



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA E
HEMODINÂMICA DA ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE
PÚBLICA**

JERCILUZE BARROS ASEVEDO CARDOSO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INDIVÍDUOS COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UNIDADE CARDIOVASCULAR**

Salvador
2017

JERCILUZE BARROS ASEVEDO CARDOSO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INDIVÍDUOS COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UNIDADE CARDIOVASCULAR**

Artigo referente ao trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Especialização Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica.

Orientadora: Profa. Dra. Glicia Gleide Gonçalves Gama

Salvador

2017

JERCILUZE BARROS ASEVEDO CARDOSO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INDIVÍDUOS COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UNIDADE CARDIOVASCULAR**

Artigo referente ao trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Especialização Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica.

Aprovado em _____ de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra. Glicia Gleide Gonçalves Gama

Msc. Andreia Santos Mendes

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UNIDADE CARDIOVASCULAR

CLINICAL CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WITH HEART FAILURE IN CARDIOVASCULAR UNITS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INDIVÍDUOS CON INSUFICIENCIA DE INDIVÍDUOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNIDAD CARDIOVASCULAR

Jerciluze Barros Asevedo Cardoso¹; Glicia Gleide Gonçalves Gama²

¹Enfermeira. Pós Graduada em Enfermagem. Especialização Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: jerciluzecardoso@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: gliaggiama@bahiana.edu.br

RESUMO

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) pode resultar de qualquer condição cardíaca que reduz a capacidade de bombeamento do sangue pelo coração. No contexto da alta morbidade e mortalidade cardiovascular, representa um problema de saúde pública de ampla magnitude, pois apresenta incidência e prevalência elevadas em todo o mundo, além de altos índices de reinternações, comprometendo grande parte dos recursos públicos e privados. **Objetivo:** Descrever as características clínicas de indivíduos com IC em unidade cardiovascular. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado a partir de dados coletados em prontuários de indivíduos que estiveram hospitalizados na unidade cardiovascular de um Hospital Universitário do município de Salvador, Bahia, no período de 01 de Junho de 2015 a 30 de Junho de 2016. Os dados coletados foram tabulados e processados por meio do software SPSS versão 21.0 for Windows, através de estatística descritiva, e foram apresentados em tabelas, sendo também apresentado médias e desvio padrão. **Resultados:** Foram analisados 120 prontuários de usuários com IC, sendo verificada uma distribuição equitativa entre os sexos. Houve predomínio de indivíduos idosos (53,0%), com idade média de 59,58 anos (dp \pm 17,2 anos); e da raça/cor parda (60,8%). Com relação à caracterização clínica, predominou etiologia chagásica (25,0%); classe funcional – CF III (32,5%) e IV (28,3%); indivíduos não portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (81,7%); que realizaram ecocardiograma (87,5%); e apresentaram fração de ejeção reduzida (58,3%), de média 43,37 (dp \pm 24,6). Quanto às características assistenciais, predominou tipo de internação clínica (81,7%); tempo de hospitalização até 30 dias (77,5%); e desfecho clínico alta hospitalar (89,2%). **Conclusões:** A IC acometeu homens e mulheres equitativamente, e em sua maioria idosos. A cardiomiopatia chagásica foi a principal causa da IC, a qual caracterizou-se, predominantemente, em estágios mais avançados (CF III-IV). Espera-se que os resultados favoreçam a elaboração de um plano de cuidados individualizado e criterioso, a fim de melhorar a qualidade da assistência direta ao adulto com essa patologia.

Descritores: Características clínicas, Insuficiência cardíaca, Adulto

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) can result from any cardiac condition reducing the capacity of pumping blood through the heart. In the context of the high cardiovascular morbidity and mortality, it represents a public health issue of high magnitude, presenting high levels of incidence and prevalence worldwide, as well as high levels of re-hospitalization, compromising a large portion of public and private funds. **Objective:** To describe the clinics characteristics of individuals with HF in cardiovascular units. **Methods:** A retrospective study performed from data collected from patient records of individuals hospitalized in a cardiovascular unit of a University Hospital in the municipality of Salvador, Bahia, during the period from June 1, 2015 to June 30, 2016. The data collected was tabulated and processed using the SPSS software version 21.0 for Windows, by means of descriptive statistics, and presented in tables, including also averages and standard deviation. **Results:** There were 120 patient records analyzed of users with HF, and an even distribution was verified between genders. There was a predominance for elderly individuals (53.0%), average age of 59.58 years (sd \pm 17.2 years); color/race brown (60.8%). In relation to clinical characterization, predominance for Chagas etiology (25,0%); functional class – CF III (32.5%) and IV (28.3%); individuals not bearing Implantable Electronic Cardiac Devices (81.7%); having performed echocardiograms (87.5%); and presented reduced ejection fraction (58.3%), mean 43.37 (sd \pm 24.6). With reference to healthcare characteristics, predominance was for clinical hospitalization (81.7%); period of hospitalization of up to 30 days (77.5%); and clinical outcome hospital discharge (89.2%). **Conclusions:** HF affected men and women equally, and mostly the aged. Chagas cardiomyopathy was the main cause of HF, characterized, mainly, in advanced stages (CF III-IV). One expects that the results will favor the preparation of an individualized and thorough healthcare plan, in order to improve the quality of the direct care to the adult suffering from this pathology.

Descriptors: Clinics characteristics, Heart Failure, Adult

RESUMEN

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca (IC) puede resultar de cualquiera condición cardíaca que reduce la capacidad de bombeo de la sangre por el corazón. En el contexto de la alta morbilidad y mortalidad cardiovascular, representa un problema de salud pública de amplia magnitud, pues presenta incidencia y prevalencia elevadas en todo el mundo, aparte de altos índices de re-hospitalizaciones comprometiendo gran parte de los recursos públicos y privados. **Objetivo:** describir las características clínicas de individuos con IC en unidad cardiovascular. **Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, realizado a partir de datos colectados en prontuarios de individuos que estuvieron hospitalizados en la unidad cardiovascular de un Hospital Universitario de la municipalidad de Salvador, Bahia, en el periodo de 01 de junio de 2015 hasta 30 de junio de 2016. Los datos colectados fueron tabulados y procesados por medio del software SPSS versión 21.0 para Windows, a través de estadística descriptiva, y fueron presentados en tablas, siendo también presentadas en promedios y desviación estándar. **Resultados:** Fueron analizados 120 prontuarios de usuarios con IC, siendo verificada una distribución equitativa entre los sexos. Hubo predominancia de individuos mayores ((53,0%), con promedio de edad de 59,58 años (de \pm 17,2 años); y raza/color parda (60,8%). Con relación a la caracterización clínica, predominó etiología chagásica (25,0%); clase funcional – CF III (32,5%) y IV (28,3%); individuos no portadores de

dispositivos cardíacos electrónicos implantables (81,7%); que realizaron ecocardiograma (87,5%); y presentaron fracción de eyección reducida (58,3%), de promedio 43,37 (de \pm 24,6). Cuanto a las características asistenciales, predominó tipo de hospitalización clínica (81,7%); tiempo de hospitalización hasta 30 días (77,5%); y desfecho clínico alta hospitalaria (89,2%). **Conclusiones:** La IC acometió hombres mujeres equitativamente, y en gran parte personas mayores. La cardiomiopatía chagásica fue la principal causa de la IC, la cual se caracterizó, en etapas más avanzadas (CF III-IV). Se espera que los resultados favorezcan la elaboración de un plan de cuidados individualizado y criterioso, a fines de mejorar la calidad de la asistencia directa al adulto con esa patología.

Descriptores: Características clínicas, Insuficiencia cardíaca, Adulto

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de óbito no Brasil e no mundo.¹ De acordo com a *World Health Organization*, no ano de 2012, do total de 56 milhões de mortes, 17,5 milhões foram devidas às DCV.² Neste contexto da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) se insere de maneira importante por ser via final comum da maioria das afecções que acometem o coração. É considerada uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, e definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas do corpo. Manifesta-se tanto de forma crônica como descompensada^{3,4} e tem como principais etiologias a doença isquêmica, hipertensiva e idiopática.¹

Dados atualizados da *American Heart Association* (AHA)⁵ estimam prevalência de 5,1 milhões de indivíduos com IC somente nos Estados Unidos, no período de 2007-2012. As projeções mostram que a prevalência aumentará 46% de 2012-2030, resultando em mais de 8 milhões de pessoas acima dos 18 anos de idade com a doença.⁶ A prevalência em ascensão se deve provavelmente ao aumento da expectativa de vida.

No Brasil, embora estimativas tenham sido realizadas, dados nacionais sobre o comportamento epidemiológico da IC são escassos.^{1,7,8} Cabe ressaltar que o

envelhecimento da população tem papel importante na epidemiologia da doença, uma vez que acometem de forma preponderante faixas etárias mais elevadas.

A literatura aponta que a principal causa das hospitalizações é o tratamento inadequado, quer por má aderência quer por prescrição não otimizada e que, ao lado da alta mortalidade, os indivíduos com IC apresentam altos índices de reinternações.⁹ Diversos estudos concentraram-se na identificação de fatores associados com reinternações frequentes^{10,11} e os habitualmente descritos na literatura internacional são: a terapia inadequada, a falta de aderência ao tratamento, o isolamento social ou a piora da função cardíaca. Entretanto, em aproximadamente 30-40% dos casos não é possível identificar o motivo da descompensação clínica.⁶

A despeito dos avanços da terapêutica atual, estudos apontam que o prognóstico da IC apresenta sinais positivos, mas sinalizam que a doença continua evoluindo como importante problema de saúde pública, uma vez que contribui para o prejuízo na qualidade de vida do indivíduo, com impacto negativo nas questões físicas, sociais, emocionais e econômicas; e para o aumento significativo de custeio pelo SUS com a assistência e necessidade de medidas terapêuticas de alta complexidade. Destaca-se que em 2007 os custos representaram 3% do total de despesas destinadas a internações no SUS. O ônus se torna ainda mais significativo quando consideramos que quase 50% de todos os pacientes internados com este diagnóstico são readmitidos dentro de 90 dias após a alta hospitalar.¹

Baseado na magnitude do problema apresentado, diante do contexto e acompanhamento na prática clínica dos indivíduos com essa cardiopatia surgiu a seguinte indagação: Quais as características clínicas de indivíduos com IC assistidos em unidade cardiovascular? O objetivo do estudo foi descrever as características clínicas de indivíduos com IC em unidade cardiovascular.

O presente estudo visa contribuir para produção de conhecimento que possa subsidiar ações estratégicas, baseadas no princípio constitucional da integralidade da assistência à saúde, com vistas ao impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos e seus familiares; no desfecho evolutivo da afecção; e nos custos no âmbito do SUS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo descritivo de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados coletados em prontuários de indivíduos que estiveram hospitalizados na unidade cardiovascular de um Hospital Universitário (HU) do município de Salvador, Bahia, no período de 01 de junho de 2015 a 30 de junho de 2016. O intervalo considerado para a observação foi compreendido entre a admissão na unidade e a saída desta por alta ou óbito. Os critérios de inclusão foram: 1. Apresentar diagnóstico de insuficiência cardíaca descrito em prontuário em qualquer classe funcional na evolução médica (CID 10: I50); 2. Indivíduos de ambos os sexos e sem limite de idade; 3. Possuir um período igual ou superior a 24 horas de hospitalização na unidade cardiovascular. Os de exclusão: 1. Prontuários incompletos, com mais de três variáveis ausentes; 2. Prontuários de pacientes com diagnóstico a esclarecer; 3. Prontuários não encontrados no arquivo ou faturamento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – UFBA sob protocolo nº 1.765.606, respeitando a resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo dados de seres humanos.

A seleção de prontuários foi feita mediante consulta ao censo hospitalar da unidade no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU, sendo incluídos inicialmente, 567 prontuários de pacientes que tinham sido hospitalizados no período. A

seguir, os prontuários foram solicitados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição.

Do total de 567 prontuários, 136 pacientes possuíam o diagnóstico de IC, sendo que 16 pacientes já estavam repetidos na lista por reinternações, ficando a amostra final com 120 prontuários.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento que continham perguntas sobre dados sociodemográficos, etiologia da IC, diagnóstico da IC, e evolução clínica dos pacientes na unidade: tempo de internação, tipo de internação e realização de ecocardiograma com percentual da fração de ejeção de ventrículo esquerdo.

Os dados coletados foram tabulados e processados por meio do software SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 21.0 *for Windows*, por meio de estatística descritiva. As variáveis foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%), sendo também apresentadas médias e desvio padrão.

RESULTADOS

Caracterização sócio-demográfica de indivíduos com IC

Foram analisados 120 prontuários de usuários com IC. A média de idade dos pacientes foi de 59,58 (dp \pm 17,2 anos), com 53,0% acima dos 60 anos e distribuição equitativa entre os sexos. A maioria dos pacientes era de raça/cor parda auto referida 60,8% (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de indivíduos com Insuficiência Cardíaca na Unidade Cardiovascular, Salvador, Bahia, Brasil, 2017.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n (%)
Sexo	
Feminino	60 (50,0)
Masculino	60 (50,0)
Idade	
<40	18(15,0)
40 - 60	39(32,5)
≥ 60	63(53)
Raça/Cor	
Preto	29 (24,2)
Branco	13 (10,8)
Pardo	73 (60,8)
Informação não encontrada	5 (4,2)

Características clínicas da IC

As etiologias chagásica e reumática foram predominantes na população estudada, acometendo 25,0% e 20,8% dos pacientes, respectivamente. Em 25,8% dos pacientes a informação sobre etiologia da doença não foi encontrada. O critério de classificação funcional utilizado foi o *New York Heart Association* (NYHA), sendo que a classe funcional mais acometida foi a CF III (32,5%), seguida da CF IV (28,3%).

Houve predomínio de indivíduos não portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (81,7%). Com relação ao ecocardiograma identificou-se que 87,5% realizou o exame, 58,3% tinha fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida, e a média da FEVE foi de 43,37 (dp ± 24,6) (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas da Insuficiência Cardíaca em indivíduos com Insuficiência Cardíaca na Unidade Cardiovascular, Salvador, Bahia, Brasil, 2017.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	n (%)
Etiologia da IC	
Chagásica	30 (25,0)
Isquêmica	20(16,7)
Hipertensiva	9(7,5)
Reumática	25(20,8)
Alcólica	2(1,7)
Idiopática	3(2,5)
Informação não encontrada	31(25,8)
Classe Funcional – NYHA	
CF I	4(3,3)
CF II	29(24,2)
CF III	39(32,5)
CF IV	34(28,3)
Informação não encontrada	14(11,7)
Portador de DCEI	
MP	19(15,8)
CDI	3(2,5)
Não se aplica	98(81,7)
Realização de ECO	
Sim	105(87,5)
Não	10(8,3)
Informação não encontrada	5(4,2)
Fração de Ejeção	
< 50%	70(58,3)
≥50%	33(27,5)
Não se aplica	10(8,3)
Informação não encontrada	7(5,8)

(Fração de Ejeção de Ventrículo Esquerdo) FEVE*

Evolução clínica da IC

A maioria das internações na unidade cardiovascular foi do tipo clínica (81,7%), houve maior proporção para o período de permanência de oito a trinta dias (42,5%), a maioria recebeu alta médica da unidade (89,2%), porém 8,3% evoluíram a óbito (Tabela 3).

Tabela 3. Evolução clínica de indivíduos com Insuficiência Cardíaca na Unidade Cardiovascular, Salvador, Bahia, Brasil, 2017.

EVOLUÇÃO CLÍNICA	n (%)
Tipo de internação	
Clinica	98 (81,7)
Cirúrgica	22 (18,3)
Tempo de hospitalização	
24 horas	3 (2,5)
2 a 7 dias	39 (32,5)
8 a 30 dias	51 (42,5)
Mais que 30 dias	27 (22,5)
Desfecho	
Óbito	10 (8,3)
Alta	107(89,2)
Transferência externa	3 (2,5)

DISCUSSÃO

Indivíduos com idade avançada representam uma parcela importante da amostra estudada (53,0%), sendo a idade média $59,58 \pm 17,2$. Estes dados corroboram com a literatura, tendo em vista que a ocorrência da IC possui relação direta com a idade e com as comorbidades que são mais comuns no envelhecimento.¹² No Brasil, a IC já se tornou a primeira causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos de idade.¹⁴

Com relação ao sexo, a pesquisa observou uma distribuição equitativa. Resultado divergente da maioria dos estudos que apontam que a IC é mais prevalente e incidente no sexo masculino, inclusive considerado como fator de risco para essa patologia.^{13,15-17}

Em 85,0% da amostra estudada, foi auto referido raça/cor negra (preto e/ou pardo). A etnia negra, segundo Machado et al¹⁸, é um dos fatores de risco não modificáveis e também têm papel importante na ocorrência da IC.¹⁹ Os achados do estudo podem ter relação com a região investigada, pois dados do IBGE apontam que no Nordeste 72,5% da população se autodeclara como preta ou parda.²⁰

Com relação à etiologia da IC, a mais frequente na amostra estudada foi a cardiomiopatia chagásica (25,0%), o que pode ser explicado pelo fato de a região nordeste ser considerada uma das áreas endêmicas da doença no Brasil.¹³ Pode-se observar que entre 10% a 40% dos indivíduos com doença de Chagas, o órgão afetado é o coração, o que compromete física e psicologicamente o indivíduo.²¹ Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha certificado a erradicação da transmissão vetorial no país, ainda são encontrados pequenos focos endêmicos em território brasileiro,¹³ tratando-se de um dado preocupante, uma vez que Cardoso et al.²² concluíram em um estudo bem delineado, que dentre os pacientes com IC avançada, a etiologia chagásica é um importante preditor de pior prognóstico.

Considerando que o prognóstico da IC está diretamente relacionado à perda da capacidade funcional conforme demonstrado no BREATHE⁶, neste estudo foi utilizado para classificação funcional a proposta da New York Heart Association (NYHA) que é universalmente utilizada.²³ Foi observado maior prevalência da classe funcional III e IV (60,8%), semelhante a outros estudos brasileiros que identificaram um percentual acima de 54,0% de pacientes com IC em classe funcional III e IV.^{24,25}

As alterações funcionais graves podem levar ao uso de dispositivos cardíacos eletrônicos para suporte cardíaco. Tais dispositivos tem se mostrado como alternativa altamente eficiente para uma população específica e bem selecionada de pacientes com IC que apresentam distúrbio de condução de estímulo elétrico inter e intraventricular, com QRS largo,²⁶ de diversas etiologias,²⁷ sendo que, passou a ser cada vez mais considerada no tratamento da cardiopatia chagásica crônica, onde 15 a 30% dos pacientes apresentam distúrbios do sistema excito-condutor ocasionando alargamento do QRS.²⁷ Neste estudo, apesar do percentual elevado de indivíduos com IC chagásica e

com classe funcional III ou IV, houve predomínio de indivíduos não portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (81,7%).

A identificação da causa da IC é indispensável no direcionamento do tratamento e projeção prognóstica. Apesar da história clínica ser fundamental na caracterização da doença, na maioria dos casos os exames complementares são indispensáveis para confirmação diagnóstica, caracterização do comprometimento causal e avaliação da intensidade da lesão.²⁸

O ecocardiograma é o exame complementar de maior utilidade na avaliação dos pacientes com IC. Fornece informações importantes em relação à morfologia cardíaca, quantifica a função sistólica e diastólica, e auxilia na definição etiológica, nos parâmetros prognósticos e na resposta às diversas intervenções terapêuticas.³ Neste estudo 58,3% dos indivíduos possuíam uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, sendo semelhante ao estudo de MANGINI et al.³⁰ que encontraram disfunção sistólica em 55,0% da amostra estudada. Quanto mais baixos forem seus valores torna-se fator preditivo de pior prognóstico para IC.²⁸

Prevaleceu o tempo de internação de 8 a 30 dias (42,5%), para compensação dos pacientes com IC, sendo semelhante ao de um estudo nacional que buscou avaliar a história natural da IC por meio da taxa de mortalidade e de re-hospitalizações na mesma população, cujos resultados mostraram que o tempo médio de internação foi de $25,1 \pm 16,7$ dias.⁹ Sabe-se que o tempo de internação para compensação dos pacientes é um aspecto importante, pois implica nos custos do tratamento. Os pacientes mais graves e com mais comorbidades necessitam de tempo maior para compensação e custarão mais para o sistema de saúde.²⁵

Quanto ao desfecho da doença, a maioria recebeu alta da unidade (89,2%), corroborando com os achados de Ximenes³¹ que verificou 85,8% de alta hospitalar no

seu estudo. Ainda foi possível observar que a prevalência de mortalidade hospitalar por IC foi em torno de 8,3%, enquanto no estudo BREATHE foi de 12,6% de pacientes com IC no Brasil.⁶ Soares³² observou ainda que de 1992 a 2010, este índice de mortalidade aumentou gradativamente alcançando ao final deste período um incremento de mais de 10% neste índice.

CONCLUSÃO

A IC acometeu homens e mulheres equitativamente, e em sua maioria idosos. A cardiomiopatia chagásica foi a principal causa da IC, a qual caracterizou-se, predominantemente, em estágios mais avançados (CF III-IV). Os resultados indicam que estratégias de atenção à saúde devem ser implementadas considerando indivíduos com idade mais elevada, menor escolaridade e função sistólica reduzida.

Apesar do aumento crescente da prevalência da IC, em decorrência, entre outros fatores, do envelhecimento da população, espera-se que os resultados deste estudo favoreçam a elaboração de um plano de cuidados individualizado e criterioso, a fim de melhorar a qualidade da assistência, a qualidade de vida destes indivíduos, diminuição do número de hospitalizações, redução da taxa de mortalidade no ambiente hospitalar e dos custos despendidos, melhorando, assim, o manejo e a terapêutica dispensada aos indivíduos com essa patologia.

Como limitações do estudo pode-se considerar o tempo de coleta e número da amostra, sugerindo ampliação.

REFERÊNCIAS

1. Abuhab A. Análise de dados de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada – impacto sobre desfechos clínicos e custos [Tese] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-30072012-080321/pt-br.php>

2. World Health Organization (WHO). Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva; 2014. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
3. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(1 Supl): 1-71. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1s1/abc93_1s1.pdf
4. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012. Arq Bras Cardiol. 2012; 98(1 Supl): 1-33. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cr%C3%B4nica.pdf>
5. AHA. About Heart Failure. American Heart Association. 2016. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em: https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/@gwtg/documents/downloadable/ucm_487684.pdf
6. Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Pereira SB, Berwanger O, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. Soc Bras Cardiol. 2015; 104(6). [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015000600002&script=sci_arttext&tlng=pt
7. Graciano MMC, Lago VC, Júnior HS, Marcos VC. Perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca em município de referência regional. Rev Méd Minas Gerais 2015; 25(2): 199-207. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758326>
8. Gui EM, Oliveira GMM, Klein CH. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca e Doença Isquêmica do Coração no Brasil de 1996 a 2011. Arq Bras Cardiol. 2014; 102(6): 557-65. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt_0066-782X-abc-102-06-0557.pdf
9. Barretto ACP, Del CCH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. Arq Bras Cardiol 2008; 91(5): 335-41. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001700009
10. Bocchi AE, Wetten MP. Estratégias para melhorar o atendimento e tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca: *Heart Team*. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2015; 25(2): 85-9. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/upload/revista/2015/REV-REVISTA-SOCESP-V25-N2-03-08-15.pdf>
11. Mantovani VM, Ruschel KB, Souza EM, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por

enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(1): 41-7. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100041

12. Santos VCF, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, Gerhardt TE. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(3): 124-31. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300016

13. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(3) [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001300016

14. Fiorelli AL, Coelho HB, Oliveira JL, Oliveira AS. Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. *Rev Med (São Paulo)* 2008; 87(2): 105-20. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59067/62053>

15. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013; 62(16):1435-9. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23747642>

16. Araujo AM, Nobrega MML, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Rev Esc Enferm.* 2013; 47(2): 385-92. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf>

17. Chahal H, Bluenke DA, Wu CO, McClelland R, Liu K, Shea SJ, et al. Heart failure risk prediction in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis Heart. 2015; 101(1): 58–64. . [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25381326>

18. Machado MC, Pires CGS, Lobao WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(5): 1-10. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3bf3/4555a081d290d948cd184dc7043a9b148948.pdf>

19. Colosimo FC, Sousa AG, Silva GS, Piotto RF, Pierin AMG. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Ver Escol Enf USP.* 2015; 49(2). [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0201.pdf

20. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN1516-3296; n.35) Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>

21. Silva SJ, Porto JDS, Rassi S. Como diagnosticar e tratar insuficiência cardíaca. Rev Bras Med. 2012; 69(12) [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5287
22. Cardoso J, Novaes M, Ochiai K, Regina K, Morgado P, Munhoz R, et al. Cardiomiopatia chagásica: Prognóstico no perfil clínico – hemodinâmico C. Arq Bras Cardiol 2010; 95(4): 518-23. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001400015
23. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure. 2011; 13(2): 115-26. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21148593>
24. Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AM. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. Rev Latino-Am Enferm. 2011; 19(3): 451-7. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_02.pdf
25. Nascimento HR. Autocuidado em insuficiência cardíaca: Estudo comparativo entre pacientes de clínica especializada e pronto-socorro. [Dissertação][Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2012. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em: <file:///C:/Users/Qbex/Downloads/01.pdf>
26. Wells G, Parkash R, Healey JS, Talajic M, Arnold JM, Sullivan S, et al. Cardiac resynchronization therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2011; 183: 421-9. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282316>
27. Lourenço UR. Estudo clínico randomizado em chagásicos submetidos à terapia de ressincronização cardíaca (TRC-Chagásico). [Tese] [Internet]. São Paulo: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em: <file:///C:/Users/Qbex/Downloads/TeseUelraLourenco.pdf>
28. Loures VA, Noronha MFA, Bastos RG, Girard JM. Aspectos clínicos e epidemiológicos da insuficiência cardíaca. HU Rev. 2009; 35(2): 89-96. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/379>
29. Almeida Junior GL, Xavier SS, Garcia MI, Clausell N. Avaliação hemodinâmica na insuficiência cardíaca: papel do exame físico e dos métodos não invasivos. Arq Bra Cardiol. 2012; 98(1). [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2012000100020&script=sci_abstract&lng=pt
30. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativol OS, Seguro LF, Ferreira SM, et al. Decompensated heart failure in the emergency department of a cardiology hospital. Arq

Bras Cardiol 2008; 90(6): 400-6. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000600008

31. Ximenes RMO, Barretto ACP, Silva EP. Anemia em pacientes com insuficiência cardíaca: Fatores de risco para o seu desenvolvimento. Rev Bras Cardiol. 2014; 27(3):189-94. [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em:
<http://www.rbconline.org.br/artigo/anemia-em-pacientes-com-insuficiencia-cardiaca-fatores-de-risco-para-o-seu-desenvolvimento/>

32. Soares FFR. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em um hospital de referência no Vale do Jequitinhonha – MG, Brasil [Dissertação] [Internet]. Minas Gerais: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. 2013. [acesso em 2017 nov 09]. Disponível em:
<http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/383>