

PERFIL DEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À ANGIOPLASTIA CORONARIANA

Gisele Escudeiro¹; Willian Augusto de Melo²

RESUMO: A angioplastia coronariana objetiva aumentar a sobrevida do coronariopata. Objetivou verificar o perfil demográfico e antropométrico de pacientes submetidos a angioplastia coronariana no ano de 2009 através de uma investigação descritivo-exploratória. Coletou-se dados de 301 prontuários contendo informações sobre perfis sócio-demográficos dos pacientes submetidos à angioplastia em um serviço de cardiologia intervencionista, no município de Maringá-PR. Considerou-se como variáveis sócio-demográficas: gênero, idade, local de residência, convênio e as variáveis antropométricas: peso, altura e índice de massa corporal (IMC) as quais foram analisados através da estatística descritiva. Das 301 angioplastias realizadas em 2009, 216 (72,8%) eram homens e 85 (27,2%) mulheres perfazendo idade média de 61,7 anos ($\pm 11,3$) sendo a menor idade encontrada 29 e maior 89 anos. Com relação ao local de residência prevaleceram os municípios de Maringá-PR com 201 (67,0%) casos, seguido do município de Sarandi-PR 21 (7,1%) entre outros. Com relação a plano de saúde 201 (67,1%) dos pacientes eram do Sistema Único de Saúde (SUS), 100 (33,0%) de planos suplementares e particulares. Encontrou-se um peso médio de 73,2 Kg ($\pm 15,2$), e 1,65m foi a média de altura observada. O cálculo de IMC indicou 11 (4,0%) indivíduos magros, 126 (41,8%) eutróficos, 92 (30,2%) sobrepeso e 72 (24,0%) obesos. Conclui-se que o perfil do paciente coronariano que submete-se a angioplastia é homem, idoso, pertencem ao SUS e apresentam pouca alteração de IMC. Estes resultados revelam a necessidade de ações públicas de saúde voltadas para a promoção e prevenção à saúde principalmente às doenças cardiovasculares e à saúde do homem.

PALAVRA-CHAVE: Cardiopatia coronariana; Enfermagem cirúrgica, Epidemiologia descritiva.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública em todo o mundo, visto que, além de constituírem a principal causa de morbimortalidade, representam os mais altos custos em assistência médica (FERNANDES et al., 2009).

A doença arterial coronariana provém da doença aterosclerótica caracterizada pela formação e conseqüente acúmulo de placas de ateroma nas paredes das artérias, levando ao comprometimento do fluxo sanguíneo através da diminuição da luz arterial (AMESTOY; THOFEHRN, 2007).

A terapêutica de portadores de cardiopatia isquêmica vem sofrendo modificações nos últimos anos, havendo significativos avanços clínicos, percutâneos e cirúrgicos e angioplastia coronariana é uma das opções no tratamento desses indivíduos, tendo como objetivo o aumento da sobrevida, o alívio da dor anginosa, a proteção do miocárdio isquêmico, a melhora da função ventricular, a prevenção de novo infarto agudo do

¹ Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – Paraná. Programa de Iniciação Científica do Cesumar (PICC). E-mail: giescudeiro@hotmail.com

² Orientador e Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. willian.melo@cesumar.br

miocárdio e a recuperação física, psíquica e social do paciente, melhorando sua qualidade de vida (FERNANDES et al., 2009).

As doenças cardiovasculares aparecem, em primeiro lugar, entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (MALTA; CESARIO; MOURA, 2006).

No Sistema Único de Saúde (SUS), tais doenças foram responsáveis, em 2002, por mais de 1,2 milhões de internações e representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos financeiros (ARAUJO; FERRAZ, 2005).

Considerando que as doenças cardiovasculares, atualmente, são causas principais de morbi-mortalidade, tanto em países desenvolvidos ou em desenvolvimento como o Brasil e que acometem homens e mulheres, torna-se objeto de preocupação e estudo a abordagem desse assunto por parte da comunidade científica, na tentativa de minimizar as consequências relacionadas a estas doenças. A falta de conhecimento da população sobre a prevenção dos fatores de risco das doenças cardiovasculares desperta o interesse dos Órgãos de Saúde, devido a alta frequência destas em nosso meio. O tratamento e o acompanhamento das doenças (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Portanto este trabalho teve por objetivo verificar o perfil demográfico e antropométrico dos pacientes submetidos à angioplastia coronariana no ano de 2009.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, realizado em um serviço de cardiologia intervencionista que atende pacientes do sistema público e privado de saúde e que está anexo a um hospital privado do município de Maringá-PR.

Segundo informações colhidas dos registros do próprio serviço, o mesmo realiza uma média de 250 angioplastias atendendo os municípios que fazem parte da região metropolitana de Maringá-PR como os municípios de Sarandi, Mandaguari e Paiçandu, entre vários outros municípios da região Noroeste do Estado Paraná das quais se destacam os municípios de Astorga, Colorado, Mandaguaçu, Paranavaí, Cianorte, Nova Esperança, Paranaciti, Floresta e Itambé. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população da Região Metropolitana de Maringá foi estimada em 2007 com 576.581 habitantes (IBGE, 2005).

O município de Maringá-PR possui três hospitais públicos e sete privados, dentre as quais três destas instituições privadas possui serviço de hemodinâmica ou cardiologia intervencionista, sendo que somente a instituição pesquisada atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Como fonte de dados para a verificação dos perfis sócio-demográficos e antropométricos dos pacientes submetidos à angioplastia coronariana foi verificada suas fichas cadastrais que corresponderam a todos os atendimentos realizados no período de 2009. Estas fichas cadastrais ou prontuários são os documentos individuais contendo as informações de cada paciente que são preenchidas ao final de cada procedimento intervencionista realizado e posteriormente arquivadas em um banco de dados eletrônico do próprio serviço.

Foram analisados 301 prontuários e observados e transcritos em um instrumento elaborado pelos pesquisadores contendo as informações sócio-demográficos e antropométricas dos sujeitos do estudo. As variáveis sócio-demográficas selecionadas para o estudo foram idade, sexo, raça/cor, local de residência, tipo de plano de saúde, e as variáveis antropométricas foram peso e altura. Todos os dados coletados foram codificados, transcritos e tabulados no programa *Excel for Windows*® onde também foi

calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) através da fórmula $IMC=P/A^2$, sendo P correspondente ao peso e A altura. O quadro 1 apresenta a classificação do IMC conforme padronizações do Ministério da Saúde (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo o Ministério da Saúde, Brasil, 2006.

IMC	Classificação
< 18,5	Magro
18,5 – 24,9	Eutrófico
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II (severa)
≥ 40,0	Obesidade Grau III (morbida)

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 2006.

Para representar as informações relacionadas ao IMC foram sub-categorizados como magro, eutrófico, sobrepeso e obeso, sendo que a subcategoria obeso incluíram-se as categorias obesidade grau I, II e III.

Para a análise dos dados, foi utilizada como ferramenta principal a estatística descritiva que compôs-se das freqüências absolutas e relativas representadas respectivamente pelo número absoluto, percentagens, média e desvio padrão das variáveis em estudo sendo representados em formato de tabelas.

Após a autorização do serviço para o estudo, o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CESUMAR, atendendo a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADO

Tabela 1 – Distribuição das variáveis demográficas e antropométricas dos pacientes submetidos Angioplastia Coronariana. Maringá-Pr, 2010.

Variáveis	N	%
Gênero		
Homem	216	72,8
Mulher	85	27,2
Idade		
≥ 18 a 35 anos	6	2,0
36 a 59 anos	122	40,5
60 a 80 anos	161	53,5
> 80 anos	12	4,0
Sistema de Saúde		
SUS	201	67,1
P. Saúde	91	29,9
Particular	9	3,0
Residência		
Maringá-Pr	201	67,0
Sarandi-Pr	21	7,1

Paiçandu-Pr	11	4,2
Paranavaí-Pr	8	3,2
Mandaguaçu-Pr	7	1,1
Demais localidades	53	17,4
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Magros <16,0 – 18,4	11	4,0
Eutróficos 18,5 – 24,9	126	41,8
Sobrepeso 25,0 – 29,9	92	30,2
Obesos 30,0 - > = 40,0	72	24,0
Total	301	100

Das 301 angioplastias realizadas em 2009, 216 (72,8%) eram homens e 85 (27,2%) mulheres perfazendo idade média de 61,7 anos ($\pm 11,3$) sendo a menor idade encontrada 29 e maior 89 anos. Com relação ao local de residência prevaleceram os municípios de Maringá-PR com 201 (67,0%) casos, seguido do município de Sarandi-PR 21 (7,1%), Paiçandu-PR 11 (4,2%), Paranavaí-Pr 8 (3,2%), Mandaguaçu-PR 7 (1,1%) entre outras. Dos convênios a que pertenciam os pacientes 201 (67,1%) eram do Sistema Único de Saúde, 91 (29,9%) de plano de saúde privado e 9 (3,0%) particulares. Encontrou-se um peso médio de 73,2 Kg ($\pm 15,2$) sendo 40 Kg o menor valor encontrado e 128 Kg o maior valor. Com relação à altura, 1,65m foi a média observada. O cálculo de IMC indicou 11 (4,0%) indivíduos magros, 126 (41,8%) eutróficos, 92 (30,2%) sobrepeso e 72 (24,0%) obesos.

Estudo similar realizado em Porto Alegre-RS verificou resultados semelhantes ao verificar idade média de 65 anos, prevalência de 70% para sexo masculino e média de IMC indicando sobrepeso (FERNANDES et al., 2009). Verificaram-se outros relatos na literatura científica na área de medicina diagnóstica, informações que corroboram com os resultados apresentados neste estudo (VIANA; NOGUEIRA, 2001; ARAUJO; FERRAZ, 2005).

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que dos pacientes submetidos à angioplastia coronariana no município de Maringá-PR são em sua maioria homens, idosos, pertencentes ao sistema Único de saúde, provenientes de vários municípios da região e que apresentaram pouca alteração no seu IMC. Os resultados obtidos revelaram a necessidade de ações públicas de saúde voltadas para a promoção e prevenção à saúde principalmente às doenças cardiovasculares e à saúde do homem.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C; THOFEHRN, M. B. **A enfermagem contribuindo para o restabelecimento de pacientes submetidos a angioplastia.** Revista VITALLE. Rio Grande do Sul. Vol.19, 2007.

ARAUJO D.V; FERRAZ M.B. **Impacto economico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: o desafio da incorporação de novas tecnologias cardiovasculares.** Arq. Bras. Cardiol, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília, DF, 2004

FERNANDES, M. V; ALITI, G; SOUZA, E. N. **Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem**. Revista Eletrônica Enfermagem. 2009. Obtido via internet:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a25.htm>.

MALTA D.C; CEZARIO A.C; MOURA L. de. et al. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Epidemiol. Serv. Saúde, 15 (3), 47-65, 2006.

SWEARINGEN P.L; KEEN JH. **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico: Intervenções em Enfermagem e Problemas Colaborativos**. 4 ed., Artmed. Porto Alegre, RS, 2005.

VIANA, S. M.; NOGUEIRA, E.A. Cateterismo cardíaco e angioplastia. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. Atheneu. . São Paulo – SP, 2001.