

Perfil dos pacientes atendidos no setor de Fisioterapia Cardiorrespiratória de uma clínica escola de São José do Rio Preto – SP

Profile of patients treated at the Cardiorespiratory Physiotherapeutic Sector in a Medical School of São José do Rio Preto - SP

João Simão de Melo Neto¹; Ana Paula Mendes²; Inae Gualda de Aragão³; Sueli Aparecida Alves⁴; Paulo Rogério Corrêa⁵; Eduardo Martini Romano⁶

¹ Fisioterapeuta*. Especialista em Fisioterapia Geral*. Mestrado acadêmico em andamento em “Biologia e Envelhecimento” (FAMEMA).

² Fisioterapeuta*. Aperfeiçoamento em andamento em Fisioterapia (FAMERP).

³ Discente do curso de Fisioterapia*.

⁴ Docente do curso de Fisioterapia*. Mestre em “Ciências da Saúde” (FAMERP).

⁵ Docente do curso de Fisioterapia*. Doutor em “Ciências da Saúde” (FAMERP).

⁶ Docente do curso de Fisioterapia*. Mestre em “Ciências da Motricidade” (UNESP).

Resumo **Introdução:** A severidade das doenças tem influência sobre a funcionalidade, os sintomas e a qualidade de vida dos seus portadores. Também, como futuros eventos relacionados como morbidade, mortalidade e a utilização de cuidados de saúde, dentre estas doenças, observa-se com impacto relevante, as cardiovasculares e respiratórias. O objetivo do presente estudo é descrever o perfil dos pacientes atendidos no setor de Fisioterapia Cardiorrespiratória de uma Clínica Escola. **Métodos:** Foram registradas as variáveis de 204 prontuários, divididos em: G1 – Pneumopatas (n=140); G2 – Cardiopatas (n=53); G3 – Cardiopatas e/ou Pneumopatas com idade inferior a 14 anos (n=25). Dentre os grupos, sete pacientes foram incluídos no G1 e G2. Os dados foram catalogados, analisados e submetidos à estatística descritiva. **Resultados:** Os prontuários do G1 apresentaram 78 pacientes do sexo masculino (M) com média de 59,13 ($\pm 21,88$) anos e 62 do sexo feminino (F) com média de idade 58,35 ($\pm 19,3$). O motivo mais frequente de admissão nos homens foi devido hipoventilação pulmonar (30,7%) e nas mulheres foi DPOC (35,5%). Dos fatores de risco o sedentarismo foi o mais prevalente (M-85,9%; F-80,6%). No G2, 28 eram homens com idade média de 60,54 ($\pm 17,78$) e 25 mulheres com média de 62 ($\pm 11,99$) anos. O motivo de admissão mais prevalente foi revascularização miocárdica. A queixa principal mais frequente foi dispnéia (39,28%) em ambos os sexos. Dos fatores de risco, sedentarismo (M-85,7%; F-88%) foi o mais frequente. **Conclusão:** Concluiu-se que os pacientes apresentaram motivo de admissão mais frequente devido a revascularização do miocárdio, DPOC e hipoventilação pulmonar.

Palavras-chave Perfil de Saúde, Doenças Cardiovasculares (Especialidade), Pneumopatias.

Abstract **Introduction:** The severity of diseases has great influence on the functionality, the symptoms and quality of life of people as well as some upcoming events related to morbidity, mortality and the use of health care. Among these diseases, with high impact are the cardiovascular and respiratory diseases. The aim of this study is to describe the profile of patients in a Cardio-Respiratory Physiotherapeutic clinic school. **Methods:** A total of 204 variables of medical records were used. They were divided into: G1 – Pulmonary disease (n=140); G2 –s (n=53); G3 – Heart disease and/or Pulmonary disease patients under the age of 14 years (n=25). Between the groups, seven patients were included in G1 and G2. Data has been cataloged, examined and descriptive statistics were used. **Results:** G1 medical records presented 78 male patients (M) with a mean age of 59.13 (± 21.88), and 62 females (F) with a mean age of 58.35 (± 19.3). The most frequent reason for man admission was due to pulmonary hypoventilation (30.7%) and women, COPD (35.5%). The risk factors as physical inactivity was the most prevalent (M-85.9%; F-80.6%). In G2, 28 were men with a mean age of 60.54 (± 17.78) and 25 women, mean age of 62 (± 11.99) years. The most prevalent reason for admission was coronary bypass graft surgery. The main complaint dyspnea (39.28%) was the most frequent in both sexes. Physical inactivity was the most frequent risk factors (M-85.7%; F-88%). **Conclusion:** In conclusion, the patients presented more frequent admission due revascularization, COPD and pulmonary hypoventilation.

Keywords Health Profile, Cardiovascular Diseases, Lung Diseases.

Introdução

A severidade das doenças tem influência sobre a funcionalidade, os sintomas e a qualidade de vida dos portadores, bem como futuros eventos relacionados como morbidade, mortalidade e utilização de cuidados de saúde¹, dentre estas doenças, observa-se com impacto relevante, patologias cardiovasculares e respiratórias.

As doenças cardiovasculares (DCV) englobam um conjunto de afecções do sistema cardíaco e circulatório ou congênitas², com fisiopatologia multifatoriais e complexas, estando envolvidas por fatores fisiológicos, bioquímicos e ambientais^{3,4}. Constituem as DCV, patologias como hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e defeitos congênitos cardiovasculares^{5,6}, com relação entre as manifestações cardiovasculares, os fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida, onde o efeito multiplicativo de existência de fatores de risco aumenta exponencialmente o desenvolvimento destas doenças⁴. Os principais fatores de risco são tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, má alimentação, etilismo, e estresse psicossocial^{5,7}.

As doenças respiratórias representam um vasto conjunto de afecções deste sistema, como infecções agudas, pneumonia, doenças pulmonares obstrutivas, doença pleural e pneumoconiose, além de malignidades do trato respiratório⁸, apresentando uma das mais importantes etiologias de morbimortalidade⁹ em todo o mundo, constituindo a terceira principal causa de hospitalização no Canadá em 2001, e a quarta principal causa de incapacidade nos Estados Unidos no período de 1991-1992¹⁰. Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 13 milhões de crianças menores de cinco anos morrem anualmente no mundo por doenças do aparelho respiratório¹¹. No Brasil estas afecções são responsáveis por aproximadamente 16% de todas as internações⁹, 10 % das mortes entre os menores de um ano, a segunda causa de óbito na população de zero a um ano de idade e a primeira causa entre as crianças de um a quatro anos¹¹. A atuação fisioterápica promove nestes pacientes benefícios como reexpansão pulmonar, desobstrução das vias aéreas, maior tolerância ao exercício, redução da frequência cardíaca de repouso e da pressão arterial sistólica, aumento do consumo máximo de oxigênio e maior aporte de oxigênio ao miocárdio melhorando a capacidade oxidativa da musculatura esquelética, além de orientações para prevenir possíveis complicações^{12,13}.

Objetivo

Este estudo tem por objetivo verificar por meio de levantamento de prontuários o perfil demográfico e clínico dos pacientes portadores de doenças cardiovasculares e pulmonares atendidos no setor de Fisioterapia Cardiopulmonar na Clínica Escola Ambulatorial.

Métodos

Este estudo foi realizado de forma não-randomizado, com caráter

descritivo prospectivo e exploratório de prontuários de pacientes admitidos no setor de Fisioterapia Cardiopulmonar de uma Clínica Escola da cidade de São José do Rio Preto- SP, no período de março de 2002 à dezembro de 2010. Foram coletados os levantamentos da triagem dos pacientes, que direcionaram os indivíduos para este setor. A instituição campo de estudo é um ambulatório geral que apresenta serviço de prevenção, promoção e reabilitação da saúde e tem por finalidade a prestação de assistência, o ensino, e a pesquisa. Os critérios de inclusão deste estudo foram: serem de ambos os sexos; ser portador de cardiopatia e/ou pneumopatia. Foram excluídos os prontuários que apresentam ausência de dados.

A amostra foi de 204 prontuários, limitados pelo período de coleta de dados. Os prontuários foram divididos em três grupos, sendo G1 – Pneumopatas; G2 – Cardiopatas; G3 – Cardiopatas e/ou Pneumopatas com idade inferior a 14 anos. O G1 foi composto por 140 prontuários, o G2 por 53 e o G3 por 42 prontuários. Dentre os grupos, sete pacientes foram incluídos tanto no G1 quanto no G2.

Para coleta de dados foi elaborado uma ficha específica para este estudo baseada em dados integrados à ficha de triagem. Os dados coletados foram divididos nas seguintes variáveis: Caracterização Sócio-Demográfica – sexo, idade, estado civil e profissão; História da Moléstia – diagnóstico, queixa principal e doença associada à disfunção cardiopulmonar; Fatores de Riscos – HAS, Diabetes mellitus, alterações peso corporal (sobre peso e obesidade), sedentarismo (ausência de atividade física regular), etilismo (ingestão constante de álcool relatada pelo paciente), depressão (com uso de medicamentos) e tabagista (“sim”, “não” e “ex-tabagista”).

Durante a análise das informações coletadas, foi utilizado o *software Excel (Microsoft R.)*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa. Para descrever os valores da caracterização dos pacientes foram utilizadas tabelas.

Este trabalho e delineamento de execução foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Moléstias Cardiovasculares – IMC/SP envolvendo seres humanos, sob o protocolo n. 015.08.010. Nas planilhas de dados, os casos foram identificados apenas por um código de registro, de modo a resguardar a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos.

Tabela 1. Estado civil dos portadores de pneumopatias (G1) e cardiopatas (G2), divididos em sexo masculino (M) e feminino (F).

Estado Civil	G1 (n=140) (72,54%)		G2 (n=53) (27,46%)	
	M (n=78)	F (n=62)	M (n=28)	F (n=25)
Casado	49 (62,8%)	26 (42%)	17(60,7%)	11(44%)
Solteiro	16 (20,5%)	16 (25,8%)	07(25%)	04(16%)
Viúva	09 (11,5%)	13 (21%)	03(10,7%)	03(12%)
Divorciado	04 (5,1%)	07 (11,3%)	01(3,6%)	07(28%)

Resultados

Portadores de pneumopatias – G1

Dos 140 prontuários analisados para este grupo, obteve-se 78 pacientes do sexo masculino (M) e 62 do feminino (F). A idade média entre os homens foi de 59,13 ($\pm 21,88$) e das mulheres de 58,32 ($\pm 21,88$). O estado civil prevalente em ambos os casos foi casado (Tabela 1). A maioria dos homens eram aposentados e das mulheres trabalhavam no lar (Tabela 2).

Tabela 2. Profissão dos portadores de pneumopatias (G1) e cardiopatias (G2), divididos em sexo masculino (M) e feminino (F).

Profissão	G1 (n=140) (72,54%)		G2 (n=53) (27,46%)	
	M (n=78)	F (n=62)	M (n=28)	F (n=25)
Aposentados	34 (43,6%)	17 (27,4%)	10 (35,7%)	13 (52%)
Do lar	-	18 (29%)	-	05 (20%)
Estudante	07 (8,9%)	06 (9,6%)	-	-
Lavrador	04 (5,1%)	-	-	-
Empresário	04 (5,1%)	02 (3,2%)	04 (14,3%)	-
Doméstica	-	04 (6,4%)	-	03 (12%)
Professor	-	03 (4,8%)	-	-
Secretário	-	03 (4,8%)	-	-
Motorista	03 (3,8%)	-	-	-
Soldador	03 (3,8%)	-	-	-
Construção civil	03 (3,8%)	-	01 (3,6%)	-
Advogado	-	01 (1,6%)	02 (7,1%)	-
Vendedor	-	-	02 (7,1%)	-
Outros	20 (25,6%)	09 (14,5%)	09 (32,1%)	04 (16%)

Houve maior prevalência durante a admissão no sexo masculino por hipoventilação pulmonar, seguida de DPOC. Já nas mulheres ocorreu o contrário, sendo maior prevalência por DPOC, seguida de hipoventilação pulmonar (Tabela 3).

Tabela 3. Motivo de admissão dos portadores de pneumopatias (G1), divididos em sexo masculino (M) e feminino (F).

Motivo Admissão	M (n=78) (%)	F (n=62) (%)	Total (n=140) (%)
DPOC	16 (20,5%)	22 (35,5%)	38 (27,1%)
HP	24 (30,8%)	11 (17,7%)	35 (25%)
Pneumonia	12 (13,4%)	7 (11,3%)	19 (13,6%)
Asma	6 (7,8%)	9 (14,5%)	15 (10,7%)
Bronquiectasia	2 (2,6%)	7 (11,3%)	9 (6,4%)
Fratura de costela	4 (5,1%)	1 (1,6%)	5 (3,6%)
Pneumotórax	2 (2,6%)	2 (3,2%)	4 (3,8%)
CA. Pulmão	4 (5,1%)	-	4 (3,8%)
Atelectasia	2 (2,6%)	1 (1,6%)	3 (2,1%)
Lobectomia	2 (2,6%)	1 (1,6%)	3 (2,1%)
Outros	4 (5,1%)	10 (16,1%)	14 (10%)

A presença dos fatores de riscos está disposta na Tabela 4, e a doença crônica correlacionada a pneumopatia da admissão mais freqüente foi à doença vascular encefálica (DVE) com 12 portadores. A queixa principal mais presente do G1, no sexo feminino foi dispnéia (59,68%), seguida por dores músculo-esquelético (27,42%) e no sexo masculino foi dispnéia (44,87%) e hipersecretividade (14,1%).

Portadores de cardiopatias – G2

Para análise deste grupo, foram selecionados e analisados 53 prontuários, sendo 28 de pacientes do sexo masculino e 25 do feminino. A faixa etária média entre os homens foi de 60,54 ($\pm 17,78$) e das mulheres de 62 ($\pm 11,99$) anos de idade. O estado civil prevalente em ambos os casos foi casado (Tabela 1), e a maioria dos pacientes eram aposentados

Quanto ao diagnóstico, à admissão com maior prevalência em ambos os sexos foram de pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio conforme Tabela 4, e um destes pacientes possuía duas cardiopatias associadas.

Tabela 4. Motivo de admissão dos portadores de cardiopatia (G2), divididos em sexo masculino (M) e feminino (F).

Motivo Admissão	M (n=28) (%)	F (n=25) (%)	Total (n=53) (%)
RM	8 (28,6%)	8 (32%)	16 (30,1%)
Angioplastia	5 (17,8%)	1 (4%)	6 (11,3%)
Valvuloplastia	2 (7,1%)	3 (12%)	5 (9,4%)
Arritmia	4 (14,3%)	2 (8%)	6 (11,3%)
Fisiot. Preventiva	1 (3,6%)	5 (20%)	6 (11,3%)
Chagas	3 (10,7%)	2 (8%)	5 (9,4%)
IAM	2 (7,1%)	1 (4%)	3 (5,6%)
Card. Congênita	2 (7,1%)	-	2 (3,8%)
Insuficiência Mitral	-	2 (8%)	2 (3,8%)
Outros	1 (3,6%)	1 (4%)	2 (3,8%)

A patologia correlacionada a cardiopatia de admissão mais freqüente foi a DVE com 11 portadores e os fatores de risco apresentados pelos integrantes da amostra estão dispostos na Tabela 5. Quando analisada a queixa principal dos pacientes do G2, no sexo masculino, a dispnéia foi representada com 39,28%, seguida por desconforto torácico com 17,86%. No sexo feminino, a dispnéia representou 36% da amostra, seguida por dores músculo-esquelético com 20%.

Portadores de cardiopatias e/ ou pneumopatias com idade inferior a 14 anos – G3

A amostra foi constituída por 42 pacientes, sendo 25 do sexo masculino e 17 do sexo feminino. A faixa etária média foi de 6,67 ($\pm 3,67$) anos de idade.

No sexo masculino o diagnóstico de admissão mais freqüente foi pneumonia (32%), seguida de bronquite asmática (16%); bronquiolite e Síndrome de Down (8% cada). Ainda foram

encontradas patologias como déficit motor, arritmia cardíaca, HAS, obesidade, asma, atresia esofágica, distrofia muscular, epilepsia refratária, refluxo gastroesofágico, osteogênese imperfeita, hipoplasia pulmonar, hidrocefalia, paralisia cerebral, atelectasia, Síndrome de Prune Belle, edema pulmonar e pós-operatório de correção de tetralogia de fallot. Enquanto no sexo feminino obteve-se paralisia cerebral (42,8%), seguida de pneumonia (35,7%); broncoespasmo, bronquite asmática, hidrocefalia, C.I.V. e C.I.A., todos com 11,8% cada. Outras patologias também foram encontradas, como amiotrofia espinhal progressiva tipo I, mielomeningocele, miopatia, déficit motor, síndrome de aspiração meconial, refluxo gastroesofágico, obesidade, hipersecreção pulmonar e Síndrome de Down.

Obteve-se como queixa principal mais freqüente, no sexo masculino, à tosse em 28% dos pacientes; seguido por dispnéia (20%); hipersecreção pulmonar (16%); déficit motor (12%); crises asmáticas freqüentes, febre com pneumonia de repetição, e dificuldade de deglutição (cerca de oito por cento cada). No sexo feminino hipersecreção pulmonar (29,4%) foi à queixa mais freqüente, seguida por tosse e dispnéia (23,53% cada); déficit motor (17,6); dores musculares e febre (11,8%); e taquicardia e pneumonia de repetição (5,9%). Dentre estas, cinco apresentaram mais de uma queixa principal.

Tabela 5. Fatores de risco presentes nos portadores de pneumopatias (G1) e cardiopatias (G2), divididos em sexo masculino (M) e feminino (F).

Fatores De Risco	G1 (n=140)		G2 (n=53)	
	M (n=78)(%)	F (n=62)(%)	M (n=28)(%)	F (n=25)(%)
Sedentarismo	67(85,9%)	50(80,6%)	24(85,7%)	22(88%)
HAS	29(37,2%)	23(37,1%)	13(46,4%)	17(68%)
Depressão	10(12,9%)	25(40,3%)	03(10,7%)	10(40%)
DM	14(17,9%)	06(9,7%)	11(39,2%)	06(24%)
Etilismo	15(19,2%)	06(9,7%)	02(7,1%)	01(4%)
Dislipidemia	-	03(4,8%)	-	04(16%)
Obesidade	-	01(1,6%)	-	02(8%)
Tabagismo				
Ex-tabagista	33(42,3%)	16(25,8%)	12(42,8%)	07(28%)
Tabagista	01(1,9%)	07(11,3%)	-	02(8%)
Passivo	01(1,9%)	06(9,7%)	02(7,1%)	01(4%)

Discussão

Os sistemas cardiovascular e pulmonar são essenciais para um bom funcionamento do organismo. Patologias nestes sistemas ocasionam grandes prejuízos à vida dos portadores. Uma vez instalada determinada patologia é fundamental o tratamento visando reduzir os impactos da doença sobre o paciente, para isso, existem centros especializados. O levantamento do perfil de pacientes de uma determinada população e a análise da prevalência de fatores de riscos é uma prática interessante, que pode promover informações relevantes para que diretrizes nacionais sejam formadas e reavaliadas visando melhor atender

características particulares de cada população¹⁴. Desta forma, este estudo verificou a prevalência em sexo, faixa etária e profissão, motivo de admissão, principais queixas e fatores de risco.

No que tange a prevalência de sexo, o masculino foi o mais encontrado tanto nas pneumopatias (55,7%) quanto nas cardiopatias (52,8%). Tratando das cardiopatias estes dados corroboram com estudo de Lemos et al.¹⁵ ao avaliar frequência de doença arterial coronariana obteve em seu resultado 63,8% no sexo masculino, achado que foi semelhante ao de Escosteguy, Medronho e Portela¹⁶ que conduziu seu estudo no Rio de Janeiro com prevalência de homens de 61,5%. Já no que se trata das pneumopatias, em um estudo realizado por OlumuyiwaDesalu, Oluwafemi e Ojo¹⁰ na Nigéria com 165 pacientes encontrou-se prevalência ao sexo feminino. Este fato pode ser desconsiderado ao tratar a população do estudo, porém fica-se evidente que estes estudos são necessários para traçar um perfil de pacientes admitidos em um determinado ambulatório.

A idade média etária foi correspondente ao início da terceira idade, em ambas as patologias e sexos. Observa-se no Brasil rápido envelhecimento populacional, com redução das taxas de fecundidade e diminuição progressiva das taxas de mortalidade. Com a alteração no perfil de saúde da população, tornam-se dominantes as doenças crônicas e suas complicações, que resultam prevalência pelo uso dos serviços de saúde, ao invés de processos agudos que são resolvidos rapidamente, seja pela cura ou óbito, segundo Souza, Scochi e Maraschin¹⁷. Concomitante à prevalente faixa etária média, a aposentadoria foi à condição mais encontrada nos pneumopatas e cardiopatas. O grupo das pneumopatias tem sido utilizado na análise da percepção da doença e na avaliação da fidelidade dos diagnósticos realizada nos lugares que oferecem variados serviços de saúde como um ponto norteador da mediação de morbidade e na inter-relação com as dimensões da saúde. A pneumopatia mais freqüente nos pacientes admitidos no ambulatório desta clínica escola foi o DPOC (27,1%) em ambos os sexos. Estes dados discordam com o encontrado por Mascarenhas et al.¹⁸ realizado no município de Rio Branco, sendo que a prevalência desta patologia foi de apenas 2%. Desta forma compreende-se que sempre irá variar da população envolvida, ressaltando novamente a importância deste estudo para conhecer a população do ambulatório desta clínica escola.

O motivo de admissão mais visto relacionados a disfunções cardíacas foi devido pós-operatório de revascularização do miocárdio (30,1%), apresentando também relação com a faixa etária mais comum. Zaslavsky e Gus¹⁹ afirmam as altas estatísticas de mortalidade no idoso, especialmente pela doença arterial coronariana. Entretanto, Gus et al.²⁰ observa o aumento na expectativa de vida da população, juntamente com o avanço da medicina em relação à indicação da cirurgia de revascularização do miocárdio nos idosos, mesmo com alta morbi-mortalidade e número maior de doenças crônicas associadas quando comparadas com um adulto jovem.

Em relação às queixas principais a dispnéia foi a mais comum nas cardiopatias e nas pneumopatias. Segundo a American Thoracic Society²¹, “dispneia é um termo utilizado para

caracterizar experiências subjetivas de desconforto respiratório, compreendendo sensações qualitativas distintas que variam de intensidade”. Esta prevalência pode ser justificada pela presença da dispnéia em portadores de diferentes condições patológicas, que sofrem influência de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, que induzem a respostas fisiológicas e comportamentais, promovendo este fator de risco com grande prevalência e importância clínica.²¹ E os resultados proporcionados por esta pesquisa apontam que mesmo com a fragilidade do registro nos prontuários, quanto a evolução e a queixa principal, de acordo com a qualidade dos registros realizados durante o exame físico, devem ser executadas de modo que seja direcionada aos demais órgãos de saúde. Desta forma, confirma que o prontuário médico possui potencial importância como primeira fonte na avaliação da qualidade da prestação de serviços.

O fator de risco prevalente em ambas as patologias foi o sedentarismo, corroborando com outros achados, por exemplo, o de Lemos et al.¹⁵ que obteve o mesmo fator de risco no seu estudo sobre síndromes coronarianas agudas, onde 86,8% pacientes estudados não realizavam nenhuma atividade física regular.

Considerando a interação do tabagismo com doença pulmonar, este fator de risco foi o segundo mais visto nos portadores de pneumopatias. Como descrito por Churg, Cosio e Wright²², a DPOC resulta da interação entre efeitos ambientais e genéticos, onde o tabaco aumenta a probabilidade da doença, mas não determina sua instalação, já que necessita se associar a alguma susceptibilidade individual para gerar a doença, e talvez seja o principal fator de causa.

O segundo mais freqüente fator de risco entre os portadores de doenças cardiovasculares foi HAS (56,6%), visto sua ligação com doença cardíaca. Segundo o estudo realizado por Matos et al.²³ que encontrou a prevalência em 18,2% de sua amostra, existem grandes variabilidades em diferentes regiões do mundo, desta forma, evidencia-se que sempre dependerá de uma determinada população.

Dos integrantes do G3, no que relaciona ao motivo de admissão, a pneumonia foi ao diagnóstico mais freqüente. Esses dados corroboram com o estudo realizado por Duarte e Botelho²⁴ que encontrou este diagnóstico predominante em 77,8% das internações em crianças hospitalizadas. Levantando a semelhança da admissão hospitalar e ambulatorial em crianças, e a relevância da pneumonia como uma das patologias que mais atinge estes grupos.

Conclusão

Conclui-se que tanto para os pacientes pneumopatas quanto para os cardiopatas adultos atendidos na clínica escola foram encontradas as seguintes características: terceira idade, prevalência de gênero masculino, com queixa principal de dispnéia e como fator de risco o sedentarismo, tabagismo e hipertensão. Os pacientes pneumopatas apresentavam como causa de encaminhamento mais freqüente a DPOC e hipoventilação pulmonar em ambos os gêneros. Já os cardiopatas apresentaram pós-operatório de revascularização do miocárdio como motivo prevalente de admissão em ambos

os sexos.

Em relação aos pacientes infantis, houve prevalência do sexo masculino, a pneumonia foi o diagnóstico predominante na admissão e as principais queixas apresentadas foram tosse e hipersecreção pulmonar.

Desta forma, estes estudos são relevantes, sendo possível elaborar programas de prevenção contra o fumo, principal responsável pela DPOC e contra os fatores de riscos cardiovasculares, além de direcionar para melhor tratamento.

Referências Bibliográficas

1. Kroenke K, Wyrwich KW, Tierney WM, Babu AN, Wolinsky FD. Physician-estimated disease severity in patients with chronic heart or lung disease: a cross-sectional analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006;4(60):1-9.
2. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation*. 2008;117:25-146.
3. Sanchez-contreras M, Moreno-gomez GA, Marin-grisales ME, Garcia-ortiz LH. Factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes. *Rev. salud pública*. 2009;11(1).
4. Oliveira MAM, Fagundes RIM, Moreira EAM, Trindade ESM, Carvalho T. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;94(4):478-85.
5. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, et al. American heart association. Heart disease and stroke statistics – update 2006: a report from the american heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation*. 2006;113(6):85-151.
6. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Kittnegreenlund K, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2007 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2007;115(5):69-171.
7. Lloyd-jones D, Adams R, Carnethon M, Simone G, Ferguson TB, Flegal, K. Heart Disease and Stroke Statistics, Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009;119(3):22-182.
8. Serón P, Riedemann P, Sanhueza A, Doussoulin A, Villarroel P. Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. *Rev. méd. Chile*. 2003;131(11).
9. Rosa AM, Ignotti E, Hacon SS, Castro HÁ. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. *J Bras Pneumol*. 2008;34(8):575-82.
10. Olumuyiwadesalu O, Oluwafemi JA, Ojo O. Morbidade e mortalidade relacionadas a doenças respiratórias em adultos atendidos em um hospital terciário na Nigéria. *J Bras Pneumol*. 2009;35(8):745-52.
11. Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(1):55-69.
12. Cavenaghi S, Moura SCG, Silva TH, Venturinelli TD, Marino LHC, Lamari NM. Importância da fisioterapia no pré e pós-

operatório de cirurgia cardíaca pediátrica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(3).

13. Costa MFL, Barros MP, Lima JHM. O Impacto do CPAP na Reabilitação Cardíaca de Pacientes com ICC: Relato de Caso. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1):e7-e9.

14. Viebig RF, Valer MP, Araújo F, Yamada AT, Mansur AJ. Perfil de Saúde Cardiovascular de uma População Adulta da Região Metropolitana de São Paulo. *Arq Bras Cardiol.* 2006;86(5):353-60.

15. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):129-35.

16. Escosteguy CC, Medronho RA, Portela MC. Hospitalar lethality analyses of acute myocardial infarction in Rio de Janeiro State, Brazil, registered in the SUS Hospitalar Information System. *Cad Saúde Colet.* 1999;7(1):39-59.

17. Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. *Esc Anna Nery.* 2011;15(2):380-8.

18. Mascarenhas MDM, Vieira LC, Lanzieri TM, Leal APPR, Duarte AF, Hatch SL. Poluição atmosférica devido à queima de biomassa florestal e atendimentos de emergência por doença respiratória em Rio Branco. *Jornal Bras Pneumol.* 2008; 34(1):42-6.

19. Zaslavsky C, Gus I. Idoso: Doença cardíaca e comorbidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2002;79:635-9.

20. Milani R, Brofman P, Varela A, Souza J, Guimarães M, Pantarolli R, Barbosa A, Barbosa L, Sandri T, Emed L, Ceccon F, Maia F. Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea em pacientes acima de 75 anos. Análise dos resultados imediatos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2005;84(1):34-7.

21. American Thoracic Society. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;159(1):321-40.

22. Churg A, Cosio M, Wright JL. Mechanisms of cigarette smoke-induced COPD: insights from animal models. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2008;294(4):L612-31.

23. Matos MFD, Silva NAS, Pimenta AJM, Cunha AJLA. Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Cardiovascular em Funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82(1):1-4.

24. Duarte DMG, Botelho C. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *J Pediatr (Rio J).* 2000;76(3):207-12.

Correspondência:

João Simão de Melo Neto – Rua Joaquim Manoel Pires, 333, CEP 15091-210, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Telefones: (17)8161-6788. E-mail: joaosimao03@hotmail.com.
