

Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica

CLINICAL AND PSYCOSSOCIAL FEATURES OF HEART FAILURE PATIENTS ADMITTED FOR CLINICAL DECOMPENSATION

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PSICOSOCIALES DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA INGRESADO EN HOSPITAL POR DESCOMPENSACIÓN CLÍNICA

Gláucia Margoto¹, Roberta Cunha Rodrigues Colombo², Maria Cecília Bueno Jayme Gallani³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar perfil sociodemográfico e clínico, história de hospitalizações por Insuficiência Cardíaca (IC) e seguimento (consultas regulares, tratamento medicamentoso, fatores facilitadores e dificultadores do seguimento) do paciente internado por quadro de descompensação clínica. Foram entrevistados 61 pacientes com idade média de 58,1 (\pm 15,9) anos, 3,5 (\pm 4,4) anos de estudo e renda individual de 1,3 (\pm 2,4) salários-mínimos. A maioria dos sujeitos se encontrava em classe funcional III ou IV da *New York Heart Association*, tendo como causa mais frequente de hospitalização, os sinais/sintomas da forma congestiva da IC. 75,4% dos sujeitos relataram acompanhamento clínico, porém de periodicidade irregular. Constatou-se utilização de terapêutica medicamentosa em proporção inferior à recomendada pela literatura. Os achados devem auxiliar a identificação dos pacientes com maior risco de descompensação da IC e assim, desenhar e implementar intervenções específicas visando a redução das re-hospitalizações por IC.

DESCRITORES

Insuficiência cardíaca.
Cuidados de enfermagem.
Hospitalização.

ABSTRACT

This study had the purpose to identify the sociodemographic and clinical profiles, history of hospitalizations due to Heart Failure (HF) and follow-ups (regular appointments, drug treatment, facilities and difficulties for follow-up) of patients admitted for clinical decompensation. Interviews were held with 61 patients, with average age of 58.1 (\pm 15.9) years, 3.5 (\pm 4.4) years of education and individual income of 1.3 (\pm 2.4) times the minimum wage. Most subjects were in functional classes III or IV of the *New York Heart Association*, having signs and symptoms of the congestive form of HF as the most frequent cause of hospitalization. Of all subjects, 75.4% reported clinical follow-ups, although they tended to be irregular. The use of drug therapy occurred in lower ratios than that recommended in the literature. The findings must help to identify patients with higher risk of HC decompensation, and, as such, design and implement specific interventions aiming at reducing re-admittances due to HF.

KEY WORDS

Heart failure.
Nursing care.
Hospitalization.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar el perfil sociodemográfico y clínico, la historia de hospitalizaciones por Insuficiencia Cardíaca (IC) y el seguimiento (consultas regulares, tratamiento medicamentoso, y, los factores facilitadores y dificultadores del seguimiento) del paciente internado por cuadro de descompensación clínica. Fueron entrevistados 61 pacientes con edad promedio de 58,1(\pm 15,9) años, 3,5 (\pm 4,4) años de estudio y renta individual de 1,3 (\pm 2,4) salarios mínimos. La mayoría de los sujetos se encontraba en la clase funcional III o IV de la *New York Heart Association*, teniendo como causa más frecuente de hospitalización las señales/síntomas de la forma congestiva de la IC; 75,4% de los sujetos relataron acompañamiento clínico, sin embargo este era de una periodicidad irregular. Se constató la utilización de terapêutica medicamentosa en proporción inferior a la recomendada por la literatura. Lo encontrado debe auxiliar a identificar los pacientes con mayor riesgo de descompensación de la IC, y así, proyectar e implementar intervenciones específicas que tengan como objetivo la reducción de las hospitalizaciones por IC.

DESCRIPTORES

Insuficiencia cardíaca.
Atención de enfermería.
Hospitalización.

¹ Enfermeira do Hospital Municipal de Americana. Americana, SP, Brasil. glaumargoto@hotmail.com ² Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. rcolombo@fcm.unicamp.br ³ Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. ceciliag@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

Na atualidade é crescente o número de pessoas acometidas pela insuficiência cardíaca (IC). Nos Estados Unidos, um a cada três americanos apresentava uma doença cardiovascular, totalizando 84.700.000 sujeitos no período de 1999 a 2004, sendo que destes, aproximadamente cinco milhões de pessoas eram são portadoras de IC. Após os 65 anos, a incidência de IC aproxima-se de 10 casos em 1000 indivíduos⁽¹⁾. Apesar dos avanços no tratamento, 300.000 pacientes morrem por ano⁽²⁾. No Brasil, não existem estudos epidemiológicos envolvendo a incidência de IC, porém, de acordo com outros países, estima-se que até 6,4 milhões de brasileiros sofram de IC. Segundo dados do SUS (Sistema Único de Saúde) do Ministério da Saúde, foram realizadas, no ano de 2000, aproximadamente 398 mil internações por IC, com ocorrência de 26 mil óbitos. Cerca de um terço dos internados no SUS com doenças cardíacas é portador de IC⁽³⁾.

Um dos grandes problemas relacionados à evolução da IC refere-se às elevadas taxas de readmissões hospitalares⁽⁴⁻⁶⁾ causadas por descompensação do quadro clínico, que além de resultarem em custo econômico elevado, estão relacionadas com a piora da função ventricular. Estudos têm demonstrado que cada evento de descompensação clínica resulta em agravo adicional ao miocárdio em remodelamento na IC, resultando em piora funcional do ventrículo e piora do quadro clínico⁽⁶⁾.

No Brasil, segundo informações do SUS⁽⁷⁾, nos anos de 1998 a 2000, ocorreram aproximadamente 400.000 internações ao ano, com diagnóstico de IC. A análise do período compreendido entre janeiro de 1995 a junho de 2002 aponta um número crescente de casos a partir da segunda década de vida, sendo que da terceira à quinta década os números praticamente dobram a cada faixa etária, com crescimento ainda até a sétima década, na qual está registrado número de 466.093 internações no período⁽⁷⁾.

As readmissões hospitalares estariam relacionadas, primeiro, à existência de falhas no próprio sistema hospitalar e, segundo, a fatores comportamentais⁽⁸⁾. Dos fatores comportamentais, podem ser citadas a falta de adesão à medicação, dificuldade para modificação no estilo de vida, bem como demora em buscar atendimento médico quando reconhece piora do quadro clínico⁽⁹⁾. Estudos têm evidenciado que a piora da classe funcional da NYHA e a falta de seguimento planejado após o diagnóstico de IC⁽¹⁰⁾, bem como comprometimento da qualidade de vida (QV)⁽¹¹⁾, predizem readmissões hospitalares no período de 30 e 60 dias, respectivamente.

Assim, os fatores externos ao paciente e que contribuem para a descompensação de seu quadro clínico inclui-

riam a falta de: documentação da função ventricular esquerda, continuidade do seguimento do paciente após a alta hospitalar, sucesso na obtenção de estabilidade do peso corporal, sistema adequado para detecção precoce de pacientes com sinais de piora do estado clínico, suporte social, educação em saúde, bem como a incapacidade dos serviços em identificar riscos individuais para readmissão pela falta de adesão ao tratamento.

A literatura destaca que metade das admissões hospitalares poderia ser prevenida por meio da implementação de um seguimento clínico continuado e da educação em saúde dos pacientes, promovendo a adesão ao tratamento⁽⁹⁾.

O desenvolvimento e a implementação de estratégias eficazes requer a identificação das peculiaridades do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que internam por descompensação do quadro clínico, o que pode variar, de acordo com região, com as características sócio-culturais locais e disponibilidade de serviços de atendimento de saúde.

A atuação sobre os fatores relacionados à descompensação clínica requer o trabalho de uma equipe interdisciplinar, tal a complexidade do paciente portador de IC. Ao enfermeiro, membro da equipe multidisciplinar, cabe o papel de educador, que para melhor implementar as estratégias educacionais, requer a realização de um diagnóstico preciso da magnitude dos fatores relacionados ao problema das re-hospitalizações e de seus fatores determinantes.

Um dos maiores hospitais universitários do interior do estado de São Paulo registra número significativo de internações por

IC ao ano, porém não dispõe de informações sobre o perfil dos pacientes que internam por descompensação clínica da síndrome. Assim, este estudo teve como *objetivo*, identificar o perfil sociodemográfico e clínico, história de hospitalização por IC e acompanhamento clínico ambulatorial (consultas regulares, tratamento medicamentoso, fatores facilitadores e dificultadores do seguimento) do paciente que interna com IC descompensada num hospital universitário no interior do estado de São Paulo.

Os dados obtidos com este estudo devem fornecer subsídios para direcionar as atividades clínico-educativas do enfermeiro junto ao paciente com IC, visando minimizar os quadros de descompensação clínica e as conseqüentes re-internações.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de estudo do tipo descritivo exploratório.

Sujeitos

Foram sujeitos deste estudo pacientes de ambos os sexos, internados por descompensação da IC nas primeiras 48h de internação. Foram excluídos os pacientes com incapacidade de comunicação verbal efetiva (por alteração neurológica ou psiquiátrica) e aqueles portadores de IC, internados por outros motivos não relacionados a descompensação da síndrome. O tamanho da amostra (n=61 sujeitos) foi limitado pelo período de coleta de dados, ocorrido entre outubro de 2002 a agosto de 2003. Os sujeitos foram arrolados para o estudo de maneira sucessiva, de acordo com a data de internação, desde que não apresentassem nenhum dos critérios de exclusão.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em cinco unidades de internação de um hospital universitário situado na cidade de Campinas, interior do Estado de São Paulo, nas quais se encontram distribuídas as internações por IC descompensada. Foram empregados os métodos de 1. *auto-relato*: entrevista semi-estruturada, realizada individualmente por uma das pesquisadoras 2. *avaliação bio-fisiológica*: exame físico focalizado para identificação dos principais sinais e sintomas relacionados à IC, efetuado pela mesma pesquisadora, a partir de normatização das técnicas para sua execução e avaliação dos resultados; e 3. *registro de dados disponíveis*: consulta ao prontuário hospitalar.

Instrumento de coleta de dados

O roteiro de coleta de dados foi construído especificamente para este estudo, submetido à validade de conteúdo por meio da avaliação de três juízes com reconhecido saber em cardiologia e/ou com experiência na abordagem clínica de pacientes com IC. O roteiro foi dividido em quatro seções: 1. *Caracterização Sociodemográfica* - nome, idade, sexo, procedência, escolaridade, estado civil, com quem mora, vínculo empregatício, renda individual e familiar; 2. *Entrevista* - para obter a história das hospitalizações por descompensação da IC, informações sobre o acompanhamento clínico: comparecimento a consultas e terapêutica medicamentosa usada anteriormente à internação atual, e condições clínicas associadas; 3. *Consulta ao Prontuário* - para obtenção de informações como etiologia e classificação funcional da IC antes e durante a internação atual, exames diagnósticos - ecodopplercardiograma e terapêutica medicamentosa atual (prescrita durante a internação

vigente); 4. *Exame Físico* - para identificação dos sinais e sintomas de descompensação da IC, por ocasião da internação e no dia da entrevista. O pré-teste realizado com cinco pacientes com IC descompensada contribuiu para a formatação final do instrumento.

A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) foi avaliada a partir dos dados do ecodopplercardiograma, sendo o critério para presença de HVE a presença de pelo menos um dos achados: espessura do septo interventricular ou de parede posterior de ventrículo esquerdo maior ou igual a 11 mm e massa ventricular de 259 g para homens e 166g para mulheres⁽¹²⁾.

Análise dos resultados

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, seguido de testes de associação com emprego do teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, para variáveis categóricas e de comparação com o uso do Teste de Mann-Whitney, para comparação das variáveis contínuas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Parecer CEP n. 233/2002). Todos os pacientes arrolados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O grupo de 61 pacientes teve predomínio discreto do sexo masculino (54,1%); idade média de 58,1 ($\pm 15,8$) anos e 3,5 ($\pm 4,4$) anos de estudo. A maioria dos sujeitos possuía um parceiro (60,6%), 34,4% moravam com cônjuge e/ou filhos, 54,1% era profissionalmente inativa, com renda mensal média individual informada de 1,36 ($\pm 2,4$) salários mínimos (SM) (Tabela 1).

Apenas 29,5% (18/61) dos pacientes possuíam o registro no prontuário hospitalar da última classificação funcional (CF) da IC de acordo com a NYHA antes da internação. Estes 18 pacientes haviam sido classificados na última avaliação clínica, anterior à internação como: CF I: 5,5%; CF II 16,6%; CF III: 50,0% e CF IV: 27,8%. Na ocasião da internação quase a totalidade dos pacientes (91,8%) encontrava-se em CF IV.

Dentre as condições clínicas associadas, foram frequentes a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (57,4%;35/61), bem como as valvopatias, insuficiência renal e coronariopatia, presentes em igual proporção (31%;19/61).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos 61 pacientes com IC descompensada estudados – Campinas - 2002-2003

Variável	N (%)	Média (± dp)*	Mediana	Varição observada
Idade (em anos)		58,1 (± 15,9)	60,0	20 - 92
Sexo				
Masculino	33 (54,1)			
Feminino	28 (45,9)			
Escolaridade (em anos)		3,5 (± 4,4)	2,0	0 - 21
Estado civil				
Casado	32 (52,4)			
Viúvo	12 (19,7)			
Solteiro	8 (13,1)			
Amasiados	5 (8,2)			
Outro	4 (6,6)			
Composição familiar				
Mora sozinho	4 (6,6)			
Com família/companheiro/filhos	57 (93,4)			
Vínculo empregatício				
Ativo	10 (16,4)			
Inativo	33 (54,1)			
Do lar	18 (29,4)			
Renda mensal individual (SM)**		1,2 (± 1,2)	1,0	0 - 16,7
Renda mensal familiar (SM)		2,4 (± 1,6)	2,0	0,8 - 8,5
Procedência				
Cidade de Campinas	30 (49,2)			
Região administrativa de Campinas	19 (31,1)			
Outras cidades do Estado de São Paulo	12 (19,7)			
Classe Funcional na Internação				
Classe III	5 (8,2)			
Classe IV	56 (91,8)			
Condições clínicas associadas				
HAS	35 (57,4)			
Tabagismo	31 (50,8)			
Coronariopatia	19 (31,1)			
Valvopatia	19 (31,1)			
Diabetes mellitus	18 (29,5)			
Insuficiência renal	18 (29,5)			
Enfisema/asma/bronquite	16 (26,2)			
Doença de Chagas	9 (14,7)			
Dislipidemia	6 (9,8)			

*dp = desvio-padrão

**SM = salário mínimo

Em relação aos sinais/sintomas resultantes da IC, registrados no prontuário no dia da internação, destacaram-se os seguintes *sinais*: edema de membros inferiores

(80,3%), estertores finos (75,4%) e hepatomegalia (55,7%). Quanto aos *sintomas*, destacou-se a dispnéia (85,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Sinais e sintomas relativos à IC identificados no prontuário hospitalar no momento da hospitalização e durante o exame físico, no dia da entrevista – Campinas - 2002-2003

	Prontuário, no dia de internação		Exame físico no dia da entrevista	
	Total		Total	
	N	%	N	%
SINTOMAS				
Dispnéia	52	85,2	59	96,7
Tosse	21	34,4	28	46,6
Precordialgia	08	13,1	17	27,8
Fadiga	04	6,5	57	93,4
Tontura	03	5,0	17	28,3
Palpitação	05	8,3	28	46,6
Cefaléia	-	-	15	24,6
SINAIS				
Edema	49	80,3	50	81,9
Estertores Finos	46	75,4	52	85,2
Hepatomegalia	34	55,7	36	59,0
Ascite	26	42,6	41	67,2
Estase Jugular	15	24,6	41	67,2
Terceira Bulha	03	4,9	--	--
FC ⁺ média (± dp)(bpm) ⁺⁺	82,7 (± 20,2)	--	82,9 (± 16,0)	--
FR ⁺ média (± dp)(mpm) ^{**}	23,2 (± 6,7)	--	22,7 (± 4,1)	--
PAS ⁺ média (± dp)(mmHg)	124,9 (± 35,2)	--	116,5 (± 21,6)	--
PAD ^{**} média (± dp)(mmHg)	77,0 (± 16,9)	--	75,7 (± 11,4)	--

*frequência cardíaca, **batimentos por minuto,

* frequência respiratória, ** movimentos por minuto, *pressão arterial sistólica, **pressão arterial diastólica, ### p-valor = 0,0166.

No que se refere aos sinais/sintomas, investigados de forma ativa pela pesquisadora, o *sintoma* mais prevalente foi a dispnéia (96,7%), seguido pela fadiga (93,4%), tosse e palpitação, presentes em igual proporção (46,6%). Quanto aos *sinais* destacaram-se os estertores finos (85,2%) e edema de membros inferiores (82,0%) (Tabela 2). A análise da distribuição dos sinais e sintomas entre homens e mulheres mostrou frequência significativamente maior de tosse ($p=0,0325 \chi^2$) e de cefaléia ($p=0,0141 \chi^2$) entre as mulheres.

As evidências de lesão estrutural cardíaca, identificadas por meio do Ecodopplercardiograma (ECO), foram investigadas para 32 pacientes que realizaram o exame durante a internação. Foi observado aumento dos diâmetros sistólico e diastólico do ventrículo esquerdo bem como do diâmetro de átrio esquerdo, evidenciando lesão estrutural cardíaca e ainda fração de ejeção (FE) reduzida, caracterizando disfunção sistólica. A FE foi significativamente mais comprometida entre os homens independentemente do método empregado [Cubo: 50,0 (±16,4) x 63,0 (±17,8) $p=0,041$; Teicholtz: 42,0 (±16,1) x 55,0 (±17,4) $p=0,0420$, Mann-Whitney](Tabela 3).

Tabela 3 - Dados do Ecodopplercardiograma segundo o sexo – Campinas - 2002-2003

Variáveis do Ecodopplercardiograma	Valores observados (média, desvio padrão)		Valores de normalidade
	Homens (N=19)	Mulheres (N=13)	
	Diâmetro sistólico de VE (cm)	5,0 (± 1,1)*	
Diâmetro diastólico de VE (cm)	6,4 (± 0,9)	5,5 (± 1,4)	3,5 a 5,6
Fração de Ejeção - Cubo (%)	50,0 (± 16,4)**	63,0 (± 17,8)**	65 a 78
Fração de Ejeção - Teicholtz (%)	42,0 (± 16,1)	55,0 (± 17,4)***	53 a 77
Diâmetro de átrio esquerdo (cm)	4,8 (± 0,8)	5,0 (± 1,4)	1,8 a 4,0
Espessura de septo em diástole (mm)	10,3 (± 0,3)	11,0 (± 0,2)	7 a 11
Espessura de parede posterior (mm)	10,0 (± 0,2)	11,0 (± 0,16)	7 a 11

*Mann-Whitney, $p = 0,0329$; **Mann-Whitney, $p = 0,041$;***Mann-Whitney, $p = 0,0420$

O motivo de piora da IC e conseqüentemente necessidade de internação atual na percepção do paciente foi atribuído a: presença de sintomas (27,8%), fatores estressores (16,4%), outras condições clínicas associadas (8,2%), hábitos inadequados como tabagismo e dieta não saudável (6,6%). Quase metade dos pacientes (41,0%) não soube identificar o motivo que levou à descompensação e necessidade de internação.

Quanto ao evento precipitante da hospitalização atual registrado no prontuário, verificou-se elevada prevalência de sintomas, destacando-se, a dispnéia 86,9%, seguido pelo

edema de membros inferiores (55,7%), tosse (24,6%) e dor abdominal (16,4%).

Em relação à história de hospitalizações por IC, a maioria dos sujeitos (60,7%) relatou hospitalizações prévias, sendo que 64,8% relataram de 1 a 5 internações prévias. A média de internações prévias foi de 2,35 ($\pm 0,75$), sendo grande a variabilidade no tempo médio entre as internações (Tabela 4). Embora o tempo médio entre as internações tenha sido menor entre as mulheres do que entre os homens, em nenhum dos períodos essa diferença foi significativa.

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos que relataram internações prévias, segundo local de internação e período decorrido (em dias) entre as re-internações – Campinas - 2002-2003

	Local da primeira internação	Tempo médio entre 1ª e 2ª internação (dias)	Local da segunda internação	Tempo médio entre 2ª e 3ª internação (dias)	Local da terceira internação	Tempo médio entre 3ª e 4ª internação (dias)
		Média:		Média		Média
Homens	Hospital* 65,0 % (n=20)	287,6 ($\pm 560,3$) Mediana: 60	Hospital 71,4 % (n=17)	206,3 (± 228) Mediana: 90	Hospital 66,7 % (n=12)	425,7 ($\pm 949,1$) Mediana: 37
Mulheres	Hospital 70,6 % (n=17)	Média 151,0 ($\pm 213,3$) Mediana: 67,5	Hospital 76,9 % (n=13)	Média 104,1 ($\pm 89,6$) Mediana: 82,5	Hospital 72,7 % (n=11)	Média 79,1 ($\pm 47,9$) Mediana: 82,5
Total (H+M)	Hospital 67,6 % (n=37)	Média: 227,8 ($\pm 442,7$) Mediana: 60	Hospital 70,0 % (n=30)	Média 159,8 ($\pm 182,7$) Mediana: 82,5	Hospital 69,6 % (n=23)	Média 262,2 ($\pm 695,1$) Mediana: 60

* Hospital do estudo

Quanto à caracterização do acompanhamento clínico da IC, a maioria dos sujeitos (75,4%) relatou fazer acompanhamento periódico, sendo que destes 40 pacientes, 30,4% relataram seguimento mensal, 17,4% acompanhamento bimestral, outros 17,4% seguimento semestral e 28,2% período superior ao semestral. Quanto ao local de seguimento, a metade dos pacientes referiu fazê-lo no ambulatório de hospital universitário, 19,6% em centro de saúde, 17,4% em outros serviços e 10,9% em hospitais de sua cidade de origem. A distribuição dos sujeitos em relação à realização de acompanhamento e a adesão ao seguimento clínico estão representadas na Figura 1.

Constatou-se que dos 46 sujeitos que faziam acompanhamento clínico, 84,8% relataram adesão às consultas periódicas. O motivo mais citado pelos 39 pacientes para fazer o acompanhamento foi reconhecer a gravidade da

doença (28,2%) seguido pela importância da facilidade de acesso ao serviço de saúde (25,6%), reconhecimento da importância do tratamento (20,5%) e em menor frequência, compromisso com a equipe médica e o desejo de cura.

O motivo mais freqüente para a não-adesão entre os sete pacientes foi a dificuldade de acesso ao serviço de saúde relacionado a transporte (57,1%), seguido de atendimento inadequado no serviço de saúde, problemas familiares e esquecimento, em igual proporção (14,3%) em cada um deles.

Dos 15 pacientes que relataram não fazer acompanhamento, 73,3% referiram desconhecimento do diagnóstico, 20,0% problemas com centro de saúde que não os encaminhou para acompanhamento, se restringindo às consultas de emergência e 6,7% relatou problemas familiares.

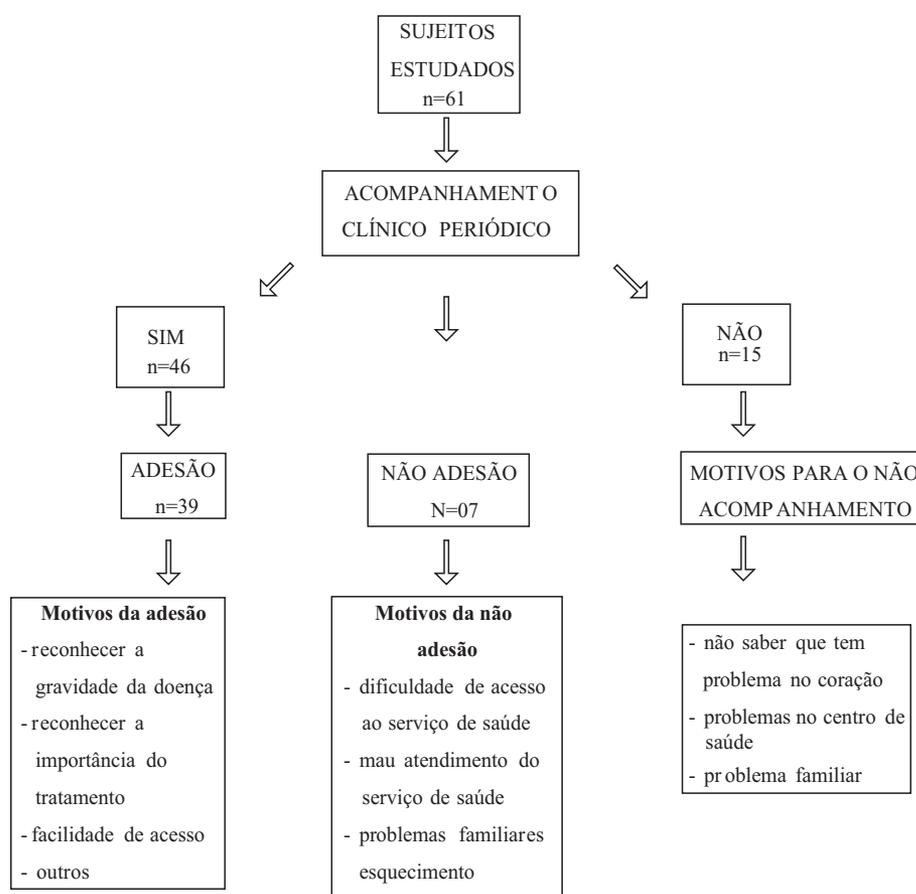


Figura 1 - Esquema representativo da distribuição dos 46 sujeitos em relação à realização de acompanhamento regular e a adesão ao seguimento clínico – Campinas - 2002-2003

Em relação à terapêutica progressa e atual utilizada pelos pacientes houve o predomínio do uso dos diuréticos em 84,9% (45/53) e 93,4% (57/61) dos sujeitos, respectivamente. A utilização do inibidor de enzima conversora (IECA)

não é plena, sendo constatado uso progressa em pouco mais da metade dos sujeitos (60,4%; 32/53), com aumento da frequência de sua utilização durante a internação (71,7%;43/60) (Tabela 5).

Tabela 5 - Terapêutica medicamentosa progressa e atual dos pacientes com IC - Campinas - 2002-2003

Terapêutica Medicamentosa	Progressa		Atual	
	N	%	N	%
IECA*	32/53	60,4	43/61	70,5
ARA II**	--	--	--	--
Diurético ⁺	45/53	84,9	57/61	94,4
Espironolactona	16/53	30,2	29/61	47,5
Beta Bloqueador ⁺⁺	4/53	7,5	8/60	13,3
Digital*	23/53	43,4	20/60	33,3
Hidralazina + nitrato	16/53	30,2	19/60	31,7
Anti - agregante plaquetário	13/53	24,5	20/60	33,3
Anticoagulante	9/53	17,0	17/60	28,3
Anti - arritmico	9/53	17,0	12/60	20,0
Diazepínicos	5/53	9,4	07/61	11,4
Outros ^{■■}	23/53	43,5	51/61	83,6

* inibidor da enzima conversora da angiotensina (captopril); ** antagonista do receptor da angiotensina II;

⁺diurético (hidroclorotiazida, clortalidona, furosemida); ⁺⁺Beta bloqueador (propranolol e carvedilol);

*Digital (digoxina, digitoxina e cedilanide);

^{■■}Outros: anti-eméticos, hipoglicemiantes, antibióticos, analgésicos, antipiréticos, estatinas, neurolépticos, nitratos, antidepressivos, broncodilatador, micofenolatos, carbonato de cálcio, eletrólitos, simpaticomiméticos, antiácidos e anti-inflamatórios.

DISCUSSÃO

A literatura⁽¹³⁻¹⁴⁾ destaca a influência de um baixo nível socioeconômico, mais especificamente da baixa renda⁽¹⁴⁾, no aumento do risco de readmissões hospitalares por IC. Neste estudo a maioria dos pacientes foi caracterizada pela baixa renda e baixa escolaridade evidenciando alto risco para re-hospitalização. Outro dado interessante se refere à média de idade dos pacientes, inferior à média descrita na literatura internacional, dado também observado na descompensação da IC. No estudo que comparou resultados do tratamento de IC entre hospitais terciários no Brasil e Estados Unidos⁽¹⁵⁾, brasileiros com IC também apresentaram menor média de idade.

Embora 50% dos pacientes apresentassem idade inferior a 60 anos, somente 2,6% deles eram profissionalmente ativos o que evidencia o forte impacto social imposto pela IC, que retira do mercado de trabalho indivíduos ainda em idade produtiva.

Quanto ao suporte social e familiar, o grupo estudado parece ter vantagens que podem ser exploradas no trabalho educativo do enfermeiro, uma vez que a maioria era casada, co-habitava com cônjuge e filhos e a literatura tem descrito que pacientes com IC que vivem sozinhos têm pior QV⁽¹⁶⁾.

Quanto à caracterização clínica, a complexidade da síndrome pode ser evidenciada pela elevada co-existência de condições clínicas, pela presença de lesão estrutural cardíaca e disfunção do VE, bem como pela história de hospitalizações - média de 2,35 por paciente, com intervalos médios de cinco a nove meses.

Dentre as condições clínicas associadas dos pacientes estudados destacaram-se a HAS e a coronariopatia, o que tem sido associado a pior prognóstico da IC⁽⁶⁾.

Quanto aos sinais e sintomas que levaram à hospitalização, destacaram-se os da forma congestiva de descompensação da IC, sendo a dispnéia e o edema os mais prevalentes. Na admissão foram registrados outros sinais e sintomas, como estertoração, hepatomegalia, ascite, chamando atenção para a prevalência da forma congestiva de descompensação da IC. De acordo com a literatura, os pacientes com IC que cursam com sobrecarga de volume representam a maioria dos pacientes com IC descompensada⁽⁶⁾.

Em geral, os pacientes tendem a relatar início gradual do edema e/ou ascite, aumento nos sintomas de fadiga ou dispnéia e diminuição da resposta basal ao diurético. Embora estes sinais sejam freqüentes, é importante frisar que mesmo em vigência de um aumento substancial no volume do fluido corporal, como conseqüência do aumento da capacitância venosa nestes pacientes, um subgrupo desses pacientes pode não apresentar os sinais característicos de congestão. Assim, outras evidências de descompensação da IC ou fatores de risco para descompensação devem ser também investigados.

Em estudo sobre a duração de cada um dos sintomas de IC experimentados pelo adulto idoso até a busca por avaliação em serviço de emergência hospitalar foi observado relato de dispnéia por um período médio de até três dias, reduzindo para média de 12h se o sintoma fosse agudo⁽¹⁷⁾. Para edema, ganho de peso, tosse e fadiga, a média foi de sete dias. A dispnéia é percebida pelo paciente como mais ameaçador, sendo provavelmente o desconforto mais predominantemente relatado.

Interessante notar, entretanto, que no presente estudo os sinais e sintomas foram mais freqüentes à avaliação da pesquisadora. Considerando-se pouca probabilidade de quase todos os pacientes terem apresentado piora do quadro, após a hospitalização, parece possível que estes dados tenham sido subestimados no registro realizado na internação, pela não existência de um roteiro sistematizado para avaliação do paciente com descompensação de IC, que direcione sua investigação e registro sistemático, sendo registrados os sinais mais evidentes, ou relatados. Dentre os sintomas, destaca-se a fadiga, relatada em 6,5% dos prontuários e relatada por 93,4% dos pacientes no momento da entrevista.

Estudo prévio⁽¹⁷⁾ destaca que a fadiga, e em especial nos idosos, tende a ser erroneamente interpretada ou confundida como decorrente do envelhecimento, sendo então subestimada. Outro fato que merece destaque é o início precoce dos sinais e sintomas de descompensação da IC que são tratados com *tolerância* pelo paciente, mas que se fossem reconhecidos e valorizados poderiam levar à intervenção precoce e evitar a internação.

Enquanto a literatura⁽¹⁷⁾ aponta a necessidade de orientar o paciente para monitorização dos sinais e sintomas de descompensação, no presente estudo verificou-se a necessidade também de orientação, treinamento e estabelecimento de uma norma de atendimento e registro dos profissionais de saúde que atendem este paciente, uma vez que o sub-registro dos sinais e sintomas não permite uma avaliação global do sujeito que possa subsidiar seu acompanhamento futuro.

Foram evidenciadas lesão estrutural e disfunção de VE, com destaque para o rebaixamento da FE no grupo como um todo e significativamente menor entre os homens. Estudos^(2,17) têm destacado a importância da detecção e tratamento precoce da disfunção ventricular, condição associada ao remodelamento cardíaco, cuja prevenção e/ou tratamento precoce com uso de IECA e beta-bloqueador^(2,4) tem forte impacto na QV e sobrevida dos pacientes com IC. Assim, os pacientes deste estudo com função ventricular preservada requerem especial atenção no estabelecimento da estratégia terapêutica, principalmente controle da HAS e da isquemia subjacente, o que não foi observado dado o pequeno número de sujeitos que utilizavam tais medicações previamente à internação.

Os dados evidenciaram falta de acompanhamento clínico regular no período em que o sujeito não se encontra

internado, ao ser considerado que dos 46 pacientes que relatavam acompanhamento clínico periódico, 39 referiram fazê-lo com regularidade, considerando-se apenas o comparecimento às consultas. Assim, quase metade dos pacientes não apresentava acompanhamento regular, o que é apontado como uma das causas de descompensação e de readmissões hospitalares^(4,8).

Além disso, destaca-se o local do retorno após a última internação - que para a maioria dos pacientes foi o hospital (ambulatório ou pronto-socorro). Este quadro aponta para uma ausência de proposta de seguimento racional, que a partir da gravidade do quadro do paciente, possibilite diferentes encaminhamentos, bem como uma avaliação periódica de acordo com a demanda do quadro clínico, detecção e intervenção precoces, evitando descompensações graves que levem à necessidade de internação. Dados semelhantes relacionados à dificuldade de seguimento clínico regular também foram evidenciados em estudo prévio envolvendo pacientes hipertensos⁽¹⁸⁾.

No presente estudo os fatores individuais e ambientais foram identificados como os responsáveis pela não adesão ao tratamento ou pela falta de acompanhamento regular. O acesso ao serviço de saúde e os problemas inerentes ao próprio serviço que acarretam em tratamento inadequado, na percepção do paciente, precisam ser revistos. O direito ao acesso e ao bom atendimento deve ser garantido - e o problema deve ser discutido não somente em nível local, mas englobando políticas mais amplas de saúde, visando o reconhecimento da IC como um problema de saúde pública que requer ações específicas em todos os níveis de atendimento à saúde. Em nível individual, ações

educativas devem contemplar o esclarecimento do paciente quanto à sua afecção, gravidade, prognóstico, e necessidade de seguimento regular, bem como importância de estratégias que busquem superar as barreiras individuais para o tratamento.

A frequência de utilização de IECA e de beta-bloqueador foi inferior à recomendada pela literatura. Estudos nacionais e internacionais^(15,4) têm evidenciado a subutilização de IECA. Assim, quase dez anos após a determinação da indicação do uso do IECA, pode-se verificar que ainda existe uma grande proporção de sujeitos que pode não estar sendo beneficiada com o uso dos dois únicos medicamentos, que até o momento, mostraram mudar o curso da evolução da IC.

Como ponderação final, deve ser destacado que os achados deste estudo necessitam ser interpretados com cautela, uma vez que foram obtidos junto a um pequeno tamanho de amostra, não representativa do período de 12 meses. Entretanto, os dados evidenciam que os pacientes internados apresentaram grande parte dos fatores que tem sido associada à descompensação da IC e hospitalizações recorrentes. Trata-se de um grupo que apresenta complexidade clínica, com seguimento clínico irregular e subutilização da terapia medicamentosa recomendada, indicando a necessidade do desenho e implementação de intervenções que permitam melhor acompanhamento e controle dos pacientes com IC. A ampliação do estudo, com investigação das internações ao longo do ano, bem como o seguimento dos pacientes após a alta hospitalar pode fornecer ainda mais subsídios para direcionar o desenho das intervenções clínicas educativas.

REFERÊNCIAS

1. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008;117(4):e25-146.
2. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman A, Francis GS, et al. ACC/AHA Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Committee to revise the 1995 Guidelines for the evaluation and management of heart failure. *Circulation*. 2001; 104(24):2996-3007.
3. Barretto ACP, Drumond Neto C, Mady C, Albuquerque DC, Brindeiro Filho DF, Braile, DM et al. Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79 Supl 4:1-30.
4. Munger MA, Carter O. Epidemiology and practice patterns of acute decompensated heart failure. *Am J Health Syst Pharm*. 2003;60 Suppl 4:S3-6.
5. Cowie MR, Fox KF, Wood DA, Metcalfe C, Thompson SG, Coats AJ, et al. Hospitalization of patients with heart failure: a population-based study. *Eur Heart J*. 2002;23(11):877-85.
6. Felker GM, Adams KF, Konstam MA, O'Connor CM, Gheorghiadu M. The problem of decompensated heart failure: nomenclature, classification, and risk stratification. *Am Heart J*. 2003;145(2):S18-25.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Dados de morbidade de 2000 [texto na Internet]. Brasília; 2000. [citado 2000 out. 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/principal.htm>
8. Knox D, Mischke L. Implementing a congestive heart failure disease management program to decrease length of stay and cost. *J Cardiovasc Nurs*. 1999;14(1):55-74.

9. Ekman I, Fagerberg B, Skoog I. The clinical implications of cognitive impairment in elderly patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2001;16(1):47-55.
10. Armolla RR, Topp R. Variables that discriminate length of stay and readmission within 30 days among heart failure patients. *Lippincotts Case Manag*. 2001;6(6):246-55.
11. Mejhert M, Kahan T, Persson H, Edner M. Predicting readmissions and cardiovascular events in heart failure patients. *Int J Cardiol*. 2006;109(1):108-13.
12. Levy D, Savage DD, Garrison RJ, Anderson KM, Kannel WB, Castelli WP. Echocardiographic criteria for LVH: the Framingham Heart Study. *Am J Cardiol*. 1987; 59(9):956-60.
13. Rathore SS, Masoudi FA, Wang Y, Curtis JP, Foody JM, Havranek EP, et al. Socioeconomic status, treatment and results with heart failure: findings from the national Heart Failure Project. *Am Heart J*. 2006;152(2):371-8.
14. Phibin EF, William Dec G, Jenkins PL, DiSalvo TG. Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. *Am J Cardiol*. 2001;87(12):1367-71.
15. Rodhe LE, Clausell N, Ribeiro JP, Goldraich L, Netto R, William DG, et al. Health outcomes in decompensate congestive heart failure: a comparison of tertiary hospitals in Brazil and United States. *Int J Cardiol*. 2005;102(1):71-7.
16. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2006;35(1):3-8.
17. Friedman MM, Rochester NY. Older adults'symptoms and their duration before hospitalization for heart failure. *Heart Lung* 1997;26(3):169-76.
18. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Junior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(1):90-8.

Estudo subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- FAPESP - Processo nº 02/03946-8