



**UNISUL**

**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**ÁDNA ALZIRA FELIPE**

**DULCIRENE DE JESUS AGUIAR**

**PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL DO SUL  
DE SANTA CATARINA NO ANO DE 2017: FATORES QUE FAVORECEM A  
REINTERNAÇÃO**

Tubarão

2019

**ÁDNA ALZIRA FELIPE  
DULCIRENE DE JESUS AGUIAR**

**PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL DO SUL  
DE SANTA CATARINA NO ANO DE 2017: FATORES QUE FAVORECEM A  
REINTERNAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem, da Universidade do Sul de  
Santa Catarina.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Helena Caetano Gonçalves e Silva, Dra.

Tubarão  
2019

**PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL DO SUL  
DE SANTA CATARINA NO ANO DE 2017: FATORES QUE FAVORECEM A  
REINTERNAÇÃO**

**PATIENTS SUBMITTED TO CARDIAC SURGERY IN A HOSPITAL OF THE  
SOUTH OF SANTA CATARINA IN THE YEAR OF 2017: FACTORS THAT FAVOR  
THE REINTERNATION**

Adna Alzira Felipe<sup>1</sup>, Helena Caetano Gonçalves e Silva<sup>2</sup>, Dulcirene de Jesus  
Aguiar<sup>1</sup>

1. Acadêmicos do Curso de Enfermagem na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão – SC (adna.afelipe@gmail.com) (dulcirene6@hotmail.com)
2. Enfermeira Doutora e Professora na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão – SC (helenacae@gmail.com)

Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

Correspondência: Enfermeira, Dra em ciências da saúde

Helena Caetano Gonçalves e Silva

Avenida José Acácio Moreira

Tubarão - Santa Catarina – Brasil

CEP 88.700-000

E-mail: [helenacae@gmail.com](mailto:helenacae@gmail.com)

Fone: (48) 9 99159932

## PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL DO SUL DE SANTA CATARINA NO ANO DE 2017: FATORES QUE FAVORECEM A REINTERNAÇÃO

### RESUMO

**Introdução:** As doenças cardiovasculares são consideradas uma das principais causas de mortalidade. Considera-se a cirurgia cardíaca, um procedimento que propicia a diminuição ou até mesmo a abolição dos sintomas e contribui para o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida aos indivíduos cardiopatas. A cirurgia cardíaca representa um grande marco na medicina, haja vista que, estes procedimentos são capazes de prolongar a vida e a qualidade de vida dos pacientes. Nos últimos anos, os avanços dessa cirurgia foram notáveis, o que determinou uma melhora nos seus resultados e o aumento crescente do número de pacientes submetidos a esse procedimento. **Objetivo:** Avaliar os fatores que favorecem a reinternação do paciente submetido à Cirurgia Cardíaca em um Hospital do Sul de Santa Catarina. **Métodos:** Trata-se de um estudo de delineamento transversal. A população estudada será composta por dados obtidos em prontuários eletrônicos de todos os pacientes submetidos à cirurgias cardíacas e que realizaram reinternação decorrentes da cirurgia no Hospital Nossa Senhora da Conceição que realizaram a cirurgia no ano de 2017. **Resultados:** Foram analisados 300 indivíduos que se submeteram a intervenção cirúrgica. Destes, 66 realizam nova internação, com uma prevalência de 22% de reinternação. Destes, 9 sofreram reintervenção determinando uma prevalência de 13% dentre os que já haviam sofrido reintervenção. Em relação ao perfil dos pacientes que reinternaram após cirurgia cardíaca, 62,10% eram do sexo masculino, obteve-se a angioplastia 4,5%; cateterismo 13,6% e marca passo 3% como principais reintervenções e 59% dos que reinternaram evoluíram para alta. **Conclusão:** Concluiu-se que dos 300 indivíduos que se submeteram a intervenção cirúrgica, destes, 66 realizam nova internação, determinando uma prevalência de 22% de reinternação. Destes, 9 sofreram reintervenção determinando uma prevalência de 13% dentre os que já haviam sofrido reintervenção. Os fatores de risco associados são ter hipertensão e ter angina pectoris tanto na reinternação como na reintervenção.

**Descritores:** Fatores de risco. Cirurgia torácica. Pacientes internados.

## **Abstract**

**Introduction:** Cardiovascular diseases are considered a major cause of mortality. Cardiac surgery is considered a procedure that favors the reduction or even the abolition of symptoms and contributes to the increase of the survival and improvement of the quality of life to the cardiopathy individuals. Cardiac surgery represents a major milestone in medicine, since these procedures are capable of prolonging patients' life and quality of life. In recent years, the progress of this surgery has been remarkable, which has led to an improvement in its results and a growing number of patients undergoing this procedure. **Objective:** To evaluate the factors that favor the re-hospitalization of the patient submitted to Cardiac Surgery in one Hospital of the South of Santa Catarina. **Methods:** It is a cross-sectional study. The study population will be composed of data obtained in electronic medical records of all patients submitted to cardiac surgeries and who were rehospitalized due to surgery at the Hospital Nossa Senhora da Conceição, who underwent surgery in 2017. **Results:** We analyzed 300 individuals who underwent surgical intervention. Of these, 66 performed a new hospitalization, with a prevalence of 22% of readmission. Of these, 9 underwent reintervention, determining a prevalence of 13% among those who had already undergone reoperation. Regarding the profile of the patients who reintroduced after cardiac surgery, 62.10% were male, 4.5% were angioplasty; catheterization 13.6% and mark step 3% as the main reinterventions and 59% of those who reentered moved to high. **Conclusion:** It was concluded that of the 300 individuals who underwent surgical intervention, of these, 66 performed a new hospitalization, determining a prevalence of 22% of readmission. Of these, 9 underwent reintervention, determining a prevalence of 13% among those who had already undergone reoperation. The associated risk factors are hypertension and angina pectoris in both rehospitalization and reintervention.

**Keywords:** Risk factors. Thoracic surgery. Inpatients.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são consideradas uma das principais causas de mortalidade. Considera-se a cirurgia cardíaca, um procedimento que propicia a diminuição ou até mesmo a abolição dos sintomas e contribui para o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida aos indivíduos cardiopatas<sup>1</sup>. Em 1952, o conceito de cardiopatia grave foi definido por uma equipe de médicos que considerou a doença cardíaca como uma doença grave ou temporária que reduz a capacidade funcional do coração e desenvolve risco à vida e pode impedir ou não o desenvolvimento das atividades da rotina diária do indivíduo<sup>2</sup>. O coração é uma bomba muscular que impulsiona o sangue através das artérias à todos os órgãos do corpo. O corpo necessita de oxigênio e energia para funcionar e o sangue é o sistema de entregas. O sangue vai buscar seu oxigênio nos pulmões e após a liberação do oxigênio, capta dióxido de carbono e dejetos para eliminá-lo pelos pulmões, fígado e rins através das veias. O músculo cardíaco, também necessita de oxigênio e de energia, o que acontece por meio do sangue que é distribuído pelas artérias coronárias. O coração é um músculo dotado de força, capaz de lidar com o stress físico e emocional diariamente. Assim, ele bate 100.000 vezes durante um dia completo, bombeando de 5 a 20 litros de sangue por minuto<sup>3</sup>. Doença cardiovascular pode ser definida como doença que afeta o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares)<sup>4</sup>.

As principais cardiopatias graves que podem levar a procedimentos cirúrgicos são: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias, pericardiopatias, aortopatias e cor pulmonale crônico<sup>2</sup>. Sabe-se que a cirurgia cardíaca representa um grande marco na medicina, haja vista que, estes procedimentos são capazes de prolongar a vida e a qualidade de vida dos pacientes. Nos últimos anos, os avanços dessa cirurgia foram notáveis, o que determinou uma melhora nos seus resultados e o aumento crescente do número de pacientes submetidos a esse procedimento<sup>5</sup>.

Pesquisas têm demonstrado que a expectativa de vida do brasileiro cresceu nos últimos dez anos, embora o índice de doenças cardiovasculares tenha aumentado. O que caracteriza um dos grandes problemas de saúde, acompanhadas de limitações da atividade física e queixas relacionadas à qualidade de vida<sup>2,6</sup>. Cabe

salientar que, um dos motivos pelos quais os problemas relacionados ao coração causam tantas mortes no mundo deve-se ao fato de que as pessoas desconhecem, ou não levam em consideração os sinais de alerta ou os sintomas e demoram muito em buscar ajuda profissional para prevenir o pior das consequências. Grande parte dos sintomas das doenças cardíacas não é severo e podem ser confundidos com sinais de outras doenças<sup>7</sup>.

As reinternações hospitalares são um problema frequente nas instituições de saúde. Diz-se que a análise de dados de pacientes que reinternam precocemente, em até 7 dias, pode levar a uma inferência mais fidedigna sobre a qualidade de atendimento prestada pela instituição do que a avaliação mais tardia, após 30 dias. Alguns estudos não concordam com a utilização desse indicador na avaliação da qualidade de atendimento, demonstrando que esses pacientes são de difícil manejo e cuidados, ou seja, apresentam diversas comorbidades associadas à doença de base e, muitas vezes, não possuem uma estrutura de suporte que possa fornecer cuidados adequados fora do ambiente hospitalar<sup>8</sup>.

No entanto, considerando que uma reinternação traz um enorme ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares, é importante conhecer o perfil dessa população, com vistas a prestar um melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção os cuidados que serão necessários após a alta a fim de evitar uma reinternação não programada<sup>8</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 17 milhões de pessoas morreram no mundo com problemas coronarianos no ano de 2016. Já em 2017 entre janeiro e setembro, foram 240 mil mortes por problemas cardíacos. No Brasil, 300 mil pessoas sofrem infartos todos os anos e em 30% dos casos o ataque cardíaco é fatal. No inverno, o número de casos atendidos pelo Sistema Único de Saúde chega a subir cerca de 30% devido à reação do corpo ao frio<sup>9</sup>.

Conforme o avanço das ciências e medicina, existem diversos tipos de procedimentos cirúrgicos capazes de amenizar ou até mesmo dar um fim a estas doenças, as mais realizadas em ordem de incidência, são: cirurgias de revascularização miocárdica, cirurgias das valvas cardíacas, cirurgias para correção das arritmias, representadas principalmente pelo implante de marcapassos, cardiodesfibriladores ou ressinchronizadores para controle da insuficiência cardíaca e cirurgias para correção de anomalias congênitas<sup>10</sup>. Em geral, as doenças

cardiovasculares são consequências da exposição a fatores de risco. Costuma-se classificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em dois tipos que são os modificáveis e os não modificáveis<sup>11</sup>. Os fatores de risco, considerados modificáveis, são aqueles que podem ser resolvidos ou minorados, através de cirurgia ou até mesmo por mudanças de hábito e rotina, como o stress, cuidados com a hipertensão arterial, diabetes, vícios como álcool e nicotina, inclusive hábitos alimentares desregulados, o sedentarismo é um grande inimigo nesse sentido, bem como o excesso de peso e a hipercolesterolemia<sup>11</sup>.

Já os fatores não modificáveis consistem em características pessoais que não podem ser modificadas como: a idade (homem com 45 anos ou mais e mulheres com 55 anos ou mais), o sexo (masculino), história familiar prematura de doença cardiovascular aterosclerótica (antes dos 55 anos no homem e antes dos 65 anos na mulher) ou história pessoal de doença cardiovascular aterosclerótica<sup>12</sup>. Sintomas como, dificuldade na respiração, tonturas, são sintomas clássicos que podem demonstrar a presença de um ataque cardíaco<sup>7</sup>. A fadiga é um sintoma que atinge principalmente as mulheres e pode ocorrer durante um ataque cardíaco, ou horas, dias ou semana antes do acontecimento. Um sinal muito comum e que não deve ser ignorado é a sensação de cansaço frequente ao longo do dia<sup>7</sup>. A dor no peito é a mais comum quando se está sofrendo com um episódio fulminante do coração. Porém, esta dor pode se estender para os ombros, braços, cotovelos, costas, pescoço, mandíbula ou abdômen. Na verdade, em alguns casos a dor no peito não se manifesta, mas sim as das demais áreas mencionadas<sup>7</sup>.

O pulso irregular ou alteração no pulso de modo ocasional, pode ser considerada dentro dos parâmetros da normalidade. Todavia, quando essa irregularidade se apresenta juntamente com sintomas como fraqueza, tontura ou dificuldade para respirar pode ser um sinal de um ataque do coração, insuficiência cardíaca ou uma arritmia<sup>7</sup>. A perda do fôlego sem estar fazendo grandes esforços ou em repouso sugere sinal de alteração da função pulmonar, como a asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Durante um ataque cardíaco, a dificuldade para respirar ou falta de fôlego podem estar acompanhadas de incômodos no peito, mas nem em todos os casos<sup>7</sup>. Começar a suar frio, especialmente quando se está de repouso, é um sinal de um ataque cardíaco. Este sintoma se apresenta previamente ao episódio<sup>8,9</sup>.

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) existem outros tratamentos não farmacológicos que também auxiliam a prevenção destas doenças: controle de peso, redução do consumo de sal, atividade física e controle do stress. Diante dos tratamentos não farmacológicos, tem-se: o cateterismo cardíaco que é um procedimento que pode ser utilizado para diagnosticar ou tratar doenças cardíacas. Ele consiste na introdução de um cateter, que é um tubo flexível extremamente fino, na artéria do braço ou da perna do indivíduo, que será conduzido até o coração. O cateterismo cardíaco também é conhecido como angiografia coronária. Ele pode ser indicado no diagnóstico e tratamento do infarto ou da angina, pois examina o interior dos vasos sanguíneos e do coração, é capaz de detectar e remover acúmulos de placas de gordura ou lesões nestas regiões<sup>13</sup>. Ele pode trazer alguns riscos, por se tratar de um procedimento invasivo, como: sangramento e infecção no local da punção, lesões nos vasos sanguíneos, reação alérgica devido contraste utilizado, batimento cardíaco irregular ou arritmia, que pode ir se sumir, mas podem necessitar de tratamento em caso de persistência, coágulos sanguíneos que podem desencadear derrame ou ataque cardíaco, queda da tensão arterial e acúmulo de sangue no saco que envolve o coração, podendo impedir que o coração bata normalmente<sup>12,13</sup>.

A angioplastia coronária é um procedimento que permite abrir uma artéria do coração muito estreita ou que ficou bloqueada pelo acúmulo de colesterol, melhora a dor no peito e evita o surgimento de complicações graves como o infarto. Existem 2 tipos principais de angioplastia, que incluem a angioplastia por balão, onde é usado um cateter com um pequeno balão na ponta que abre a artéria e torna a placa de colesterol mais achatada, facilitando a passagem do sangue e angioplastia com stent, que além de abrir a artéria com o balão, neste tipo de angioplastia, é deixada uma pequena rede no interior da artéria, que ajuda a mantê-la sempre aberta. O tipo de angioplastia deve ser sempre discutido com o cardiologista, pois varia de acordo com o histórico de cada pessoa, sendo necessária uma avaliação médica minuciosa<sup>13</sup>.

A cirurgia revascularização do miocárdio, popularmente conhecida como ponte de safena, é uma das cirurgias mais realizadas em todo mundo. Ela é indicada em situações onde existem obstruções nas artérias do coração conhecido como artérias coronárias, com objetivo de reestabelecer o fluxo sanguíneo do local obstruído. Este modelo de tratamento cirúrgico é realizado em pacientes com

cardiopatia isquêmica, Infarto Agudo do Miocárdio, angina instável e a isquemia silenciosa com comprometimento multiarterial; persistência da isquemia mesmo com administração de medicamentos ou que não obtiveram êxito na revascularização miocárdio por Angioplastia Coronariana<sup>13</sup>.

Diversos estudos no Brasil e no mundo dedicam-se a avaliação e prevenção dos fatores modificáveis que contribuem para o desenvolvimento das doenças cardíacas, iniciando na infância até a idade adulta. Diante disso, apresenta-se um panorama sobre aqueles realizados a partir da década de 1970, visando diminuir a morbidade e mortalidade e empregando estratégias de comunicação de massa, atividades interativas e intervenções individuais e coletivas<sup>14</sup>.

Em 1972, em parceria com a OMS, foi implementado o projeto de intervenção North Karelia, nome da cidade da Finlândia que incluiu programas de comunicação em massa, com ênfase nos fatores de risco e na promoção da integração das intervenções com a atenção primária à saúde. Após 25 anos da implantação do projeto, decresceu significativamente em 68% a mortalidade por Doenças Cardiovasculares na Karélia do Norte. As análises comprovaram que boa parte da diminuição da mortalidade por DCV foi devido às mudanças nos principais fatores de risco da população, especialmente no padrão alimentar<sup>15</sup>.

Outro projeto iniciado no mesmo ano nos Estados Unidos, o chamado Stanford Three Community, teve como objetivo a redução dos níveis de colesterol sérico, hipertensão arterial e tabagismo por meio de diferentes atividades de comunicação social concentradas em ambientes como o lar, o trabalho e a comunidade, bem como atividades educativas individuais e de grupo para indivíduos de alto risco. Os resultados foram favoráveis para controle do tabagismo e do colesterol sérico alcançando-se redução do risco cardiovascular em 17% nas comunidades de intervenção<sup>16</sup>.

Desde o ano de 1998, a Secretaria de Políticas de Saúde implantou o Projeto Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades não Transmissíveis (Carmen) para os trabalhadores das Américas. O projeto teve como proposta controlar os principais Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares por meio da ação simultânea sobre, pelo menos, três elos (tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo) em três níveis de ação – político, comunitário e de serviços de saúde – bem como a sistemática incorporação das políticas públicas como nível de

intervenção. No ano de 2007, foi elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem com informações sobre avaliação e definição de indicadores para as Doenças Crônicas não Transmissíveis<sup>17</sup>.

Em julho de 2011 foi lançado o Plano de enfrentamento de DCNT cujo enfoque foi o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, assim como fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos. O plano aborda os principais fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento, Promoção à saúde e o cuidado integral<sup>18</sup>. Atualmente, sabe-se que a reabilitação cardíaca aumenta a qualidade de vida por diminuir sintomas específicos, melhorando a capacidade funcional de indivíduos cardiopatas<sup>6</sup>. Este é um processo que visa manter as capacidades físicas, sociais e mentais do paciente, garantindo que ele retorne à qualidade de vida após uma cirurgia cardíaca<sup>6,7</sup>.

Especificamente com pacientes cardiopatas, o processo de avaliação da qualidade de vida do paciente é uma medida importante diante dos índices favoráveis à morbidade e mortalidade, gerando interferências em reinternações, medicamentos, desempenho em testes específicos e no estado psicológico, além de mensurar o sucesso ou insucesso de um programa de reabilitação. A partir da análise da gravidade das doenças cardíacas podemos dizer que há uma grande incidência na população brasileira, sendo assim a importância da presente pesquisa, a qual nos trará as possíveis causas das reinternações após cirurgias cardíacas, podendo assim melhorar o atendimento perante o paciente que ainda não teve alta hospitalar. Assim, este estudo objetivou analisar o custo e conhecer os fatores de forma local que levam a reinternação no município e desta estar provido de orientações concretas para o usuário de serviço. Diante disso pergunta-se, quais os fatores levam a reinternação de cirurgia cardíaca no ano de 2017 em um hospital do sul de Santa Catarina?

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob nº 2.946.449, em 7 de outubro de 2018

conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de um estudo de delineamento transversal. A população estudada foi composta por dados obtidos em prontuários eletrônicos de todos os pacientes submetidos a cirurgias cardíacas e que realizaram reinternação decorrentes da cirurgia no Hospital Nossa Senhora da Conceição no ano de 2017. Foram inclusos dados de todas as mulheres e homens maiores de 18 anos que realizaram a cirurgia cardíaca no Hospital Nossa Senhora da Conceição com o laudo devidamente registrado e anexado ao prontuário no ano de 2017 e reinternaram por decorrentes da cirurgia. Foram excluídas as mulheres e homens cujos laudos apresentados estão incompletos e que reinternaram por outros motivos. Os dados reunidos foram inseridos em um banco de dados do Microsoft Excel 2010, e foram analisados por meio do programa SPSS 20.0. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão dos dados. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e percentual. As diferenças nas proporções foram testadas pelo teste de qui-quadrado ( $X^2$ ) e diferenças de médias pelo teste *t de Student*, ou equivalentes não paramétricos, conforme adequação dos dados. O nível de significância estatística adotado será de 5% (valor de  $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Foram analisados 300 indivíduos que se submeteram a intervenção cirúrgica. Destes, 66 realizam nova internação, determinando uma prevalência de 22% de reinternação. Destes, 9 sofreram reintervenção determinando uma prevalência de 13% dentre os que já haviam sofrido reintervenção. Em relação ao perfil dos pacientes que reinternaram após cirurgia cardíaca, observou-se que o sexo que mais obteve reinternação foi o masculino com 62,10% enquanto o feminino apresentou 37,90%, entre esses pacientes a faixa etária mais atingida é a de 60 anos ou mais com 74,24%, a etnia que está mais sujeita a problemas cardíaco é a branca com 95,50% enquanto a negra é de 4,50%. A maior parte dos pacientes são casados 66,70% e residem em cidades menos industrializada com 63,60% e apresentam nível de escolaridade baixo, ensino primário com 54,40%. O perfil dos pacientes submetidos a reinternação está descrito na tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos pacientes submetidos a reinternação após cirurgia cardíaca no HNSC/2017.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	41	62,10
	Feminino	25	37,90
Faixa etária	40-49	5	7,58
	50-59	12	18,18
	60 e mais	49	74,24
Etnia	Branca	63	95,50
	Negra	3	4,50
Estado Civil	Solteiro	4	6,10
	Casado	44	66,70
	Viúvo	7	10,60
	Divorciado	5	7,60
	União estável	6	9,10
Município de Origem	Tubarão	24	36,40
	Outros	42	63,60
Escolaridade	Ensino Primário	36	54,50
	Ensino Fundamental	11	16,70
	Ensino Médio	12	18,20
	Ensino Superior	5	7,60
	Não alfabetizado	2	3,00

Fonte: Sistema Tasy/2019

No que se refere as comorbidades, tem-se descritos na tabela 2, as doenças e fatores de risco associadas aos pacientes no momento da reinternação.

Tabela 2: Comorbidades dos pacientes submetidos a reinternação após cirurgia cardíaca no HNSC/2017.

Variáveis		N	%
Fumante	Sim	11	16,7
	Não	55	83,3
Ingere bebida Alcólica	Sim	2	3,0
	Não	64	97,0
Hipertensão Arterial	Sim	40	60,6
	Não	26	39,4

Infarto Agudo do Miocárdio	Sim	22	33,3
	Não	44	66,7
Diabetes Mellitus	Sim	23	34,8
	Não	43	65,2
Insuficiência Cardíaca	Sim	26	39,4
	Não	40	60,6
Dislipidemia	Sim	2	3,0
	Não	64	97,0
Angina pectoris	Sim	44	66,7
	Não	22	33,3
Depressão	Sim	5	7,6
	Não	61	92,4
Obesidade	Sim	6	9,1
	Não	60	90,9

Fonte: Sistema Tasy/2019

A tabela 3 descreve a associação das comorbidades e reintervenção após a reinternação destes pacientes.

Tabela 3: Associação das comorbidades e reintervenção após reinternação dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca no HNSC/2017.

Variáveis	Sim	%	Reintervenção (n=9)		p valor
			Não	%	
Fumante	1	11,1	8	88,9	0,739
Ingere bebida Alcólica	0	0	9	100	0,568
Hipertensão Arterial	5	55,6	4	44,4	0,739
Infarto Agudo do Miocárdio	2	22,2	7	77,8	0,447
Diabetes Mellitus	3	33,3	6	66,7	0,918
Insuficiência Cardíaca	2	22,2	7	77,8	0,257
Dislipidemia	0	0	9	100	0,568
Angina pectoris	6	66,7	3	33,3	1

Depressão	0	0	9	100	0,355
Obesidade	1	11,1	8	88,9	0,821

Fonte: Sistema Tasy/2019

Em relação aos procedimentos realizados na reinternação, obteve-se a angioplastia 4,5%; cateterismo 13,6% e marca passo 3% como principais reintervenções. Os dados mostram que o número de internação realizada relacionado a parte cardíaca foi baixo, conforme a tabela 4.

Tabela 4: Tipos de procedimentos realizado dos pacientes submetidos a reinternação após cirurgia cardíaca no HNSC/2017.

Variáveis		N	%
Angioplastia	Sim	3	4,5
	Não	63	95,5
Cataterismo	Sim	9	13,6
	Não	57	86,4
CRM	Sim	0	0
	Não	66	100
Marca Passo	Sim	2	3
	Não	64	97
Troca Valvar	Sim	0	0
	Não	66	100

Fonte: Sistema Tasy/2019

Em relação aos outros tipos de procedimentos observa-se que o tratamento medicamentoso foi o mais realizado com 60,6%; os demais foram sistema respiratório 15,1%; sistema neurológico 1,5%; sistema renal 1,5%; sistema circulatório 1,5%, transfusão de sangue 1,5%; quimioterapia 1,5% e paciente pediu alta 1,5%, conforme tabela 5.

Tabela 5: Outros procedimentos realizados dos pacientes submetidos a reinternação após cirurgia cardíaca no HNSC/2017.

Outros tratamentos	N	%
--------------------	---	---

Tratamento Medicamentoso	40	60,6
Sistema Respiratório	10	15,1
Sistema Neurológico	1	1,5
Sistema Renal	1	1,5
Sistema Circulatório	1	1,5
Transfusão de sangue	1	1,5
Quimioterapia	1	1,5
Cliente Pedido Alta	1	1,5

Fonte: Sistema Tasy/2019

Quanto aos sinais e sintomas foi observado que os mais predominantes foram dificuldade na respiração 24,20%; dor no peito 19,70% e a presença de infecção 15,20% de todos paciente que reinternaram 13,60% apresentaram infecção na ferida operatória e 1,50% pulmonar. Observa-se febre 6,10%; tontura 6,10%; fraqueza 6,10%; dor com irradiação 3%. Em relação a evolução a maior parte teve alta com 89,40% enquanto 10,60% foi a óbito. Tabela 6.

Tabela 6: Sinais, sintomas e evolução dos pacientes submetidos a reinternação após cirurgia cardíaca no HNSC/2017.

Variáveis		N	%
Dificuldade na Respiração	Sim	16	24,20
	Não	50	75,80
Febre	Sim	4	6,10
	Não	62	93,90
Tontura	Sim	4	6,10
	Não	62	93,90
Fraqueza	Sim	4	6,10
	Não	62	93,90
Dor no Peito	Sim	13	19,70
	Não	53	80,30

Dor com irradiação	Sim	2	3,00
	Não	64	97,00
Presença de Infecção	Sim	10	15,20
	Não	56	84,80
Evolução	Alta	59	89,40
	Óbito	7	10,60

Fonte: Sistema Tasy/2019

## DISCUSSÃO

Foram identificados 300 pacientes, dos pacientes que se submeteram a reinternação a maioria era do sexo masculino (62,10%), na faixa etária de 60 anos ou mais (74,24) e de etnia branca (95,50%). Semelhante ao que foi observado por Lopes<sup>19</sup> que observou que dos 48 pacientes analisados, 60,41% são do sexo masculino, demonstrando predomínio desse gênero no programa de reabilitação cardiovascular. Levanta-se a hipótese que o homem por se cuidar menos, ao sofrer algum evento mais grave, tem mais risco de complicação e desta forma submete-se mais a intervenções de alta complexidade, ao contrário da mulher que realiza mais exames preventivos. Os ataques cardíacos no sexo masculino podem ocorrer mais cedo e, mesmo depois da menopausa, quando a taxa das mulheres aumenta, ela nunca é tão elevada quanto a dos homens. Aliás, os homens costumam morrer mais cedo do que as mulheres e muitos médicos dizem que essa diferença pode ser explicada, entre outros motivos, pelo descaso que o sexo masculino tem com a saúde. Enquanto as mulheres costumam visitar o médico com uma frequência maior, os homens fazem menos exames de rotina e só consultam um médico em caso de emergência.

Estudo realizado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) mostrou que as doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte em homens em 2009 – um em cada quatro morreu por causa disso<sup>11,18</sup>.

Em se tratando do estado civil dos pacientes, representando a maioria, precisamente (66,70%) dos pacientes eram casados. Já no quesito escolaridade, os que cursaram apenas o ensino primário, se destacaram representando (54,50%) dos

casos, ainda analisando o perfil dos pacientes constatou-se que a maioria não era procedente do domicílio (63,60%). Diante da análise dos dados obtidos com esta pesquisa, observou-se que 83,3 % alegavam não ser fumantes, em 97% dos casos, os pacientes não ingeriam bebidas alcoólicas. Já no estudo realizado por Metra<sup>20</sup>, outros fatores relacionados às características dos pacientes, como não aderência ao tratamento, abuso alimentar, drogas, álcool, suporte familiar e social e acesso ao sistema de saúde, afetam diretamente a reospitalização.

O estudo revelou, que na maioria dos casos (60,6%) o paciente tinha prevalência de hipertensão arterial, inclusive houve reintervenção na reinternação em 55,6% dos casos. Para Oliveira et al.<sup>21</sup> a hipertensão arterial em pessoas acima de 60 anos está acima de 50%, o que foi condizente com nosso trabalho (85,41%). Ainda, a prevalência de hipertensão arterial também foi observada por Pansani et al<sup>22</sup>, ao observarem prevalência de 59,92% de idosas hipertensas. De acordo com os autores essa elevada prevalência pode ser parcialmente explicada pela idade avançada, uma vez que no estudo foi observada associação significativa entre ambos<sup>22</sup>. Outros autores<sup>23</sup> também relataram aumento proporcional da pressão arterial com a idade, o que pode ser explicado pela diminuição da elasticidade arterial com o envelhecimento, induzindo ao aumento da resistência periférica. Outro fator que pode interferir na prevalência de hipertensos é a obesidade; diversos estudos evidenciaram que está associada a níveis pressóricos mais elevados e que o ganho de peso que acompanha o envelhecimento é um importante preditor para o desenvolvimento de hipertensão arterial. No ano de realização da presente pesquisa, 90,9% dos pacientes em estudo não estavam em situação de obesidade o que vai em desacordo com o estudo realizado por Carneiro<sup>24</sup>, em que 31,25 % dos pacientes eram obesos, sendo 60% homens e 40 % mulheres.

Obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes, hipertensão, estresse. São um conjunto explosivo e responsável por um assustador índice de mortes no mundo a cada ano – cerca de 20 milhões, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, não é diferente. Para reverter o quadro preocupante, a população deve compreender o impacto dos maus hábitos na saúde e estabelecer a melhor maneira de eliminá-los<sup>4,25</sup>. A gordura excessiva no organismo, geral ou localizada, vem da combinação de alimentação errada e falta de gasto calórico adequado. Ela é importante para manter as funções do corpo e proteger os órgãos. No entanto, além

do limite, compromete o metabolismo e acarreta doenças<sup>12,25</sup>. Estudo realizado pela Universidade de Adelaide, na Austrália, avaliou o impacto do peso na saúde do coração. Os pesquisadores descobriram que a obesidade causa mudanças na estrutura e no tamanho do órgão e altera seu funcionamento, levando à arritmia cardíaca. Ainda segundo a pesquisa Vigitel, metade dos brasileiros apresenta sobrepeso: 51% dos entrevistados se declararam acima do peso ideal, sendo 17,4% deles obesos<sup>25</sup>.

Neste estudo, houve reintervenção na reinternação dos pacientes com diabetes em 33,3% dos pacientes, sendo que 65,2% dos pacientes reincidentes não sofriam com a doença. A diabetes, a doença renal crônica, a doença arterial periférica ou a doença arteriosclerótica - associada ao mau controle dos fatores de risco cardiovasculares -, a uma terapêutica desadequada e o frequente abandono precoce da medicação prescrita são alguns dos fatores que aumentam o risco de um segundo evento cardíaco. São comorbidades cardiovasculares que podem precipitar a reospitalização: isquemia miocárdica, arritmias (como a fibrilação atrial) e hipertensão arterial não controlada. Todas podem ser potencialmente tratadas no momento da primeira hospitalização<sup>20</sup>.

Estudo mostrou que diabetes, doença renal crônica e anemia são fatores independentes associados com maior taxa de mortalidade e/ou reospitalização. Outras comorbidades não cardiovasculares, como infecções e doença pulmonar crônica, podem também ser causas de reospitalização<sup>26</sup>. Segundo a observação de Lotufo<sup>27</sup>, que afirma que uma epidemia de doenças cardiovasculares está prestes a se instalar em nosso país, principalmente pela maior incidência da obesidade e do diabetes<sup>28</sup>.

Em estudo realizado por Rosa<sup>29</sup>, a maioria dos participantes do estudo que apresentou reinternações era de hipertensos, seguidos de tabagistas, diabéticos, etilistas e dislipidêmicos, em nosso estudo apenas coincidem o fator de hipertensão.

O total de óbitos foi de 10,60%. No entanto, a inexistência de estudos epidemiológicos de predição de risco de mortalidade em cirurgia cardíaca no País impede comparações válidas das taxas de mortalidade, apresentadas por diferentes instituições. A mortalidade varia de hospital para hospital e dependente do tipo de pacientes e da estrutura do serviço de saúde. Uma avaliação pré-operatória mais específica e padronizada, no sentido de avaliar a gravidade e identificar fatores de

risco da população submetida à cirurgia cardíaca, é fundamental para ajustar os indicadores de mortalidade e complicações, de forma que permita comparações válidas de resultados através do tempo em uma mesma instituição e entre instituições.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que dos 300 indivíduos que se submeteram a intervenção cirúrgica, destes, 66 realizam nova internação, determinando uma prevalência de 22% de reinternação. Destes, 9 sofreram reintervenção determinando uma prevalência de 13% dentre os que já haviam sofrido reintervenção. Os fatores de risco associados vão ser hipertensão e ter angina pectoris tanto na reinternação como na reintervenção. Portanto, este trabalho representou quanto é importante a orientação para o paciente porque percebe-se que alguns dos fatores de risco são evitáveis.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes, R. G.; Borghi-Silva, A. Eficácia da Intervenção Fisioterapêutica Associada ou Não à Respiração por Pressão Positiva Intermitente (RPPI) Após Cirurgia Cardíaca com Circulação Extracorpórea. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.19, n. 4, pp. 73-82, out./dez. 2006.
2. Dutra, O, P. II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v.87, n.2, pp. 223-232, 2006.
3. Jackson, Grahan. Tudo sobre doenças cardíacas. São Paulo. Andrei. 2000.
4. Instituto Nacional de Saúde, Doenças Cardiovasculares. República de Portugal. 2016. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>>
5. Oliveira, D. C., Silva, R. F.; Moura, S. S.; Silva, D. J.; Egito, E. S. T. do; Martins, S. K.; Souza, L. C.; Adib, D. J.; Piegas, L. S. Sepse no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Descrição do Problema. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. São Paulo, v. 13, pp. 352-356, 2010.
6. Winkelmann, E. R.; Manfroi, W. C. Qualidade de Vida em Cardiologia. *Revista HCPA*, Porto Alegre, pp. 49-53, 2008.
7. Montanz, Alberto. Revista Saúde, 10 Sintomas das doenças cardíacas que ignoramos. 2018. Disponível em: <<https://melhorcomsaude.com.br/10-sintomas-doencas-cardiacas-ignoramos>>

8. Borges, Flávia Kessler. Soliman, Fernando. Pires, Daniela Oliveira. Seligman, Renato. Reinternação Hospitalar Precoce: Avaliação de um Indicador de Qualidade Assistencial. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/5120/4599>>
9. Governo do Brasil. Casos de infarto aumentam 30% durante inverno. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/07/casos-de-infarto-aumentam-30-durante-inverno>>
10. Lisboa, L. A. F. et al. Evolução da Cirurgia Cardiovascular no Instituto do Coração: Análise de 71.305 Operações. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. São Paulo, v. 94, n. 2, pp. 174-181, 2010.
11. Simão, M.; Nogurira, M. S.; Hayashida, M. Casarino, E. J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.4, n.2, p. 27 – 35. 2002.
12. Laurindo, F. R. M. Fisiopatologia da circulação coronariana. Silva, M. R. Fisiopatologia cardiovascular. São Paulo: Atheneu, 2000.
13. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2007001500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2007001500012&lng=en&nrm=iso)>.
14. Parker, D.R.; Assaf, A.R. Community interventions for cardiovascular disease. Prim. Care Clin. Office Pract, USA, v. 32, n. 4, p. 865- 881, 2005.
15. Puska, P. Successful prevention on non- commmunicable diseases: 25year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Med., UK, v. 4, n.1, p. 5-7, 2002.
16. Farquhar, J.W. The community-based modelo f life-style intervention trails. Am. J. Epidemiol., USA, v. 108, n. 2, p. 103-111, 1978.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília, 2011.
19. Lopes PP, Vanderlei LCM, Tarumoto MH. Perfil dos indivíduos frequentadores de programas ambulatoriais de exercícios físicos para pacientes cardíacos da cidade de Presidente Prudente (SP). Rev Soc Cardiol Estado de SP. 2005.
20. Metra M, Carubelli V, Castrini I, Ravera A, Sciatti E and Lombardi C. Desfechos pós-alta de pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca. Medicographia; 2015.

21. Oliveira JJ, Silva SR. O idoso com hipertensão arterial. RBM Rev Bras Med. 1999;
22. Pansani AP, Anequini IP, Vanderlei LCM, Tarumoto MH. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade aberta à terceira idade”. Arq Cienc Saúde. 2005.
23. Oigam W. Adaptação dos vasos arteriais e do coração à hipertensão arterial. Sinergia. 2001.
24. Carneiro G, Faria AN, Filho FR, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras. 2003.
25. Frutuoso, Suzane, G. Maus hábitos aumentam incidência de doenças cardíacas. 2014. Disponível em: <https://coracaoevida.com.br/maus-habitos-aumentam-incidencia-de-doencas-cardiovasculares/>.
26. Van Deursen VM, Urso R, Laroche C, Damman K, Dahlström U, Tavazzi L, et al. Co-morbidades em pacientes com insuficiência cardíaca: uma análise do European Pilot Survey Pilot. Eur J Heart Fail. 2014.
27. Lotufo PA. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil: comparação com outros países. Arq Bras Cardiol 1998.
28. Feier FH, Sant’Anna RT, Garcia E, De Bacco FW, Pereira E, Santos MF, et al. Modificações no perfil do paciente submetido à operação de revascularização do miocárdio. Rev Bras Enferm. 2005.
29. Rosa, Ana Cláudia Marques. LAMARI, Neuseli, Mariano. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Desktop/trab/excluir.pdf>.

**ANEXO**



UNIVERSIDADE DO SUL DE  
SANTA CATARINA - UNISUL



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES QUE FAVORECEM A REINTERNAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL DO SUL DE SANTA CATARINA NO ANO DE 2017

**Pesquisador:** Helena Caetano Gonçalves e Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 97383518.2.0000.5369

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.946.449

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa para fins de Trabalho de Conclusão de Curso de enfermagem da UNISUL Campus Tubarão que pretende estudar fatores associados à reinternação por cirurgia cardíaca em hospital na cidade de Tubarão, ocorridos na instituição no ano de 2017. Trata-se de estudo com delineamento quantitativo, transversal, com dados retrospectivos. A previsão para o início da coleta dados, em prontuários sob a responsabilidade da instituição, está prevista para ser iniciada em outubro de 2018. Este parecer refere-se à Carta Resposta, da pesquisadora responsável, às pendências que constavam no último parecer anterior a este.

#### Objetivo da Pesquisa:

São objetivos da pesquisa: "GERAL - Avaliar os fatores que favorecem a reinternação do paciente submetido à Cirurgia Cardíaca em um Hospital do Sul de Santa Catarina no ano de 2017" e "ESPECÍFICOS - Determinar o perfil sócio demográfico dos pacientes submetidos à cirurgia e reinternação no ano em estudo; Determinar os fatores que favorecem a reinternação; Determinar quais são as intervenções mais prevalentes entre os reinternados; Verificar se há associação entre os fatores que favorecem a reinternação e a nova intervenção".

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apresentados os riscos e benefícios: "O presente estudo apresenta risco mínimo aos participantes do estudo, visto que conforme a legislação brasileira, todos os estudos apresentam

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25

**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca

**CEP:** 88.137-270

**UF:** SC

**Município:** PALHOÇA

**Telefone:** (48)3279-1036

**Fax:** (48)3279-1094

**E-mail:** cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE  
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.946.449

riscos. O presente estudo não realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo" e "Como benefícios, ressalta-se que o presente estudo, busca identificar determinar os fatores que favorecem a reinternação dos pacientes submetidos

a cirurgia cardíaca e as intervenções mais prevalentes entre os reinternados, desta forma possibilitando uma análise se há associação entre os fatores que favorecem a reinternação e a nova intervenção".

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este parecer trata das seguintes pendências que constavam no último parecer anterior: "1. Em se tratando de pesquisa quantitativa, que não necessita de identificação do indivíduo, o nome deve ser retirado do instrumento de coleta e utilizado código (caso seja necessário) para minimizar o risco de quebra de sigilo. 2. O TCLE necessita ser reformulado em relação aos seguintes tópicos: (a) Não está claro o porquê da seguinte afirmação no TCLE: "A minha participação no referido estudo será de responder um questionário de perguntas, onde levará o tempo de 30 minutos, poderei responder no Hospital", pois, em nenhum local do projeto há referência a uso de algum tipo de questionário/instrumento de coleta de dados para entrevista. Ainda que o paciente esteja internado e o contato para autorização do uso do seu prontuário ocorra, a pesquisa não terá a coleta de dados realizada no prontuário? (b) A afirmação "Fui alertado que, da pesquisa a se realizar, não terá nenhum benefício. Recebi, também que desconhecemos qualquer risco ou prejuízo

por minha participação neste projeto" deve ser retirada. Se a pesquisa não traz nenhum benefício à sociedade, ela não deverá ser desenvolvida. Se a pesquisa traz benefícios indiretos, com divulgação de dados em meios técnicos e científicos sobre o tema (conforme os autores apontam no projeto, de forma diferente do que está escrito no TCLE), ela é justificável. Não existe pesquisa sem riscos. Os riscos dessa pesquisa parecem ser mínimos (verificar, em especial, o que aponta a Resolução CNS 466 2012 nos seus itens II.4, II.22, III.1)". Sobre a pendência 1, a pesquisadora responsável envia resposta, afirmando que o nome será retirado do instrumento de coleta de dados e será utilizado um código de identificação para cada formulário. Sobre a pendência número 2 foram realizadas modificações nos documentos do projeto postados na Plataforma Brasil e no TCLE, com resolução da mesma.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi solicitada dispensa de TCLE, pois, os dados são retrospectivos e coletados em prontuários, no entanto, foi apresentado TCLE (modificado após considerações do último parecer anterior) para os

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE  
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.946.449

casos em que o paciente se encontre na instituição por ocasião da coleta de dados. O TLCE apresentado nesta versão atual está adequado às normativas vigentes relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

**Recomendações:**

Sem outras recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto foi adequado às recomendações que constavam no último parecer anterior do CEP e pode ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1193838.pdf	17/09/2018 15:06:04		Aceito
Outros	Carta_resposta_Adna.pdf	17/09/2018 15:05:25	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Adna.pdf	17/09/2018 15:04:30	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito
Outros	Inst_coleta_dados.docx	17/09/2018 11:25:20	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_03_08.docx	17/09/2018 11:24:28	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito
Outros	Termo_prontuarios.docx	01/09/2018 13:48:30	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito
Outros	Comp_uso_prontuarios.docx	01/09/2018 13:47:39	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instiuicoes_envolvidas.docx	01/09/2018 13:46:37	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.docx	01/09/2018 13:46:06	Helena Caetano Gonçalves e Silva	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE  
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.946.449

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALHOCA, 07 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria Inés Castiñeira**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOCA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br

**ESCOPO E POLÍTICA**

A *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica* (ISSN 1679-1010), publicação trimestral oficial da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, tem como objetivo divulgar artigos científicos que contribuam para o conhecimento médico e atualização dos profissionais relacionados à saúde.

**TIPOS DE MANUSCRITOS**

São aceitos manuscritos originais, em português, inglês ou espanhol, podendo ser aceitos manuscrito já publicados, com autorização explícita do periódico em que o artigo foi publicado originalmente. Trabalhos de outra natureza poderão ser aceitos para publicação dependendo da avaliação do Conselho Editorial.

**Editoriais**

Os editoriais são elaborados pelo editor ou a seu convite (limites: mil palavras, título, duas figuras ou tabelas, e até dez referências).

**Artigos Originais**

Artigos originais apresentam experimentos completos, com resultados nunca publicados (limites: 3.000 palavras, título, resumo estruturado, sete figuras ou tabelas, e até 30 referências). A avaliação dos manuscritos enviados seguirá as prioridades de informação nova e relevante, comprovada em estudo com metodologia adequada. Não serão aceitos manuscritos com conclusões especulativas, não comprovadas pelos resultados ou baseadas em estudo com metodologia inadequada.

**Relatos de Casos**

Relatos de casos ou séries de casos serão considerados para publicação se descreverem achados com raridade e originalidade, ou quando o relato apresentar respostas clínicas ou cirúrgicas que auxiliem na elucidação de doenças (limites: 3.000 palavras, título, resumo não estruturado, quatro figuras ou tabelas, e até dez referências).

**Artigos de Revisão**

Manuscritos de revisão são aceitos por convite do editor ou de demanda espontânea (limites: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, oito figuras ou tabelas, e até 40 referências).

**Correlação Anatomoclínica**

Constituído pela apresentação de um caso clínico e pela discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anatomopatológico (limites: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, quatro figuras ou tabelas, e até dez referências).

**Cartas ao Editor**

As cartas ao editor serão consideradas para publicação se incluírem comentários pertinentes de manuscritos publicados anteriormente na *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica* ou, excepcionalmente, resultados de estudos originais com conteúdo insuficiente para serem enviados como Artigo Original. Elas devem introduzir nova informação ou nova interpretação de informação já existente (limites: 700 palavras, título, duas figuras ou tabelas no total, e até cinco referências).

**Resenhas de Livros e Notícias**

Corresponde a crítica de livro, ou notícia publicada e impressa, ou em redes de comunicação *on-line* (limite: 1.500 palavras).

**Pontos de Vista**

É a opinião qualificada de autores a respeito de assuntos polêmicos e de interesse, ou novas ideias para a área da saúde (limites: 200 palavras, título e sem obrigatoriedade de conter resumo e descritores).

**Informes Técnicos**

Deverão ser estruturados de acordo com a natureza técnica da informação, devendo conter citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

**PROCESSO EDITORIAL**

Todos os manuscritos serão inicialmente analisados pelo editor-chefe, que pode aceitar ou rejeitar o artigo. Os manuscritos aceitos serão encaminhados para análise e avaliação de dois a quatro revisores. O editor-chefe receberá a análise dos revisores, fará apreciação crítica com base nos pareceres e emitirá o aceite final, a solicitação de correções menores ou ainda poderá fazer a rejeição do manuscrito. Os comentários serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Os manuscritos serão encaminhados para publicação somente após aprovações finais dos revisores e editores. A secretaria editorial comunicará inadequações no envio do manuscrito. Após a notificação, o autor correspondente terá o prazo determinado para adequação de seu manuscrito. Ao serem recebidos, os manuscritos estarão sujeitos a correções ou modificações de padronização editorial, sem alteração do conteúdo do estudo. Quando não aceitos, os manuscritos serão devolvidos no formato original, com a justificativa do editor-chefe. A versão final será encaminhada ao autor em PDF para correções tipográficas e devolução no prazo de 5 dias. Se acarretar atraso na devolução da prova gráfica, ao editor-chefe reserva-se o direito de publicá-lo independente da correção final.

**Autoria**

O crédito de autoria deve ser baseado em contribuições concretas nas seguintes três fases do manuscrito:

- I. Concepção e delineamento do estudo, coleta, análise ou interpretação dos dados.
- II. Redação ou revisão crítica do manuscrito com relação ao seu conteúdo intelectual.
- III. Aprovação final da versão do manuscrito a ser publicada. Demais nomes que não preenchem os requisitos acima devem constar nos agradecimentos, que virão ao final, antes da lista de referências.

A revista adota os Princípios de Autoria do **International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)**, disponível em: [http://www.icmje.org/ethical\\_1author.html](http://www.icmje.org/ethical_1author.html)

É necessário que o autor correspondente preencha e envie o formulário de Cessão de Direitos Autorais disponível no portal: <http://www.sbcm.org.br/revista/Transferencia2013.pdf>. Este formulário deve ser assinado pelo(s) autor(es) e encaminhado por *e-mail* ([revista@sbcm.org.br](mailto:revista@sbcm.org.br)). Toda correspondência será enviada ao autor responsável, cujo endereço

eletrônico deve ser indicado no manuscrito. O autor correspondente fica responsável pela apreciação final do material, estando os demais autores de acordo com sua publicação. A cessão de direitos autorais vigorará até que o artigo seja aceito para publicação ou rejeitado. Não é permitido o envio simultâneo a outro periódico, nem sua reprodução total ou parcial, ou tradução para publicação em outro idioma, sem autorização dos editores da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

#### PREPARO DOS MANUSCRITOS

O corpo do texto deve ser digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página. As seções devem se apresentar na sequência: página de rosto, *abstract* e *keywords*; resumo e descritores, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos (eventuais), referências, tabelas (opcionais) e figuras (opcionais) com legenda.

#### Página de Rosto

Deve conter título (claro e conciso; quando necessário, usar subtítulo), em português, inglês ou espanhol, com no máximo de 135 caracteres, incluindo espaços; título curto do artigo para ficar no cabeçalho da página; nome de cada autor usado em publicações; afiliação institucional de cada autor, vinculada a cidade, Estado e país da instituição mencionada; instituição à qual deve ser creditado o trabalho (quando houver, indicar departamento, escola e universidade), vinculada a cidade, Estado e país da instituição mencionada; nome, endereço, telefone e *e-mail* do autor correspondente. Deve ainda apresentar: fonte de auxílio à pesquisa, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, declaração dos conflitos de interesses de todos os autores, número do registro dos ensaios clínicos em uma base de acesso público, *abstract* e resumo.

##### Fontes de auxílio à pesquisa

Mencionar se o trabalho recebeu algum auxílio financeiro, bem como sua fonte.

##### Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Todos os estudos que envolvam coleta de dados primários ou relatos clínico-cirúrgicos, sejam retrospectivos, transversais ou prospectivos, devem indicar, na página de rosto, o número do projeto e nome da instituição que forneceu o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. As pesquisas em seres humanos devem seguir a Declaração de Helsinque (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>)

##### Declaração dos conflitos de interesses de todos os autores

A página de rosto deve conter a declaração de conflitos de interesse de todos os autores, mesmo que este seja inexistente. Para mais informações consultar <http://www.wame.org/conflict-of-interest-in-peer-reviewed-medical-journals>. O formulário para declaração de conflito de interesse está disponível em: [http://www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf)

##### Número do registro dos ensaios clínicos em uma base de acesso público

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica respeita as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da ICMJE para registro de estudos clínicos, reconhecendo a importância destas iniciativas para a divulgação internacional de informações sobre pesquisas clínicas com acesso

aberto. É dada preferência para publicação manuscritos ou estudos registrados previamente em uma Plataforma de Registros de Estudos Clínicos que atenda aos requisitos propostos pela OMS e pela ICMJE. A lista de plataformas de registros de estudos clínicos se encontra no *site* da *International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)*, que é o <http://www.who.int/ictcp/en>. No Brasil, existe o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), que é uma plataforma de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos, em andamento ou finalizados, e que pode ser acessada no *site*: <http://ensaiosclinicos.gov.br>. O número de registro do estudo deve ser publicado ao final do resumo.

#### Abstract

Deverá conter no máximo 250 palavras. Para artigos originais, destacar *Objective*, *Methods*, *Results* e *Conclusion*. Para os relatos de casos, o resumo é não estruturado ou livre. Para artigos de revisão, destacar *Objective*, *Contents* e *Conclusion*. Para todos os manuscritos, indicar de três a cinco descritores da *Medical Subject Headings (MeSH)* ou dos Descritores em Ciências da Saúde (respectivamente: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <http://decs.bvs.br/>).

#### Resumo

Deverá conter no máximo 250 palavras. Para artigos originais destacar Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para os relatos de casos, o resumo é não estruturado ou livre. Para artigos de revisão, destacar Objetivo, Conteúdo e Conclusão. Para todos os manuscritos, indicar de três a cinco descritores da *Medical Subject Headings (MeSH)* ou dos Descritores em Ciências da Saúde (respectivamente: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <http://decs.bvs.br/>).

#### ESTRUTURA DOS ARTIGOS

##### Artigos originais

Deve conter as seguintes seções:

**Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

**Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro Comitê de Ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

**Resultados:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Não deve conter citação bibliográfica.

**Discussão:** deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais.

**Conclusões:** devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacio-

nar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo e incluir recomendações, quando pertinentes. Não deve conter citação bibliográfica.

#### Artigos de revisão

Não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática profissional. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

#### Artigos de revisão sistemática

Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde. Descreve com menores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não ter metanálise.

#### Relatos de caso

**Introdução:** apresenta, de modo sucinto, o que se sabe a respeito da doença em questão e quais as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve revisão da literatura.

**Relato do caso:** o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes.

**Discussão:** apresenta correlações do caso com outros descritos e a importância do relato, bem como as perspectivas de aplicação prática.

#### REFERÊNCIAS

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica adota as normas de Vancouver para referência dos artigos e a apresentação deve estar baseada no formato proposto pelo ICMJE, conforme os exemplos a seguir.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>).

#### Exemplos de referências

##### Artigos de periódicos

Duggirala S, Lee BK. Optimizing cardiac resynchronization therapy for congestive heart failure. *Curr Probl Cardiol*. 2013; 38(6):215-37.

##### Artigos com mais de seis autores

Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, et al. Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012;157(12):865-77.

##### Artigo com grupo como autor

Kim KI, Jung HK, Kim CO, Kim SK, Cho HH, Kim DY, Ha YC, Hwang SH, Won CW, Lim JY, Kim HJ, Kim JG; Korean Association of Internal Medicine, The Korean Geriatrics Society. Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. *Korean J Intern Med*. 2017;32(1):199-210.

##### Artigo com suplemento

Adedapo KS, Fadiji IO, Orunmuyi AT, Onimode Y, Osifo BO. Radioactive iodine ablation therapy: a viable option in the management of Graves' disease in Nigeria. *Afr J Med Sci*. 2012;41 Suppl:193-6.

##### Artigo com errata

Gujral H, Tea C, Sheridan M. Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. *Surg Obes Relat Dis*. 2011; 7(4):536-40. *Erratum in*: *Surg Obes Relat Dis*. 2012;8(1):129-30.

##### Artigos eletrônicos

Harries LW, McCulloch LJ, Holley JE, Rawling TJ, Welters HJ, Kos K. A role for SPARC in the moderation of human insulin secretion. *PLoS One* [Internet]. 2013 [cited 2012 Jul 21];28;8(6):e68253. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0068253>

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2013 Jan 21]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_tb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf)

##### Livros

Lopes AC, Guimarães HP, Lopes RD. Tratado de Medicina de urgência e emergência pronto-socorro e UTI. São Paulo: Atheneu; 2010.

##### Livros eletrônicos

Ashley EA, Niebauer J. Cardiology explained [Internet]. London: Remedica; 2004 [cited 2012 Nov 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2204/>

##### Capítulos de livros

Lopes RA, Martins HS. Gastroenterologia. In: Martins HS, Cavalcanti EF, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, Velasco IT, editores. *Atualizações em Clínica Médica*. 2. ed. Barueri: Manole; 2007. p. 232-4.

##### Capítulos de livros eletrônicos

Laximnarayan R, Chow J, Shahid-Salles AS. Intervention. Breman JG, Measham AR, Alleyne J, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease control priorities in developing countries* [Internet]. 2. ed. Washington, DC: World Bank; 2006 [cited 2013 Jun 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11784/>

#### CITAÇÃO DAS REFERÊNCIAS NO TEXTO

As citações devem ser feitas em números sequenciais, sobrescritos, após a pontuação (quando esta estiver próxima da citação), iniciando-se sempre em um:

Todas estas definições estão de acordo com o fluxograma publicado no Registro Brasileiro de Transplantes (RBT).<sup>(1)</sup>

A lista de espera para realização de um transplante renal no ano de 2011, no Brasil, foi quase seis vezes maior do que o número de transplantes realizados deste órgão no mesmo ano.<sup>(2-4)</sup>

#### ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas e siglas devem ser precedidas do nome correspondente completo ao qual se referem, quando citadas pela primeira vez, entre parênteses. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas no título, no resumo e nas conclusões.

#### FIGURAS E TABELAS

É obrigatória a citação das figuras e tabelas no texto. Enumerar figuras e tabelas em algarismos arábicos na ordem em

que foram citados no texto. Todas as tabelas e figuras devem conter título e legenda, indicando o local onde a mesma deve constar no texto. Fotografias poderão ser coloridas ou em branco e preto. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos, siglas e testes estatísticos utilizados nas tabelas e gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé, mesmo que definidas previamente no texto. Fotografias e ilustrações devem ter resolução mínima de 300 DPis em formato JPEG para o tamanho final da publicação (cerca de 2.500 x 3.300 pixels, para página inteira). A qualidade das imagens é considerada na avaliação do manuscrito. Figuras e tabelas, quando extraídas de outras publicações, devem conter na legenda a fonte original de onde foi extraída.

#### **Uso de recursos digitais**

O texto deve estar em Word (formato .doc); gráficos em barras ou linhas deverão ser encaminhadas em Excel (formato xls.), contendo o nome do arquivo conforme o tipo e a numeração da ilustração (exemplo: Tabela 1, Figura 1, Tabela 2). Títulos e legendas das ilustrações, devidamente numeradas, devem estar no arquivo de texto.

A qualidade das figuras é de responsabilidade dos autores.

#### **Envio dos manuscritos**

Deverão ser enviados por *e-mail* para [revista@sbcm.org.br](mailto:revista@sbcm.org.br). No texto do *e-mail*, deve constar a exclusividade para publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.