

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – CEAEMAC**

Marsandro Coelho Silva

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ADMITIDOS NA UNIDADE CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE**

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Salete Maria de Fátima Silqueira

Belo Horizonte

Março / 2019

Marsandro Coelho Silva

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ADMITIDOS NA UNIDADE CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para à obtenção de título de Especialista.

Área de concentração: Cardiologia e Hemodinâmica.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Salete Maria de Fátima Silqueira, Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte

Março / 2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

SILVA, MARSANDRO

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO
DOS PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE
CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE [manuscrito] /
MARSANDRO SILVA. - 2019.

35 p.

Orientadora: SALETE MARIA SILQUEIRA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Estratégia do Cuidar em Enfermagem - Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de
Especialista em CARDIOLOGIA E HEMODINÂMICA.

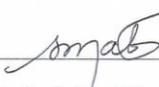
1.Enfermagem. 2.Cardiolegia. 3.Perfil de Saúde. 4.Doenças
Cardiovsculares. I.SILQUEIRA, SALETE MARIA.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

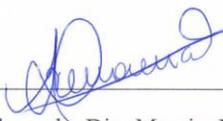
MARSANDRO COELHO SILVA

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ADMITIDOS NA UNIDADE CORONORARIANA DE UM HOSPITAL
PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE**

BANCA EXAMINADORA :


Profª. Saletê Maria de Fátima Silqueira Müller


Profª. Selme Silqueira de Matos


Profª. Alexandra Dias Moreira D'Assunção

Aprovada em 29 de março de 2019.

Belo Horizonte

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus por minha vida, família e amigos, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Salete Maria, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

À Prof^a. Dr^a. Alexandra pelo apoio na elaboração deste trabalho.

Aos meus familiares, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Meus agradecimentos aos companheiros de trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que irão continuar presentes em minha vida.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

O estudo objetivou identificar o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos pacientes admitidos para tratamento clínico e cirúrgico na Unidade Coronariana de um hospital público universitário de Belo Horizonte. Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 100 prontuários de pacientes admitidos para tratamento na unidade. A análise se deu por estatística descritiva com dados expostos em tabelas e gráficos. Nos resultados constatou-se a idade média dos indivíduos de 59,86 anos, desvio padrão 15,27593, em sua maioria (51,0%) do sexo masculino, sedentarismo em mais de 70,0%; 53,0% de casos apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica, 24,0% de diabéticos, Insuficiência Cardíaca diagnosticada em 26,0% dos pacientes, 28,0% das admissões em pós-operatório e 50,0% dos pacientes submetidos a tratamento clínico, dentre outras variáveis. Faz-se necessário a criação, na instituição hospitalar, de uma força de trabalho hábil para a promoção da saúde, através da implementação de programa de educação permanente dos profissionais de enfermagem, bem como intervenções para promoção de hábitos saudáveis, avaliação do estilo de vida, identificação de barreiras ao tratamento e programas de reabilitação cardíaca.

ABSTRACT

The study aimed to identify the socio demographic and epidemiological profile of patients admitted to clinical and surgical treatment at the Coronary Unit of a public university hospital in Belo Horizonte. Descriptive, cross-sectional study of a quantitative approach, carried out with 100 charts of patients admitted for treatment at the unit. The analysis was by descriptive statistics with data presented in tables and graphs. The results showed the average age of individuals of 59.86 years, standard deviation 15.27593, mostly (51.0%) males, sedentary lifestyle in more than 70.0%; 53.0% of cases had Systemic Arterial Hypertension, 24.0% of diabetics, Heart Failure diagnosed in 26.0% of patients, 28.0% of admissions in the postoperative period and 50.0% of patients submitted to clinical treatment, among other variables. It is necessary to create, at the hospital, a skilled workforce for health promotion, through the implementation of a permanent education program for nursing professionals, as well as interventions to promote healthy habits, lifestyle assessment, identification of barriers to treatment and cardiac rehabilitation programs.

LISTAS DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e hábitos de vida dos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....12

Tabela 2 – Doenças prévias / fatores de risco e procedimentos prévios por sexo dos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....13

Gráfico 1 – Uso em domicílio de Antiagregantes e anticoagulantes pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....15

Gráfico 2 – Uso em domicílio de Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos, inibidores do nó sinusal e inotrópicos pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....15

Gráfico 3 – Uso em domicílio de Hipolipemiantes e Hipoglicemiantes pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....16

Gráfico 4 – Uso em domicílio de Diuréticos pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....16

Gráfico 5 – Uso em domicílio de outros medicamentos pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....17

Tabela 3 –Diagnóstico médico por sexo após a admissão dos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....18

Gráfico 6 – Colonização por microrganismo multirresistente em pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....19

Gráfico 7 – Terapêutica realizada após a admissão na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....19

Gráfico 8 – Frequência dos dias de permanência na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....20

Gráfico 9 – Frequência da taxa de Óbito e de altas da Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.....20

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIT	Ataque Isquêmico Transitório
BAV	Bloqueio Atrioventricular
CATE	Cateterismo Cardíaco
CDI	Cardiodesfibrilador Implantável
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCVs	Doenças Cardiovasculares
DRC	Doença Renal Crônica
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FA	Fibrilação Atrial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IECA	Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
IC	Insuficiência Cardíaca
IRC	Insuficiência Renal Crônica
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TRC	Terapia de Ressincronização Cardíaca
TSV	Taquicardia Supra Ventricular

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVO.....	14
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	14
3.1 Delineamento do Estudo.....	14
3.2 Local de Estudo.....	14
3.3 Critérios de inclusão.....	15
3.4 Critérios de exclusão.....	15
3.5 Coleta e análise de dados.....	15
3.6 Aspectos Éticos.....	16
4. RESULTADOS.....	16
5. DISCUSSÃO.....	27
6. CONCLUSÃO.....	32
7. REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são consideradas um tipo de doença crônica não transmissível, apresentando como principais complicações a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Em sua maioria, estas patologias são classificadas, segundo a classificação internacional de doenças (CID – 10), como doenças do aparelho circulatório, publicado pela OMS (FREIRE *et al.*, 2017).

As doenças cardiovasculares (DCVs) são consideradas no Brasil e no mundo a principal causa de morte entre a população de ambos os sexos, sendo responsáveis por cerca de 20% das mortes em pessoas acima de 30 anos. O Ministério da Saúde estima, que em 2009, ocorreram 95.449 mortes relacionadas a doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 97.860 mortes, números considerados alarmantes (MANSUR; FAVARATO, 2012).

Os fatores de risco que contribuem para o surgimento das DCVs como idade, sexo, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e tabagismo, são considerados como fatores clássicos para o desenvolvimento de tais comorbidades (CÉSAR; CAIRO; CARRINHO, 2016).

Na atualidade, o país atravessa caminhos de transformações nas áreas políticas, econômica e social, no qual modifica a epidemiologia, demografia e o estado nutricional dos brasileiros. Tais transformações implicam em uma transição de perfil epidemiológico caracterizado por altas taxas de mortalidade infantil, doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil de mortalidade elevada em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis e por causas extremas, em idade avançada, sendo a mais considerável as doenças cardiovasculares, principal causa de óbito em ambos os gêneros (LUZ; SANTOS; SABINO, 2017).

Esta conjuntura epidemiológica, resulta em diminuição da qualidade de vida da população acometida, elevação de custos por parte do governo, para sociedade em geral, e principalmente para as famílias dos indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares (CARVALHO *et al.*, 2015).

Diante da importância epidemiológica do tema, se torna imprescindível estudos que caracterizem o perfil das pessoas acometidas por DCVs no intuito de criar novos métodos para o enfrentamento desse conjunto de problemas. Sabe-se que a ciência dos fatores de risco e a aplicabilidade de medidas preventivas através de políticas públicas de saúde é considerado um desafio para os gestores no âmbito da saúde (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Diante do exposto, se faz necessário a atuação de profissionais com qualificação, habilidade e competência para implantação e avaliação de práticas de promoção da saúde que visam a melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações resultantes das DCVs. Portanto, o profissional enfermeiro torna-se imprescindível para divulgar estes resultados no meio científico, com a finalidade de atender as diversas necessidades dos indivíduos acolhidos nos serviços de saúde, bem como seus familiares (CESTARI *et al.*, 2016).

A partir desse cenário, e da atuação do profissional enfermeiro em suas atividades, foi possível identificar o desconhecimento do perfil sócio demográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos em uma Unidade Coronariana de um hospital público universitário no qual, dificulta o planejamento das ações de enfermagem.

Pode-se inferir como hipótese, que os pacientes portadores de DCVs apresentam inúmeras comorbidades associadas, no qual dificulta o manejo clínico na internação (SOUZA NETO *et al.*, 2015), bem como as ações de cuidado, e os distúrbios relacionados as DCVs contribuem para o declínio da qualidade de vida relacionada à saúde (TAN *et al.*, 2014).

Sendo assim, espera-se a partir do presente estudo, conhecer o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos em determinada Unidade Coronariana visando a otimização de protocolos e melhorias na assistência de enfermagem, bem como colaborar para uma reflexão crítica da prática assistencial com vistas a promoção da saúde de pacientes acometidos por doenças cardiovasculares, no intuito de aprimorar a atuação do profissional enfermeiro. Diante de tais informações, será tangível ao profissional, planejar de forma mais adequada suas ações e participar de forma mais efetiva do processo de cuidar.

2. OBJETIVO

Identificar o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos pacientes admitidos para tratamento clínico e cirúrgico na Unidade Coronariana de um hospital público universitário de Belo Horizonte.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Os estudos descritivos têm como objetivo descrever as características de determinada população alvo, a partir da utilização de técnicas padronizadas para obtenção dos dados da pesquisa (GIL, 2008).

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado na Unidade Coronariana de um Hospital Público Universitário que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de Saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

A Unidade Coronariana possui 18 leitos de Terapia Intensiva Cardiológica, subdividida em Unidade Cirúrgica (08 leitos) e Unidade Cardiológica (10 leitos).

3.3 Critérios de inclusão

Pacientes com idade superior a 18 anos de ambos os sexos.

3.4 Critérios de exclusão

Pacientes admitidos na unidade que não possuem como referência clínica a Cardiologia.

3.5 Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi realizada por um dos pesquisadores do estudo sendo a fonte de coleta de dados o prontuário dos pacientes admitidos na unidade para tratamento. A coleta foi realizada através de amostra por conveniência onde os dados da população estão prontamente acessíveis. O período de coleta dos referidos dados aconteceu entre agosto e novembro de 2018.

A amostra se constitui de 100 prontuários de pacientes admitidos para tratamento na Unidade Coronariana no período exposto. Os prontuários foram fornecidos e analisados na própria Unidade de estudo.

Os dados coletados foram registrados em impresso estruturado sob forma de *checklist* para identificar os dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil, condição socioeconômica, hábitos de vida (padrão de sono, atividade física, tabagismo, etilismo, outras drogas), doenças prévias / fatores de risco cardiovascular, procedimentos prévios, medicações de uso domiciliar, diagnóstico médico na UCO, colonização, terapêutica hospitalar e desfecho.

Ocorreu a construção de um banco de dados quantitativo e tabulação dos dados através do programa EpiData 3.1. Os dados foram digitados em planilhas do software *Microsoft Excel 2016* e elaborados tabelas e gráficos descritivos de acordo

com as variáveis do estudo e em seguida foram submetidos a análise estatística descritiva por meio do Software *STATA – Statistics – Graphics – Data Management*, versão 13.0.

3.6 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição hospitalar, através do parecer nº 72769417.7.0000.5149, de acordo com a Resolução 466, de 12 dezembro de 2012 do Ministério da Saúde. Foi solicitado a liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois apenas o prontuário dos pacientes atendidos foi utilizado como fonte de coleta de dados para o referido estudo.

4. RESULTADOS

No que concerne às características sociodemográficas da amostra, as admissões, em sua maioria, ocorreram com indivíduos do sexo masculino (51,0%). A idade média apresentada dos indivíduos foi de 59,86 anos (desvio padrão 15,27593). No item escolaridade, 74,0% dos prontuários não apresentavam a informação. Em 26,0% dos indivíduos, 14,0% apresentaram nível fundamental, seguido pelo nível médio de escolaridade (9,0%).

Com relação ao estado civil, 67,0% dos prontuários analisados não apresentavam a informação. Apenas 18,0% dos pacientes apresentam-se como estado civil Casado/União estável, seguido por 8,0% de solteiros. Nos prontuários analisados, 41,0% apresentavam o item Condição socioeconômica como não informado. Logo em seguida, a renda familiar em destaque dos indivíduos está entre 01 e 02 salários mínimos (40,0%).

Com relação aos hábitos de vida, a maioria (52,0%) apresentam padrão de sono preservado, seguido por padrão de sono perturbado (26,0%), padrão de sono não informado (14,0%) e padrão de sono não avaliado (8,0%).

O sedentarismo foi encontrado em 70 prontuários analisados (70,0%), seguido por atividade física não informada (14,0%) e apenas 9,0% dos indivíduos realizam

alguma atividade física regular. Não foi possível encontrar o tipo de atividade física realizada pelos indivíduos, bem como a regularidade da mesma.

O tabagismo foi encontrado em 27,0% dos prontuários e 64,0% dos casos relatam não serem tabagistas. Relatam serem ex-tabagistas 20 indivíduos (20,41%).

O consumo de álcool foi encontrado em 16 casos (16,0%) dos prontuários, mas sem relatos de consumo abusivo. Entretanto, 66,0% referiam não ingerir bebida alcoólica e em 12,0% esse dado não estava descrito nos prontuários. Apenas 03 casos (3,0%) informaram uso de outras drogas.

Observa-se na Tabela 1 as características sociodemográficas e hábitos de vida da população estudada.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e hábitos de vida dos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.

Variáveis sociodemográficas	n	% / média / DP
Idade	100	59,86 / 15,27593
Sexo		
Masculino	51	51,00
Feminino	49	49,00
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,00
Fundamental	14	14,00
Médio	9	9,00
Superior	2	2,00
Não informado	74	74,00
Estado Civil		
Solteiro	8	8,00
Casado/União estável	18	18,00
Divorciado/separado	1	1,00
Viúvo(a)	6	6,00
Não informado	67	67,00
Condição socioeconômica		
até 01 salário mínimo	6	6,00
01 -02 salários mínimos	40	40,00
02-03 salários mínimos	6	6,00
03-05 salários mínimos	3	3,00
05-10 salários mínimos	1	1,00
Não foi possível avaliar	3	3,00
Não informado	41	41,00
Padrão de sono		
Preservado	52	52,00
Perturbado	26	26,00
Não foi possível avaliar	8	8,00
Não informado	14	14,00
Atividade Física		
Sim	9	9,00
Não	70	70,00
Não foi possível avaliar	7	7,00
Não informado	14	14,00
Tabagismo		
Sim	27	27,00
Não	64	64,00
Não foi possível avaliar	2	2,00
Não informado	7	7,00
Ex- tabagista		
Sim	20	20,41
Etilismo		
Sim	16	16,00
Não	66	66,00
Não foi possível avaliar	6	6,00
Não informado	12	12,00
Outras drogas		
Sim	3	3,00
Não	78	78,00
Não foi possível avaliar	6	6,00
Não informado	13	13,00

No estudo foram analisadas as doenças prévias / fatores de risco cardiovascular bem como os procedimentos prévios à internação na Unidade Coronariana. Constatou-se que 97% dos pacientes analisados apresentaram doenças prévias e/ou fatores de risco cardiovascular, e 60% foram submetidos a procedimentos prévios à internação. Verifica-se na Tabela 2 a frequência dessas variáveis distribuídas de acordo com o sexo da população amostra.

Tabela 2 – Doenças prévias / fatores de risco e procedimentos prévios por sexo dos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.

Descrição	Sexo				Total	Valor p
	Masculino		Feminino			
Doenças prévias / fatores de risco	n	%	n	%		
Dislipdemia	5	50,00	5	50,00	10	0,973
História familiar DCV	1	50,00	1	50,00	2	0,988
Diabetes	13	54,17	11	45,83	24	0,597
HAS	23	43,4	30	56,6	53	0,188
Obesidade	1	16,67	5	83,33	6	0,097
Cardiopatas	13	59,9	9	40,91	22	0,305
DRC	5	62,5	3	37,5	8	0,442
Tabagismo	16	61,54	10	38,46	26	0,151
Etilismo	11	78,57	3	21,43	14	0,019
IAM prévio	8	47,06	9	52,94	17	0,826
Acidente cerebrovascular / AIT	2	28,57	5	71,43	7	0,251
Hipotireoidismo	3	37,5	5	62,5	8	0,479
Hipertireoidismo	0	0,00	0	0,00	0	
Depressão	0	0,00	2	100,00	2	0,157
Sedentarismo	36	50,00	36	50,00	72	0,863
DPOC / Asma	4	50,00	4	50,00	8	0,976
Insuficiência Cardíaca	11	61,11	7	38,89	18	0,274
Doença carotídea	0	0,00	0	0,00	0	
Doença da artéria coronária	2	33,33	4	66,67	6	0,414
Doença vascular periférica	3	42,86	4	54,14	7	0,716
Flutter atrial / FA	5	33,33	10	66,67	15	0,174
Doença de Chagas	5	62,50	3	37,50	8	0,442
Doença reumática cardíaca	2	25,00	6	75,00	8	0,148
Doença valvar	2	33,33	4	66,67	6	4,414
Doença hepática	0	0,00	1	100,00	1	0,32
IRC dialítica	0	0,00	0	0,00	0	
IRC crônica	1	33,33	2	66,67	3	0,57
Câncer de órgão sólido	4	80,00	1	20,00	5	0,161
Câncer hematológico	0	0,00	0	0,00	0	
Outros					21	
Procedimentos prévios						
CATE	17	56,67	13	43,33	30	0,302
Angioplastia Coronária	9	60,00	6	40,00	15	0,371
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio	4	57,14	3	42,86	7	0,688
Marcapasso definitivo	0	0,00	1	100,00	1	0,313
Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC)	1	50,00	1	50,00	2	1,000
Cardiodesfibrilador Implantável (CDI)	3	50,00	3	50,00	6	1,000
Dispositivo de assistência ventricular	0	0,00	0	0,00	0	
Transplante Cardíaco	3	60,00	2	40,00	5	0,640
Outros					18	

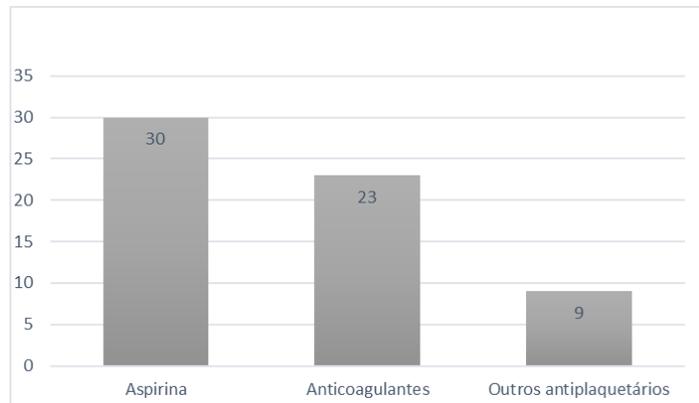
De acordo com a tabela 2 a maioria dos pacientes admitidos na unidade, 53 casos, apresentam como doença prévia HAS, sendo 56,6% do sexo feminino, seguido por 24 casos de diabetes em sua maioria do sexo masculino (54,17%). Na sequência, observa-se que 22 indivíduos apresentam cardiopatias, onde 59,9% são do sexo masculino. Os casos de Insuficiência Cardíaca aparecem em 18 prontuários analisados com uma frequência de 61,11% no sexo masculino. Logo em seguida, o IAM prévio é analisado em 17 casos com predominância de 52,94% no sexo feminino e Flutter atrial / FA em 15 prontuários, sendo sua maioria (66,67%) também no sexo feminino. Outras doenças prévias foram identificadas na população estudada como Dislipidemia, DRC, Hipotireoidismo, DPOC/Asma, Doença de Chagas, Doença reumática cardíaca com frequências menos significativas.

Ainda conforme informações dos prontuários, 72 casos apresentam como fatores de risco cardiovascular o sedentarismo. Logo após, o tabagismo é identificado em 26 casos com predominância de 61,54% no sexo masculino.

Quanto aos procedimentos prévios, uma parcela relevante dos pacientes admitidos, já haviam se submetido ao CATE (Cateterismo Cardíaco), 30 casos, sendo 56,67% no sexo masculino, seguido por 15 casos de Angioplastia Coronariana prévia, predominante em 60,0% nos homens. A Cirurgia de Revascularização do Miocárdio foi identificada em 07 casos analisados, também com predominância nos homens (57,14%). Em 06 prontuários foram identificados que os pacientes foram submetidos à implante de CDI (Cardiodesfibrilador Implantável), e em 05 casos os indivíduos já haviam realizado transplante cardíaco, onde 60,0% (03 casos) eram do sexo masculino.

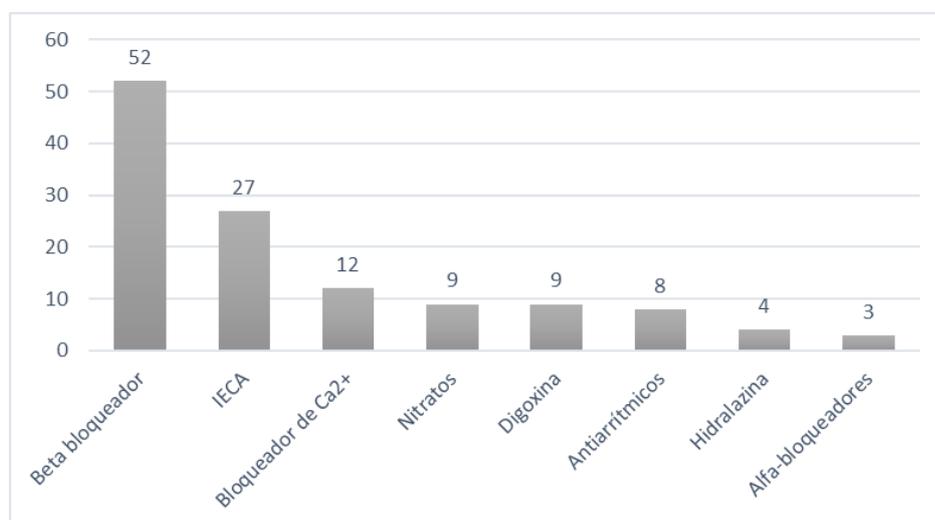
O estudo também possibilitou analisar o uso de medicações em domicílio. Conforme o Gráfico 1, foram identificados 30 pacientes que faziam uso de Aspirina, 23 casos de uso de Anticoagulantes e 09 em uso de outros antiplaquetários.

Gráfico 1 – Uso em domicílio de Antiagregantes e anticoagulantes pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



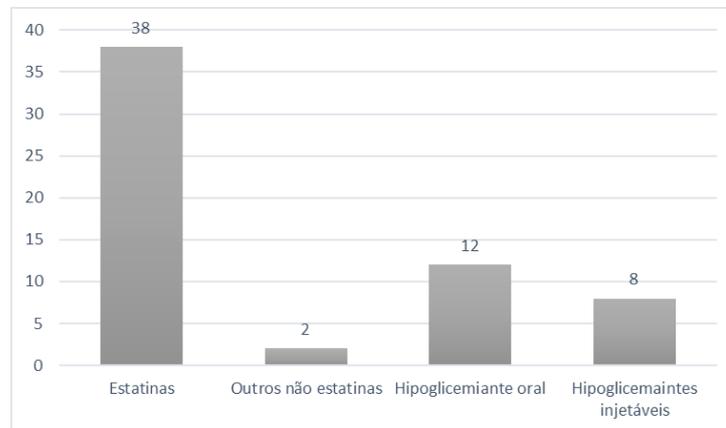
Conforme dados coletados (Gráfico 2), 52 pacientes faziam uso de Beta bloqueador em domicílio, seguido por 27 casos de uso de IECA, 12 casos de utilizando Bloqueador de Cálcio. Nitratos e Digoxina, ambas medicações, aparecerem em 09 casos analisados. Antiarrítmicos aparecem em 08 prontuários, seguidos de Hidralazina (04) e Alfabloqueadores (03) casos.

Gráfico 2 – Uso em domicílio de Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos, inibidores do nó sinusal e inotrópicos pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



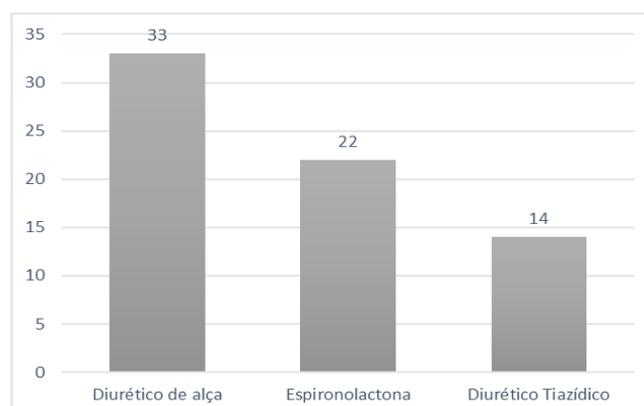
Foi verificado ainda o uso de Hipolipemiantes e Hipoglicemiantes nos prontuários da amostra. De acordo com o Gráfico 3, foram encontrados 38 pacientes que fazem uso domiciliar de Estatinas (hipolipemiante), e 12 pacientes diabéticos fazem uso de hipoglicemiante oral, contudo 08 pacientes utilizam de forma rotineira hipoglicemiantes injetáveis.

Gráfico 3 – Uso em domicílio de Hipolipemiantes e Hipoglicemiantes pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



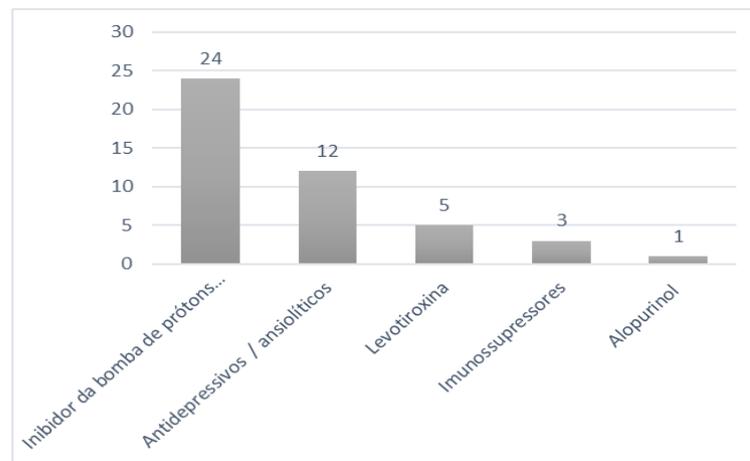
A partir dos dados coletados, verificou-se também, o uso domiciliar de diuréticos conforme Gráfico 4. Diurético de alça é usado por 33 pacientes, seguido por 22 que utilizam Espironolactona e 14 fazem uso de Diurético Tiazídico.

Gráfico 4 – Uso em domicílio de Diuréticos pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



No Gráfico 5 abaixo, observa-se o uso de outros tipos de medicamentos como: Inibidor da bomba de prótons (24), Antidepressivos / Ansiolíticos (12), Levotiroxina (05), Imunossuppressores (03) e Alopurinol (01) representam os outros medicamentos utilizados pelos indivíduos da análise.

Gráfico 5 – Uso em domicilio de outros medicamentos pelos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



A partir do estudo foi possível analisar o diagnóstico médico dos pacientes da amostra, após a admissão na unidade. A Tabela 3 relaciona a frequência do diagnóstico médico com sexo do indivíduo.

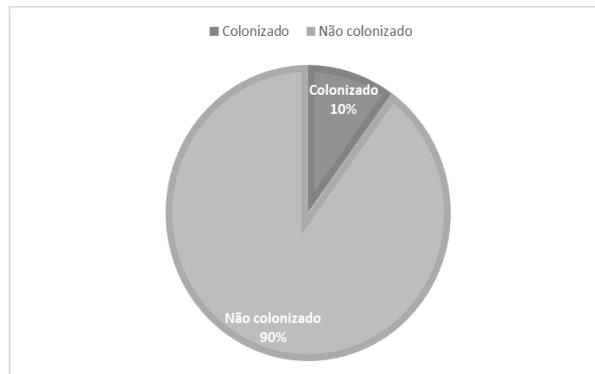
Tabela 3 –Diagnóstico médico por sexo após a admissão dos pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.

Diagnóstico	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	Valor p
	n	%	n	%		
Insuficiência Cardíaca (IC)	12	46,15	14	53,85	26	0,566
IAM com SST	8	61,54	5	38,46	13	0,415
IAM sem SST	3	60,00	2	40,00	5	0,680
Aneurisma de Aorta Abdominal	0	0,00	0	0,00	0	
Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	3	42,86	4	57,14	7	0,655
Arritmia	1	33,33	2	66,67	3	0,534
Pós PCR / Morte súbita	1	100,00	0	0,00	1	0,325
Taquicardia Supra Ventricular (TSV)	5	83,33	1	16,67	6	0,102
Cardiopatía Congênita	0	0,00	0	0,00	0	
Crise hipertensiva	0	0,00	0	0,00	0	
TEP	2	50,00	2	50,00	4	0,967
Angina estável	0	0,00	1	100,00	1	0,305
Angina instável	1	25,00	3	75,00	4	0,288
FA	1	50,00	1	50,00	2	0,977
Choque Cardiogênico	3	75,00	1	25,00	4	0,327
BAV 2º grau e 3º grau	6	85,71	1	14,29	7	0,057
Pericardite	0	0,00	0	0,00	0	
Tamponamento Cardíaco	1	100,00	0	0,00	1	0,325
Sepse	4	66,67	2	33,33	6	0,428
Tempestade Elétrica (CDI)	1	100,00	0	0,00	1	0,325
Aneurisma de Aorta Torácica	1	33,33	2	66,67	3	0,534
Doença valvar	4	40,00	6	60,00	10	0,463
Pós Operatório	14	50,00	14	50,00	28	0,901
Outros					21	

Verifica-se a partir da tabela que, uma parcela significativa dos pacientes, foram admitidos em pós-operatório, 28 casos, sendo 50% sexo masculino e 50% feminino. O quadro de Insuficiência Cardíaca foi observado em 26 pacientes, sendo que em sua maioria (53,85%) no sexo feminino. O IAM com SST foi atribuído a 13 casos, em que 61,54% no sexo masculino, seguido de Doença Valvar (10), Síndrome Coronariana Aguda e BAV 2º grau e 3º grau ambos com 07 casos. Outros diagnósticos foram encontrados, mas com parcelas pouco significativas.

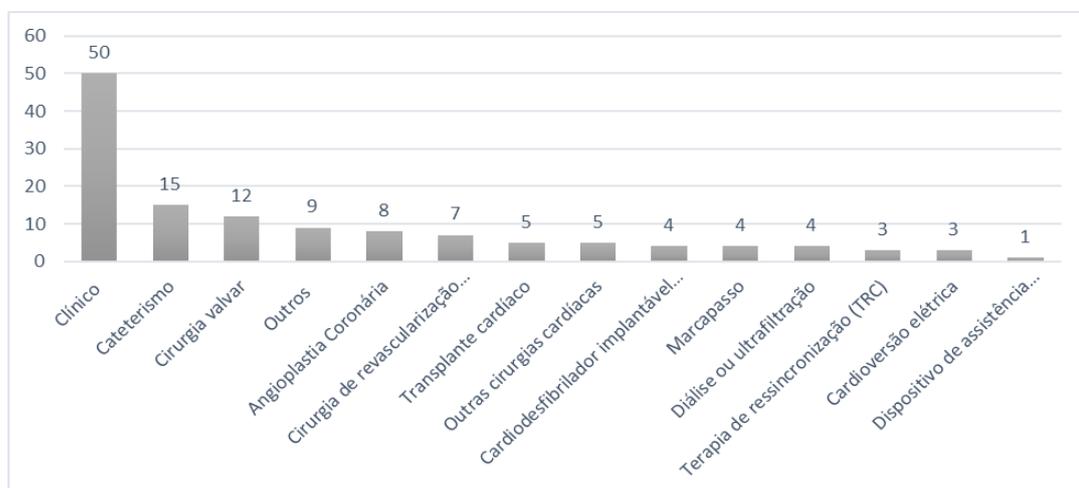
O estudo também possibilitou identificar que 10% dos pacientes apresentaram colonização por microrganismo multirresistente (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Colonização por microrganismo multirresistente em pacientes admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



Com relação á terapêutica realizada, em 50 casos foram realizados tratamento clínico, 15 Cateterismos, 12 casos de Cirurgia valvar, Angioplastia coronariana foi apresentado em 08 prontuários. Cirurgia de Revascularização Miocárdica foi realizada em 07 pacientes e Transplante Cardíaco em 05 casos. Outras cirurgias cardíacas, uso de marcapasso, Cardiodesfibrilador implantável, Diálise ou ultrafiltração, Terapia de Ressincronização, Cardioversão Elétrica bem como uso de Dispositivo de Assistência Ventricular E apresentaram frequência pouco significativa, conforme apresentado no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Terapêutica realizada após a admissão na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



Ainda conforme informações coletadas dos prontuários, foram verificados os dias de permanência, sendo que sua maioria (58) permaneceram na unidade entre 01 e 05 dias. O estudo obteve ainda a taxa de alta de 96% e uma pequena taxa de óbitos de 4,00%.

Gráfico 8 – Frequência dos dias de permanência na Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.

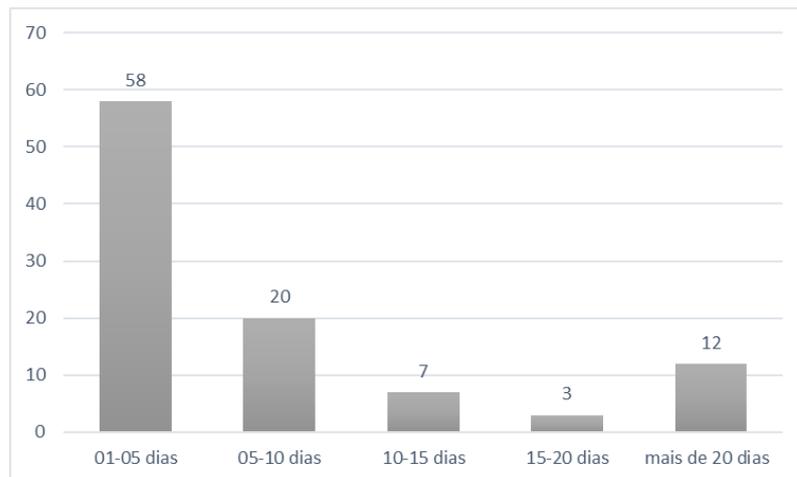
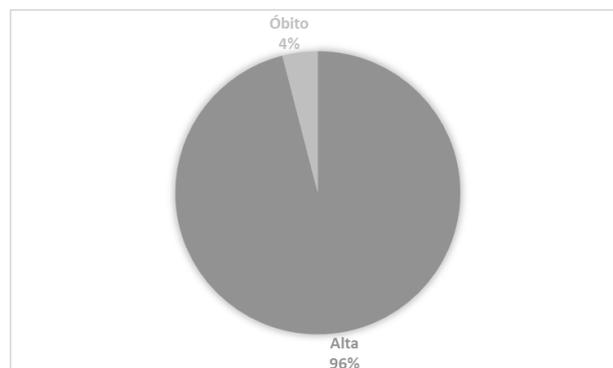


Gráfico 9 – Frequência da taxa de Óbito e de altas da Unidade Coronariana de um Hospital Universitário, Ago. 2018 – Nov. 2018.



5. DISCUSSÃO

As doenças cardiovasculares geralmente incidem em pessoas com idade avançada e se associam à diversas outras patologias.

No presente estudo, as doenças cardiovasculares acometeram em sua maioria (51,0%) os pacientes do sexo masculino, que vai de acordo com outro estudo que caracteriza os pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos no pronto socorro de um hospital universitário no Paraná (RIBEIRO *et al*, 2013) onde 54,0% dos acometidos por DCVs eram do mesmo sexo. As DCVs acometeram no nosso estudo, pacientes com média de idade de 59,86 anos (desvio padrão 15,27593), o que difere do estudo de Ribeiro *et al.* (2013) onde as DCVs incidiram as pessoas com 70 anos ou mais, onde a incidência aumenta à medida que indivíduo envelhece (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Foi evidenciado a partir do presente estudo, que a maioria dos pacientes que apresentavam a informação de nível de escolaridade a apresentavam como baixo nível educacional, ou seja, nível fundamental, e apresentaram condição socioeconômica baixa. Acredita-se que tais fatores contribuem para uma má adesão ao autocuidado na presença de doenças prévias, na qual afeta negativamente à qualidade de vida relacionada à saúde.

Considera-se pouco esclarecedor os achados de sono perturbado, pois não foram identificadas informações que especificassem os problemas que afetariam o sono. Foram apresentados 26,0% de casos de sono perturbado entre os prontuários estudados, contudo, esse número pode ser maior pois 8,0% não foram avaliados nesse requisito e 14,0% não obtiveram nenhuma informação. Considera-se que sono perturbado esteja relacionado ao uso de medicamentos que podem causar noctúria, como os diuréticos, bem como portadores de insuficiência cardíaca que apresentam desconforto respiratório no avançar da doença.

A atividade física foi evidenciada apenas em 9,0 % dos prontuários analisados, sendo o sedentarismo presente em 72,0 % da amostra. É possível inferir que taxas tão elevadas de sedentarismo, que afetam negativamente na qualidade de vida

relacionada à saúde, podem estar relacionadas à redução da capacidade física desses pacientes, bem como o aumento da presença de comorbidades, o que acelera o ônus da doença acometida.

Fatores acima relatados, inatividade física e sono perturbado, podem ter contribuído para o número de pacientes (12) que fazem uso de antidepressivos e ansiolíticos relacionados a distúrbios de humor, como depressão, angústia e incapacidade de lidar com mudanças e perdas consequentes dos portadores de DVCs.

Os resultados desta investigação indicam que 16,0% dos pacientes relatam consumo de bebida alcóolica e 27,0% são tabagistas, relação superior ao estudo onde foi caracterizado o perfil dos pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos no pronto socorro de um hospital no Paraná (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Acredita-se que a elevação das taxas de consumo de álcool e tabaco sejam influenciadas pela idade média da população do presente estudo.

A investigação aponta que 18 pacientes foram admitidos com IC prévia, onde 61,1 % dos casos de Insuficiência Cardíaca acometeram o sexo masculino. A Insuficiência Cardíaca (IC) é considerada um problema relevante de saúde pública sendo a nova epidemia mundial apresentando altas taxas de mortalidade e morbidade, mesmo ao se considerar os avanços das terapias em saúde. Estima-se uma prevalência de 5,1 milhões de casos de IC nos Estados Unidos até 2012, com projeções que evidenciam aumento de mais de 40% até 2030 (SOUZA NETO *et al.*, 2015).

Em um estudo no ambulatório de Cardiologia de um Hospital Universitário, foram encontrados dados semelhantes ao que se refere à Insuficiência Cardíaca, onde 60,0 % dos casos também eram do sexo masculino (LOURES *et al.*, 2009).

O estudo identifica que em 26 casos admitidos na unidade foram atribuídos a IC como diagnóstico inicial, e 53 casos de hipertensão arterial sistêmica, no qual considera-se parcela significativa da amostra estudada. Tais dados corroboram com a afirmativa em que a IC é considerada uma das principais causas de internação hospitalar, onde as internações decorrentes da IC, mais de 70,0% apresentavam

quadros de hipertensão arterial sistêmica, de acordo com estudo sobre aspectos clínicos, qualidade da assistência e hospitalização na IC (SOUZA NETO *et al.*, 2015).

No que se refere ao Diabetes, considerado importante fator de risco para desenvolvimento de DCVs, foi evidenciado no estudo 24 casos de Diabetes onde 54,17% eram do sexo masculino. Em um estudo de comparação dos resultados do tratamento em doentes com e sem diabetes mellitus de um programa de prevenção cardiovascular, infere-se que indivíduos com diabetes têm um risco duas ou quatro vezes maior de desenvolver doença cardiovascular e apresentou como resultado que mais de 60,0% dos casos de diabetes eram no sexo masculino, o que se aproxima dos resultados desta investigação (OFORI; KOTSEVA, 2015).

Os resultados da investigação apontam ainda as doenças prévias e fatores de risco cardiovascular, bem como os procedimentos prévios à internação. Em um estudo de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com diabetes mellitus que apresentavam doença cardiovascular em determinado coorte de pacientes, observou-se uma elevação do número de casos de acidente cerebrovascular, ataque isquêmico transitório e doença da artéria coronária, se comparados aos dados da investigação realizada. Entretanto, observa-se taxas menores de infarto agudo do miocárdio, doença vascular periférica e angioplastia previa (TAN *et al.*, 2014).

Ainda analisando as doenças prévias da população estudada, constatou-se 22 casos de cardiopatias, onde 59,9% acometeram os homens, 08 casos de doença reumática cardíaca e 10 casos de doença valvar diagnosticados na admissão. Ao relacionar com os achados sobre o tratamento proposto, 12 pacientes se submeteram à Cirurgia Valvar e 05 casos de outras cirurgias cardíacas foram realizadas nos pacientes em questão. Portanto, os dados da investigação corroboram com o estudo de análise de prevalência de cardiopatia valvar em pacientes de uma comunidade no Reino Unido com suspeita de insuficiência cardíaca, onde foram diagnosticados com patologia valvar mais de 50% dos casos,

no qual tal implicação clínica condiz com alto risco de eventos cardíacos futuros (MARCINIAK; GLOVER; SHARMA, 2017).

Observou-se um número expressivo de pacientes que foram submetidos a cateterismo (CATE) prévio. Foram identificados 30 casos, onde 56,6% dos procedimentos foram realizados no sexo masculino. Acredita-se que número elevado de casos se relacionam com as comorbidades cardiovasculares prevalentes em 97,0% da população estudada.

Com relação as arritmias, os resultados evidenciaram que foram encontradas em sua maioria nas mulheres. Entretanto, no estudo de Ribeiro *et al.* (2013) contradiz os dados da investigação, e demonstrou que as arritmias acometeram o sexo masculino em mais de 60,0% dos casos.

Os achados do presente estudo mostram o número de indivíduos que fazem uso de determinados medicamentos em domicílio, como medicações cardioprotetoras, diuréticos, estatinas. O estudo evidenciou o uso de Beta bloqueadores e diuréticos em números mais elevados de indivíduos e uso de IECA, Bloqueador de Cálcio e Estatinas em números inferiores se comparado ao estudo em que avalia a associação das doenças cardiovasculares com o comprometimento da qualidade de vida à saúde em pacientes com diabetes (TAN *et al.*, 2014).

Observa-se no presente estudo, número significativo de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas (cirurgia valvar, revascularização do miocárdio, transplante cardíaco), motivo pelo qual exige da equipe de enfermagem um grau de especialização para os cuidados necessários no pós-operatório. Corroborando com a investigação, estudo realizado em três unidades de pós-operatório de cirurgias cardíacas pertencentes a instituições hospitalares distintas, identificou as competências dos enfermeiros que atuam em unidades de alta complexidade de cirurgia cardíaca. São necessários aos enfermeiros conhecimento teórico-prático; cuidados de enfermagem de alta complexidade; tomada de decisão; liderança em enfermagem; supervisão de enfermagem; conflito de gestão; gestão de pessoal; gestão de recursos materiais, dentre outras (SANTOS *et al.*, 2016).

Ainda segundo o estudo, se faz necessário a ampliação de competências clínicas aos enfermeiros para nortear o cuidado de enfermagem. Ao atuar em unidades de alta complexidade, se torna indispensável competências que agreguem conhecimento científico e tecnológico, humanização e individualização do cuidado, garantindo assistência de qualidade e com segurança (SANTOS *et al.*, 2016).

Em se tratando dos dias de permanência na unidade, constatou-se que em sua maioria, 58 casos, permaneceram em tratamento por até 05 dias. Acredita-se que o tempo de permanência curto se deve ao tipo de tratamento disponibilizado, pois em 50 casos admitidos na unidade o tratamento proposto foi apenas clínico e também pode-se considerar os tratamentos cirúrgicos realizados, sem complicações, em que a alta da unidade foi otimizada.

Entretanto, 20 pacientes permaneceram em tratamento entre 05 e 10 dias na unidade, e 12 casos de permanência acima de 20 dias. Infere-se que o maior tempo de internação está relacionado aos casos de Insuficiência Cardíaca (IC) com comorbidades cardiovasculares prevalentes. Segundo estudo que revela o perfil de comorbidade e desfecho de internação durante a hospitalização por Insuficiência Cardíaca, quase 20% das hospitalizações por IC tiveram maior tempo de internação e maiores custos, no qual se relacionam ao número de comorbidades associadas e difícil manejo da situação clínica (LEE *et al.*, 2014).

6. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o conhecimento do perfil sócio demográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos na unidade coronariana. Foi evidenciado um número expressivo de comorbidades associadas as doenças cardiovasculares que acometeram a população estudada e também um número significativo de intervenções cardiológicas. Assim o objetivo do estudo foi alcançado.

O presente estudo é limitado por sua natureza transversal. Outro aspecto limitador, relaciona-se a falta de registros relacionada às características sócio demográficas e hábitos de vida dos pacientes admitidos na unidade, onde tais características influenciam na qualidade de vida relacionada à saúde dos portadores de DCVs.

A evolução negativa dos portadores de DCVs está associada com vários fatores individuais que agravam a doença. Esses fatores estão, em sua maioria, relacionados ao estilo de vida dos indivíduos, alimentação, sedentarismo, obesidade, aumento da circunferência abdominal, ingestão de bebida alcoólica, tabaco, nível de estresse e qualidade do meio em que vivem, ou seja, são fatores modificáveis concernentes ao ambiente e ao comportamento.

Pode-se inferir que portadores de DCVs apresentam alto risco de eventos coronarianos recorrentes, bem como alto risco de mortalidade. Portanto, melhorias das práticas de prevenção se fazem necessário com foco em estilos de vida saudáveis, fatores de risco biométricos, adesão à medicação, tendo como meta, mudanças nos fatores de risco individuais.

Diante do exposto, faz-se necessário a criação de uma força de trabalho hábil para a promoção da saúde com conhecimento e competências indispensáveis para o desenvolvimento, implementação e avaliação das políticas e práticas que sustentam a promoção da saúde. Tais competências, como preparação acadêmica e desenvolvimento profissional ininterrupto, corroboram para o fortalecimento de diretrizes profissionais e sistemas de garantia da qualidade.

Neste contexto, em que o profissional enfermeiro está à frente de atividades complexas ao promover assistência de enfermagem qualificada, a organização hospitalar enfrenta o desafio de desenvolver estratégias que possam desenvolver e/ou aprimorar habilidades, atitudes e conhecimento ao enfermeiro com vistas ao atendimento seguro, qualificado e individualizado. É possível dizer que, a instituição hospitalar implemente um programa de educação permanente e adesão a protocolos assistências que possibilitem uma assistência de enfermagem qualificada e segura ao paciente, bem como estimular e reforçar a comunicação escrita das ações de enfermagem.

No que se refere à qualidade de vida relacionada à saúde dos portadores de DCV, a participação dos profissionais de enfermagem como agentes promotores da saúde é um método eficaz para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações procedentes das DCVs. Portanto, a participação do profissional enfermeiro propiciando um cuidado científico e eficiente vai de encontro as necessidades dos indivíduos e seus familiares atendidos nos serviços de saúde.

Espera-se a partir deste estudo, que sejam realizadas intervenções de enfermagem no sentido de promoção da saúde e desenvolvimento de atividades para a promoção de hábitos saudáveis, avaliação do estilo de vida dos indivíduos, identificação de barreiras para o tratamento, percepção da qualidade de vida e apoio social e programas de reabilitação cardíaca. Contudo, estima-se que sejam implementadas ações que visem o empoderamento do indivíduo e estratégias de acesso aos serviços de saúde com a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

7. REFERÊNCIAS

FREIRE, A. K. DA S. *et al.* Panorama No Brasil Das Doenças Cardiovasculares Dos Últimos Quatorze Anos Na Perspectiva Da Promoção À Saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. 21–44, 2017.

MANSUR, Antonio de Pádua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo : Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol** **2012;99(2):755-761**, v. 99, n. 2, p. 755–761, 2012.

CÉSAR, T.O.; CAIRO, L.G.; CARRINHO, M.R.A. Análise comparativa do risco cardiovascular com características clínicas não inclusas no escore de Framingham. **Revista Sociedade Brasileira Clinica Médica**, v. 14, n. 2, p. 89–94, 2016.

LUZ, F. E. DA; SANTOS, B. R. M. DOS; SABINO, W. Estudo comparativo de mortalidade por doenças cardiovasculares em São Caetano do Sul (SP), Brasil, no período de 1980 a 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 161–168, 2017.

CARVALHO, C.A. *et al.* The association between cardiovascular risk factors and anthropometric obesity indicators in university students in São Luís in the State of Maranhão, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 479–490, 2017.

RIBEIRO, B. *et al.* Perfil Epidemiológico De Pacientes Com Distúrbios Cardiovasculares Atendidos No Pronto Socorro De Um Hospital Universitário
Epidemiologic Profile of Patients With Cardiovascular Disorders Seen At the Emergency Room of a University Hospital Perfil Epidemiológico. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, n. 3, p. 32–41, 2013.

CESTARI, V. R. F. . *et al.* Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1195–1203, 2016.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SOUZA NETO, J. D. DE et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104(6), p. 433–442, 2015.

LOURES, V. A. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da insuficiência cardíaca. **HU Revista**, v. 35, n. 2, p. 89–96, 2009.

OFORI, S. N.; KOTSEVA, K. Comparison of treatment outcomes in patients with and without diabetes mellitus attending a multidisciplinary cardiovascular prevention programme (a retrospective analysis of the EUROACTION trial). **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2015.

TAN, M. et al. The association of cardiovascular disease with impaired health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus. **Singapore Medical Journal**, v. 55, n. 4, p. 209–216, 2014.

MARCINIAK, A.; GLOVER, K.; SHARMA, R. Cohort profile: Prevalence of valvular heart disease in community patients with suspected heart failure in UK. **BMJ Open**, v. 7, n. 1, p. 1–4, 2017.

SANTOS, A. P. A. et al. O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 474–481, 2016.

LEE, C. S. et al. Comorbidity profiles and inpatient outcomes during hospitalization for heart failure: an analysis of the U.S. Nationwide inpatient sample. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2014.