

## PERFIL DO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA INTERNADO EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA

Wanderlene de Oliveira do Nascimento<sup>1</sup>, Ana Maria Ribeiro dos Santos<sup>2</sup>, Ivonizete Pires Ribeiro<sup>3</sup>, Adelia Dalva da Silva Oliveira<sup>4</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se analisar o perfil sociodemográfico e clínico do idoso com insuficiência cardíaca em um hospital de urgência. Estudo descritivo, quantitativo com amostra por conveniência composta de 83 idosos internados em um hospital de referência em urgência no período de setembro a novembro de 2015. Os resultados mostraram um perfil epidemiológico representado em sua maioria por homens, na faixa etária de 60 a 79 anos, casados, analfabetos, com renda mensal de um a dois salários mínimos. Quanto à etiologia, o tipo hipertensivo apresentou-se como a principal causa, com frequência maior na faixa etária de 60 a 79 anos. Do total de idosos, 54 (65,1%) usam de três a cinco medicamentos diariamente. Entre as doenças crônicas associadas, a hipertensão arterial encontrou-se presente em 80 (96,4%) pacientes, seguindo-se da diabetes, diagnosticada em 35 (42,2%) idosos. Constatou-se vulnerabilidade da população em estudo aos fatores de risco cardiovascular, com predomínio da hipertensão arterial e diabetes.

**DESCRIPTORIOS:** Idoso; Enfermagem; Insuficiência cardíaca; Fatores de risco; Hospitalização.

### PROFILE OF ELDERLY PEOPLE WITH HEART FAILURE IN AN EMERGENCY HOSPITAL

**ABSTRACT:** The aim of this study was to analyze the sociodemographic and clinical profile of elderly people with heart failure in an emergency hospital. This is a descriptive, quantitative study with a convenience sample of 83 elderly people hospitalized in an emergency reference hospital from September to November, 2015. The results showed an epidemiological profile represented mostly by men aged 60 to 79 years, who were married, illiterate, with monthly income of one to two minimum wages. Regarding etiology, the hypertensive type was found as the main cause, with greater frequency in the age group of 60 to 79 years. Of the total, 54 elderly people (65.1%) used three to five medications daily. Among the associated chronic diseases, arterial hypertension was present in 80 (96.4%) patients, followed by diabetes, diagnosed in 35 (42.2%) of the elderly. The study population was vulnerable to cardiovascular risk factors, with a predominance of arterial hypertension and diabetes.

**DESCRIPTORS:** Aged; Nursing; Heart failure; Risk factors; Hospitalization.

### PERFIL DEL ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INTERNADO EN UN HOSPITAL DE URGENCIA

**RESUMEN:** Se objetivó analizar perfil sociodemográfico y clínico del anciano con insuficiencia cardíaca en hospital de urgencia. Estudio descriptivo, cuantitativo, con muestra por conveniencia constituida por 83 ancianos internados en hospital de urgencia de referencia, de setiembre a noviembre de 2015. Los resultados mostraron un perfil epidemiológicamente representado en mayoría por hombres, faja etaria de 60 a 79 años, casados, analfabetos, con ingresos mensuales de uno a dos salarios mínimos. Respecto a la etiología, el tipo hipertensivo se presentó como principal causa, con frecuencia mayor en la faja etaria de 60 a 79 años. Del total de ancianos, 54 (65,1%) utilizan de tres a cinco medicamentos diarios. Entre las enfermedades crónicas asociadas, la hipertensión arterial, se encontró presente en 80 pacientes (96,4%), seguida de diabetes, diagnosticada en 35 ancianos (42,2%). Se constató vulnerabilidad de la población en estudio a los factores de riesgo cardiovascular, con predominio de hipertensión arterial y diabetes.

**DESCRIPTORIOS:** Anciano; Enfermería; Insuficiencia Cardíaca; Factores de Riesgo; Hospitalización.

<sup>1</sup>Discente de Enfermagem. Centro Universitário Uninovafapi. Teresina, PI, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente de Enfermagem do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina, PI, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Medicina Tropical e Saúde Pública. Docente de Enfermagem do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina, PI, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Políticas Públicas. Docente de Enfermagem do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina, PI, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Wanderlene de Oliveira do Nascimento  
Centro Universitário Uninovafapi  
R. Vitório Fernandes, 6123 - 64073-505 – Teresina, PI, Brasil  
E-mail: wanderlene@bol.com.br

**Recebido:** 09/06/2016

**Finalizado:** 07/11/2016

## ● INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a longevidade é um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma adequada reorganização social e da área de saúde, visando atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado<sup>(1)</sup>.

Como consequência do envelhecimento populacional, Conseguimos observar um aumento da prevalência de doenças crônicas. Entre elas, destaca-se a Insuficiência Cardíaca (IC), cuja incidência tende a aumentar nos próximos anos, especialmente entre idosos<sup>(2)</sup>. Verifica-se assim que as três causas mais frequentes de internações na população idosa de ambos os sexos, são a insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, seguidas pelas pneumonias. No ano de 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), com 1.156.136 hospitalizações, destacando-se que a IC foi a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular apresentando-se associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doença arterial coronariana (DAC)<sup>(3)</sup>.

Essa doença consiste na incapacidade do coração bombear sangue suficiente para atender às necessidades de oxigênio e nutrientes dos tecidos<sup>(4)</sup>. A IC apresenta-se como uma via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. Caracterizada como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico e definida como uma disfunção cardíaca que ocasiona um suprimento sanguíneo inadequado para atender as necessidades metabólicas. Tem sua origem sistólica ou diastólica<sup>(5)</sup>.

Nos Estados Unidos da América mais de 80 milhões de norte-americanos apresentam um ou mais tipos de doença cardiovascular (DCV), incluindo hipertensão, doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral e defeitos cardiovasculares congênitos<sup>(4)</sup>. Assim, constata-se a associação entre a HAS e doença arterial coronariana, sendo que a redução adequada da PA é fundamental para a prevenção de eventos relacionados à DAC. Dessa forma, os idosos portadores de comorbidades múltiplas não-cardiovasculares devem ter seu tratamento cuidadosamente individualizado<sup>(3)</sup>.

A IC possui vários fatores de risco envolvidos em sua gênese, tornando difícil a sua prevenção e manejo. Tornou-se, a partir da última década do século XX, um dos principais problemas de saúde pública, agravada pelo aumento da população com idade superior a 65 anos<sup>(5)</sup>. Tal doença constitui-se em uma das principais causas de incapacidade, especialmente, no que se refere à autolimitação da atividade física, que está intimamente relacionada às atividades da vida diária dos idosos, à qualidade de vida, e às mudanças de estilo de vida<sup>(2)</sup>.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a insuficiência cardíaca é um problema atual que aparece como a primeira causa de hospitalização no âmbito do SUS. Está presente em todas as faixas etárias, vem sendo apresentada como um importante indicador de incapacidade funcional<sup>(6)</sup>.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e clínico do idoso com insuficiência cardíaca internado em um hospital de urgência. A escolha do tema proposto justifica-se pelo fato da IC ser uma das principais patologias que acomete o idoso, concorrendo para o aumento do número de internações nessa faixa etária. Nessas circunstâncias o idoso apresenta comprometimentos em todo seu estado harmônico e pode manifestar limitações que requerem aprender a administrar seu tratamento.

A pessoa idosa durante a hospitalização apresenta inquietações, de modo que o cuidado da equipe de enfermagem torna-se fundamental e o enfermeiro assume papel relevante nesse processo, no sentido de ajudar a enfrentar as dificuldades em torno da doença. Faz-se necessário que esse profissional possua competências específicas para atender adequadamente a essa população.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência em urgência da cidade de Teresina, o qual possui 289 leitos e três Unidades de Terapia Intensiva.

A população do estudo foi composta pelos pacientes de ambos os sexos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar internado no hospital de urgência e possuir diagnóstico médico de IC. Foram excluídos do estudo aqueles idosos que apresentavam dificuldade de entendimento ou comunicação. O processo utilizado para selecionar os indivíduos incluídos na amostra foi por conveniência, no período amostral de setembro a novembro de 2015. Foram convidados a participar 83 idosos, compondo assim a amostra final.

A coleta de dados ocorreu durante os turnos diurno e noturno, utilizou-se um formulário desenvolvido pelas pesquisadoras contendo dados de identificação e relativos ao quadro clínico da IC.

Os dados foram codificados e transcritos utilizando o Microsoft Excel e posterior importação e análise no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 19.0, do qual foram geradas as tabelas. Na análise estatística as variáveis qualitativas foram aferidas por meio da leitura das frequências absolutas ( $n^\circ$ ) e relativas (%) e para as variáveis quantitativas a análise se deu pelas medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão).

Para a realização deste estudo o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI sob o parecer 1.220.209, procedendo-se, então, à coleta de dados junto aos pacientes desde que consentissem na participação do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Verificou-se na Tabela 1 que a média de idade dos idosos internados com insuficiência cardíaca foi de 72,9 anos ( $dp=8,3$ ), mediana de 71 anos, com variação entre 60 e 97 anos. A maioria dos casos foi observada em idosos do sexo masculino 49 (59%), 68 (81,9%) encontravam-se na faixa etária de 60 a 79 anos, 53(63,9%) eram casados, 58 (69,9%) não possuíam escolaridade e 75 (90,4%) tinham renda familiar de um a dois salários mínimos.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos internados com insuficiência cardíaca em um hospital de referência em urgência, segundo aspectos sociodemográficos. Teresina, PI, Brasil, 2015 (continua)

Variáveis	Média (Desvio Padrão)	Mediana	Distribuição em categorias	n (%)
Faixa Etária (anos)				
	72,9 (8,3)	71	60 – 79 anos	68 (81,9)
			80 anos e mais	15(18,1)
Sexo				
			Masculino	49(59)
			Feminino	34(41)
Estado Civil				
			Solteiro	6(7,2)
			Casado	53(63,9)
			Separado/ Divorciado	1(1,2)
			Viúvo	23(27,7)
Escolaridade				
			Analfabeto	58(69,9)
			Ensino Fundamental	25(30,1)

Renda mensal	
	Menos 1SM 1(1,2)
	1 a 2 SM 75(90,4)
	3 a 5 SM 7(8,4)
<b>Total</b>	<b>83 (100)</b>

Constatou-se na Tabela 2 que a etiologia hipertensiva foi a primeira causa, 75 (90,4%) dos casos, evidenciando predomínio em 63 (92,7%) dos pacientes na faixa etária de 60 a 79 anos, seguido da isquêmica encontrada em quatro (4,8%) dos pacientes idosos, com maior incidência naqueles na faixa etária de 80 e mais anos, que correspondeu a dois pacientes (13,3%). A alta prevalência da HAS e sua baixa taxa de controle são consideradas um dos principais fatores de risco modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, visto que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos internados com insuficiência cardíaca de acordo com a faixa etária, segundo a etiologia. Teresina, PI, Brasil, 2015

Variáveis	60 a 79 anos		80 e mais anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Isquêmica	2	2,9	2	13,3	4	4,8
Hipertensiva	63	92,7	12	80	75	90,4
Dilatada	1	1,5	-	-	1	1,2
Chagásica	2	2,9	1	6,7	3	3,6
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Em relação à quantidade de medicamentos observou-se na Tabela 3 que 54 (65,1%) dos idosos faz uso de três a cinco medicamentos com prevalência de 65 (66,2%) pacientes na faixa etária de 60 a 79 anos, sendo que entre os idosos com 80 e mais anos correspondeu nove (60%) dos casos. Estudos mostram a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. Levando a considerar o tratamento medicamentoso em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos internados com insuficiência cardíaca de acordo com a faixa etária, segundo a quantidade de medicamentos em uso por esses pacientes. Teresina, PI, Brasil, 2015

Variáveis	60 a 79 anos		80 e mais anos		Total	
	n	%	N	%	n	%
Menos de 3 medicamentos	9	13,2	1	6,7	10	12
De 3 a 5 medicamentos	45	66,2	9	60	54	65,1
Mais de 5 medicamentos	14	20,6	4	26,6	18	21,7
Ignorado	-	-	1	6,7	1	1,2
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Verifica-se na Tabela 4 que entre as doenças crônicas associadas à IC, a hipertensão arterial foi a mais frequente, sendo encontrada em 80 (96,4%) idosos. Ao analisar-se a frequência da hipertensão por sexo constatou-se presença em 33 (97,1%) mulheres e 47 (95,9%) homens. Em segundo lugar verificou-se a ocorrência de diabetes em 35 (42,2%) idosos, constatando-se essa doença em 20 (58,8%) mulheres idosas se comparado aos 15 (30,6%) casos encontrados entre os idosos do sexo masculino. Entre as medicações em uso por esses pacientes o caverdilol foi a primeira escolha para 55 (66,3%) pacientes, seguido 51 (61,4%) idosos que usavam sinvastatina e 40 (48,2%) que tomavam Ácido Acetilsalicílico - AAS.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos internados com insuficiência cardíaca de acordo com o sexo, segundo as doenças crônicas pré-existentes e as medicações em uso por esses pacientes. Teresina, PI, Brasil, 2015

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Doenças pré-existentes*						
Diabetes	15	30,6	20	58,8	35	42,2
Hipertensão arterial	47	95,9	33	97,1	80	96,4
Insuficiência renal	8	16,3	7	20,6	15	18,1
Outras doenças	41	83,7	29	85,3	70	84,3
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>226,5</b>	<b>34</b>	<b>261,8</b>	<b>83</b>	<b>241</b>
Medicações usadas*						
AAS	26	53,1	14	41,2	40	48,2
Furosemida	22	44,9	17	50	39	47
Losartana	11	22,4	8	23,5	19	22,9
Sinvastatina	31	63,3	20	58,8	51	61,4
Caverdilol	33	67,3	22	64,7	55	66,3
Hidralazina	2	4,1	6	17,6	8	9,6
Outro medicamento	48	98	33	97,1	81	97,6
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>353,1</b>	<b>34</b>	<b>352,9</b>	<b>83</b>	<b>353</b>

\* Soma mais de 100%, um paciente pode apresentar mais de um tipo de doença associada e usar mais de um medicamento.

Observou-se na Tabela 5 que a hipertensão arterial é doença associada mais prevalente, presente em 81 (97,6%) pacientes investigados. A alta prevalência da hipertensão arterial e suas baixas taxas de controle a torna um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos internados com insuficiência cardíaca de acordo com a etiologia da IC, segundo as doenças associadas. Teresina, PI, Brasil, 2015 (continua)

Variáveis	Etiologia da IC									
	Isquêmica		Hipertensiva		Dilatada		Chagásica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes										
Sim	2	50	30	40	1	100	-	-	33	39,8
Não	2	50	45	60	-	-	3	100	50	60,2
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100
DPOC										
Sim	-	-	2	2,7	-	-	-	-	2	2,4
Não	4	100	73	97,3	1	100	3	100	81	97,6
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100
Catarata										
Sim	-	-	24	32	-	-	-	-	24	29
Não	4	100	51	68	1	100	3	100	59	71
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100
Glaucoma										
Sim	1	25	4	5,3	-	-	-	-	5	6
Não	3	75	71	94,7	1	100	3	100	78	94
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100

Hipert. Arterial										
Sim	3	75	75	100	1	100	2	66,7	81	97,6
Não	1	25	-	-	-	-	1	33,3	2	2,4
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100
Depressão										
Sim	-	-	4	5,3	-	-	-	-	4	4,8
Não	4	100	71	94,7	1	100	3	100	79	95,2
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100
Insuf. Renal										
Sim	2	50	13	17,3	-	-	1	33,3	16	19,2
Não	2	50	62	82,7	1	100	2	66,7	67	80,8
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100
Outra doença										
Sim	3	75	15	20	-	-	-	-	18	21,7
Não	1	25	60	80	1	100	3	100	65	78,3
Total	4	100	75	100	1	100	3	100	83	100

## ● DISCUSSÃO

Foi possível verificar que entre os 83 idosos internados por IC a maioria ocorreu na faixa etária de 60 a 79 anos, representando 81,9% dos casos, com uma idade média de 72,9 anos ( $dp=8,3$ ). Como a idade é um fator de risco não modificável<sup>(7)</sup>, o crescimento da população idosa no Brasil representa um potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de IC<sup>(8)</sup>.

Ao analisar a frequência por sexo constata-se que 59% dos pacientes eram do sexo masculino. O Ministério da Saúde atribuiu essa maior frequência entre os homens, ao fato deles serem mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica<sup>(9)</sup>.

Quanto ao estado civil a maioria era casada (63,9%). Tal resultado é semelhante ao encontrado em estudo realizado na cidade de Uberaba-MG em que participaram 2.142 idosos, cujos dados foram coletados no domicílio com objetivo de descrever o perfil sociodemográfico, a capacidade funcional e as morbidades dos idosos e, verificar a associação da qualidade de vida com o número de incapacidade funcional e de morbidades. Os autores verificaram que a maior parte era casada (48,9%), com renda familiar entre um e dois salários mínimos (90,4%)<sup>(10)</sup>. Acredita-se que nesta geração dos idosos que participaram do estudo, as relações afetivas são mais estáveis e duradouras, o que favorece a assistência, pela possibilidade do parceiro representar um cuidador.

Outro estudo que objetivou descrever a prevalência de níveis aumentados de pressão arterial e aspectos socioeconômicos de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona urbana de Floriano - PI, o qual foi realizado com 385 idosos, observou que 70,8% dos idosos possuía baixa escolaridade, que reflete a desigualdade social e as políticas de educação vigentes, mostrando como possível justificativa para a baixa renda referida pela maioria dos idosos pesquisados a baixa escolaridade; afirmando assim, que quanto menor a escolaridade menor a renda individual mensal<sup>(11)</sup>. A baixa escolaridade e a menor renda mensal podem dificultar o entendimento das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e o acesso adequado a cuidados preventivos, respectivamente, e isso conduzir ao agravamento e complicações da doença existente.

Destaca-se estudo realizado em enfermarias de cardiologia de três hospitais de atendimento público no município de Campos dos Goytacazes, cujo objetivo foi analisar a presença de Sintomas Depressivos (SD) em pacientes hospitalizados por IC, determinando sua prevalência, variáveis preditoras e correlacionar a gravidade dos SD com a mortalidade. Os autores encontraram resultados diferentes do

presente estudo, verificando que a 63,1 % era do sexo feminino, 73,8% alfabetizados, sendo a etiologia não isquêmica a mais presente (57,3%), classificada em valvular (28,5%), e diabética(43,7%)(12).

No que se refere à etiologia da insuficiência cardíaca nos idosos internados, verificou-se a predominância da hipertensiva, com supremacia na faixa etária de 60 a 79 anos (92,7%). Este dado deve-se ao fato da hipertensão ser um dos fatores de risco mais frequentes associados ao aparecimento da IC(13).

Em torno de 80% dos sujeitos acima de 65 anos apresentam pelo menos um problema crônico de saúde, assim, como a presença de múltiplas doenças com diferente gravidade que pode influenciar no desempenho de suas atividades da vida diária(10). Observou-se redução da mortalidade por doenças cardiovasculares e a cardiopatia isquêmica, apresenta recentes avanços da terapêutica, o que não resultou, no entanto, na redução da prevalência da IC, provavelmente devido ao fenômeno do envelhecimento da população(14).

Quanto à etiologia chagásica, apresentou frequência de 3,6% casos na amostra estudada. Nesse sentido, destaca-se que a doença de Chagas representa a terceira maior doença parasitária no mundo. Em 2009 a cardiomiopatia chagásica crônica apresentou-se como a forma mais comum da cardiomiopatia dilatada e causa importante de morbimortalidade na América Latina estimando entre 10 a 12 milhões de pessoas infectadas(15). Pode-se observar que entre 10% a 40% dos pacientes com doença de Chagas, o órgão afetado é o coração, o que compromete física e psicologicamente o paciente(5).

Observaram-se somente 1,2% casos da etiologia dilatada entre os participantes estudados. Em estudo retrospectivo, descritivo e observacional realizado em 144 prontuários de pacientes com IC atendidos no Ambulatório de ICC do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), selecionados por conveniência, foi constatado que pacientes com idade  $61 \pm 15$  anos, aqueles com cardiomiopatia dilatada e outras apresentaram média de idade ( $50,5 \pm 18,3$ ) inferior aos das demais categorias(13).

Ao analisar-se a quantidade de medicamentos em uso pelos pacientes, observou-se que 65,1% fez uso de três a cinco medicamentos com prevalência maior na faixa etária de 60 a 79 anos. A previsão de sobrevida de pacientes ambulatoriais não pode ser generalizada para pacientes hospitalizados e que apresentem outras comorbidades. Verifica-se que toda vez que o status clínico ou as medicações são modificados, o escore do paciente tem que ser recalculado. Pacientes com IC sofrem o impacto de cada medicamento adicionado à prescrição(15).

A otimização da medicação preconizada na IC vem sendo comprometida durante a avaliação e a valorização da relevância de resultados de grandes estudos randomizados prospectivos, pela falta de otimização ou de informações de maneira quantitativa(9).

A hipertensão arterial é a doença crônica pré-existente de maior ocorrência (96,4%), e a mortalidade por doença cardiovascular tem aumentado progressivamente com a elevação da PA(3). Nesse sentido, representa uma doença multifatorial e multicausal que se caracteriza por níveis sustentados de pressão arterial aumentada que, quando não controlados, causam comprometimentos de órgãos alvo, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos(11).

Estudo desenvolvido com pacientes com IC no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca Congestiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG) estimou que a prevalência da cardiomiopatia hipertensiva no sexo feminino esta associada ao risco de desenvolvimento de IC e correlacionou com o avanço da idade nas mulheres, relacionando provavelmente à perda do efeito protetor cardiovascular após a menopausa(13).

A prevalência de HAS é em torno de 50% dos casos, entre 60 e 69 anos e, 75% acima de 70 anos(3). Destaca-se que o tratamento da hipertensão arterial reduz a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. Assim, o uso de anti-hipertensivos deve não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e a taxa de mortalidade.

A segunda doença mais frequente entre os idosos do estudo foi a diabetes (42,2%). De acordo com estudo realizado com idosos diabéticos e não diabéticos em um Centro Universitário de Belo Horizonte, a falta de insulina e/ou a incapacidade de o hormônio exercer adequadamente seus efeitos

pode levar ao desenvolvimento de doenças associadas e complicações<sup>(16)</sup>. Os pacientes com diabetes correm alto risco de IC(4) verificou-se sua ocorrência em 39,8% dos pacientes internados com esse diagnóstico. Por ser uma síndrome clínica de caráter sistêmico possui vários fatores associados o que torna difícil sua prevenção e manejo<sup>(2)</sup>.

A insuficiência renal representou 18,1% dos casos. A prevalência de insuficiência renal em pacientes com IC pode chegar a 29,6% nos atendimentos em ambulatorios<sup>(9)</sup>. Assim, a associação de doença cardíaca e renal persiste como marcador de mau prognóstico em pacientes com IC crônica.

Entretanto, destaca-se a preocupação com a Síndrome Cardiorrenal (SCR), que se manifesta como um quadro clínico que envolve a participação de ambos os órgãos, seus efeitos deletérios reforçados de tal forma que o dano renal e miocárdico progride rapidamente, dificultando o seu tratamento. A SCR pode ser uma associação pela coexistência de fatores de risco cardiovascular com doença renal crônica (DRC) ou por um efeito direto do dano cardíaco em danos nos rins, ou vice-versa<sup>(17)</sup>.

Entre as três medicações mais usadas pelos pacientes deste estudo tem-se o carvedilol em primeira escolha com um percentual total de 66,3%, seguido da sinvastatina (61,4%) e do AAS (48,2%). O tratamento farmacológico atual para a IC é embasado no conceito da medicina baseada em evidências capaz de reduzir a mortalidade, o número de internações, controlar o surgimento de sintomas e melhorar a qualidade de vida<sup>(5)</sup>.

Pesquisa desenvolvida com adultos jovens com hipertensão arterial e diabetes mellitus acompanhados em seis Unidades Básicas de Saúde da Família de Fortaleza, identificou como etiologia mais frequente a cardiomiopatia chagásica, correspondendo a 41%, seguida por cardiomiopatia dilatada idiopática e outras (25%), cardiomiopatia hipertensiva (22,2%) e cardiomiopatia isquêmica (11,8%)<sup>(18)</sup>.

Considerando a relevância da IC, destacamos o papel central do enfermeiro na atenção aos pacientes, na medida em que avalia e identifica as repostas humanas afetadas, estabelece diagnósticos de enfermagem, propõe, executa e avalia os resultados das intervenções de enfermagem<sup>(19)</sup>. Sabe-se que uma boa avaliação clínica pode identificar pacientes com quadros congestivos ou hipovolêmicos, bem como pacientes com baixo débito cardíaco ou normal<sup>(20)</sup>.

Observa-se assim que o papel do enfermeiro na IC tem sido fortemente focado em intervenções terapêuticas, educativas e de autocuidado. Os pacientes com IC possuem demandas específicas de cuidado, sendo importante a conscientização do enfermeiro assistencial acerca do seu papel como educador, na atenção básica ou na internação, favorecendo a melhora da qualidade de vida, adesão terapêutica como também prevenindo novas descompensações<sup>(20)</sup>.

O tamanho pequeno da amostra representa uma limitação do estudo, no entanto, não é um impedimento para que os resultados possam auxiliar no planejamento de cuidados aos idosos acometidos por insuficiência cardíaca.

## ● CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil epidemiológico de ocorrência de IC em idosos hospitalizados é representado por homens, na faixa etária entre 60 a 79 anos, com uma média de idade de 72,9 anos (dp=8,3), variação entre 60 e 97 anos, casados, analfabetos e com renda mensal de um a dois salários mínimos.

Quanto à etiologia, o tipo hipertensivo apresentou-se como uma das principais causas, principalmente na faixa etária de 60 a 79 anos. A análise sobre a quantidade de medicamentos em uso por esses pacientes demonstrou que a maioria deles utiliza de três a cinco medicamentos diariamente.

Verificou-se a vulnerabilidade da população em estudo aos fatores de risco cardiovascular, sobressaindo-se entre outras doenças a hipertensão arterial e a diabetes. Os resultados desse estudo podem auxiliar no planejamento do cuidado de enfermagem e na elaboração de medidas de prevenção para IC. Desse modo é importante que o enfermeiro compreenda que as doenças crônicas requerem do profissional um raciocínio clínico e crítico constante, o que possibilita melhor tratamento e atenção aos idosos desse grupo de risco.

## ● REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Qualidade de Vida relacionada à Saúde em Idosos com Insuficiência Cardíaca: avaliação com instrumento específico. *Acta paul. enferm.* [Internet] 2011;24(2) [acesso em 08 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200004>.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet] 2010;95(Suppl. 1) [acesso em 28 mar 2015]. Disponível: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_ERRATA.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf).
4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
5. Silva SJ, Porto JDS, Rassi S. Como diagnosticar e tratar insuficiência cardíaca. *Rev BrasMed.* [Internet] 2012;69(12) [acesso em 28 jan 2015]. Disponível: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5287](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5287).
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
7. Fernandes GA, Lima ACG, Siqueira e Silva D, de Oliveira RA, Coelho e Silva G, de Carvalho JO. Avaliação do risco do infarto do miocárdio e morte súbita em idosos em Barras-Piauí. *G&S.* [Internet] 2014 [acesso em 28 jan 2015]. Disponível: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/987>.
8. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq.Bras. Cardiol.* [Internet] 2012;98(Suppl. 1) [acesso em 08 mar 2015]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n1s1/v98n1s1a01.pdf>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2012;21(1) [acesso em 18 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>.
11. de Oliveira Neto JG, de Carvalho DA, Sá GGM, Monteiro MM, Lopes KDCL, de Carvalho e Martins MD. Pressão Arterial e Perfil Socioeconômico de Idosos Atendidos na Estratégia Saúde da Família de Floriano-Piauí. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*[Internet] 2014;7(2) [acesso em 17 out 2015]. Disponível: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewArticle/238>.
12. Pena FM, Carreira MAMQ, de Faria CAC, Modenesi RF, Barcelos AF, Piraciaba MCT, et al. Sintomas depressivos e hospitalizações por insuficiência cardíaca: prevalência, preditores e mortalidade. *Insuf.card.* [Internet] 2010;5(4) [acesso em 08 nov 2015]. Disponível: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622010000400004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622010000400004).
13. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet] 2010;95(3) [acesso em 20 mai 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000102>.
14. Gai EN, Klein CH, de Oliveira GMM. Mortalidade por insuficiência cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*[Internet] 2010;94(1) [acesso em 23 jun 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000100010>.
15. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, de Oliveira WA, de Almeida DR, et al. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet] 2009;93(Suppl. 1) [acesso em 22 mar 2015]. Disponível: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1s1/abc93\\_1s1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1s1/abc93_1s1.pdf).
16. Alvarenga PP, Pereira DS, Anjos DMC. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. *Rev. bras. fisioter.* [Internet] 2010;14(6) [acesso em 08 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000600007>.

17. Echazarreta DF. Insuficiencia cardíaca y síndrome cardio-renal. *Insuf. card.* [Internet] 2010;5(2) [acesso em 12 abr 2015]. Disponível: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622010000200006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622010000200006).

18. Moreira TMM, Gomes EB, dos Santos JC. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet] 2010;31(4) [acesso em 08 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400008>.

19. Lins SMSB, do Espírito Santo FH, Fuly PSC, Fialho LGF. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em unidade coronariana. *Ciênc Cuid Saúde.* [Internet] 2013;12(2) [acesso em 08 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.18657>.

20. Galvão PCC, Gomes ET, Figueirêdo TR, Bezerra, SMMS. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2016;21(2) [acesso em 11 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44646>.