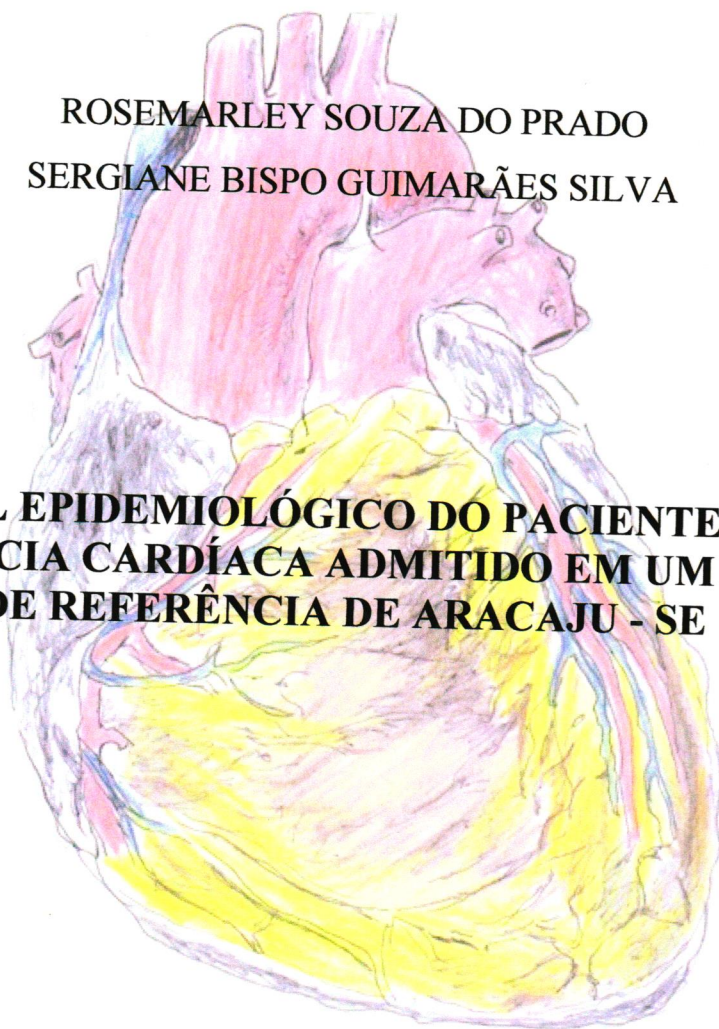


FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLÓGICA E CIRURGIA
CARDIOVASCULAR

ROSEMARLEY SOUZA DO PRADO
SERGIANE BISPO GUIMARÃES SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ADMITIDO EM UM HOSPITAL
DE REFERÊNCIA DE ARACAJU - SE**



ARACAJU - SE
2007

ROSEMARLEY SOUZA DO PRADO
SERGIANE BISPO GUIMARÃES SILVA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ADMITIDO EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA DE ARACAJU - SE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de
Administração e Negócios de Sergipe como exigência
para obtenção do título de Especialista em
Enfermagem Cardiológica e Cirurgia Cardiovascular.

Orientadora: Prof^a MSc. Cristina M. F. Teti

ARACAJU - SE
2007

ROSEMARLEY SOUZA DO PRADO
SERGIANE BISPO GUIMARÃES SILVA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ADMITIDO EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA DE ARACAJU - SE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe como exigência para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiológica e Cirurgia Cardiovascular.

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador

2º Examinador

3º Examinador

Aracaju, _____ de _____ de _____

AGRADECIMENTOS

É com muita satisfação e alegria que finalizamos este trabalho de conclusão do curso de especialização de Enfermagem em Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular que nos proporcionou novo campo de conhecimentos em nossas vidas e abriu novos horizontes para nós enquanto profissionais da Enfermagem. Agradecemos ao Pai Deus pela vida e por estar conosco em todos os momentos nos dando força e confiança para enfrentar mais este desafio. Aos nossos queridos pais Marilene, Ronaldo, Socorro e Guimarães, pelo amor, dedicação e exemplos de vida, ao esposo e amigo Miguel pela compreensão nos momentos de cansaço e apoio durante toda a conclusão deste trabalho e aos nossos pequeninos Guilherme e Caio que “pentelharam” muito com seus gritinhos e sorrisos nos momentos de concentração, nossa paz!!!. A nossos irmãos Roney, Rozeney, Shyrley, Sérgio, Carla, por serem sempre a nossa platéia na torcida por nosso sucesso na vida. A nossa orientadora Cristina Teti por disponibilizar seus conhecimentos e nos dar segurança com suas palavras de confiança! E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo. Como as palavras de Fernando Pessoa "Tudo que chega, chega sempre por alguma razão" que nos mostra atualmente como as nossas vidas mudaram após este curso.

RESUMO

Considerando que no Brasil a Insuficiência Cardíaca - IC é a terceira causa geral de internação e a primeira dentre as doenças cardiovasculares, que leva a um alto custo socioeconômico e perda da qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos na Unidade de Cardiologia de um hospital de referencia em Aracaju no período de julho de 2006 a março de 2007. A opção metodológica foi a abordagem quanti-qualitativa com a utilização do roteiro de observação. Foram analisados de acordo com a estatística descritiva 105 prontuários. Os resultados obtidos caracterizaram a amostra estudada com discreta predominância masculina (57,1%), 46,7 % com idade entre 60-79 anos, peso corporal em média de 68,1kg, 61% solteiros, 59% com naturalidade aracajuana e 56% residentes na cidade de Aracaju, não foram encontrados registros sobre escolaridade e profissão. Em relação à IC, obteve-se como principais fatores de risco a hipertensão arterial (54,3%), diabetes melitus (34,2%) e tabagismo (18,1%), 66,7% sem registro da classe funcional, entre os registros o predomínio da classe funcional III (15,2%), entre os motivos e queixas da internação atual destacaram-se a dispnéia (22,8%) e o edema dos membros inferiores (27,6%), entre as condições clínicas na alta observou-se o percentual 3,9% de óbitos. Conclui-se que há necessidade de se registrar com mais precisão os dados de identificação, resultados patológicos e assistenciais, para que estes construam bancos de dados para nortear intervenções preventivas.

PALAVRAS-CHAVES:

Doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca; epidemiologia;

ABSTRACT

It's is known that heart failure is the third general cause of hospital admissions and the first cause among cardiovascular diseases in Brasil, which is responsible for high socioeconomic costs and a decrease in quality of life. This study aimed to reach the epidemiological profile of patients admitted on a Cardiac Yard from a reference hospital in Aracaju between July/2006 and March/2007. The method used was based on a quanti-qualitative approach using a checklist. It was analyzed, according to the descriptive statistic, 105 medical records. The results showed that 57% of the sample was male, 46,7% between 60-79 years old, with an average corporal weight of 68,1 kg, 61% single, 59% were from Aracaju and 56% lived in Aracaju city, it was not founded level of education and job data. Relating to the heart failure, the main risk factors of cardiovascular diseases were high blood pressure (54,3%), diabetes mellitus (34,2%), and chronic cigarette smoke (18,1%), 66,7% without register of functional class, it was a majority of functional class III (15,2%), among motives and reasons relating to hospital admissions were reached dyspnoea (22,8%) and edema in the inferior members (27,6%), and among the clinical conditions during the discharge it was founded 3,9% of death. So, it can be concluded there is a necessity of a more precise register of identification, pathological and assistant data, to facilitate preventive interventions.

Keys-words:

Cardiovascular diseases, heart failure, epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Hospitalizações Realizadas no SUS – 2002.....	14
Tabela 2 – ICC Brasil SUS - Ministério Saúde - Nº de Internações e óbitos por IC.....	15
Tabela 3 – Hospitalizações Realizadas no SUS - 2002 por Doença do Aparelho Circulatório(CID-10)	15
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária – Aracaju – 2007.....	28
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com o peso corporal – Aracaju – 2007.	29
Tabela 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com a naturalidade – Aracaju – 2007...	29
Tabela 7 – Distribuição dos pacientes de acordo com o município onde reside Aracaju – 2007	30
Tabela 8 – Distribuição dos pacientes de acordo com o estado civil – Aracaju – 2007	30
Tabela 9 – Distribuição dos pacientes de acordo com a origem do encaminhamento Aracaju - 2007	31
Tabela 10 – Fatores de risco apresentados pelos pacientes – Aracaju – 2007.....	32
Tabela 11 – Distribuição dos pacientes de acordo com a classe funcional Aracaju – 2007	32
Tabela 12 – Motivo/queixa da internação atual apresentada pelos pacientes Aracaju – 2007	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 EPIDEMIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	13
2.2 FISILOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	18
2.3 FATORES ETIOLÓGICOS	21
2.4 CLASSIFICAÇÃO DA NYHA PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	22
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE PESQUISA	25
3.1.1 Instrumento da Pesquisa	25
3.1.2 Sujeito da Pesquisa	25
3.1.3 O Trabalho de Campo	26
3.2 ANÁLISE DE DADOS	26
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	28
5. CONCLUSÃO	36
6. RECOMENDAÇÕES	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICE A – Roteiro de Observação	



INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

O diagnóstico de Insuficiência Cardíaca indica disfunção do coração para bombear sangue suficiente às necessidades do organismo. Esta redução pode ter várias origens, desde idiopatias, congênitas ou adquiridas e causas secundárias como diabetes, estresse emocional, tipo de personalidade, obesidade, dieta rica em sódio e gorduras, inatividade física, idade, raça, sexo, historia familiar dentre outros (LAMB, 1971).

O objeto deste estudo são os pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca-IC que foram admitidos na Unidade de Cardiologia, de um hospital de referência cardiológica da cidade de Aracaju-SE, no período de julho de 2006 a março de 2007.

O interesse pela temática emergiu da atividade assistencial de uma das pesquisadoras na instituição referida, considerando que a unidade foi implantada há um ano e oito meses, caracterizando-se uma unidade recente. Diante disto, optou-se pela elaboração de uma pesquisa que permitisse identificar a clientela com Insuficiência Cardíaca assistida, delineando o seu perfil epidemiológico que será elo norteador das ações de enfermagem a serem desenvolvidas.

No Brasil, a IC é a terceira causa geral de internação e a primeira nas internações cardiovasculares. A IC trás um alto custo socioeconômico com perda da qualidade de vida, dispêndio com medicações, internações repetitivas, perda da produtividade, aposentadorias precoces, eventuais cirurgias e transplante cardíacos. Neste sentido, os profissionais envolvidos na assistência desta clientela devem conhecer as características sócio-econômicas e culturais deste grupo, o que aperfeiçoará os cuidados preventivos e terapêuticos durante e pós internação.

Diante desta problemática, este trabalho tem como objetivos:

- Identificar a clientela admitida na Unidade de Cardiologia com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca no período de julho de 2006 a março de 2007;
- Traçar o perfil epidemiológico destes pacientes.

Para alcançar tais objetivos os dados foram coletados e analisados com auxílio do Roteiro de Observação e metodologia quanti-qualitativa, os 105 prontuários, respectivos aos pacientes com diagnóstico de IC internados na Unidade de Cardiologia durante o período já referido. Após coletados os dados foram tabulados, submetidos à estatística descritiva e analisados de acordo com a realidade onde estão inseridos e literatura estudada.



REVISÃO DE LITERATURA

2 – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 – EPIDEMIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca – IC provoca vulnerável perda da qualidade de vida, resultando muitas vezes em aposentadorias precoces e altos custos socioeconômicos para o país. Com a estimativa de que em 2025 teremos a sexta maior população de idosos, em torno de 30 milhões de pessoas (15 % da população total), estima-se que haverá multiplicação dos casos de IC. Apesar desta doença se equiparar ao câncer e superar a AIDS em número de mortes e de prognóstico, os recursos aplicados na pesquisa de novas terapias não passam de 25 % das verbas destinadas à pesquisa do câncer (DATASUS, 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (2002), apesar dos avanços científicos e tecnológicos e das melhores condições socioeconômicas terem possibilitado o aumento da longevidade, esta incidência vem aumentando como nos mostra dados do Sistema Único de Saúde – SUS: foram realizados no ano de 2000, cerca de 398 mil internações por Insuficiência Cardíaca, com ocorrência de 26 mil mortes.

“A IC é caracterizada por uma fase crônica na qual o paciente apresenta-se estável e uma outra fase descompensação aguda marcada por reinternação hospitalar freqüente, outra característica com importante pacto sócio-econômico. Estudos mostram que quase a totalidade dos pacientes internados por IC reinternam em até um ano.” (TAVERES, 2004, p.121).

Hoje em dia, com aumento do registro da incidência da Insuficiência Cardíaca no Brasil e no mundo, existe a preocupação por parte da saúde pública em organizar serviços que ofereçam assistência sistematizada e qualificada, para se reduzir as complicações e reinternações oferecendo melhor qualidade de vida a estes pacientes.

No município de Aracaju funciona o modelo de Hospital Horizontal, o qual integra um conjunto de instituições com suas respectivas capacidades produtivas, organizadas de modo complementar. São realizadas intervenções no campo hospitalar, de modo a se configurar como um hospital único, com operações definidas e especializadas, sistemas de referenciamento estruturados e pactuados, e acessos sempre mediados por ações e processos regulatórios. O serviço de cardiologia deste município fica integrado a uma rede especializada e a um hospital que oferece serviços de urgência e emergência em cardiologia, internamento em unidade cardiológica e serviços de cirurgias cardiovasculares.

Segundo a SBC (2005), a IC é a via final comum para a maioria das cardiopatias. Constitui-se como um problema de saúde pública já que vem crescendo de forma prevalente além do aumento dos índices de hospitalização associados à alta morbimortalidade como nos mostra os dados nas tabelas abaixo.

Tabela 1 - Hospitalizações Realizadas no SUS - 2002

Classificação - CID 10	Total
1 - Gravidez, parto, Puerpério	2.731.766
2 - D. Aparelho Respiratório	1.820.634
3 - D. Aparelho Circulatório	1.216.771
4 - D. Infeciosas e parasitárias	1.042.136
5 - D. Aparelho Digestivo	986.406
6 - D. Aparelho Genito-urinário	770.352

Classificação - CID 10	Total
7 – Lesões Causas Externas	688.687
8 - Neoplasias	527.747
9 – Endócrina, nutricional e metabólica	322.093
10 - Transtornos mental e comportamental	08.264
TOTAL	1.714.184

Fonte: DATASUS (2002)

Tabela 2 - ICC Brasil SUS - Ministério Saúde - Nº de Internações e óbitos por IC

Ano	Nº de Internações	Nº de Óbitos
1992	478489 (3,28%)	25887 (5,41%)
1993	516701 (3,48%)	28394 (5,46%)
1994	524155 (3,56%)	28540 (5,44%)
1995	450650 (3,56%)	27054 (6,00%)
1996	424782 (3,55%)	27402 (6,45%)
1997	422616 (3,58%)	27035 (6,39%)
1998	388892 (3,71%)	26298 (6,76%)
1999	416242 (3,34%)	27544 (6,61%)
2000	398489 (3,33%)	26368 (6,62%)
2001	385758 (3,28%)	25511 (6,61%)
2002	372604 (3,18%)	25984 (6,97%)

Fonte: DATASUS (2002)

Tabela 3 - Hospitalizações Realizadas no SUS - 2002 por Doença do Aparelho Circulatório (CID-10)

TOTAL	Internações	Óbitos	Taxa de Mortalidade
D. Ap. Circulatório	1.216.771	85.620	7,04

TOTAL	Internações	Óbitos	Taxa de Mortalidade
Hipertensão Arterial	126.989	1591	1,2
Outras D. Hipertensivas	45.478	830	1,8
Infarto Agudo do Miocárdio	46.550	6804	16,3
Outras D. Isquêmicas	118917	3473	2,9
Insuficiência Cardíaca	372.604	25.984	6,97
D. de condução e Arritmias	45.758	2109	4,6
AVE Hemorrágico	16.479	4860	29,4
AVE Isquêmico	4306	619	7,7
AVE não especificado	88.512	15.413	7,0
Outros S. Cerebrovasculares	49.907	7.951	15,9

Fonte: DATASUS (2002)

Em virtude do aumento na expectativa de vida de nossa população e maior eficácia dos novos tratamentos e medicamentos, os quais prolongam a vida, a prevalência da IC se faz mais presente. (ARAÚJO, 2005)

De acordo com os dados do DATASUS (2002), Ministério da Saúde, no Brasil, atualmente, existem aproximadamente 6,5 milhões de pacientes com IC, cerca de um terço são hospitalizados anualmente. Para pacientes não selecionados a mortalidade anual oscila em torno de 10%, já para enfermos em classe funcional (CF) IV da New York Heart Association (NYHA) esta taxa de mortalidade é de 30 a 40% mesmo em pacientes adequadamente tratados.

De acordo com a SBC (2005), a IC em adultos está, geralmente, relacionada à disfunção ventricular esquerda, ou seja, IC sistólica, porém cerca de 30 % dos adultos com IC clínica tem disfunção diastólica isolada de ventrículo esquerdo caracterizando, portanto a IC diastólica.

Estudos epidemiológicos de IC são difíceis de serem realizados, pela dificuldade relacionada à variedade de definições e múltiplas possibilidades etiológicas, necessitando de

diferentes exames para o diagnóstico específicos, tornado estes estudos muitos caros (LESSA, 2001).

O mesmo autor, de acordo com dados oficiais sobre as hospitalizações por IC, refere que 70% da população atendida pelo SUS por IC possuem idade ≥ 20 anos. Nestes atendimentos a IC é mais prevalente nos homens. Para uma média de 5,9 dias de hospitalizações, a taxa de letalidade intra-hospitalar pela IC é de 10% para os homens e 6% para as mulheres para o mesmo tempo médio de hospitalizações. As internações por IC no SUS aumentam com a idade, decrescendo no grupo dos mais idosos, isto porque a estimativa não é proporcional a cada faixa etária, sendo o denominador comum a todas as idades (DATASUS, 2002).

A letalidade intra-hospitalar ocorre pouco tempo após a internação, refletindo a desassistência da atenção básica. Neste aspecto, as mulheres apresentam maior letalidade intra-hospitalar por IC, 2,3 vezes maior do que o homem (LESSA, 2001). A letalidade relaciona-se também as internações recorrentes, as quais são preditoras de curta sobrevida. Tavares (2004) informa que quase a totalidade dos pacientes internados por IC reinternam em até um ano.

Menor acesso ao sistema de saúde e dificuldades econômicas fazem com que os pacientes atendidos no serviço público, sejam acometidos mais precocemente pelas doenças cardiovasculares e/ou apresentem menor adesão ao tratamento, causando mortes em idades mais precoces (TAVARES, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica - HAS é um dos principais fatores de risco para IC (LESSA, 2001; SCHMIDT, 2001). Estudos revelam que as crises hipertensivas são as mais freqüentes causas cardiovasculares nas emergências. IC ocupa a terceira posição entre os atendimentos de emergência cardiovasculares no SUS (Tabela 1). SCHMIDT (2001) explica que a disfunção diastólica é a responsável pela maioria dos quadros de insuficiência cardíaca nos hipertensos e que o simples controle da HAS reduz significativamente as taxas de IC. Como um

outro fator de risco relevante, tem-se o tabagismo, muito freqüente entre os pacientes atendidos na rede pública (TAVARES, 2004).

O baixo grau de instrução e a baixa renda estão listados como fatores de risco e/ou agravantes para o desenvolvimento da IC quando para readmissões precoces (TAVARES, 2004).

Quanto aos sintomas, a literatura trás a dispnéia de repouso e as dispnéias de uma forma geral como os principais sintomas apresentados pelos pacientes (SCHMIDT, 2001).

2.2 – FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca é a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades do organismo. O termo “ insuficiência cardíaca congestiva” é mais comumente empregado em referência a insuficiência esquerda ou direita. Existem várias origens para a redução do bombeamento sanguíneo pelo coração, desde idiopática a causas secundárias como diabetes, estresse emocional, tipo de personalidade, obesidade, dieta hipersódica e hiperlipídica, sedentarismo, idade, raça, sexo, história familiar (LAMB, 1971).

É mais comum ocorrer a insuficiência cardíaca com distúrbios do miocárdio que resultam em diminuição da contratilidade do coração. Outros fatores que levam o coração a atuar como uma bomba hipoefetiva incluem a disfunção miocárdica (em especial a aterosclerose coronária), hipertensão arterial, disfunção valvular, além de outras como: deficiências vitamínicas, miocardite (derivada do reumatismo ou doenças infecciosas) e lesões no pericárdio. (BRUNNER; SUDDARTH, 2002; GUYTON, 1992).

A hipertensão arterial, aterosclerose e alterações do funcionamento das válvulas cardíacas são os grandes responsáveis por 95% dos casos de IC. Quando uma dessas causas atinge o coração incapacitando-o, alguns mecanismos compensadores cardíacos e extra cardíacos se

processam para superar essa falência funcional. O coração entra em luta para conservar o volume de expulsão normal às exigências tissulares e orgânicas, inicialmente diminuindo sua frequência para depois se dilata e hipertrofia-se, adquirindo contornos fisiopatológicos complexos (GUYTON, 1992).

Como refere Brunner e Suddarth (2002), a pós-carga (resistência à ejeção) aumenta com a hipertensão sistêmica ou pulmonar o que eleva o trabalho do coração causando a hipertrofia das fibras musculares miocárdicas. Esta hipertrofia pode ser considerada como um mecanismo compensatório, porque ele aumenta a contratilidade. Entretanto, o que também pode ocorrer é a diminuição da capacidade do coração de se encher de maneira apropriada durante a diástole. Além disso, a quantidade de resistência pode ser maior que o grau de hipertrofia fator que pode conduzir à ICC.

A disfunção miocárdica pode ser causada por doenças coronarianas, miocardiopatias dilatada ou doenças inflamatórias degenerativas do miocárdio. A principal causa da IC é aterosclerose das artérias coronárias. Cerca de 60 % dos pacientes com ICC apresentam este tipo de doença coronariana. A aterosclerose das artérias coronarianas pode levar tanto a isquemia quanto ao infarto do miocárdio. A isquemia causa doenças miocárdicas devido à hipóxia e acidose (a partir do acúmulo de ácido láctico). O infarto do miocárdio provoca necroses miocelulares focais, a morte das células miocárdicas e perda de contratilidade; a extensão do infarto é prognóstico da gravidade do ICC (BRUNNER; SUDDARTH, 2002). De acordo com as autoras, pode ocorrer no miocárdio, necrose celular difusa gerada pela miocardiopatia dilatada, resultante das doenças inflamatórias e degenerativas do miocárdio que leva a diminuição da contratilidade cardíaca.

Outra causa de IC é cardiopatia valvular. O papel das válvulas é garantir que o sangue circule em um único sentido. Com a disfunção valvular, ocorre crescente dificuldade do sangue

em progredir em sentido normal. Ocorre então diminuição da quantidade de sangue a ser ejetada levando a um aumento da pressão dentro do coração, como consequência, surge a instalação da congestão pulmonar e venosa. (BRUNNER; SUDDARTH 2002).

De acordo com Guyton (1992) a IC pode ser descrita em seis tipos:

- 1 Insuficiência cardíaca latente - manifestada em situações de esforço quando o coração é obrigado a bombear o excesso de sangue para suprir as necessidades do organismo.
- 2 Insuficiência cardíaca moderada – Ocorrida uma lesão grave, como no infarto agudo do miocárdio (IAM), tem-se como consequência a redução do débito cardíaco e acúmulo de sangue nas veias.
- 3 Insuficiência cardíaca aguda ou compensada – instalada a IC moderada, ocorre um retorno final do débito cardíaco ao normal e retenção de líquido, uma rápida e moderada elevação na pressão arterial direita. Em situações de exercício vigoroso, como o coração não é capaz de aumentar sua capacidade de bombear até os níveis de manutenção do estresse se instala a insuficiência cardíaca aguda, já que a reserva cardíaca está diminuída.
- 4 Insuficiência cardíaca grave ou descompensada – nesta situação o coração gravemente lesionado não tem suporte com mecanismos compensatórios para que o débito cardíaco seja normal. Neste tipo de IC ocorre que o coração não consegue manter o fluxo sangüíneo suficiente para manter os rins funcionando adequadamente.
- 5 Insuficiência cardíaca esquerda – Unilateral predomina à do lado direito, logo o sangue continua a ser bombeado para os pulmões e não é bombeado adequadamente do pulmão para o resto do corpo. Em consequência a pressão média de enchimento pulmonar eleva-se devido ao deslocamento de grande volume de sangue na circulação sistêmica para a circulação pulmonar. Apresentando problemas como edema

pulmonar e congestão vascular pulmonar;

- 6 Insuficiência cardíaca de alto débito – Esta condição de sobrecarga do coração ocorre em pessoas com débito cardíaco mais alto do que o normal, ocasionando sobrecarga do coração por retorno venoso excessivo. Ocorre por alguma anormalidade circulatória que diminui drasticamente a resistência periférica total.

Temos ainda A IC de baixo débito – “choque cardiogênico (CC)” definida por Stefanini et al (2004) como uma situação de hipoperfusão tecidual sistêmica decorrente da incapacidade primária do músculo cardíaco de fornecer débito adequado às necessidades metabólicas do organismo em repouso. O IAM ainda é, atualmente, a principal causa de CC apesar da evolução de todo tratamento da insuficiência coronariana aguda. Cerca de 7% da ocorrência do choque ocorre por causa do IAM gerando altas taxas de mortalidade (39 a 79%), mesmo em centros de especialidades com destaque em atendimentos a estes pacientes.

2.3 – FATORES ETIOLÓGICOS

Inúmeros fatores contribuem para o desenvolvimento e gravidade da IC, incluindo taxa metabólica aumentada sendo exemplo febre tireotoxicose, hipóxia e anemia - hematócrito sérico inferior a 25. Por que todas as condições exigem débito cardíaco aumentado para satisfazer à demanda sistêmica de oxigênio. A hipóxia ou a anemia também podem diminuir o aporte de oxigênio para o miocárdio. A acidose respiratória ou metabólica e as anormalidades eletricolíticas podem reduzir a contratilidade miocárdica. As disritmias cardíacas, que podem estar presentes de forma independente ou ser secundárias à insuficiência cardíaca, diminuem a eficácia global da função miocárdica (GAYTON, 1992).

Uma diminuição na quantidade de sangue ejetada do ventrículo estimula o sistema

nervoso simpático, o qual estimula a liberação de renina, que promove a formação de angiotensina, gerando retenção hídrica e vasoconstrição. A finalidade dessa resposta compensatória é manter ou aumentar a contratilidade para manter o débito cardíaco. Como essa resposta aumenta a pré e a pós-carga, o trabalho do coração também aumenta. Esse mecanismo compensatório é o aspecto subjacente do que é denominado de "ciclo vicioso da ICC": o coração não se mostra forte o suficiente para bombear, o que provoca uma resposta que torna seu trabalho ainda mais difícil.

2.4 – CLASSIFICAÇÃO DA NYHA PARA A INSUFICIÊNCIA CARDIACA

A New York Heart Association (NYHA) classifica a ICC de acordo com os sintomas como o descrito na tabela abaixo (BRUNER; SUDDARTH, 2000):

Classificação	Sintomas	Prognóstico
Classe Funcional I	Atividade física comum não provoca fadiga indévida, dispnéia, palpitações ou dor torácica Nenhuma congestão pulmonar ou hipotensão periférica O paciente é considerado assintomático Usualmente sem limitações sobre as atividades da vida diária (AVD)	Bom
Classe Funcional II	Discreta limitação sobre as AVDs O paciente não relata sintomas em repouso, mas a atividade física aumentada provocará sintomas. Estertores basais e sopro em S3 podem ser detectados	Bom
Classe Funcional III	Acentuada limitações nas AVDs O paciente sente-se confortável em repouso, porem a atividade menor que a usual provocará sintomas.	Razoável
Classe Funcional IV	Sintomas de IC em repouso	Ruim

Em sua maioria, os pacientes internam-se em Classe Funcional - CF III e IV,

prevalecendo mortalidade maior, no primeiro ano, dos pacientes que são internados em CF IV (TAVARES, 2004).



METODOLOGIA

3 - METODOLOGIA

3.1 – TIPO DE PESQUISA

Caracteriza-se como estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, porque procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, investigar a casualidade entre os fenômenos, assim como analisar os documentos, os quais nos fornecem princípios e normas que refletem o comportamento de um grupo (ALVES-MAZZOTI, 1998).

3.1.1 – Instrumento da Pesquisa

Foi empregado como técnica a observação indireta e sistemática através da análise retrospectiva dos prontuários da Unidade Cardiológica. Selecionaram-se variáveis para compor o estudo do tipo: identificação, sexo, idade, peso corporal, naturalidade, estado civil, escolaridade, profissão / ocupação, município onde reside, origem / encaminhamento e variáveis relacionadas à patologia – fatores de risco, classe funcional, motivo / queixa da internação atual, situação clínica na alta (vivo ou morto). As quais estavam dispostas num Roteiro de Observação utilizado na coleta dos dados.

3.1.2 – Sujeitos da Pesquisa

O cenário do estudo foi um hospital de referência em cardiologia, localizado na cidade de Aracaju – Sergipe, o qual recebe a demanda de todo Estado e Estados circunvizinhos.

Os sujeitos da pesquisa foram todos os pacientes admitidos na Unidade Cardiológica com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca - IC (CID I50.9) no período de julho de 2006 a março de 2007.

3.1.3 – O Trabalho de Campo

Para início da coleta de dados foi solicitado autorização do hospital, através da Direção Clínica, por meio de documento escrito. Após autorização, os prontuários foram identificados a partir de um banco de dados informatizado, e incluídos de forma consecutiva.

Foram analisados de acordo com o Roteiro de Observação 105 prontuários, durante o mês de junho/2007.

3.2 – ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística propõe-se a explicar um conjunto de dados reunidos a partir de uma conceitualização da realidade percebida ou observada (CHIZZOTTI, 2000).

Os dados foram tabulados, sendo aplicada a estatística descritiva, técnica utilizada para descrever e sintetizar os dados, com emprego das frequências absoluta e percentual, evidenciadas em tabelas e descritas a partir das referências que analisam a temática (POLIT; HUNGLER, 1995).



APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4 – ANÁLISE A APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Foram analisados dados de 105 pacientes. Destes 57,1% homens e 42,9% mulheres, concentrando-se na faixa etária de 60-79 anos (46,7%) num total de 49 pacientes, seguidos de 28 (26,7%) com idades entre 40-59 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária – Aracaju – 2007.

Faixa Etária	Fi	F%
< 20 anos	01	0,9
20 – 39 anos	11	10,5
40 – 59 anos	28	26,7
60 – 79 anos	49	46,7
80 – 99 anos	16	15,2
Total	105	100

Obteve-se uma variação de idades entre 16 e 91 anos, sendo 62,3 anos a média de idade da população estudada. De acordo com Lessa (2001), as internações por IC no SUS aumentam com idade; Araújo (2005) explica tal acontecimento em virtude do incremento na expectativa de vida de nossa população e maior efetividade dos novos medicamentos para o tratamento, prolongando a vida.

Não se encontrou diferença significativa na prevalência entre os sexos. Diferente do encontrado na literatura (LESSA, 2001), a qual trás que as hospitalizações por IC são prevalentes nos homens. O mesmo autor relata que a média de dias de hospitalizações é de 5,9 dias, neste aspecto a população em foco permaneceu em média de 9,8 dias internada.

Quanto ao peso corporal encontrou-se 49 pacientes (46,7%) sem registro de peso no prontuário, apenas 56 pacientes (53,3%) tinham o peso registrado no laudo do ecocardiograma (Tabela 5). Dos que tinham registro a media do peso corporal foi de 68,1kg.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com o peso corporal – Aracaju – 2007.

Peso Corporal	Fi	F%
Sem registro	49	46,7
30 – 39 kg	00	00
40 – 49 kg	05	4,8
50 – 59 kg	13	12,4
60 – 69 kg	18	17,1
70 – 79 kg	12	11,4
80 – 89 kg	05	4,8
90 – 99 kg	01	0,9
≥ 100 kg	02	1,9
Total	105	100

De acordo com SBC (2005), o peso diário faz parte da assistência ao paciente com IC para controle dos fluidos corpóreos juntamente com o controle hidroeletrolítico. Porém observou-se que na população em estudo este procedimento só é realizado quando o paciente é submetido ao ecocardiograma, contrariando as recomendações da SBC.

Em relação à naturalidade, encontrou-se os seguintes dados (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com a naturalidade – Aracaju – 2007.

Naturalidade	Fi	F%
Aracaju	62	59
Interior de Sergipe	34	32,4
Estado de Alagoas	06	5,7
Estado da Bahia	03	2,9
Total	105	100

Quanto ao município onde reside, a maioria reside em Aracaju 59 (56,2%) e no interior do Estado de Sergipe 44 (41,9%), restando uma pequena demanda do interior do Estado da Bahia 02 (1,9%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes de acordo com o município onde reside – Aracaju – 2007.

Município onde reside	Fi	F%
Aracaju	59	56,2
Interior de Sergipe	44	41,9
Interior da Bahia	02	1,9
Total	105	100

Em relação ao estado civil, existe prevalência de solteiros 64 (61%), com um menor percentual dos divorciados 02 (1,9%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes de acordo com o estado civil – Aracaju – 2007.

Estado Civil	Fi	F%
Solteiro	64	61
Casado	39	37,1
Divorciado	02	1,9
Total	105	100

Quanto à escolaridade e profissão/ocupação não se encontrou registros nos prontuários, apesar de ter campos referentes a esses dados na folha de admissão, os mesmos não se encontravam preenchidos. A falta destes dados prejudica o planejamento e execução da educação em saúde, a qual reduz significativamente as reinternações, as quais são fatores preditivos sobre o prognóstico do paciente (LESSA, 2001).

Quanto à origem do encaminhamento, verifica-se que em sua maioria os pacientes são provenientes de sua residência 63 (60%), e em segundo lugar são encaminhados de outro hospital público 21 (20%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes de acordo com a origem do encaminhamento – Aracaju
- 2007

Origem do encaminhamento	Fi	F%
Sem registro	11	10,5
Casa	63	60
Ambulatório	06	5,8
Hospital Particular	01	0,9
Hospital Público	21	20
PSF	03	2,9
Total	105	100

Quanto aos fatores de risco evidenciou-se que a maioria 57 (54,3%) tinha hipertensão, seguidos de 36 (34,2%) com Diabetes Melitus e 19 (18,1%) de tabagistas (Tabela 10). Corroborando com os dados encontrados Lessa (2001) e Schmidt (2001) referem que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para IC, acrescentam que o controle dos níveis pressóricos reduz significativamente as taxas de IC.

Num segundo patamar sabe-se que o Diabetes Melitus é fator predisponente a aterosclerose, e que segundo Gayton (1992) está entre os três grandes responsáveis por 95% dos casos de IC.

Tavares (2004) em seu estudo encontra o tabagismo como fator de risco muito freqüente entre os pacientes atendidos na rede pública, neste estudo observa-se o tabagismo com uma representatividade de 18,1%, ocupando o terceiro lugar entre os demais fatores de risco.

Tabela 10 – Fatores de risco apresentados pelos pacientes – Aracaju – 2007

<i>Fatores de risco</i>	<i>Fi</i>	<i>F%</i>
HAS	57	54,3
Tabagismo	19	18,1
Etilismo	09	8,6
Diabetes Melitus	36	34,2
Dislipidemia	09	8,6
Historia Familiar	04	3,8
Infarto Prévio	14	13,3
AVC Prévio	05	4,8
Sedentarismo	01	0,9

Em relação à Classe Funcional - CF do IC, observou-se que na maioria (66,7% - 70 prontuários) dos prontuários não constava tal informação. Entre os que traziam a informação, a CF III foi a mais prevalente (15,2%) seguida da CF IV com 14,3% (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos pacientes de acordo com a classe funcional – Aracaju – 2007

Classe Funcional	Fi	F%
Sem registro	70	66,7
I	00	00
II	02	1,9
III	16	15,2
IV	15	14,3
V	02	1,9
Total	105	100

Os dados encontrados reafirmam que a maioria dos pacientes interna em CF III e IV (TAVARES, 2004). Sendo a taxa de mortalidade desta ultima classe de 30 a 40% em pacientes adequadamente tratados (DATASUS, 2002).

Em relação ao motivo e / ou queixa da internação atual obteve-se os seguintes dados (Tabela 12):

Tabela 12 – Motivo/queixa da internação atual apresentada pelos pacientes – Aracaju – 2007

<i>Motivo/queixa da internação atual</i>	<i>Fi</i>	<i>F%</i>
Broncoespasmos	01	0,9
Desconforto retroesternal	01	0,9
Dispnéia	24	22,8
Dispnéia aos médios esforços	03	2,8
Dispnéia aos mínimos esforços	10	9,5
Dispnéia aos pequenos esforços	14	13,3
Dispnéia em repouso	16	15,2
Dispnéia paroxística noturna	01	0,9
Dispnéia progressiva de esforço	12	11,4
Distensão abdominal – Ascite	08	7,6
Dor no hipocôndrio esquerdo	01	0,9
Dor Precordial	12	11,4
Edema Agudo Pulmonar	02	1,9
Edema generalizado	02	1,9
Edema MMII	29	27,6
Febre	04	3,8
Hipertensão arterial	03	2,8
Infecção do trato urinário	01	0,9
Insuf. Renal Aguda	01	0,9
Náuseas e vômitos	02	1,9
Ortopnéia	03	2,8
Palpitações	03	2,8
Prurido Generalizado	01	0,9
Tosse produtiva	07	6,6
Tosse seca	14	13,3
Tratamento Clínico - ICD	22	20,9
Turgência jugular	02	1,9

Schmidt (2001) refere que a dispnéia de repouso e as dispnéias de uma forma geral é um dos principais sintomas apresentados pelos pacientes com IC. Concordando com os dados encontrados neste estudo de 22,8% de dispnéia e 15,2% dispnéia de repouso. Como sintoma principal encontra-se o edema de membros inferiores (27,6%), ocupando o terceiro lugar o tratamento clínico da IC descompensada (20,9%).

Quanto à situação clínica na alta, observa-se 101 vivos (96,1%) destes 42 (43,7%) mulheres e 49 (56,3%) homens, e 04 mortos (3,8%) destes 01 homem e 03 mulheres. Uma frequência de óbitos menor que a encontrada no DATASUS (2002) de 6,97%.



CONCLUSÃO

5 – CONCLUSÃO

Considerando que os custos com internações hospitalares são responsáveis por 70% dos recursos gastos com o manuseio da IC (TAVARES, 2004). Conhecer o perfil da população com a qual trabalhamos é ponto de partida para o desenvolvimento de uma assistência qualificada que vise melhorar qualidade de vida do paciente.

Atendendo ao objetivo do estudo, o perfil epidemiológico da população em estudo é de discreta predominância masculina, entre 60-79 anos (46,7%), solteira, com peso médio corporal de 68,1kg, predominantemente Sergipanos residentes na cidade de Aracaju – SE, apresentando como principais fatores de risco a hipertensão arterial, Diabetes Melitus e tabagismo, em Classe Funcional III, sendo internados, principalmente, por dispnéia e edema de membros inferiores.

O conhecimento destes dados é fundamental para condução dos casos de IC, o que possibilitará melhor tratamento e assistência de enfermagem, especialmente, nos grupos de maior risco, possibilitando interferir na evolução da patologia reduzindo sua morbimortalidade. Ressaltando que o maior desafio é controlar fatores como hipertensão arterial, Diabetes Melitus e altas taxas lipídicas o que só será possível com educação em saúde e intervenção multidisciplinar.



RECOMENDAÇÕES

6 – RECOMENDAÇÕES

- ✓ Orientar o preenchimento completo dos dados do paciente na ficha de admissão no momento da entrada pelo Pronto Socorro. Esta ficha contempla dados como profissão exercida, estado civil, idade, no entanto em 100% dos prontuários pesquisados não foi encontrado o preenchimento em sua totalidade;
- ✓ Que a equipe médica e profissionais enfermeiros dêem ênfase no momento da admissão na Unidade Cardiológica ao registro dos fatores de risco, classe funcional em que se encontra o paciente e verificação do peso já que estes dados possibilitaram melhor tratamento e maior atenção, especialmente, nos grupos de maior risco auxiliando na condução adequada dos casos de IC;
- ✓ Implantar protocolos de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca com o objetivo de oferecer uma assistência especializada a esta população;
- ✓ Capacitar a equipe de enfermagem quanto a assistência oferecida a pacientes com insuficiência cardíaca, bem como oferecer treinamentos quanto aos registros de enfermagem principalmente no momento da admissão e a alta hospitalar;



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. **O Método das Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998, p.109-146.

ARAUJO, D. V; TAVARES, L.R. et al. **Custo da Insuficiência Cardíaca no Sistema Único de Saúde**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro: v. 84, nº 5, maio 2005, p.422-427. Disponível em: www.arquivosonline.com.br. Acesso em 16 de julho de 2007.

BARRETTO, A. C. P. e col. **Insuficiência Cardíaca em Grande Hospital Terciário de São Paulo**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro: v. 71, nº 1, 1998, p.15-20. Disponível em: www.arquivosonline.com.br. Acesso em 20 de julho de 2007.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 513-540 e 640-649.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.25-76.

DATASUS 2002 (www.datasus.gov.br)

GUYTON, A. C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

LAMB, L. E. **Seu coração como conviver com ele**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

LESSA, I. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil**. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo: v. 8, n. 4, out/dez 2001, p. 385-400.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias e teses**. São Paulo: Pioneira, 1997, p.105-232.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 223-267.

SCHMIDT, A. **Insuficiência cardíaca diastólica e sistólica em pacientes hipertensos: diagnóstico e tratamento diferenciais.** Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo: v. 8, n. 4, out./dez 2001, p. 440-444.

SILVA, R. A. - **Perfil do paciente com insuficiência cardíaca congestiva tratado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 01, p. 09 – 18, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Latino-Americana para Avaliação e conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. V. 85, suplemento III, setembro 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Revisão das II Diretrizes da Sociedade de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. V. 79, suplemento IV, 2002.

STEFANINI, E. et al (org) **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar : Cardiologia – UNIFESP – Escola Paulista de Medicina.** Barueri, SP: Manole, 2004.

TAVARES, L. R. VICTER, H. L. J. M. et al. **Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca Descompensada em Niterói – Projeto EPICA – Niterói.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro: v.82, nº 2, 2004, p. 121-124. Disponível em: www.arquivosonline.com.br. Acesso em 16 de julho de 2007.



APÊNDICE

APÊNDICE A

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLÓGICA E CIRURGIA
CARDIOVASCULAR

Projeto: Perfil epidemiológico do paciente com insuficiência cardíaca admitido em um
hospital de referência de Aracaju - SE

Objetivos: - Identificar a clientela admitida na Unidade de Cardiologia com diagnóstico de
Insuficiência Cardíaca no período de julho de 2006 a março de 2007;

- Traçar o perfil epidemiológico destes pacientes

Pesquisadoras: Rosemarley Souza do Prado

Sergiane Bispo Guimarães Silva

Orientadora: Prof. MSc Cristina M. F. Teti

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO – Coleta de dados

1. Nome

2. Sexo

a. Masculino

b. Feminino

3. Idade: _____ anos

a. < 20 anos

b. 20 – 39 anos

c. 40 – 59 anos

d. 60 – 79 anos

e. 80 – 99 anos

4. Peso Corporal : _____ kg

a. 30 – 39kg

b. 40 – 49kg

c. 50 – 59kg

d. 60 – 69kg

e. 70 – 79kg

f. 80 – 89kg

g. 90 – 99kg

h. $\geq$ 100kg

5. Naturalidade

6. Município de origem/ onde reside.

7. Estado Civil

a. casado

b. solteiro

c. divorciado

d. viúvo

e. convive

8. Escolaridade

a. Analfabeto

b. Ensino básico completo e incompleto

c. Ensino fundamental completo e incompleto

d. Ensino médio completo e incompleto

e. Superior completo e incompleto

9. Profissão / ocupação

10. Origem / encaminhamento

- a. Casa
- b. Ambulatório
- c. Hospital particular
- d. Hospital Público
- e. PSF

11. Fatores de risco

- a. HAS
- b. Tabagismo
- c. Etilismo
- d. DM
- e. Dislipidemia
- f. Historia Familiar
- g. Infarto prévio
- h. AVC prévio
- i. Sedentarismo

12. Classe funcional do ICC

13. Motivo/queixa da internação atual

14. Situação Clínica na Alta

- a. Vivo
- b. Morto