

# PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CLINICAL AND SOCIOECONOMIC PROFILE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

Omar Pereira de Almeida Neto<sup>a\*</sup>, Cristiane Martins Cunha<sup>b\*</sup>, Gabrielle Duarte Cravo<sup>c\*\*</sup>,  
Brena Elisa de Paulo<sup>d\*\*</sup>, Laís Teodoro<sup>e\*\*</sup>, Vanessa Franco de Almeida<sup>f\*\*\*</sup>, Leila Aparecida  
Kauchakje Pedrosa<sup>g\*\*</sup>

<sup>a</sup>omarperneto@hotmail.com, <sup>b</sup>crismcunha@ymail.com, <sup>c</sup>gabrielle.d@hotmail.com, <sup>d</sup>brenauftm@hotmail.com, <sup>e</sup>lala\_teodoro@hotmail.com,  
<sup>f</sup>vanessa.pharma@hotmail.com, <sup>g</sup>leila.kauchakje@terra.com.br  
<sup>\*</sup>Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia (MG), Brasil  
<sup>\*\*</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (MG), Brasil  
<sup>\*\*\*</sup>Universidade de Uberaba – Uberaba (MG), Brasil

Data de recebimento do artigo: 07/03/2016

Data de aceite do artigo: 10/06/2016

## RESUMO

**Introdução:** Apesar das inovações tecnológicas em cardiologia, a insuficiência cardíaca (IC) ainda é sinônimo de alta morbimortalidade. Poucos estudos abordam as características clínicas e socioeconômicas como desfecho e ferramenta para manejo dessa cardiopatia, tampouco de diferentes etiologias de IC em conjunto. **Objetivo:** Descrever variáveis clínicas e socioeconômicas de pacientes com insuficiência cardíaca de diferentes etiologias e classes funcionais. **Metodologia:** Estudo transversal, quantitativo e descritivo, aprovado pelo comitê de ética local sob nº 833.007. Inicialmente, os autores realizaram a validação de face e conteúdo do questionário clínico e socioeconômico. Posteriormente, uma amostra de 91 indivíduos que estavam em acompanhamento ambulatorial em um hospital público responderam ao questionário por meio da técnica de entrevista, individualmente, em consultórios disponibilizados pelo serviço. Uma revisão nos prontuários ocorreu posteriormente à entrevista, para aumentar a fidelidade das respostas. **Resultados:** O sexo masculino (50,5%) predominou na amostra, sendo a maioria dos indivíduos casados (52,7%), aposentados (83,51%), com escolaridade entre 0-4 anos e renda maior que quatro salários mínimos (57,1%). A classe funcional I (35,2%) de etiologia isquêmica (46,2%) prevaleceu na amostra, assim como a hipertensão arterial sistêmica (88,5%) como principal comorbidade associada, e angioplastia (30,8%) como procedimento cirúrgico de maior prevalência. O perfil medicamentoso demonstrou que antitrombóticos (60,4%), betabloqueadores (58,2%), inibidores da enzima conversora de angiotensina (56%) e estatinas (47,3%) foram prescritos para a maior parte dos indivíduos. **Conclusões:** O perfil socioeconômico e clínico devem ser ferramentas para a gestão e manejo de saúde de pacientes com IC, independente da etiologia ou classe funcional, embora essas variáveis possuam peculiaridades.

**Palavras-chave:** Insuficiência cardíaca; perfil de saúde; cardiologia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite the technological innovations in cardiology, heart failure (HF) is still synonymous with high morbidity and mortality. Few studies address the clinical and socioeconomic characteristics as outcome and tool for management of this disease, nor of all etiologies together. **Objective:** To describe clinical and socioeconomic variables of patients with heart failure of different etiologies and functional classes. **Methods:** Cross-sectional, quantitative and descriptive study, approved by the local ethics committee. Initially, the authors performed the validation of face and content of the clinical and socioeconomic questionnaire. Subsequently, a sample of 91 individuals who were undergoing treatment in a public hospital, the questionnaire through the interview technique, individually, in offices provided by the service. A review of the records occurred after the interview, to increase the reliability of responses. **Results:** Males (50.5%) predominated in the sample, with the majority being married (52.7%), retired (83.51%), with schooling between 0-4 years and having higher income than four minimum wages (57.1%). The functional class I (35.2%) of ischemic etiology (46.2%) prevailed in the sample, as well as systemic hypertension (88.5%) as primary associated comorbidity, and angioplasty (30.8%) as most

prevalent surgical procedure. The pharmacological profile demonstrated that antithrombotics (60.4%), beta blockers (58.2%), angiotensin converting enzyme inhibitors (56%) and statin (47.3%) were prescribed for most of the individuals. **Conclusions:** Socioeconomic and clinical profile should be tools for health management of patients with heart failure, regardless of etiology or functional class, although these variables have peculiarities.

**Keywords:** Heart failure; health profile; cardiology.

## Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é a via final da maioria das doenças cardiovasculares, tornando-se um desafio clínico nos dias atuais. No Brasil, a hipertensão arterial e a isquemia são as etiologias mais predominantes de IC<sup>1</sup>.

Apesar de esforços, o prognóstico em longo prazo ainda é ruim, com baixa sobrevida. A IC tornou-se um grande problema de saúde pública, uma vez que há considerável aumento no número de internações relacionadas à doença, assim como desfecho desfavorável no quadro de saúde do paciente, com altos índices epidemiológicos de morbimortalidade<sup>2</sup>.

De acordo a New York Heart Association, classifica-se a IC em quatro classes funcionais: de acordo com sinais e sintomas; histórico de doenças prévias associadas; exame físico; e investigação laboratorial. Dessa forma, o profissional de saúde pode avaliar o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde e prognóstico, além de estabelecer prioridades e tratamento terapêutico adequado<sup>3</sup>.

Vários são os sintomas físicos decorrentes da IC, tais como dor, desconforto precordial, ortopneia, síncope e taquicardia. Além disso, o edema, inapetência, boca seca, sonolência diurna, dificuldade em manter um sono reparador, dispnéia e fadiga são comumente presentes<sup>4-6</sup>.

Por apresentar múltiplos sintomas, torna-se fundamental a criação de ferramentas que aperfeiçoem ações de planejamento no tratamento e acompanhamento dos indivíduos acometidos por IC<sup>7</sup>.

Apesar de pacientes com IC comumente serem abordados em estudos na área de cardiologia, a compreensão de seu perfil clínico e socioeconômico ainda é pouco discutida. Além disso, tais variáveis demonstram fortes correlações em estudos translacionais, ou seja, estudos que analisam associação entre instrumentos psicométricos e experimentais<sup>4,6</sup>.

Percebe-se que o foco na descrição das características dos pacientes deu espaço a outras abordagens metodológicas, o que acabou por negligenciar importantes interpretações acerca dessas características, que não são abordadas e poderiam constituir importante ferramenta para gestão dos serviços especializados em cardiologia, assim como no manejo clínico dos pacientes com IC<sup>7,8</sup>.

Dessa forma, este estudo pretendeu descrever as variáveis socioeconômicas (sexo, estado civil, condição de trabalho, renda familiar e escolaridade) e clínicas (classe funcional, etiologia, medicações utilizadas, comorbidades associadas, procedimentos cirúrgicos cardíacos

e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de pacientes com diferentes etiologias e classes funcionais de IC.

## Métodos

### *Desenho, local do estudo e considerações éticas*

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo e descritivo, realizado com indivíduos com IC em acompanhamento no ambulatório de cardiologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Universidade Federal de Uberlândia. Foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa local sob nº 833.007.

### *Amostra e procedimentos*

O cálculo do tamanho amostral considerará um coeficiente de determinação em um modelo de regressão linear múltipla com 4 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I e do tipo II, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de  $n = 91$ , já considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar). Assim, em um ambiente privativo, foram aplicados, pela técnica de entrevista, um questionário socioeconômico e clínico validado em face e conteúdo pelos autores.

### *Validação de face e conteúdo*

Neste estudo foi realizada a validação de face e conteúdo do questionário de caracterização clínica e socioeconômica dos pacientes com IC inclusos. Para tanto, inicialmente ocorreu a identificação e aprofundamento do construto “insuficiência cardíaca”, etapa essencial para a construção de definições constitutivas e operacionais, precursoras da operacionalização dos itens e dos domínios que compõem o questionário. Essa etapa foi realizada pelo levantamento de publicações e diretrizes

acerca da temática “insuficiência cardíaca” e “cardiologia”. A literatura específica da área de IC abrangeu especialmente as seguintes referências: “Atualização da diretriz de insuficiência cardíaca crônica”, “III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica”, “Diretriz da reabilitação cardíaca”, “Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada” e “Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades”<sup>2,9-12</sup>.

Para a validação aparente e de conteúdo, foram convidados três especialistas (juízes) multiprofissionais com titulação mínima de mestre e experiência na área do tema da pesquisa. O instrumento foi enviado para cada um dos juízes, os quais avaliaram os itens propostos, verificaram se representam adequadamente o universo hipotético do objeto, e analisaram sua adequação à estrutura semântica. Posteriormente, realizou-se contato prévio com os juízes clínicos via e-mail, convidando-os a participar da etapa de validação de face e conteúdo do questionário. Assim, foi encaminhado junto ao e-mail um documento contendo a descrição, a finalidade e objetivos da pesquisa. Após esse aceite, encaminhou-se o questionário para que os juízes avaliassem a relevância e a representatividade de cada item, e sua clareza e compreensão. Após essa avaliação, o questionário foi devolvido ao pesquisador do estudo e os ajustes necessários no instrumento foram realizados.

### Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados foram gerenciados no Programa Microsoft Office Excel® 2010. Foram realizadas digitações por

pessoas independentes, em dupla entrada e, em seguida, validação dos dados para conferência da consistência das planilhas eletrônicas. Para correção das diferenças encontradas, o questionário original foi consultado.

Posteriormente, os dados foram introduzidos no programa Statistical Package for the Social Science®, versão 22.0, no qual se deu a análise estatística. Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas quantitativas.

## Resultados

Participaram deste estudo 91 pacientes com IC das etiologias hipertensiva, isquêmica, chagásica, valvar, etílica e medicamentosa, e idiopática, e classes funcionais que variam de I à IV.

A Tabela 1 demonstra detalhadas informações acerca do perfil socioeconômico dos indivíduos. Observa-se uma distribuição semelhante entre os participantes, de modo que 50,5% foram do sexo masculino. A maioria era casada (52,7%), aposentada (83,51%), referiu renda familiar maior que quatro salários mínimos (57,1%) e escolaridade entre 0-4 anos (69,1%).

A Tabela 2 demonstra as características clínicas dos pacientes inclusos neste estudo. Observa-se que a classificação funcional I (35,2%) predominou, de etiologia isquêmica (46,2%), sendo a hipertensão arterial sistêmica (88,5%) a comorbidade mais prevalente. A angioplastia (30,8%) foi o procedimento cirúrgico cardíaco mais realizado.

**Tabela 1:** Características socioeconômicas dos pacientes com insuficiência cardíaca atendidos no serviço ambulatorial dos Hospitais de Clínicas de Uberlândia e Uberaba, de setembro de 2014 a março de 2015.

Variável	Média ± DP	Mínimo	Máximo	n	%
Idade (anos)	63,00 ± 11,42	27	93	–	–
Renda familiar (R\$)	1533,61 ± 1448	350	6000	–	–
Renda individual (R\$)	842,92 ± 724	0	3790	–	–
Escolaridade (anos)	4,41 ± 4	0	15	–	–
Fração de ejeção	51,56 ± 14,70	21	80	–	–
<b>Sexo</b>					
Masculino				138	53,49
Feminino				120	46,51
<b>Cor</b>					
Branco				153	59,30

*continua...*

Tabela 1: Continuação.

Variável	Média ± DP	Mínimo	Máximo	n	%
Pardo				74	28,68
Negro				31	12,02
<b>Estado civil</b>					
Casado				153	59,30
Solteiro				37	14,34
Viúvo				36	13,95
Separado				32	12,40
<b>Religião</b>					
Católico				173	67,05
Evangélico				54	20,93
Espírita				14	5,43
Não possui religião				14	5,43
Não acredita em Deus				2	0,78
Outra				1	0,39
<b>Condição de trabalho</b>					
Inativo				229	88,75
Ativo				29	11,24
<b>TOTAL</b>				<b>258</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2: Perfil clínico dos pacientes com insuficiência cardíaca atendidos no serviço ambulatorial dos Hospitais de Clínicas de Uberlândia e Uberaba, de setembro de 2014 a março de 2015.

Variável	n	%
<b>Classe funcional NYHA</b>		
I	46	17,83
II	113	43,80
III	76	29,46
IV	23	8,91
<b>Etiologia</b>		
Cardiopatia hipertensiva	86	33,33
Cardiopatia isquêmica	77	29,84
Cardiopatia chagásica	69	26,74
Cardiopatia valvar	20	7,75
Idiopática	3	1,16
Cardiopatia etílica, medicamentosa, drogas ilícitas	2	0,78
Cardiopatia congênita	1	0,39
<b>Medicações</b>		
Betabloqueador	167	64,73
Antitrombótico	158	61,24
Diurético	142	55,04
IECA/BRA	150	58,14

*continua...*

Tabela 2: Continuação.

Variável	n	%
Estatina	118	45,74
Antidepressivo/ansiolítico	38	14,73
Digitálico	32	12,40
Nitrato	25	9,69
<b>Comorbidades</b>		
Hipertensão arterial sistêmica	202	78,29
Diabetes mellitus	71	27,52
Dislipidemia	69	26,74
Doença arterial coronariana	54	20,93
Angina	31	12,02
Obesidade	21	8,14
Arritmia	14	5,43
Acidente vascular cerebral	13	5,04
Fibrilação atrial	9	3,49
<b>Procedimento cirúrgico cardíaco</b>		
Angioplastia	79	30,62
Marca-passo	66	25,58
Valvuloplastia	25	9,69
Revascularização	23	8,91
<b>Hábitos de vida</b>		
Atividade física	46	17,83
Tabagismo	44	17,05
Ex-tabagistas	43	16,67
Etilismo	32	12,40
Ex-etilistas	20	7,75
Reabilitação cardíaca	18	6,98

Fonte: Elaborado pelos autores.

## Discussão

A amostra deste estudo foi composta predominantemente por homens, casados, aposentados e com baixa escolaridade, resultados que vão de encontro a outros estudos realizados<sup>9,10</sup>.

Sabe-se que indivíduos com baixa escolaridade do sexo masculino possuem maior exposição aos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares, em decorrência das peculiaridades do seu perfil demográfico e epidemiológico<sup>9-14</sup>. Ressalta-se a importância de atenção à saúde direcionada às populações com baixa instrução social e escolar, seja por recrutamento de profissionais de saúde especializados e/ou por políticas de saúde específicas.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Homem, estudos comparativos têm demonstrado que eles são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, especialmente às enfermidades cardiovasculares, além de morrer mais cedo. Percebe-se que, apesar dessa política ser instituída, necessita ainda ser amplamente divulgada e executada nos centros de saúde, em especial no que diz respeito à prevenção de agravos e promoção da saúde<sup>12-14</sup>.

Portadores de IC deixam de trabalhar ou se aposentam mais cedo devido aos sintomas provocados pela doença e pelo sentimento de inutilidade diante da condição de saúde instalada<sup>4,15,16</sup>, corroborando com os dados encontrados neste estudo.

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações tiveram como consequência maior a exposição dos indivíduos aos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares, tornando-as “primeira causa de morte no mundo”<sup>11-14</sup>.

Apesar de apresentar limitações, indicadores socioeconômicos relativos à renda são importantes marcadores da situação socioeconômica, visto que melhor renda proporciona acesso a bens e serviços. Já a desigualdade de renda, uma medida relativa, aborda o problema da distribuição de riqueza e está diretamente associada com a mortalidade, pois sua carência pode gerar frustração e deterioração da saúde. Logo, a procura dos serviços de saúde por motivos preventivos é maior para a população de melhor poder aquisitivo<sup>15,16</sup>.

Em relação à fração de ejeção do ventrículo esquerdo, sabe-se que menor quantidade de sangue ejetado pelo coração aos sistemas corporais aumenta sintomas

provocados pela cardiopatia, desencadeando dispneia e fadiga durante o exercício ou atividades de vida diária, impondo que os pacientes interrompam o esforço físico precocemente, causando restrição das atividades cotidianas e consequente limitação na capacidade funcional<sup>16-18</sup>.

Em relação aos dados clínicos, sabe-se que a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) proporciona um meio simples de qualificar a extensão da IC: categoriza os doentes em classe I, II, III e IV com base na limitação da atividade física, em que cada classe representa sinais e sintomas decorrentes do progresso negativo da doença<sup>14-16</sup>.

Estudos têm demonstrado a importância da estratificação da IC por meio da classificação funcional NYHA. Atualmente, essa classificação faz parte do atendimento clínico ao portador de IC, permitindo direcionar a terapêutica e preparar o paciente a lidar com sinais e sintomas da doença<sup>13,15,16</sup>.

Neste estudo houve predomínio da classe funcional NYHA I (35,2%), dado que difere do encontrado na literatura, já que pacientes ambulatoriais são comumente estratificados em classificações funcionais II e III, e os de CF I raramente fazem acompanhamento de saúde pelos sintomas leves e esporádicos da cardiopatia. Estudos clássicos na área de cardiologia e insuficiência cardíaca, de delineamento prospectivo demonstram forte correlação entre a classe funcional NYHA avançada e mortalidade<sup>19-21</sup>.

A IC de etiologia hipertensiva e a hipertensão como comorbidade associada predominou neste estudo. Diversas pesquisas têm demonstrado resultados semelhantes a estes, uma vez que pacientes hipertensos apresentam alterações estruturais no coração, como hipertrofia ventricular esquerda. Acredita-se que o diagnóstico precoce, mudança no estilo de vida e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo possa reduzir essa forma etiológica da IC<sup>2,22-24</sup>.

Em relação à cardiopatia chagásica, percebe-se que apesar dos avanços epidemiológicos no controle dessa doença parasitária ainda é etiologia de destaque, como apresentado neste estudo. O dano cardíaco resulta das alterações fundamentais (inflamação, necrose e fibrose) que o *Trypanosoma cruzi* provoca, direta ou indiretamente, no tecido especializado de condução, no miocárdio contrátil e no sistema nervoso intramural. O frequente comprometimento do nó sinusal, do nó atrioventricular e do feixe de His (coleção de células musculares cardíacas especializadas em condução elétrica) por alterações inflamatórias, degenerativas e fibróticas, pode dar origem à disfunção sinusal e a bloqueios variados atrioventriculares e intraventriculares, levando à IC<sup>23,25</sup>.

A IC de etiologia valvar obteve baixa prevalência neste estudo, se comparada às outras etiologias supracitadas. Uma hipótese que justifica esse resultado pode estar relacionada ao fato de que a maioria das lesões valvares é secundária à febre reumática por infecção estreptocócica

em crianças e adolescentes<sup>25-27</sup> e a amostra estudada foi composta por idosos com idade média de 63 anos.

Apenas 0,78% dos pacientes deste estudo apresentaram IC de etiologia etílica, medicamentosa ou relacionada ao consumo de drogas ilícitas. A cardiopatia alcoólica corresponde a um tipo de cardiomiopatia dilatada adquirida, associada ao consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, cujo mecanismo fisiopatológico subjacente é complexo e apenas parcialmente conhecido, fato que pode justificar a baixa prevalência, relacionada ao difícil diagnóstico diferencial da etiologia da IC<sup>10,15,17,28</sup>.

Em relação ao perfil medicamentoso da amostra em estudo, a classe dos betabloqueadores (64,73%) foi a mais presente nas prescrições médicas. Diversos estudos têm demonstrado a presença crescente dos betabloqueadores no manejo clínico da IC. Durante muitos anos, acreditou-se que os betabloqueadores deveriam ser evitados nos pacientes com IC. A justificativa era de que os sintomas e a função ventricular esquerda em portadores de IC piorariam com a redução da contratilidade miocárdica<sup>22,26,28</sup>.

Em relação ao uso de antitrombóticos em pacientes com IC, também altamente presente nas prescrições dos pacientes deste estudo (61,24%), justificam-se porque esses possuem um risco aumentado de trombose, além de prevenir eventos cardiovasculares em pacientes com cardiopatia isquêmica, já demonstrada neste estudo como uma das principais etiologias de IC<sup>26,28,30</sup>.

Os diuréticos (55,04%) também foram amplamente utilizados nos pacientes deste estudo, corroborando com dados de uma pesquisa que traçou o perfil clínico de pacientes com IC atendidos em um hospital referência, porém diferente de outro estudo, em que o uso de diuréticos foi relativamente baixo<sup>17,23,27</sup>.

Em relação ao uso de estatinas (45,74%), a literatura nos traz um divergente panorama. De forma geral, sabe-se que esses fármacos são utilizados para tratar os altos níveis de colesterol, LDL-colesterol e VLDL-colesterol no sangue<sup>29-31</sup>.

Alguns estudos demonstraram melhora da capacidade funcional, qualidade de vida, capacidade física, função endotelial, assim como na redução em 26% na taxa de hospitalização em pacientes com IC que receberam estatinas comparativamente aos que receberam placebo<sup>15,17,27</sup>.

Em relação ao uso de antidepressivos e ansiolíticos (14,73%), diversos estudos têm demonstrado a ocorrência de eventos depressivos e ansiosos em pacientes cardiopatas, particularmente naqueles com IC, devido aos sinais e sintomas causados pela doença<sup>14, 24, 25</sup>.

A depressão está associada ao avanço no desenvolvimento de IC em indivíduos com fatores de riscos cardiovasculares e tem sido associada a resultados adversos, como demonstrado em estudos anteriores, nos quais a gravidade dos sintomas depressivos se relacionou diretamente com morte ou declínio

funcional nos seis meses de seguimento em 391 hospitalizações<sup>12,16,19</sup>.

Em nosso estudo, as comorbidades de maior incidência foram hipertensão arterial sistêmica (78,29%), diabetes mellitus (27,52%), dislipidemia (26,74%) e doença arterial coronariana (20,93%). Outros trabalhos têm demonstrado resultados muito semelhantes, exatamente nessa ordem de acometimento<sup>14,20</sup>.

Outras comorbidades identificadas neste estudo (angina, obesidade, arritmia, acidente vascular cerebral e fibrilação atrial) também são identificados e descritos na literatura, não só como comorbidades relacionadas à IC, mas de forma geral nas diversas cardiopatias, principalmente as de etiologia isquêmica<sup>9,12,18,22</sup>.

Os procedimentos cirúrgicos cardíacos mais realizados nos pacientes desta pesquisa foram a angioplastia (30,62%) e o marca-passo cardíaco (25,58%), fato que pode ser explicado pela etiologia de IC desta amostra, hipertensiva e isquêmica, quadros que podem evoluir para a doença arterial coronariana, síndrome metabólica e eventos agudos cardíacos, necessitando desse tipo de intervenção, que, no caso da angioplastia, é indicada para desobstrução arterial e retorno do fluxo sanguíneo coronariano<sup>25-27</sup>.

Da mesma forma, o uso de marca-passo está indicado em situações como bradiarritmias, bloqueio atrio-ventriculares, doença do nó sinusal e fibrilação atrial de baixa frequência ventricular<sup>8,12,14</sup>. Portadores da forma cardíaca da doença de Chagas geralmente evoluem com implante de marca-passo, pela presença de distúrbios de condução e necessidade de estimulação cardíaca permanente, fato que explica o uso do dispositivo nesta amostra, visto a prevalência da etiologia chagásica (26,74%).

O baixo índice de realização da valvuloplastia (9,69%) pode ser explicada pela indicação clínica do procedimento (reparo de válvula), visto que a etiologia valvar também foi relativamente baixa. Da mesma forma, explica-se a reduzida frequência da revascularização do miocárdio (8,91%), cujo objetivo é desobstrução coronariana, uma vez que a angioplastia, na maioria das vezes, consegue atingir o objetivo da desobstrução, porém sendo minimamente invasiva quando comparada a uma revascularização<sup>23-27</sup>.

Em relação aos hábitos de vida, está bem estabelecida a relação entre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e os fatores de risco como tabagismo, etilismo, sedentarismo e obesidade<sup>30-32</sup>.

Apenas 6,98% dos pacientes com IC avaliados neste estudo participaram realizaram reabilitação cardíaca, através de programas institucionais. Uma hipótese que pode explicar a baixa adesão dos pacientes à reabilitação cardíaca, relaciona-se à dificuldade desses indivíduos em conviver com as alterações que a doença cardíaca causa no seu cotidiano e com os sentimentos ameaçadores que surgem em virtude das restrições a que são submetidos<sup>29,32</sup>.

## Conclusões

Este estudo descreveu o perfil clínico e socioeconômico de pacientes com IC, de diferentes etiologias e classes funcionais, acompanhados em ambulatório de cardiologia especializado. Esses pacientes necessitam de tratamentos de longa duração e devem ser acompanhados por equipes especializadas para que sejam alcançados desfechos terapêuticos positivos.

As características socioeconômicas e clínicas obtidas a partir dos resultados demonstram que os pacientes do sexo masculino, com baixa escolaridade, de baixa renda, de classe funcional I e etiologia isquêmica são mais propícios a desenvolver IC. Os serviços e esferas de atenção em cuidados especializados devem se basear nos resultados de estudos que caracterizem pacientes com IC, a fim de que ferramentas e estratégias possam ser alicerçadas para melhor tratamento e recuperação dos agravos causados pela cardiopatia, abordando esses pacientes de forma holística e sistematizada.

Evidencia-se a necessidade de estudos posteriores de cunho metodológico longitudinal e com intervenções em saúde, empregando instrumentos psicométricos de qualidade de vida e demais arestas terapêuticas acerca da temática IC.

## Referências

1. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bochi EA. Validação da versão em português do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [citado em 2015 jul 04];93(1):39-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1/08.pdf>.
2. 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. Arq Bras Cardiol. 2012;98(1):1-33.
3. Di Naso FC, Pereira JS, Beatricci SZ, Bianchi RG, Dias AS, Monteiro MB. A classe da NYHA tem relação com a condição funcional e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. Fisioter Pesqui. 2011;18(2):157-63.
4. Santos MA, Guedes ES, Barbosa RL, Cruz DALM. Dificuldades do sono relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(4):644-50.
5. Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AM. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;(19)3:1-7.
6. Lindvall C, Hultman TD, Jackson VA. Overcoming the barriers to palliative care referral for patients with advanced heart failure. J Am Heart Assoc. 2013;3(1):1-3.

7. Fini A, Cruz DALM. Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(4):557-65.
8. Fini A, Cruz DALM. Propriedades psicométricas da Dutch Fatigue Scale e Dutch Exertion Fatigue Scale – versão brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2013;63(2):216-21.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1 Supl 1):1-71.
10. Moraes RS, editor. Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2005 [citado em 2016 mar 7];84(5):431-40.
11. Carvalho T, Castro CLB, Costa RV, Moraes RS, Oliveira Filho JA. Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(5):448-52.
12. Carvalho T, editor. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arq Bras Cardiol*. 2006;86(1):74-82.
13. Spinar J, Parenica J, Vitovec J, Widmsky P, Linhart A, Fedorco M, et al. Baseline characteristics and hospital mortality in the Acute Heart Failure Database (AHEAD) Main registry. *Crit Care*. 2011;15(6):1-13.
14. Aliti GB, Linhares JCC, Linceu 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.
15. Lourdes MC, Porto CC. Qualidade de vida em cardiopatia isquêmica. In: Fleck MPA, editor. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 217-231.
16. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53(15):90.
17. Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva SA, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1073-80.
18. Gasperi P, Radunz V, Prado ML. Procurando reeducar hábitos e costumes o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm*. 2006;11(3):252-7.
19. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:77-87.
20. 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):1-71.
21. Faria APC, Modolo R, Moreno BVD, Moreno H. Effects of PDE type 5 inhibitors on left ventricular diastolic dysfunction in resistant hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2015;104(1):85-89.
22. Gauí EN, Oliveira GMM, Klein CH. A insuficiência cardíaca nas declarações de óbito de três estados brasileiros de 1999 a 2005. *Rev Bras Cardiol*. 2014;27(1):524-30.
23. Soriano PL, Andreu OM, Sánchez FJM, et al. Manejo de la insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias, emergencias y unidades adscritas. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2011;23(2):119-39.
24. Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):385-92.
25. Muela HCS, Bassan R, Serra SM. Avaliação dos Benefícios Funcionais de um Programa de Reabilitação Cardíaca. *Rev Bras Cardiol*. 2011;24(4):241-250.
26. Rolande DMS, Fantini JP, Cardinalli Neto A, Cordeiro JA, Bestetti RB. Determinantes prognósticos de pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1):76-84.
27. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(6):571-8.
28. Sipahi I, Akay MH, Dagdelen S, Blitz A, Alhan C. Coronary artery bypass grafting vs percutaneous coronary intervention and long-term mortality and morbidity in multivessel disease: meta-analysis of randomized clinical trials of the arterial grafting and stenting era. *JAMA Intern Med*. 2014;174(2):223-30.
29. Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com insuficiência cardíaca: avaliação com instrumento específico. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):179-84.
30. Santos VST. Caracterização da relação entre a massa muscular esquelética e aptidão física funcional de pessoas com insuficiência cardíaca crônica após implante cardíaco de ressincronização [tese]. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa; 2015.
31. Chiodelli GC, Araujo CLP, Reis CM, Fonseca FR, Karloh M, Mayer AF. Relação das forças musculares respiratória e periférica com a limitação funcional em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2015;23(1):136-45.
32. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Qual Life Res*. 2013;22(7):1717-27.

#### Como citar este artigo:

Alemeida Neto OP, Cunha CM, Cravo GD, Paulo BE, Teodoro L, Almeida VE, Pedrosa LAK. Perfil clínico e socioeconômico de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Aten. Saúde*. 2016;14(50):26-33.