Rangel

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ADULTOS
INTERNADOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES E GRAU DE
ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO**

Orientadora: Profa. Dra. Jane Eston Armond

SÃO PAULO

2023

Sabina Dias Rangel

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ADULTOS
INTERNADOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES E GRAU DE
ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada em programa
de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade
Santo Amaro.

Orientador (a): Prof^ª. Jane Eston Armond

SÃO PAULO

2023

S116pp Rangel, Sabina

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES E GRAU DE ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO / Sabina Rangel. — São Paulo, Universidade de Santo Amaro 2023.

25f.

Dissertação (Ciências da Saúde) — Universidade de Santo Amaro, São Paulo, 2023.

Orientador(a): Dra. Jane Eston Armond

1. Doenças cardiovasculares. 2. Atenção básica. 3. Epidemiologia. I. Título.

**Á minha mãe, Teresa Rangel.
Amiga, professora, conselheira.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar comigo em todos os momentos e por me dar saúde para que pudesse realizar os meus sonhos.

Á minha família, por sempre me incentivar a continuar meus estudos e a busca pelo desenvolvimento pessoal.

Á minha orientadora Jane Eston Armond, por todo seu apoio, delicadeza, sensibilidade e tutoria ao longo do curso e do desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Conforme a transição epidemiologia das ultimas décadas no Brasil, os casos envolvendo doenças cardiovasculares aumentaram, tornando-se a principal causa de morte nos últimos anos. **OBJETIVO:** traçar o perfil de pacientes adultos internados por doenças cardiovasculares em hospital geral da Região Sul do município de São Paulo e verificar a assistência ao tratamento na Atenção Básica. **MÉTODO:** estudo transversal, descritivo e analítico de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no Hospital Geral do Grajaú, de pacientes internados por Doenças Cardiovasculares, no Pronto Socorro e Enfermaria de Clínica Médica no período de outubro de 2021 a dezembro de 2022. Foi utilizado questionário fechado, aplicado pela pesquisadora, a 52 pacientes escolhidos aleatoriamente, conforme diagnóstico, a serem acompanhados pós-alta hospitalar por até 60 dias. Questionário aplicado por via telefônica pela pesquisadora de 1 a 4 vezes no período estipulado. Dados coletados após as aprovações dos CEPs da UNISA e do Hospital Escola. **RESULTADOS:** A taxa de participantes que receberam indicação de tratamento pós alta foi de 92,59%, porem os pacientes que aderiram ao tratamento foram apenas 74,07%. **CONCLUSÕES:** Eventos cardiovasculares não são exclusivos da população idosa, uma vez que acometem bastante a meia idade também, e dependendo dos hábitos e das condições de vida de cada paciente, a adesão ao tratamento pode ser dificultosa.

Palavras chave: Doenças cardiovasculares, atenção básica, epidemiologia.

ABSTRACT

*Due to the epidemiologic transition in Brazil on the last decades, the number of cases involving cardiovascular diseases increased, becoming the main cause of death in the last years. **OBJECTIVE:** trace the profile of adult patients hospitalized by cardiovascular diseases in the general hospital in the Southern Region of the City of São Paulo and verify the level of assistance in the treatment of primary care. **METHOD:** A transversal, descriptive and analytical study of quantitative approach. The data was collected in the General Hospital of Grajaú from patients hospitalized by cardiovascular diseases in the hospital's Emergency Room and Medical Clinic Ward from october of 2021 to december of 2022. A closed questionnaire was applicated by the researcher to 52 randomly chosen patients, following diagnosis, to be accompanied post hospital discharge for 60 days. Another questionnaire was done via telephone by the researcher from 1 to 4 times in the stipulated period. Data collected after the approval from the Clinical Research Committees of UNISA and the School Hospital. **RESULTS:** The rate of patients who received a post-discharge treatment indication was of 92,59%, however, only 74,07% of patients adhered to the treatment. **CONCLUSIONS:** Cardiovascular events are not exclusive to the elderly population, since they also affect greatly middle-aged people, and depending on each patient's life habits and conditions, staying adherent to the treatment can be difficult.*

Keywords: *Cardiovascular diseases, primary care, epidemiology*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
OBJETIVOS	16
METODOLOGIA	17
RESULTADOS	19
DISCUSSÃO	23
LIMITAÇÕES DE ESTUDO	25
CONCLUSÃO	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de características sócio-demográficas dos participantes do estudo que aceitaram acompanhamento	17
Tabela 2 - Proporção de hábitos e de antecedentes clínicos pessoais dos participantes do estudo	18
Tabela 3 - Taxa de efetividade ao tratamento e acompanhamento pela atenção básica dos participantes que aceitaram o acompanhamento pelo estudo	19
Tabela 4 - Proporção de menção dos fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento, pelos participantes que aceitaram o acompanhamento da pesquisadora	20

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) integram um conjunto de múltiplos fatores de alterações orgânicas, que resultam em condições crônicas de saúde de início gradual, prognósticos geralmente incertos e sua origem não é infecciosa. Em geral, a duração desses acometimentos é longa ou indefinida, e é comum que o seu desenvolvimento, gere incapacidades no indivíduo, demandando atenção integral dos serviços de saúde¹.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, pode-se destacar a classe das doenças cardiovasculares, que no Brasil representaram, segundo dados da OMS de 2017, 74% do total de óbitos por todas as causas ocorridos no país, com destaque para as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) que representam 31% dentre todos os óbitos¹⁻².

Por definição, as alterações cardiovasculares são manifestações clínicas, que afetam o coração e as artérias, causando distúrbios graves, que podem levar o indivíduo à morte. Dentre elas, pode-se destacar o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)³.

O acidente vascular encefálico é um agravo clínico considerado grave e trata-se de um evento neurológico agudo de rápida evolução dos sinais e sintomas. Pode ser considerado uma alteração cardiovascular porque é, em geral, ocasionado pela obstrução ou pela ruptura dos seios venosos e/ou das veias cerebrais, que gera uma isquemia e o infarto local devido à deficiência no suprimento sanguíneo e nutrientes essenciais para os neurônios⁴.

Recentes dados epidemiológicos descrevem esse agravo como a segunda principal causa de morte no mundo, acometendo principalmente adultos de meia-idade e idosos. Atualmente 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^{3, 5}.

Em relação ao infarto agudo do miocárdio, este é 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. Sobre a taxa média de mortalidade por IAM no Brasil, esta acomete em maioridade os homens, com média de 108,14 óbitos/100.000, em comparação à mulheres que possuem taxa média de mortalidade de 61,49 óbitos/100.000⁶.

Diante do exposto surgiu a questão problema deste estudo: qual o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral da zona sul de São Paulo e qual o grau de assistência no tratamento desses pacientes após a internação, com vistas a diminuir o número de reinternações e propor estratégias para melhorar esta assistência.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Transição epidemiológica por doenças cardiovasculares

O conceito de transição epidemiológica está relacionado às mudanças ocorridas ao longo do tempo nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas⁷⁻⁸.

Existem três grandes questões que caracterizam esse processo de transição epidemiológica: a substituição da prevalência de doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e a transformação de um cenário em que predomina a mortalidade para outro no qual a morbidade é dominante. Desse modo, Lerner (1973) considerou que a transição epidemiológica faz parte de um conceito mais amplo, o conceito de *transição da saúde*, que inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas⁹.

É comum a literatura acerca do tema correlacionar diretamente os processos de transição epidemiológica e de transição demográfica. A explicação para isso toma como base o fato de que o avanço da qualidade dos serviços de saúde ocasiona um declínio da mortalidade relacionada às doenças infecciosas, processo que tende a beneficiar os grupos mais jovens da população, que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, as doenças não-transmissíveis tornam-se mais frequentes¹¹⁻¹².

Apesar de conceitualmente bem descrito, os estudos acerca da transição epidemiológica na prática não obedecem aos mesmos parâmetros na sequência, intensidade e velocidade em diferentes regiões. Há que se considerar questões sociais interferindo nesse processo, e Possas (2001) pontua a heterogeneidade das sociedades contemporâneas e dos

espaços urbano e rural. Outra grande crítica encontrada na literatura destacando debilidade do esquema teórico da transição epidemiológica seria a de enfatizar a tecnologia médica como principal alternativa interveniente no curso da transição, desconsiderando o papel que as variáveis econômicas e sociais desempenham neste processo¹³⁻¹⁴.

O Brasil é um grande exemplo de interferência social nesse processo de transição epidemiológica. Isso porque no país esse processo não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos. Percebe-se uma sobreposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas. Autores citam como exemplo a alta prevalência de doenças como a dengue, malária, hanseníase, tuberculose e leishmanioses, principalmente nas regiões norte e nordeste, indicando uma natureza não-unidirecional denominada contra transição. Esse fenômeno é curioso e vai na contramão da transição descrita na literatura porque o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbimortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada. Ainda assim, o envelhecimento rápido da população brasileira percebido nas últimas décadas traz uma demanda por serviços médicos e sociais característicos de uma transição epidemiológica para doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças cardiovasculares^{11,14,15}.

Essa modificação no perfil de saúde da população brasileira, ainda que de forma mais lenta que em países desenvolvidos, resulta em um novo padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Stevens *et al.* (2017) em seus estudos acerca dos custos das doenças cardíacas no Brasil apontam que estas resultam em um alto custo e impacto na sociedade devidos às despesas com tratamento de saúde, perda de produtividade no emprego, custos do fornecimento de assistência formal e informal e perda de bem-estar e qualidade de vida que essas ocasionam¹⁶.

Quando considera-se o contexto social e meio ambiente, as ações de promoção e prevenção em saúde, com certeza, reduziriam a morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.¹⁴

Como sustentação para essa afirmação, dados recentes da *World Heart Federation* (2017) apontam que as doenças circulatórias constituem o maior ônus para a saúde no mundo,

sendo responsáveis por mais de 17 milhões de mortes a cada ano, o que representa metade de todas as mortes por doença não transmissível¹.

Mortalidade por doenças cardiovasculares na população Brasileira

Como consequência da transição epidemiologia percebida nas últimas décadas no Brasil, o número de casos envolvendo doenças cardiovasculares aumentou consideravelmente, chegando a tornar-se a principal causa de morte nos últimos anos. Esse aumento impacta diretamente nos níveis de mortalidade geral da população brasileira e consequentemente na expectativa de vida, pois alguns autores descrevem, inclusive, que se houvesse a eliminação das doenças cardiovasculares o ganho adicional de expectativa de vida seria de dois anos, o maior registrado entre todas as causas de morte¹⁷.

Autores registram que na década de 1980, período de início da transição epidemiológica no Brasil, as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares se encontravam em tendência de queda em todas as regiões do país, ainda que percebida de modo heterogêneo nas diferentes regiões. No entanto, o movimento notado nos últimos anos é de crescimento nessas taxas de mortalidade por DCV, e a literatura trás de forma sólida o crescimento da população idosa como explicação para esse fenômeno^{18,19}.

A terapia trombolítica vem sendo utilizada em quantidade crescente no Brasil desde a sua liberação pelo Ministério da Saúde em 2001. Poucos são os dados publicados, mas já há centros com mais de 100 pacientes tratados, com resultados de eficácia e segurança semelhantes ao estudo NINDS³⁹, o que diminuiu a mortalidade por IAM. O conceito de unidade coronariana para tratamento das coronariopatias foi introduzido também na segunda metade do século XX, no Reino Unido, e o simples estabelecimento de cuidados específicos em ambiente de terapia intensiva reduziu a mortalidade aguda de 30 para 15% e permitiu o diagnóstico e tratamento de suas principais complicações⁴⁰.

Por ter dimensões continentais e altas especificidades em cada região, a maioria dos estudos acerca da mortalidade por DCV no Brasil são pensados de forma regional. Isso porque atualmente tem-se o conhecimento da existência de variações espaço-temporais nas taxas de mortalidade que necessitam de uma maior investigação. Por exemplo, em escala municipal é comum serem observados pequenos números e pequenas flutuações nos índices de mortalidade por causas cardiovasculares. Desse modo, para traçar essas taxas são adotados métodos que minimizem os efeitos desses pequenos números no denominador e permitam

estimativas confiáveis para essas pequenas áreas, garantindo assim uma melhor avaliação, um melhor planejamento e priorização de ações de saúde pública.^{2, 20}

Um estudo com o objetivo de estimar a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos municípios brasileiros revelou que as médias das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares foram as mais altas em todas as regiões, mas apresentaram os maiores declínios entre os períodos de 2010 a 2012 e 2015 a 2017, revelando um paradoxo relativo à transição epidemiológica, em especial no Nordeste, uma das regiões brasileiras menos desenvolvidas¹⁷.

Relativo a esse paradoxo, estudos nacionais que verificaram relação inversa entre indicadores socioeconômicos e morbimortalidade por doenças cardiovasculares associam essas diferenças à heterogeneidade da qualidade da informação sobre mortalidade entre as unidades federativas e macrorregiões brasileiras. No entanto, há que se considerar que a cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e a qualidade dessas informações sobre causas de morte vêm progredindo ao longo das últimas décadas no Brasil, resultado da implementação de intervenções governamentais coordenadas entre os níveis de governo municipal, estadual e federal, prevendo uma maior confiabilidade das estimativas no futuro e até mesmo a redução da probabilidade de morte 20,5% em 2025, de acordo com um estudo que prevê que o Brasil atingirá a meta global de redução de mortalidade por DCNT para 25% até 2025^{2,17,20}.

No entanto, é necessário considerar outro fator que deve influenciar futuramente nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, que é a recente pandemia causada pelo até então novo corona vírus. Fato paradoxal que a doença causada pelo SARS COV-2 esteja levando ao aumento das doenças cardiovasculares. O acúmulo de dados liga o COVID-19 ao aumento da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020) chamam atenção para novos casos de arritmias (16%), isquemia miocárdica (10%), miocardite (7,2%) e choque (2%) relacionados a complicações da infecção pelo Sars-Cov-2, prevendo também impacto negativo nas futuras taxas de mortalidade por DCV no Brasil^{20,22,23}.

Mortalidade por doenças cardiovasculares na população de São Paulo

Um levantamento epidemiológico realizado pela Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo (SOCESP) com recorte de 2005 a 2015 revelou que a mortalidade por doenças cardiovasculares não caiu nesses 10 anos em São Paulo. A priori é considerado um resultado alarmante, uma vez que o estado de São Paulo é o estado mais rico do Brasil e as características socioeconômicas e demográficas do estado são semelhantes às de países desenvolvidos, onde há constante redução de óbitos por essa causa. No entanto, a consideração do fator de pouca subnotificação de casos e alimentação constante do SIN é um fator que pode contribuir para esse alto registro de mortalidade por DCV²¹.

Além disso, a alta prevalência de fatores de risco na população de São Paulo, que acaba sendo influenciados pelos hábitos urbanos da população, contribui também para essa alta na taxa. Um estudo com 2.007 pacientes de ambos os gêneros, de quatro cidades do Estado de São Paulo, em 102 unidades básicas de saúde constatou alta prevalência de obesidade, tabagismo e hipertensão arterial sistêmica. Identificou, ainda, nível defasado de instrução educacional associado à baixa renda familiar, onde 79% dos avaliados não haviam concluído o Ensino Fundamental e 78% tinham renda familiar inferior a dois salários mínimos²⁴.

É válido considerar ainda que a cidade de São Paulo apresenta baixo controle dos fatores de risco cardiovascular. A SOCESP (2018) registrou que somente metade dos pacientes de um estudo epidemiológico com histórico de hipertensão apresentava pressão arterial dentro das metas preconizadas pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia; apenas um quarto dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 apresentavam valores de glicemia dentro das metas preconizadas pelas diretrizes médicas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); e o controle da dislipidemia (colesterol e/ou triglicérides elevados) é o fator de risco cardiovascular menos controlado, em que somente 16% apresentavam valores dentro das metas preconizadas pela diretriz da SBC^{24,25}.

Desigualdades e fatores de risco para DCV

Entre os fatores de risco, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é apontada como o mais importante para as DCV. Estudos apontam que cerca de 80% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 40% dos óbitos por doença coronariana são resultantes de HAS. Somente a doença hipertensiva por si é responsável diretamente por cerca de 5% dos óbitos

dentro do grupo das DCV. Entre os outros fatores de risco, as dislipidemias e o Diabetes Mellitus (DM) são patologias que apresentam os maiores índices de morbidade e mortalidade cardiovascular. Uma explicação para essa ocorrência seria porque esses fatores de risco cardiovasculares, quando presentes, isoladamente ou associados, determinam um processo acelerado de envelhecimento dos vasos, fazendo com que mais precocemente aconteça uma resposta endotelial alterada e predispõe o vaso a todas condições dessa disfunção^{18,26}.

Além desses fatores principais, pontos como a idade, o sexo, tabagismo, sedentarismo, obesidade e história familiar prematura para doenças cardíacas são apontados também como fatores de risco para as DCV. Dados epidemiológicos evidenciam que a probabilidade de um indivíduo de 50 anos, sem exposição a fatores de risco conhecidos, desenvolver um evento coronariano é de 6% em 10 anos, enquanto que um indivíduo de 60 anos passa a ter a probabilidade de 9% para desenvolver o mesmo evento².

Autores costumam classificar ainda os fatores de risco cardiovasculares em dois grupos: aqueles não suscetíveis à modificação e/ou eliminação, ditos não modificáveis, e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos. No grupo dos fatores de risco não modificáveis, cita-se a hereditariedade, idade, raça e sexo. Dentre os modificáveis exemplos são HAS, tabagismo, dislipidemias, DM, hipertrigliceridemia, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais hormonais e estresse¹⁸.

Embora a ausência de fatores de risco não exclua necessariamente a probabilidade de desenvolver doença cardiovascular, autores concordam que a redução da morbidade e mortalidade por DCV deve estar direcionada na promoção de atitudes que visem mudanças de comportamento da população alvo com vistas a intervir nos fatores de risco modificáveis^{20,24}.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes adultos internados por doenças cardiovasculares em hospital geral da Região Sul do município de São Paulo e verificar grau de assistência na atenção básica dos mesmos pós-alta.

Objetivo específico

- Em relação ao perfil clínico e epidemiológico dos pacientes, verificar:
 1. Sexo, idade, procedência, vinculação à UBS;
 2. Motivo da internação, outras morbidades, tabagismo, etilismo, tratamento prévio, número de internações anteriores (motivos).

- Em relação à continuidade do tratamento verificar:
 1. Retorno à UBS, pós-internação, encaminhamento para AME;
 2. Tratamento proposto, continuidade;
 3. Dificuldades na continuidade do tratamento;

MÉTODOLOGIA

Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional, transversal e longitudinal descritivo.

Local do estudo

Os dados foram coletados no Hospital Geral do Grajaú, Hospital Escola vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, administrado pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírío Libanês, em parceria acadêmica com a Universidade de Santo Amaro, reconhecido como referência secundária de Atenção a Saúde para a Subprefeitura de Capela do Socorro e Parelheiros com atendimento exclusivamente SUS.

População de Estudo

Foram entrevistados todos os pacientes adultos internados por Doenças Cardiovasculares, no Pronto Socorro e Enfermaria de Clínica Médica do hospital no período de dezembro de 2021 a dezembro de 2022.

Acompanhamos os 60 pacientes na após alta por 60 dias, para verificarmos a assistência ao tratamento pós-alta, que será definida por: acompanhamento: na Unidade básica de sua referência ou acompanhamento em ambulatórios de especialidades e

manutenção da medicação prescrita. O acompanhamento foi feito por contato telefônico por até 60 dias. Contando com a natural perda deste seguimento por não conseguirmos manter os contatos ou mudanças entre outros, ao término de 60 dias esperava-se ter o tamanho da amostra, calculado pela fórmula de Levine para testes monocaudais minimamente de 52 pacientes, com nível de significância de 00,5 e poder do teste de 90%. Os pacientes que vierem a óbito durante a internação, não fizeram parte do estudo²⁷.

Instrumento de estudo:

Foi aplicado um questionário, fechado, aplicado pela pesquisadora tanto no Hospital como no seguimento ao paciente. O questionário pós a alta foi aplicado, por via telefônica pela pesquisadora por quatro vezes no período de 60 dias.

Coleta dos dados:

Os dados foram coletados após as aprovações dos CEPs da UNISA e do Hospital Escola. Serão aplicados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, a todos os participantes do estudo. A pesquisadora foi até o hospital coletar os dados em dias úteis, sempre no período das 9h às 19h. A triagem ocorreu levando em consideração a hipótese diagnóstica. Somente foram abordados pacientes com hipótese diagnóstica de doenças cardiovasculares. Previamente à abordagem, a pesquisadora verificou com a equipe de plantão a viabilidade de conversar com o paciente, e levou-se em consideração a opinião da equipe sobre o melhor momento de abordá-lo. A abordagem foi realizada em um momento que o paciente estava acordado e em intervalo de intervenções pela equipe médica e de enfermagem, utilizando um biombo à beira leito para proporcionar privacidade para o paciente. O convite para participar do estudo foi por meio de aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido e, após aceite do convite, a primeira entrevista ocorreu entre o dia 1 de internação até o momento da alta hospitalar. O paciente foi informado na primeira entrevista que poderá ser acompanhado por via telefônica durante 60 dias após a alta, com ligações a cada 20 dias desde o dia de alta hospitalar.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados para composição de estudo descritivo-observacional.

Riscos e Benefícios

O risco para o participante é de haver constrangimento durante a coleta por meio da entrevista, no entanto, caso ocorra, a mesma poderá ser interrompida. Outro risco do estudo é o de quebra de anonimato e confidencialidade, e para amenizá-lo foram utilizados códigos para identificar o paciente, com a letra P seguida de um número ordinal, tais como os códigos P1, P2, P3 e assim sucessivamente. Entre os benefícios para o paciente e comunidade acadêmica, o traçado do perfil epidemiológico dos pacientes com doenças cardiovasculares que este estudo objetiva, possibilitou a sugestão e posteriores criação e implementação de políticas públicas que reduzam o número de reinternações por doenças cardiovasculares.

RESULTADOS

Estavam elegíveis para esse estudo 54 pacientes, sendo que apenas metade, ou seja, 27 pacientes aceitaram o acompanhamento pela pesquisadora e ocorreram dois óbitos. Os resultados serão apresentados de modo descritivo. A média de idade dos participantes foi de 63,22 anos, sendo que o participante mais jovem possui 39 anos, e o mais velho 85 anos, conforme informado na tabela 1. Relativo à escolaridade, 14, 81% possui ensino fundamental completo, a grande maioria, 59,26% dos participantes têm o ensino fundamental incompleto, apenas 2 participantes, correspondente a 7,4% relatou nunca ter estudado, e apenas 1 participante tem ensino superior. Os outros quatro participantes, 14,8% possui ensino médio.

Tabela 1 – Proporção de características sócio-demográficas dos participantes do estudo que aceitaram acompanhamento – N=27

Característica sócio-demográfica	N	%
Idade		
39 a 59 anos	11	40,75
60 a 69 anos	6	22,22
Acima de 70 anos	10	37,03
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	7,42
Ens. Fundamental incompleto	15	59,26
Ens. Fundamental	4	14,81
Ens. Médio	4	14,81
Ens. Superior	1	3,70

Quanto aos hábitos desses participantes, 44,4% relataram tabagismo, 33,3% relataram etilismo, 100% dos participantes utiliza medicamento anti-hipertensivo, e 83,3% dos participantes utiliza medicamento anticoagulante. Quando indagados acerca de seus antecedentes clínicos, 72,2% dos participantes relataram dislipidemias, 100% dos participantes relataram hipertensão arterial sistêmica, 83,3% referiram diabetes melitus, o tratamento prévio por algum tipo de câncer foi citado por 16,6% dos participantes. Quanto ao diagnóstico principal, o infarto agudo do miocárdio era o diagnóstico de 72,2% dos participantes, dados expostos e descritos na tabela 2.

Tabela 2 – Proporção de hábitos e de antecedentes clínicos pessoais dos participantes do estudo – N=52

Hábitos	N	%
Tabagismo	19	36,53
Etilismo	11	21,15
Anti-hipertensivo	46	88,46
Anti-coagulante	20	38,46
Antecedente clínico pessoal		
Hipertensão arterial	46	88,46
Diabetes	30	57,69
Câncer	3	5,76
IAM	41	78,84

Os dados referentes à ligação desses pacientes à rede de atenção básica revelaram que 88,8% dos participantes estão vinculados a uma UBS. Entre todos os participantes, 51,85% relataram receber visitas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) em suas residências. A taxa de participantes que receberam indicação de tratamento pós alta foi de 92,59%, porém os pacientes que aderiram ao tratamento foram apenas 74,07%.

Tabela 3 – Taxa de efetividade ao tratamento e acompanhamento pela atenção básica dos participantes que aceitaram o acompanhamento pelo estudo – N=27

Variável vinculada à atenção básica	N	%
Estão vinculados à UBS	24	88,8
Recebem visitas do ACS	14	51,85
Recebeu tratamento pós alta	25	92,59
Aderiu ao tratamento pós alta	20	74,07

Quando indagados acerca dos fatores que poderiam significar dificuldades para aderir ao tratamento, 51,85% referiram dificuldades para marcar consultas, 40,74% manifestaram dificuldades para conseguir medicamentos, 14,81% relataram não ter rede de apoio, 25,92% mencionaram dificuldades de locomoção e apenas 7,40% referiram não ter nenhum acompanhamento médico.

Tabela 4 – Proporção de menção dos fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento, pelos participantes que aceitaram o acompanhamento da pesquisadora – N=27

Fator de dificuldade de adesão ao tratamento	N	%
Dificuldade para marcar consultas	14	51,85
Dificuldade para conseguir medicamentos	11	40,74
Não possui rede de apoio	4	14,81
Dificuldade de locomoção	7	25,92
Não faz tratamento medico	2	7,40

DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados revelou que os hábitos dos participantes, tais como o hábito de fumar ou ingerir álcool esta em consonância com os hábitos encontrados em outros estudos similares, além de que, mesmo com o diagnóstico de uma doença crônica, foi possível perceber que há uma resistência para abandonar esse hábitos. Estudos da literatura^{28,29} associam essa relutância na mudança de hábitos com o grau de escolaridade, pois a baixa escolaridade faz com que o conhecimento sobre questões de saúde se torne menor e que sejam resistentes a mudanças. Com relação à escolaridade, a grande parcela correspondeu ao ensino fundamental incompleto, seguido dos que tinham o primeiro grau incompleto e também ensino médio completo, sendo que apenas um dos participantes possui ensino superior.

É consenso na literatura^{28,29,30} que quanto maior for à escolaridade maior será o favorecimento a compreensão sobre a doença e o cuidado, no caso desse estudo, na compreensão da necessidade do acompanhamento do cuidado. Por conta disso, é válido pontuar que a instrução se torna um elemento relevante e contribuinte na busca da adesão a tratamentos.

Alguns estudos^{29,31,32} da literatura já demonstraram que na etiologia das doenças crônicas cardiovasculares encontram-se fatores cujas origens podem estar vinculadas às seguintes características: genéticas – propensão que o indivíduo já trás ao nascer, como herança familiar; estilo de vida e qualidade de vida – modos de viver que conduzem a hábitos que se constituem em fatores de risco, alimentação inadequada, sedentarismo, estresse físico e psicológico.

Em relação ao vínculo com as unidades básicas de saúde e o encaminhamento pelo hospital para a atenção primária, a grande maioria dos participantes acompanhados pela pesquisadora relatou que estes foram realizados. No entanto, a taxa de adesão e de continuidade do cuidado vai caindo, quando analisados os números de pacientes que recebem visitas do ACS e que aderiram o tratamento pós alta.

Esse tipo de padrão já esta previamente registrado na literatura conforme outros estudos³¹⁻³⁴ relataram, e fatores como o baixo nível socioeconômico, a cultura, as crenças advindas do senso comum ou de experiência de doença na família também são fatores apontados como risco para não adesão ao tratamento. Um estudo³⁵ que investigou os motivos dessa não adesão trás justificativa pelos pacientes sobre a irregularidade na ingestão dos

medicamentos por conta da dificuldade financeira para adquiri-los, por falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde, por dificuldades de adaptação na tomada das medicações (dose, quantidade e horários) e também pela presença de efeitos colaterais indesejáveis.

Outros estudos^{34;36} semelhantes encontraram como principais causas para a não adesão ao tratamento fatores como a ausência de sintomas, ou mesmo efeitos colaterais, irregularidade nas tomadas da medicação e também a carência de educação em saúde. Relatam ainda que os fatores relacionados à terapêutica exercem papel decisivo no grau de adesão ao tratamento. A quantidade extensa de medicamentos, a posologia complexa e os possíveis efeitos colaterais influenciam de forma negativa no processo de adesão.

Quando indagados sobre quais motivos estavam interferindo na adesão ao tratamento de atenção primária, metade dos entrevistados relataram dificuldades para marcação de consultas. Essa sem duvidas é uma falha a nível de sistema de saúde pública, e que pode acabar gerando uma reação em cadeia de modo negativo, pois estudos^{30;35} afirmam que a consequência do não acompanhamento de doenças crônicas, em especial as cardiovasculares, é o aumento dos riscos de co-morbidades, agravamento da patologia existente e internações que podem aumentar os custos.

Alguns participantes relataram não possuir rede de apoio e ter dificuldade de locomoção. Esse tipo de dificuldade já havia sido mencionada em alguns estudos semelhantes^{36,37}. A problemática dessa situação esta relacionada diretamente a uma adesão inadequada à terapêutica medicamentosa, e o médico pode julgar erroneamente o tratamento instituído, supondo que ele não tem uma boa eficácia. Este fato pode levar o profissional a buscar outra estratégia terapêutica aumentando a dosagem ou substituindo o medicamento ou ainda, a adição de um novo medicamento³⁵.

Frente a essas dificuldades, destaca-se a importância não só do enfermeiro quanto da equipe multidisciplinar em tratar esses pacientes de modo holístico, visando entender suas crenças culturais, hábitos de vida e respostas ao tratamento através de proposta de educação continuada e longitudinalidade do cuidado³⁸.

Estudos^{31,32;34} concordam que para que as ações da equipe de Saúde da Família sejam adequadas às reais necessidades dos idosos é preciso conhecê-los melhor. O sucesso na adesão ao tratamento esta intimamente ligado ao fato de acompanhar os pacientes de uma

forma individual, identificando suas necessidades e particularidades, de modo que a assistência seja mais individualizada e resolutiva.

Ações de educação e saúde também proporcionam ao paciente cardiovascular uma visão mais ampla sobre a patologia e a importância do uso regular do medicamento, motivando-os a incorporação de atitudes saudáveis dos hábitos de vida e a total adesão ao tratamento gerando benefícios não só para o paciente como também para as instituições de saúde³⁴⁻³⁶.

LIMITAÇÕES DE ESTUDO

A rotina hospitalar limitou as entrevistas devido ao cronograma de medicações e banhos.

A baixa escolaridade e idade avançada foram fatores dificultantes na comunicação para realização da entrevista e o entendimento da importância do estudo e sua aplicabilidade, o que resultou em baixa adesão ao TCLE.

Durante a coleta de dados, o isolamento por COVID e piora de quadro clínico prejudicou a continuidade no estudo de alguns pacientes.

A transferência de pacientes para outras instituições com a finalidade de realização de procedimentos cirúrgicos e continuidade ao tratamento interrompeu o desfecho de algumas coletas.

CONCLUSÃO

Através dos dados coletados e analisados, percebe-se que eventos cardiovasculares não são exclusivos da população idosa, uma vez que acometem bastante a meia idade também, e dependendo dos hábitos e das condições de vida de cada paciente, a adesão ao tratamento pode ser dificultosa.

Entre os fatores relatados para dificuldade na adesão ao tratamento, os participantes pontuaram dificuldade para conseguir os medicamentos, foi identificada baixa escolaridade, alcoolismo e tabagismo, fatores econômicos, solidão, falta de acompanhamento pela família e cuidador e falta de monitoramento pela equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, percebe-se que estratégias e o fortalecimento da equipe de saúde da família na região ainda é uma dificuldade para diminuir o abandono do tratamento. É um desafio a ser enfrentado por todos que estão direta ou indiretamente ligados à longitudinalidade do cuidado de eventos cardiovasculares. Acredita-se que aprofundar a identificação e o conhecimento acerca dos fatores que interferem na adesão ao tratamento pós hospitalar de doenças cardiovasculares contribuirá para a redução dos riscos e consequências negativas para esse perfil de paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Heart Federation. *The Brazil Declaration*. 2016. Available from: <<http://www.world-heart-federation.org/wcc-2016/theBrazil-declaration/United Nations>>;
2. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. **Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025**. Rev Bras Epidemiol 2019;
3. 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;
4. Santos LB, Waters C. **Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa**. *Brazilian journal of development* [Internet]. 2020;
5. 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;
6. 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;
7. Omram AR. *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change*. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;
8. Santos-Preciado JI et al. **La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México**. *Salud Pública de México*. 2003;
9. Lerner M. *Modernization and health: a model of the health transition*. Documento apresentado na Reunião Anual da *American Public Health Association*, São Francisco, Califórnia. 1973;
10. Vuong TD, Wei F, Beverly CJ. *Absenteeism due to functional limitations caused by seven common chronic diseases in US Workers*. J Occup Environ Med. 2015;
11. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012;
12. Araujo D. **Polarização epidemiológica no Brasil**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2012;
13. Brasil. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde** [Internet]. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. 2019, Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>;
14. Guimarães RM, Andrade SCA, Machado EL, Bahia CA, Oliveira MM, Jacques FVL. **Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012**. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2015;
15. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França EB. **Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil**. Rev Saúde Pública 2006;
16. Alves CG, Moraes Neto OL. **Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras**. Ciênc. Saúde Coletiva 2015;
17. Possas, CA. *Social ecosystem health: Confronting the complexity and emergence of infectious diseases*. Cadernos de Saúde Pública. 2001;

18. 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. 2018;
19. Rodrigues MS, Santana LF, Leal DB, Gomes OV. *Gender and age differences in ischemic stroke in a hospital of Uberlândia, Brazil between 2011 and 2015*. Rev. med. (São Paulo). 2018;
20. Freire FHM de A, Gonzaga MR, Gomes MMF. **Projeções populacionais por sexo e idade para pequenas áreas no Brasil**. Rev Latinoam Población, 2020.
21. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. *Brazil's Unified Health System: The First 30 Years and Prospects for the Future*. Lancet. 2019;394(10195):345-56. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7;
22. Viana ALdÁ, Ferreira MP, Cutrim MA, et al. *The regionalization process in Brazil: influence on policy, structure and organization dimensions*. Rev Bras Saude Mater Infant 2017;
23. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. *Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges*. Lancet 2011;
24. Berwanger O, Fonseca HA, Pinto IM, Izar MC, Saraiva FK, Fonseca FA. **PO257 Cardiovascular Risk Management In The Primary Prevention of Patients Assisted In the Family Health Programs In the Community In Brazil**. Cardiology Society of the State of São Paulo, São Paulo, Brazil. 2018
25. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. *The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience*. BMJ Global Health 2018;
26. Andrade MV, Coelho AQ, Neto MX, de Carvalho LR, Atun R, Castro MC. *Brazil's family health strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012)*. Health Policy and Plan 2018;
27. LEVINE, D.M.; BERENSON, M.L.; STEPHAN, D. **Estatística: teoria e aplicações**. Rio de Janeiro, RJ: LTC, 1998. 811p;
28. Machado CA. **Adesão ao tratamento** – Tema cada vez mais atual. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 15, n.4, p. 220-221, 2008;
29. Medeiros ARC. **Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa – PB**. João Pessoa, 2006. 181f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós Graduação em Enfermagem;
30. Lopes MTA. **Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos idosos - elaboração de um plano de ação**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2012;
31. Abreu WA; PORTELA NLC. **Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica**. R. Interd. v. 8, n. 3, p. 50-60, jul. ago. set. 2015;
32. Gewehr DM. et al . **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 179-190, Jan. 2018;
33. Costa CMFN, et al. **Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública v.51 (Sup. 2) 18s, São Paulo 2017;
34. Remondi FA; CABRERA MAS; SOUZA RKT. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014;
35. Wetzell JRW; SILVEIRA MPT. **Hipertensão Arterial: um problema de todos**. Revista Nursing, São Paulo, v.81, n.7, p. 70 - 75 fev. 2005;

36. Coelho EB; NOBRE F. **Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo.** Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v.13, n.1, p.51-54, 2006;
37. Coelho EB. et al. **Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Ribeirão Preto, v.85, n.3, p. 157-161, 2005;
38. Neves RF. **Reorganização da assistência: um olhar voltado para o idoso.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Brasília de Minas. 2012.
39. Friedrich MAG, Martins SO, Almeida AG et al. **A Segurança e eficácia da trombólise intravenosa em AVC isquêmico: A experiência de Porto Alegre, Brasil.** Stroke 2005 (Resumo da *World Stroke Conference*).
40. Brant LCC, Nascimento BR, et al. **A importância da criação de rede de cuidado para o tratamento do IAM com supra de ST e a experiência da Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas/UFMG.** Revista Médica de Minas Gerais, 2012.