

Perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca em município de referência regional

Epidemiological and assistance care profile of patients with heart failure in a regional reference municipality

Miriam Monteiro de Castro Graciano¹, Vanessa Carvalho do Lago², Hugo Samartine Júnior², Vitória Castro Marcos²

DOI: 10.5935/2238-3182.20150038

RESUMO

Introdução: insuficiência cardíaca é doença incapacitante que reduz a qualidade de vida, portanto, grave problema de saúde pública. **Objetivos:** traçar perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca internados em hospital de referência regional. Correlacionar estatisticamente sinais clínicos a critérios diagnósticos e internações a serviços de atenção primária. Verificar concordância do tratamento utilizado com as diretrizes para insuficiência cardíaca. **Pacientes e Métodos:** estudo de prevalência do tipo transversal exploratório, realizado por meio da leitura de prontuários, em hospital de referência regional, em 2010, cuja causa de internação era a insuficiência cardíaca. Os dados foram analisados no Epi-Info 3.5. Procedeu-se à análise de frequência e cálculo da *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95%, tomando-se em conta o teste exato de Fisher para cálculo do P-valor. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade (Protocolo 159/2011). **Resultados:** foram analisados 54 prontuários; 81% dos pacientes possuíam unidade de atenção primária na área de sua residência. Dislipidemia esteve associada a maior número de internações (OR=16/P=0,034). A principal etiologia da insuficiência cardíaca foi a cardiopatia hipertensiva sistêmica (72,2%). Os principais fatores de risco encontrados foram hipertensão arterial sistêmica (66,7%), tabagismo (48,1%), diabetes *mellitus* (44,4%) e dislipidemia (40,7%). Dos diagnósticos de IC, 68,52% poderiam ter sido feitos a partir dos critérios de Framingham. **Conclusões:** são necessários programas de educação permanente voltados para a abordagem dos fatores de risco para insuficiência cardíaca, avaliação de adesão ao tratamento e busca ativa de casos na atenção primária, bem como do diagnóstico de insuficiência cardíaca e seu manejo adequado. **Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca; Insuficiência Cardíaca/epidemiologia; Insuficiência Cardíaca/prevenção & control; Atenção à Saúde.

¹ Médica. Doutora. Professora e pesquisadora da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS. Alfenas, MG – Brasil

² Acadêmica do Curso de Medicina da UNIFENAS. Alfenas, MG – Brasil

ABSTRACT

Introduction: heart failure is a crippling disease that reduces the quality of life; therefore, it is a serious public health problem. **Objectives:** to analyze the epidemiological and assistance care profile of heart failure patients admitted to a regional reference hospital. Statistically correlate clinical signs to diagnostic criteria and admissions to primary care services. To verify consistency between the treatment used and heart failure guidelines. **Patients and methods:** this was a prevalence, cross-sectional, and an exploratory study conducted through the reading of medical charts from a regional reference hospital from patients whose cause for hospitalization was heart failure in 2010. The data were analyzed in the Epi-Info 3.5 software. Frequency analysis and Odds Ratio (OR) with 95% confidence interval were calculated taking into account the P-value calculated through the Fisher's exact test. The project was approved by the University Ethics Committee (Protocol 159/2011). **Results:** 54 medical records were analyzed; 81% of patients had access to a primary care unit in the area of their residence. Dyslipidemia was associated with the

Recebido em: 05/05/2014
Aprovado em: 12/09/2014

Instituição:
Universidade José do Rosário Vellano
Alfenas, MG – Brasil

Autor correspondente:
Miriam Monteiro de Castro Graciano
E-mail: miriam.graciano@unifenas.br

highest number of hospitalizations (OR = 16/P = 0.034). The primary etiology of heart failure was systemic hypertensive heart disease (72.2%). The main risk factors found were hypertension (66.7%), smoking (48.1%), diabetes mellitus (44.4%), and dyslipidemia (40.7%). Out of the heart failure diagnoses, 68.52% could have been made from the Framingham criteria. Conclusions: permanent education programs are needed for addressing heart failure risk factors, evaluation and adherence to treatment, and active search for cases in the primary care as well as diagnosis of heart failure and its proper management.

Key words: Heart Failure; Heart Failure/epidemiology; Heart Failure/prevention & control; Health Care (Public Health).

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) pode ser definida como a incapacidade do coração em manter débito cardíaco adequado para suprir as demandas teciduais ou quando o faz apenas mediante a elevada pressão de enchimento ventricular.¹ A maior parte das doenças cardíacas apresenta como via final a IC, sendo a terceira maior causa de hospitalizações no SUS e a primeira em relação a doenças cardiovasculares, consumindo 3% de todos os recursos destinados a hospitalizações.²

Atualmente observa-se aumento da incidência e da prevalência da IC. Isso ocorre devido aos avanços terapêuticos em doenças outrora fatais, como a cardiomiopatia isquêmica, elevando a sobrevivência dos pacientes e levando-os à cronicidade.³ Outro fator importante é o envelhecimento da população.⁴

Todos os anos no Brasil são diagnosticados cerca de 240 mil novos casos de IC, existindo cerca de dois milhões de pacientes com essa enfermidade.⁵ Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da IC são história familiar, diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HA), etilismo, tabagismo e dislipidemia.²

Por ser via final de outras condições crônicas, a IC é sensível às ações da atenção primária. Estima-se que o tratamento eficaz da HA reduziria sua incidência em 60% nas mulheres e 50% nos homens.⁶ Apesar da ampliação da atenção primária no país, dados do SUS mostram aumento das internações e dos índices de mortalidade por IC. Essa evolução desfavorável ocorre em virtude da ausência de acompanhamento contínuo nos ambulatórios e postos de saúde, da dificuldade de se obter orientação médica adequada e estabelecer uma terapêutica correta, bem como acesso de forma ordenada aos medicamentos.⁷ Embora haja conhecimento sobre a importância da IC, são escassos os estudos que visam a

levantar dados epidemiológicos, clínicos e terapêuticos, o que torna difícil a elaboração de propostas de prevenção em saúde pública.⁵

Sendo assim, objetivou-se com este trabalho traçar o perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com IC internados em um hospital de referência regional no sul de Minas Gerais, correlacionando sinais clínicos e critérios diagnósticos, abrangência da atenção primária e internações, bem como verificando se o tratamento utilizado seguia as normas estabelecidas pelas diretrizes para manejo de IC no Brasil.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de estudo de prevalência, do tipo transversal, descritivo e observacional, de natureza exploratória, utilizando dados secundários obtidos por meio da leitura de prontuários médicos de um hospital universitário do sul de Minas Gerais. O período estudado foi de janeiro a dezembro de 2010.

O hospital é credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e referência regional, atendendo pacientes de 16 municípios circunvizinhos, pertencentes à microrregional de saúde da qual o município é sede e cidade-polo. Por ser também polo macrorregional, o hospital assiste pacientes de alta complexidade dos 153 municípios pertencentes à macrorregional sul de Minas Gerais.

Critérios de Inclusão

A amostra selecionada foi composta de prontuários médicos de pacientes maiores de 18 anos, cuja causa de internação naquele ano fora a IC, tomando-se em conta o Código Internacional de Doenças (CID-10).

Procedimentos e coleta dos dados

Os prontuários foram solicitados no Serviço de Arquivo Médico (SAME), os dados foram coletados e registrados em um roteiro apropriado, composto de perguntas abertas e fechadas que permitiram descrever o perfil epidemiológico e assistencial da IC. As variáveis pesquisadas foram as seguintes: a) caracte-

rísticas sociodemográficas (idade, sexo, etnia, naturalidade, residência e procedência do paciente); b) doença pregressas; c) medicamentos utilizados durante a internação; d) tempo de internação; e) frequência de internações registradas ao longo da história de desenvolvimento da doença.

Análise Estatística

Os dados foram digitados no Programa Microsoft Excel 2010 e analisados por meio do Epi-Info versão 3.5.2, que permitiu análise descritiva, do tipo frequentista e de associações entre variáveis por meio do cálculo da *Odds Ratio* (OR). Também se procurou fazer a correlação entre endereço de residência dos casos e Estratégia de Saúde de Família (ESF) na área de residência do paciente. Considerou-se nível de significância de 5%, tomando-se em conta o teste exato de Fisher para a comparação de proporções e correlação de variáveis.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, protocolo número 159/2011. O consentimento livre e esclarecido, em função dos critérios adotados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no momento da condução da pesquisa, foi fornecido pela direção clínica do hospital, cujos dados estavam sendo analisados.

RESULTADOS

A partir da análise de 54 prontuários médicos de pacientes internados em 2010 em um hospital de referência regional, a idade média dos pacientes na data da última internação equivalia a 68,85 anos, a mediana a 70 anos, tendo o paciente mais jovem 33 anos de idade e o mais velho 94 anos. Em 68,5% dos prontuários não havia informações sobre a etnia e entre os que possuíam essa informação, 93,96% eram leucodérmicos, sendo os demais melanodérmicos. Na composição por sexo, a amostra continha 46,3% de mulheres e 53,7% de homens. Em 50% dos prontuários não constava a naturalidade dos pacientes e em 9,3% havia registro de que eles eram naturais do município-sede. Os pacientes, em sua maioria,

residiam no município-sede da universidade (75,9%). Em 88,9% dos prontuários também não havia informações sobre a procedência dos pacientes.

Outro aspecto importante é que não existe de forma explícita, nos registros médicos dos pacientes, a etiologia da IC. Para determiná-la foi necessário deduzi-la de outras informações constantes nos prontuários. Desse modo, posto haver registro de HA em 72,2% dos casos, de doença isquêmica em 27,8% e de doença de Chagas em 3,7% dos pacientes, inferiu-se que a cardiopatia hipertensiva foi a principal etiologia da IC nesse grupo de pacientes. Vale ainda ressaltar o registro de cardiomiopatia valvar em 22,2% dos prontuários, sem a devida exploração do dado.

Os principais fatores de risco encontrados foram anemia (68,5%), HA (66,7%), tabagismo (48,1%), DM (44,4%), dislipidemia (40,7%) e doença arterial coronariana (27,8%). Os pacientes, em geral, apresentavam dois ou mais fatores de risco associados.

Foi difícil precisar a associação entre dislipidemia e IC, pois em 57,4% dos casos não havia pesquisa ou confirmação do diagnóstico de dislipidemia registrada no prontuário médico, entretanto, ao se tomar em conta o uso de medicamentos antilipidêmicos, pode-se estimar que 40,7% dos pacientes eram dislipidêmicos. Em relação ao tabagismo, havia registro de exposição a esse fator de risco em 11,1% dos prontuários, sendo que em 37% deles se constatava abandono do tabaco. Em 13% dos prontuários não havia informações a respeito do uso do tabaco. O etilismo também foi frequente, sendo relatado em 22,65% dos casos, tendo 17% dos pacientes referido abandonado do vício. O uso de bebidas alcoólicas, apesar da ausência de informações, foi detectado em 11,3% dos prontuários.

Os sinais e sintomas mais frequentemente relatados foram: dispneia aos esforços (88,9%), estertores finos (79,6%), edema de extremidades (75,9%), cardiomegalia (57,4%), tosse noturna (53,7%), dispneia paroxística noturna (44,4%), distensão das veias do pescoço (29,6%), taquicardia (25,9%), hepatomegalia (24,1%), derrame pleural (16,7%), edema agudo do pulmão (7,4%), aumento da pressão venosa, taquiritmias e refluxo abdominojugular (1,9%).

Encontrou-se associação entre dislipidemia e o número de internações (OR=16,00 e $p=0,003$), bem como entre DM e HA (OR=8,41 e $p=0,002$). Sexo masculino esteve fortemente associado ao etilismo (OR=50 e $p=0,000$) e ao tabagismo (OR=5,55 e $p=0,006$).

Em 88,9% dos prontuários encontrou-se registro de solicitação de Raios-X do tórax e de ecocardiografia.

grama, acompanhados ou não de eletrocardiograma (ECG). Em 11,1% dos casos foi solicitado apenas ECG. À revisão dos prontuários, detectou-se que parte significativa dos diagnósticos de IC poderia ter sido fechada a partir do uso dos critérios de Framingham para diagnóstico de IC (68,52%). Ainda em relação ao diagnóstico, destacou-se o fato de que em 72,2% dos prontuários o CID não foi registrado. Em 3,7% foi registrado o CID 150.0 e em 24,1% o CID 150.9.

Quanto à terapêutica instituída, em 9,2% dos prontuários não constava prescrição de inibidores da enzima conversão de angiotensina (IECA) ou de bloqueadores de receptor de angiotensina II (BRA). A frequência da prescrição de digitálicos foi de 31,5% e pôde-se observar associação entre seu uso e alto risco do desenvolvimento de taquicardia (OR=7,2 e p=0,002). Taquicardia, por sua vez, esteve associada a maior chance de óbito (OR=5,16 e p=0,019).

A terapêutica instituída e a frequência da indicação de cada grupo farmacológico encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Medicamentos mais frequentemente utilizados (N=54)

	N	(%)
Espironolactona	41	(75,9%)
Outro diurético	48	(88,9%)
IECA	45	(83,3%)
β-bloqueadores	26	(48,1%)
Digitálicos	17	(31,5%)
Bloqueadores canais cálcio	14	(25,9%)
Vasodilatadores diretos	10	(18,5%)
BRA	7	(13,0%)
IA ação central	1	(01,9%)
IDR e α-bloqueadores	1	(01,9%)
Antiagregante ou anticoagulante	49	(90,7%)
Antianginosos	17	(31,5%)
Antiarrítmicos	15	(27,8%)
Antidiabéticos	15	(27,8%)
Antilipídicos	22	(40,7%)
Broncodilatadores	32	(59,3%)
Sedação e analgesia	52	(96,3%)

IECA – Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina; BRA – Bloqueadores de Receptores da Angiotensina; IA ação central – Inibidores Adrenérgicos de Ação Central; IDR – Inibidor Direto da Renina; (*) Alguns pacientes foram tratados com procedimentos combinados.

A duração média das internações foi de 12,02 dias e a média de intervalo entre as internações foi de 16,21 meses. O número de internações foi, em mé-

dia, de 1,85 por paciente. Em 68,5% dos casos, a alta hospitalar foi por estabilização do quadro. Entretanto, em 5,6% dos prontuários não constava o motivo da alta; em 22,2% dos casos a alta foi por óbito; e em 1,9% por transferência ou abandono do tratamento.

No tocante ao acesso aos serviços de atenção primária, 81% dos pacientes possuíam unidade de saúde da família na área de sua residência.

DISCUSSÃO

A IC tem se mostrado uma síndrome prevalente, gerando grandes gastos para o SUS, que crescem a cada ano, principalmente em função do envelhecimento populacional. Dessa forma, estudos de caráter epidemiológico tornam-se essenciais para que se possa elaborar estratégias de prevenção e controle dessa enfermidade.⁵ Por outro lado, a dificuldade na pesquisa bibliográfica sobre a questão no estado de Minas Gerais é indicativa da escassez de estudos de natureza epidemiológica no estado, o que reafirma a importância da sua realização.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, pode-se notar, no presente estudo, que a idade média dos pacientes (68 anos) coincide com a descrita no extenso estudo de Framingham⁸, que identificou a idade acima de 60 anos como a de maior probabilidade de surgimento da IC. O gênero diferiu do estudo de Rassi *et al.*⁹, no qual os pacientes femininos foram maioria. Uma hipótese explicativa para essa diferença é o fato de expressivo número dos homens do estudo serem estilistas, importante fator de risco adicional para a IC.

A grande ausência de informações sobre a etnia dos pacientes nos prontuários hospitalares indica descuido para com esse tipo de informação. Campos de preenchimento ou informação em saúde com mais de 30% de ausência é tomado na literatura como indicativo da precariedade da qualidade de informação,¹⁰ inviabilizando, portanto, a sua análise. A ausência de dados sobre naturalidade e procedência compromete igualmente a determinação de possíveis etiologias da IC, pois em pacientes que já residiram em áreas endêmicas de Chagas essa etiologia deveria ser investigada em função de maior chance do desenvolvimento da cardiopatia de origem chagásica.¹¹

Em consonância com o estudo de Framingham,⁸ cardiopatia hipertensiva foi, supostamente, a principal etiologia encontrada. A etiologia hipertensiva foi deduzida a partir da informação registrada nos

prontuários desses pacientes de história de HA, sem menção de outras prováveis causas.¹² Porém, há controvérsias em relação aos resultados apresentados em outros estudos,^{9,13-14} nos quais a cardiopatia isquêmica é identificada como principal etiologia da IC. Neste estudo, a cardiopatia isquêmica foi a segunda hipótese causal mais frequentemente registrada.

A cardiomiopatia valvar é outra possível etiologia importante, mas não devidamente salientada, na medida em que nos prontuários que traziam registro de doenças valvares não foram detectadas informações adicionais que indicassem tratar-se de um fator causal ou consequente à IC. Se, por um lado, valvulopatias não tratadas no momento adequado podem comprometer o miocárdio, levando à IC, por outro lado, a própria IC pode conduzir à insuficiência mitral secundária. Ou seja, o registro de valvulopatia sem a devida exploração do dado compromete a interpretação do mesmo. A doença de Chagas, por sua vez, apareceu como etiologia para a IC em dois pacientes, nada além do esperado, por se tratar do sul de Minas Gerais, área não endêmica.¹⁵

Os principais fatores de risco encontrados, HA, dislipidemia, DM, tabagismo, anemia e doença arterial coronariana, como demonstrado anteriormente, condizem com o estudo de Nogueira *et al.*,⁵ cuja conclusão é a de que a variedade de combinações de fatores de risco, que por sua vez conduzem à HA e doença isquêmica, culmina no desenvolvimento de IC.

A associação detectada entre dislipidemia e número de internações foi obtida ao se considerar o tratamento para dislipidemia como diagnóstico da mesma, uma vez que se percebeu, em muitos prontuários, o registro da prescrição de antilipidêmico, mas não o registro do quadro clínico. Sendo assim, corrobora-se aqui a dislipidemia como fator de risco para IC. Entretanto, essa associação pode estar superestimada, na medida em que é possível o tratamento com antilipidêmico sem que o paciente possua o perfil lipídico da dislipidemia; ou subestimada, na medida em que a falta do estudo do perfil lipídico não permitiria o diagnóstico de casos, que por esta razão estariam sem tratamento. De qualquer modo, o resultado da pesquisa ressalta a importância da investigação e controle da dislipidemia, conforme literatura que a indica como fator de risco para o surgimento de IC², cuja necessidade de controle é fundamental para evitar-se o aumento na incidência dessa doença.⁵

O tabagismo, outro fator de risco sabidamente associado às doenças cardiovasculares, e altamen-

te prevalente neste estudo, indica a necessidade de qualificação da atenção primária, por ser ela o cenário apropriado para a estimulação do abandono do tabaco, seja por meio de abordagem psicossocial, seja por meio de terapia medicamentosa.² Do mesmo modo, o índice de casos de DM e HA reitera a importância do fortalecimento das ações primárias em saúde, na medida em que não só é determinante a instituição de adequada terapêutica nas fases iniciais de ambas as doenças, como também a constância de um trabalho educativo junto à população de modo a assegurar mudanças no estilo de vida e aumento da adesão ao tratamento medicamentoso, fundamentais para o sucesso terapêutico. A atenção primária deve ser o *locus* da detecção e controle do tabagismo, da dislipidemia, da DM e da HA, bem como da adequada abordagem daqueles pacientes que já possuem IC diagnosticada, prevenindo-se, assim, quadros de descompensação da mesma e necessidade de internações e reinternações.

Outro aspecto relevante a ser aqui discutido foi a falta de informações sobre o uso abusivo ou não do álcool em mais de 10% dos prontuários, pois no Brasil a cardiomiopatia alcoólica é causa bastante comum da IC,¹⁶ cuja associação pode não ter transparecido neste estudo, pelo simples fato de a ausência de informação ter comprometido mais uma vez a determinação da etiologia da IC. Vale ressaltar que na região a cultura e o consumo da cachaça são bastante difundidos. E, do mesmo modo que o tabagismo, o etilismo exige trabalho preventivo e educativo especialmente dirigido para a população masculina. Corrobora essa afirmação a forte associação aqui encontrada entre sexo masculino e etilismo e sexo masculino e tabagismo.

A saúde do homem tem se tornado tema central no cenário nacional, de tal modo que em 2012 iniciou-se a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.¹⁷ As principais ações, propostas nessa política, buscam romper obstáculos culturais e organizacionais que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde, particularmente os de atenção primária. Entre essas barreiras destacam-se a resistência cultural que os homens têm em admitir suas fragilidades e a barreira organizacional gerada pelos horários de funcionamento dos serviços de saúde, coincidentes ao da jornada de trabalho da imensa maioria da população, que juntas fazem com que os homens recorram aos serviços de urgência e emergência, quando a doença já se encontra em estágio avançado.¹⁷

Destaca-se, ainda, o fato de boa parte dos pacientes ter apresentado anemia em algum momento da internação como dado relevante, pois diversos estudos demonstram a relação entre anemia em pacientes com IC e pior prognóstico, associando-a a maior mortalidade cardiovascular.¹²

Em relação aos sintomas apresentados pelos pacientes, o principal foi a dispneia, o que condiz com o estudo de Alti *et al.*¹⁸

Notou-se também que em boa parte dos prontuários o diagnóstico de IC descompensada teria sido realizado a partir da observação dos critérios de Framingham, uma vez que os pacientes apresentavam sinais e sintomas que, associados, permitiriam diagnosticar o quadro de descompensação da doença apenas mediante uma boa avaliação clínica. Segundo Montera *et al.*,² para que o diagnóstico de IC seja confirmado, de acordo com Framingham, são necessários pelo menos dois critérios maiores e/ou um critério maior acompanhado de dois critérios menores, segundo Tabela 2. Vale ressaltar que os critérios menores devem ser considerados apenas quando não atribuídos à outra condição clínica, como, por exemplo, hipertensão pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose, ascite ou síndrome nefrótica.

Tabela 2 - Critérios de Framingham para diagnóstico de IC aguda

Critérios maiores	Critérios menores
Dispneia paroxística noturna	Edema de tornozelos bilateral
Turgência jugular	Tosse noturna
Crepitações pulmonares	Dispneia a esforços ordinários
Cardiomegalia (à radiografia de tórax)	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Terceira bulha (galope)	Diminuição da capacidade funcional em 1/3 da máxima registrada previamente
Aumento da pressão venosa central (> 16 cm H ₂ O no átrio direito)	Taquicardia (FC>120 bpm)
Refluxo abdominójugar	
Perda de peso > 4,5 kg em cinco dias, em resposta ao tratamento	

Embora clássicos e importantes do ponto de vista clínico, os critérios de Framingham têm sido pouco mencionados na literatura. Os livros-textos de epidemiologia¹⁹⁻²¹ o mencionam mais frequentemente do que os de clínica médica, entretanto, o enfoque encontra-se na metodologia do estudo, como exemplo ilustrativo, e não no esclarecimento da importância clínica

dos mesmos. Pretende-se aqui demonstrar a importância do conhecimento e da divulgação dos critérios de Framingham para diagnóstico de IC aguda, pois desse modo profissionais da atenção primária seriam capazes de detectar sinais e sintomas de agravo da doença, independentemente do acesso a exames complementares mais complexos e caros (*e.g.* ecocardiograma). Acredita-se que se esses critérios fossem amplamente difundidos junto aos estudantes de Medicina, uma vez inseridos na rede de atenção primária, eles estariam aptos à tomada de decisões clínicas apropriadas, reduzindo-se a necessidade de internação e tratamento da IC na atenção terciária ou mesmo estrangulamento na atenção secundária. Do mesmo modo, é de suma importância a sua vinculação aos programas de educação permanente para profissionais já inseridos na rede de serviços públicos de saúde.

Para o diagnóstico de IC, a princípio e como triagem, pode-se lançar mão de exames como RX de tórax e ECG, entretanto, para diagnóstico definitivo de IC é necessária a realização do ecocardiograma, padrão-ouro para medição da fração de ejeção.² Além disso, uma reavaliação ecocardiográfica é essencial quando o quadro clínico indicar necessidade de modificação terapêutica.²² Ora, é sabida a dificuldade de acesso dos pacientes de classe social menos favorecida a esse tipo de exame complementar. Sendo assim, o registro de 11,1% de casos com apenas ECG pode ser por falhas no prontuário médico; falta de acesso ao exame adequado, por indisponibilidade de aparelho ou ausência de profissional habilitado credenciado; ou até mesmo conhecimento médico a respeito da importância do exame. Ou seja, de qualquer modo, tratar-se-á de falha nos recursos físicos, financeiros ou humanos do setor público de saúde, que precisa ser tomada em conta e seriamente discutida.

Ainda em relação ao diagnóstico, destaca-se o fato de que em 72,2% dos prontuários o CID não foi registrado. Por se tratar de um dado obrigatório, percebem-se aqui, mais uma vez, falta de zelo e compromisso com o registro em prontuários hospitalares. A importância do registro da classificação internacional de doenças se deve ao fato de ela permitir elaborar estatísticas e promover comparações entre as doenças de todas as nações e continentes.²³ Ainda que registrado, muitas vezes a qualidade da codificação do CID é prejudicada. As explicações para isso são várias, como a má-caligrafia dos médicos, a dificuldade para se entender o que é escrito, a falta de conhecimento e treinamento dos funcionários do hospital em relação ao registro do

CID e interpretação do registro médico, a existência de vários diagnósticos simultâneos, além de mais preocupação com o registro do procedimento, em detrimento ao diagnóstico, uma vez que o primeiro implicará reembolso ou não dos serviços prestados.²⁴

As afirmações feitas a partir deste estudo quanto ao tratamento e manejo da IC devem ser interpretadas considerando-se o tamanho da amostra (54 casos), bem como a precariedade do registro médico. Tomando-se em conta que os pacientes haviam sido internados devido à descompensação da IC, inferiu-se que esses pacientes enquadravam-se nas classes funcionais II, III ou IV, apresentando sintomas até mesmo na realização de atividades cotidianas. Ou seja, o uso de IECA ou BRA seria obviamente obrigatório. A ausência da prescrição de IECA ou BRA em 9,2% dos casos é discordante das diretrizes para manejo e tratamento da IC, uma vez que o uso de uma das duas medicações tem nível de evidência A para todos os tipos de disfunção cardíaca, independentemente de sintomas.²²

Também apresenta nível de evidência A a indicação de betabloqueadores, como o carvedilol, para pacientes com disfunção sistólica.²² Tomando-se em conta que 60% dos casos de IC apresentam disfunção sistólica,² a parcela dos pacientes que fizeram uso de betabloqueadores (48,1%) também pode ser considerada problemática. Contudo, é importante salientar novamente as falhas no registro dos prontuários, o que poderia justificar o dado obtido. Ou seja, o desconhecimento das atuais diretrizes para tratamento da IC não é a única justificativa plausível.

A associação entre uso de digitálico e risco de desenvolvimento de taquicardia e desta com mais chance de óbito também corrobora dados da literatura que orientam o uso criterioso do digitálico. Cunha *et al.*,²⁵ detectaram que em 52,7% dos pacientes estudados a prescrição de digitálicos havia sido inadequada. Para a adequada prescrição de digitálicos é necessária avaliação da fração de ejeção, bem como a otimização do tratamento.²² Ora, como proceder desse modo sem o acesso assegurado à realização do ecocardiograma? Por outro lado, a taquicardia é dos sinais possivelmente relacionados à intoxicação digitálica², o que demonstra a necessidade de melhor avaliação clínica desses pacientes.

Na duração média das internações detectou-se frequência semelhante à de outros estudos.²⁶ A média de intervalo entre as internações demonstrou que os pacientes com IC retornam ao hospital a cada 16,21 meses, evidenciando falta de integralidade e

longitudinalidade do cuidado nos serviços de atenção primária, possível razão para a ocorrência de novas descompensações da IC e reinternações.

Ao observar o desfecho clínico dos casos analisados no presente estudo, detectou-se alta taxa de mortalidade, na ordem de 22,2%, bem maior do que a encontrada por Godoy *et al.*, cujo estudo obteve taxa de 15% de óbitos entre os casos avaliados.²⁶ Além dos problemas já mencionados em relação à condução dos casos, integralidade e longitudinalidade do cuidado, outra hipótese explicativa dessa diferença no desfecho dos dois estudos, isto é, aumento na taxa de mortalidade, poderia ser justificada pela idade média dos pacientes de nosso estudo, superior à do estudo de Godoy.

Por fim, destaca-se o fato de que 81% dos pacientes supostamente teriam acesso aos serviços de atenção primária, uma vez que eles residiam em área de abrangência de unidades de saúde da família. Levando-se em conta que a principal hipótese etiológica da IC foi a HA, é plausível inferir que a atenção primária foi ineficiente no tratamento da HA, ao não evitar que o quadro de pacientes residentes em sua área de abrangência se agravasse, levando-os a desenvolver IC descompensada. Do mesmo modo, adequado manejo e controle de importantes fatores de risco adicionais para o desenvolvimento de IC, aqui discutidos, certamente contribuiria para a redução da incidência de IC.

CONCLUSÕES

Objetivou-se, neste estudo, traçar o perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com IC internados em hospital de referência regional. Embora a ausência frequente de informações essenciais nos prontuários tenha comprometido as análises, particularmente as de associação, os resultados encontrados podem auxiliar na elaboração de estratégias de prevenção da IC, uma vez que eles indicam tratar-se de pacientes idosos, de ambos os sexos, hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos, tabagistas e etilistas. A falta de registro, principalmente de dados socioculturais, se por um lado compromete a descrição do perfil epidemiológico, por outro, corrobora a tese de que a educação médica não adota um modelo de abordagem biopsicossocial, pois a ênfase continua nos determinantes biológicos do processo saúde e doença. Em relação ao perfil assistencial, a reinternação frequente de uma clientela que em sua maioria absoluta (80%) reside em área de abrangência de

unidades de saúde da família pode ser interpretada como resultado da inabilidade dos profissionais aí alocados para lidar com a IC.

A falta de exames complementares essenciais, tais como perfil lipídico e ecocardiograma, bem como de tratamento otimizado, leva a uma indagação: tratar-se-á de falta de recursos para adequada abordagem dos casos ou despreparo daqueles que lidam com a doença?

A discordância entre o tratamento da IC preconizado nas diretrizes e a terapêutica instituída em alguns casos é uma falha que pode comprometer o prognóstico e aumentar a mortalidade nesse grupo de pacientes. Do mesmo modo, a ausência de exames complementares básicos não só dificultam diagnóstico, como pioram o prognóstico, na medida em que comprometem o tratamento e, conseqüentemente, a evolução dos casos. Independentemente da resposta dada a essa questão posta em estudos futuros, a presente pesquisa reflete bem o panorama geral da IC, pelo menos no estado de Minas Gerais. Em se tratando de investigação conduzida em ambiente universitário, os resultados encontrados servem como sinal de alerta. Eles revelam, sobretudo, a necessidade e urgência de programas pertinentes de educação permanente em saúde, particularmente os voltados para a abordagem de condições clínicas prevalentes, avaliação de adesão ao tratamento, busca ativa de casos e adequado manejo da IC nos serviços públicos de saúde.

Sugere-se, ainda, o resgate clínico dos critérios de Framingham, que uma vez utilizados por médicos generalistas, por serem essencialmente clínicos, permitiriam superar o déficit de recursos para realização de exames complementares, propiciando detecção precoce de possíveis descompensações, particularmente em pacientes idosos com comorbidades, indicados aqui como foco primordial da atenção.

AGRADECIMENTO

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), pela concessão de bolsa de iniciação científica que viabilizou a condução do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Martins HS, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, Velasco IT. *Emergências Clínicas: Abordagem Prática*. 8ª ed. Barueri: Manole, 2013.

2. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva crônica. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.pdf
3. Bento VFR, Brofman PRS. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba, Paraná. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 92(6):490-6. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000600013
4. Gauri EM, Klein CH, Oliveira GMM. Mortalidade por insuficiência cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(1):55-61. [Citado em 2014 abr. 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010000100010&script=sci_arttext
5. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(3):392-97. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/aop09910.pdf>
6. Goldman L, Ausiello D, editores. *Cecil medicina*. 23ª ed. São Paulo: Elsevier; 2009.
7. Barretto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. *Arq Bras Cardiol*. 2008 nov; 91(5):335-41. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001700009
8. Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. *J Am Coll Cardiol*. 1993; 22(Suppl A):6-13. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073510979390455A>
9. Rassi S, Barretto ACP, Porto CC, Pereira CR, Calaça BW, Rassi DC. Sobrevida e fatores prognósticos na insuficiência cardíaca sistólica com início recente dos sintomas. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84(4):309-13. [Citado em 2014 abr. 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000400007
10. Graciano MMC, Araújo EW, Nogueira DA. Sistema de informação em saúde e atuação do profissional médico. *Rev Med Minas Gerais*. 2009; 19(3):198-205. [Citado em 2014 abr. 18]. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/160/156>
11. Porto CC. *Semiologia Médica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
12. Cardoso J, Brito MI, Ochiai ME, Novaes M, Berganin F, Thicon T, et al. Anemia in patients with advanced heart failure. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(4):524-9. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001400016&lng=en
13. Barretto ACP, Nobre MRC, Wajngarten M, Canesin MF, Ballas D, Serro-Azul JB. Insuficiência cardíaca em grande hospital terciário de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 1998; 71(1):15-20. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000700004
14. Latado AL, Passos LCS, Braga JCV, Santos A, Guedes R, Moura SS, et al. Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(2):185-92. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001500018

15. Villela MM, Souza JMB, Melo VP, Dias JCP. Vigilância Epidemiológica da Doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2428-38. [Citado em 2014 abr. 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/18.pdf>
16. Albanesi F, Francisco M. Cardiomiopatias. *Arq Bras Cardiol*. 1998; 71(2):95-107. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n2/a02v71n2.pdf>
17. Couto MT, Pinheiro, TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Couto M. O homem na atenção primária à saúde. *Perspectivas*. 2010; 14(33):257-70. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>
18. Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3): 590-5. [Citado em 2014 abr. 19]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300022
19. Stevenson LW, Perloff JK. The limited reliability of physical signs for estimating hemodynamics in chronic heart failure. *JAMA*. 1989; 261(6):884-8. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2913385>
20. Rouquayrol, MZ, Gurgel M. *Epidemiologia e Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
21. Medronho RA. *Epidemiologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
22. Mathias TAF, Soboll MLMS. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(6):526-32. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n6/v32n6a2535.pdf>
23. Buchalla CM, Laurenti R, Ribeiro AF, Nitrini DR, Guarnieri CE, Carnaúba EL, et al. Avaliação do uso da Classificação Internacional de Doenças para codificar a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Rev Saúde Pública*. 1998; 30(5):479-82. [Citado em 2014 abr. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101996000500011&script=sci_arttext
24. Montera MW, Almeida DR, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LAZ, Réa-Neto A. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(3):1-65. [Citado em 2014 abr. 15]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ica_93supl03.pdf
25. Cunha UGV, Barbosa MT, Paradela EMP, Carvalho FG. Uso de digital em idosos admitidos em unidade de geriatria de um hospital geral. *Arq Bras Cardiol*. 1998; 71(5):695-8. [Citado em 2014 abr. 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001100009&lng=en
26. Godoy HL, Silveira JA, Segalla E, Almeida DR. Hospitalização e mortalidade por insuficiência cardíaca em hospitais públicos no município de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2011; 97(5):402-7. [Citado em 2014 abr. 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2011nahead/aop9611.pdf>