

Caracterização sociodemográfica, perfil clínico e cognitivo de pacientes com Insuficiência Cardíaca

Sociodemographic characterization, clinical and cognitive profile of patients with Heart Failure

Caracterización sociodemográfica, perfil clínico y cognitivo de pacientes con Insuficiencia Cardiaca

Recebido: 10/08/2021 | Revisado: 15/08/2021 | Aceito: 16/08/2021 | Publicado: 18/08/2021

Gabriela Silva Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2180-5580>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: gabiolivers2506@gmail.com

Cleidinaldo Ribeiro de Goes Marques

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2026-1112>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: clei_ribeiro@hotmail.com

Ana Liz Pereira de Matos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4584-5827>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: analizuneb@gmail.com

Arthur Cesar de Melo Tavares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3814-390X>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: arthur.melo.tavares@hotmail.com

Camila Oliveira Serra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8138-5181>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: kmila.serra@hotmail.com

Emmely da Silva Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9449-9727>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: emmelyleite1234@gmail.com

Luana da Conceição Costa Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1125-8552>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: luanacardoso.ccc@gmail.com

Ana Vitória Souza Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7480-8104>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: anavitoriasouza@gmail.com

Edna das Virgens Santana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5731-6407>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: ednasantana772@gmail.com

Breno Cezar Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7062-5020>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: begno.enf.unit@gmail.com

Yasmim Anayr Costa Ferrari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1766-341X>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: yasmimanayr@hotmail.com

Jean Pablo Alves dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6140-2124>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: jean_pablo@hotmail.com

Eduesley Santana Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8545-5677>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: eduesley.santos@gmail.com

Resumo

Insuficiência Cardíaca (IC) é considerada um dos principais problemas de saúde no mundo. Esse fato chama atenção para a necessidade de conhecer e ampliar as discussões acerca das variáveis que estão correlacionadas ao

desenvolvimento dessa doença. O objetivo foi caracterizar variáveis socioeconômicas, clínicas e cognitivas de pacientes com IC. Estudo transversal, quantitativo e descritivo, composto por pacientes com IC internados em enfermarias da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, em um período de 12 meses entre os anos de 2018 a 2019. Utilizou-se a entrevista para aplicação de questionário clínico e sociodemográfico e avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram incluídos 100 pacientes com média de idade de 59 ± 15 anos, 51% do sexo feminino. A renda familiar majoritariamente até um salário mínimo (57%), tempo de escolaridade de um a sete anos (41%). Quanto aos aspectos clínicos, 34% tinham tempo de IC maior que cinco anos, 40% de etiologia valvar, 51% com classificação funcional classe III, 43% tinham hipertensão arterial sistêmica, 37% realizaram cirurgias cardíacas no último ano e 13% angioplastia como procedimento invasivo mais realizado. Em relação ao MEEM, a média foi de 21 ± 6 pontos, apresentando *scores* altos nos domínios avaliados isoladamente, exceto na “atenção e cálculo” e “memória de evocação”. O perfil socioeconômico e clínico, além do *status* cognitivo podem auxiliar o direcionamento do manejo dos pacientes, de modo a gerir a terapêutica de acordo com as diferentes especificidades de cada paciente.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Doença cardiovascular; Socioeconômico; Perfil de saúde; Cognição.

Abstract

Heart failure (HF) is considered one of the main health problems in the world. This fact draws attention to the need to know and expand discussions about the variables that are correlated to the development of this disease. The objective was to characterize socioeconomic, clinical and cognitive variables of patients with HF. Cross-sectional, quantitative and descriptive study, composed of patients with HF hospitalized in the wards of the Hospital de Beneficência in Surgery, over a 12-month period between 2018 and 2019. Interviews were used to apply a clinical and questionnaire. sociodemographic and evaluation of the Mini Mental State Examination (MMSE). One hundred patients with a mean age of 59 ± 15 years, 51% female, were included. Family income mostly up to one minimum wage (57%), schooling from one to seven years (41%). As for clinical aspects, 34% had HF for more than five years, 40% had valve etiology, 51% had a class III functional classification, 43% had systemic arterial hypertension, 37% had undergone cardiac surgery in the last year, and 13% had angioplasty as most performed invasive procedure. Regarding the MMSE, the mean was 21 ± 6 points, with high scores in the domains evaluated separately, except for “attention and calculation” and “recalling memory”. The socioeconomic and clinical profile, in addition to the cognitive status can help guide the management of patients, in order to manage therapy according to the different specificities of each patient.

Keywords: Heart failure; Cardiovascular disease; Socioeconomic; Health profile; Cognition.

Resumen

La insuficiencia cardíaca (IC) es considerada uno de los principales problemas de salud en el mundo. Este hecho llama la atención sobre la necesidad de conocer y ampliar las discusiones sobre las variables que se correlacionan con el desarrollo de esta enfermedad. El objetivo fue caracterizar variables socioeconómicas, clínicas y cognitivas de pacientes con IC. Estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, compuesto por pacientes con IC hospitalizados en las salas del Hospital de Beneficência en Cirugía, durante un período de 12 meses entre 2018 y 2019. Se utilizaron entrevistas para aplicar un cuestionario clínico y cuestionario. sociodemográfico y evaluación del Mini Examen del Estado Mental (MEEM). Se incluyeron 100 pacientes con una edad media de 59 ± 15 años, 51% mujeres. Ingresos familiares mayoritariamente hasta un salario mínimo (57%), escolaridad de uno a siete años (41%). En cuanto a los aspectos clínicos, el 34% tenía IC desde hacía más de cinco años, el 40% tenía etiología valvular, el 51% tenía una clasificación funcional clase III, el 43% tenía hipertensión arterial sistémica, el 37% se había sometido a cirugía cardíaca en el último año y 13% se sometió a angioplastia como procedimiento más invasivo realizado. En cuanto al MEEM, la media fue de 21 ± 6 puntos, con puntuaciones altas en los dominios evaluados por separado, excepto en “atención y cálculo” y “recuerdo de memoria”. El perfil socioeconómico y clínico, además del estado cognitivo, pueden ayudar a orientar el manejo de los pacientes, con el fin de manejar la terapia de acuerdo con las diferentes especificidades de cada paciente.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca; Enfermedad cardiovascular; Socioeconómico; Perfil de salud; Cognición.

1. Introdução

Conforme Organização Mundial da Saúde (OMS), doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de desordens do coração e vasos sanguíneos, sendo uma das principais causas de morte no mundo. Estima-se que a mortalidade por DCV atinja aproximadamente 17.9 milhões de pessoas por ano (Who, 2017).

Via final da maioria das DCVs, a Insuficiência Cardíaca (IC) é amplamente reconhecida como um dos principais problemas de saúde (Benjamin *et al.*, 2018 | Brann, Tran & Greenberg, 2019). Caracteriza-se por uma desordem funcional ou

estrutural do coração que prejudica a função do ventrículo em armazenar ou ejetar sangue, dessa forma o aporte sanguíneo para o organismo é comprometido (De Araújo, Da Nóbrega & Garcia, 2013 | Hayes *et al.*, 2015).

Como consequência, os pacientes com IC podem apresentar uma redução substancial em sua qualidade de vida, além do risco aumentado de hospitalizações repetidas e morte prematura (Ambrosy *et al.*, 2014). A IC prevalece em 1% a 3% na população adulta em geral e de 15% após os 65 anos de idade (Çavuşoğlu *et al.*, 2017). No Brasil, entre os anos de 2015-2020, o número de internações hospitalares pela IC ultrapassou 1,2 milhão de casos. Na região Nordeste do país, registraram-se 273.814 pacientes internados por esta síndrome, destes, 5.365 sendo em Sergipe e com registro de 1.052 óbitos (Brasil, 2021).

O prognóstico a longo prazo da IC ainda é ruim e possui baixa sobrevida (De Almeida Neto *et al.*, 2016). Dessa forma, é importante que o profissional de saúde possa avaliar o impacto à saúde, para que seja possível estabelecer prioridades e definir o tratamento terapêutico adequado (Çavuşoğlu *et al.*, 2017).

Adicionalmente, pacientes com IC podem ser acometidos com declínio cognitivo (Hammond *et al.*, 2018), o que contribui para morte prematura, redução da capacidade funcional e dependência, menor aderência a terapia e consequentemente impactos negativos na qualidade de vida (Zuccalà *et al.*, 2003). Mecanismos como a hipoperfusão cerebral crônica, disrupção na barreira hematoencefálica, remodelamento vascular, inflamação sistêmica e disfunção endotelial são sugeridos para explicar o declínio cognitivo associado à IC (Doehner *et al.*, 2018).

As consequências da IC são de natureza multifatorial, portanto é fundamental a criação de ferramentas que aperfeiçoem ações de planejamento no tratamento e acompanhamento dos pacientes (Kapłon-Cieślicka, Drożdż & Filipiak, 2017). Contudo, mesmo com a frequente abordagem aos pacientes com IC em estudos na área de cardiologia, a compreensão de seu perfil clínico e socioeconômico ainda é pouco discutida (De Almeida Neto *et al.*, 2016).

Esse fato mostra a necessidade de ampliar as discussões acerca dessas variáveis, tendo em vista suas fortes correlações com a IC (Balieiro *et al.*, 2009 | Lindvall, Hultman & Jackson, 2014 | De Almeida Neto *et al.*, 2016). Outros estudos já foram realizados com objetivo de avaliar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes com IC em Aracaju, Sergipe. Entretanto, o presente estudo pretende ampliar essas discussões, apontando as especificidades dessa população, além de avaliar o *status* cognitivo de pacientes com IC. Dessa forma, o objetivo dessa análise foi caracterizar variáveis socioeconômicas, clínicas e cognitivas de pacientes com IC de diferentes etiologias e classes funcionais.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo e descritivo (Köche, 2011), vinculado a um ensaio clínico randomizado (ECR) intitulado “Impacto de uma intervenção educativa no pós alta hospitalar de pacientes com IC: ECR”, sob o número RBR-8dymr8 e norteado pelo enunciado CONSORT na sua execução.

A participação na pesquisa foi condicionada à concordância dos participantes por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto à execução da pesquisa, foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) respeitando todos os critérios éticos de busca de dados sob número de parecer 2.897.628 (CAAE: 93856218.0.0000.5546).

Amostra não probabilística, composta por pacientes com IC em acompanhamento nas enfermarias da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC). A escolha do mesmo se deu por ser referência ao atendimento de pacientes cardíacos no estado de Sergipe. Foram incluídos adultos com 18 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, internados por descompensação clínica da IC. Foram inelegíveis adultos que se recusaram a participar da pesquisa e portadores de transtornos neurológicos com impossibilidade de compreensão às perguntas realizadas.

A coleta foi realizada ao menos um turno por dia entre os meses de dezembro de 2018 a dezembro de 2019. Os pacientes recrutados foram avaliados em apenas um momento. Inicialmente, os mesmos foram esclarecidos quanto à realização da pesquisa e assinaram o TCLE. Em seguida, foi aplicado o questionário sociodemográfico e clínico próprio da pesquisa. Por fim, com o objetivo de avaliar a função cognitiva, foi então aplicado Mini Exame do Estado Mental (MEEM), proposto originalmente por Folstein et al. (1975), traduzida e modificada para o português (Bertolucci *et al.*, 1994 | Brucki *et al.*, 2003).

Esse questionário apresenta 11 domínios a serem avaliados: Orientação temporal, Orientação espacial, Registro, Atenção e cálculo, Memória de evocação, Nomear dois objetos, Repetir, Comando de Estágios, Escrever uma frase completa, Ler e executar e Copiar diagrama. Quanto à pontuação do MEEM, para cada questão foi atribuído o *score* “0” se o avaliado não conseguisse respondê-la ou executá-la e o *score* “1” caso conseguisse. O *score* total possível foi de 31 pontos.

Os dados coletados foram gerenciados no programa Microsoft Office Excel® 10. A tabulação dos dados foi realizada por um pesquisador independente e duplamente conferida. Caso encontrada alguma inconsistência, os dados originais foram consultados no questionário. O *software Statistical Package for the Social Science*® (SPSS) versão 25 foi utilizado para as análises estatísticas. Foram realizadas análises descritivas e os dados oriundos das variáveis quantitativas foram expressos em percentual (%) ou média \pm desvio padrão (DP).

3. Resultados

Fizeram parte do estudo 100 pacientes com IC com média de idade de 59 ± 15 anos, dos quais 49% foram do sexo masculino e 51% do feminino. A renda familiar dos pacientes está concentrada majoritariamente entre até um salário mínimo (57%) e de um a dois salários mínimos (32%), além de apresentarem tempo de escolaridade de um a sete anos (41%). As demais características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pacientes com IC.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA n (%)
Sexo, masculino, n (%)	49 (49%)
Idade (Média \pm DP)	59 ± 15
Raça	
Pardo, n (%)	52 (52%)
Negro, n (%)	24 (24%)
Branco, n (%)	22 (22%)
Oriental, n (%)	2 (2%)
Escolaridade	
Analfabeto, n (%)	27 (27%)
1 a 7 anos, n (%)	41 (41%)
≥ 8 anos, n (%)	32 (32%)
Reside em	
Aracaju, n (%)	37 (37%)
Lagarto, n (%)	5 (5%)
Itabaiana, n (%)	3 (3%)
Outros, n (%)	55 (55%)

Mora com	
Sozinho, n (%)	14 (14%)
Família, n (%)	86 (86%)
Renda familiar	
Até 1 salário mínimo, n (%) 1 a 2	57 (57%)
salários mínimos, n (%) 3 salários	32 (32%)
mínimos, n (%)	6 (6%)
≥ 4 salários mínimos, n (%)	5 (5%)
Tabagismo	
Sim, n (%)	6 (6%)
Não, n (%)	67 (67%)
Ex tabagista, n (%)	27 (27%)
Etilismo	
Sim, n (%)	64 (64%)
Não, n (%)	12 (12%)
Ex etilista, n (%)	24 (24%)
Atividade física, n (%)	20 (20%)
Esquema vacinal atualizado, n (%)	65 (65%)

Nota: DP = Desvio Padrão. Fonte: Acervo dos autores.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas dos pacientes com IC. Pode-se observar que a amostra é composta em sua maioria com tempo de IC maior que cinco anos (34%), além de a etiologia valvar ter predominância (40%). Ainda, observou-se que a classe funcional prevalente foi a NYHA III (51%) e 37% dos pacientes realizaram cirurgias cardíacas no último ano. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais prevalente (43%) e a angioplastia (13%) o procedimento cirúrgico mais realizado.

Tabela 2: Características clínicas.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA n (%)
Tempo de IC Até 1	
ano, n (%) 1 a 5	22 (22%)
anos, n (%)	25 (25%)
>5 anos, n (%)	34 (34%)
Não sabe, n (%)	19 (19%)
Etiologia Isquêmica, n	
(%) Hipertensiva, n	10 (10%)
(%) Valvar, n (%)	27 (27%)
Alcoólica, n (%)	40 (40%)
Idiopática, n (%)	2 (2%)
Não identificada, n (%)	1 (1%)
	20 (20%)

Classe funcional NYHA	
I, n (%)	7 (7%)
II, n (%)	31 (31%)
III, n (%)	51 (51%)
IV, n (%)	11 (11%)
FEVE (Média ± DP)	51±15
- FEVE reduzida, n (%)	19 (25%)
- FEVE intermediária, n (%)	14 (18%)
- FEVE preservada, n (%)	44 (57%)
Internações prévias por IC	
Sim, n (%)	43 (43%)
Não, n (%)	57 (57%)
Cirurgias, n (%)	37 (37%)
Angioplastia, n (%)	13 (13%)
Comorbidades	
HAS, n (%)	43 (43%)
DM, n (%)	35 (35%)
Deficiência, n (%)	24 (24%)
Dislipidemia, n (%)	13 (13%)
DPOC, n (%)	9 (9%)
Depressão, n (%)	7 (7%)
Asma, n (%)	6 (6%)
Hipo/Hipertireoidismo, n (%)	5 (5%)
Doença renal, n (%)	5 (5%)
Tratamento farmacológico	
Furosemida, n (%)	53 (53%)
Espironolactona, n (%)	45 (45%)
AAS, n (%)	42 (42%)
Captopril, n (%)	42 (42%)
Metoprolol/ Caverdilol, n (%)	41 (41%)
Sinvastatina, n (%)	38 (38%)
Clopidogrel, n (%)	19 (19%)
Digoxina, n (%)	18 (18%)
Amiodarona, n (%)	11 (11%)
Hidroclorotiazina, n (%)	6 (6%)

Nota: DP = Desvio Padrão. Fonte: Acervo dos Autores.

A Tabela 3 apresenta os *scores* relacionados ao nível de cognição avaliado pelo MEEM. Pode-se observar que a maioria da amostra figura entre os *scores* mais altos nos domínios avaliados, exceto na “atenção e cálculo”,

“memória de evocação”, “escrever frase completa” e “ler e executar”. Os demais detalhes dos resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3: Nível de cognição avaliado pelo MEEM.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA
Score total (Média±DP)	21±6
Orientação temporal (Média±DP)	4±1
0, n (%)	5 (5%)
1, n (%)	5 (5%)
2, n (%)	10 (10%)
3, n (%)	9 (9%)
4, n (%)	29 (29%)
5, n (%)	42 (42%)
Orientação espacial (Média±DP)	4±1
0, n (%)	3 (3%)
1, n (%)	1 (1%)
2, n (%)	15 (15%)
3, n (%)	16 (16%)
4, n (%)	36 (36%)
5, n (%)	29 (29%)
Registro total (Média±DP)	3±1
0, n (%)	5 (5%)
1, n (%)	1 (1%)
2, n (%)	5 (5%)
3, n (%)	89 (89%)
Atenção e cálculo (Média±DP)	2±2
0, n (%)	29 (29%)
1, n (%)	10 (10%)
2, n (%)	14 (14%)
3, n (%)	14 (14%)
4, n (%)	11 (11%)
5, n (%)	22 (22%)
Memória de evocação (Média±DP)	2±1
0, n (%)	23 (23%)
1, n (%)	23 (23%)
2, n (%)	31 (31%)
3, n (%)	22 (22%)
4, n (%)	0 (0%)
5, n (%)	1 (1%)
Nomear dois objetos (Média±DP)	2±0
0, n (%)	5 (5%)
1, n (%)	3 (3%)
2, n (%)	92 (92%)
Repetir frase (Média±DP)	1±0
0, n (%)	8 (8%)
1, n (%)	92 (92%)

Comando de estágios (Média±DP)	3±1
0, n (%)	6 (6%)
1, n (%)	2 (2%)
2, n (%)	6 (6%)
3, n (%)	86 (86%)
Escrever frase completa (Média±DP)	0±1
0, n (%)	60 (60%)
1, n (%)	40 (40%)
Ler e executar (Média±DP)	0±1
0, n (%)	54 (54%)
1, n (%)	46 (46%)
Desenhar diagrama (Média±DP)	1±1
0, n (%)	46 (46%)
1, n (%)	54 (54%)

Nota: DP = Desvio Padrão. Fonte: Acervo dos autores.

4. Discussão

O presente estudo caracterizou as variáveis socioeconômicas, clínicas e cognitivas de 100 pacientes com IC de diferentes etiologias e classes funcionais. Quanto ao perfil sociodemográfico destes participantes, houve um equilíbrio quantitativo no que diz respeito ao sexo masculino e feminino (49 e 51, respectivamente).

Indivíduos do sexo masculino, principalmente com baixa escolaridade, são mais suscetíveis à exposição aos fatores de riscos das DCVs e, conseqüentemente, possuem maior taxa de mortalidade (De Almeida Neto *et al.*, 2016 | Mozaffarian *et al.*, 2016 | Spinar *et al.*, 2011). Contudo, por apresentarem uma expectativa de vida superior à masculina, as mulheres com IC tendem a ser mais velhas e apresentem associação com outras comorbidades, como hipertensão, ao passo que os homens são mais acometidos com doença arterial coronariana (Lee *et al.*, 2004). Neste estudo não foi possível realizar essa comparação, pois o desfecho dos pacientes não fez parte dos objetivos do trabalho.

No que diz respeito à etnia, predominaram os participantes autodeclarados pardos. Porém, houve equilíbrio entre os demais que se declararam negros e brancos. Este dado reflete o perfil de miscigenação do estado. Pacientes negros e hispânicos com IC tendem a ter mais fatores de riscos relacionados às DCVs, incluindo menor FEVE e altas taxas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (Thomas *et al.*, 2011 | Vivo *et al.*, 2012 | Yancy *et al.*, 2008). Um estudo realizado por Ziaeeian e colaboradores (2017) objetivou analisar as características clínicas de pacientes com FEVE reduzida em relação à etnia e observou que pacientes negros têm maior taxa de readmissão comparado à pessoas brancas, independente de fatores socioeconômicos e características do hospital ao qual o paciente foi internado.

Fatores socioeconômicos também foram analisados neste estudo. A amostra foi majoritariamente formada por pacientes de baixa renda, de modo que 57% recebem até um salário mínimo e 32% entre um e dois salários. A renda familiar é um dos indicadores que definem o status socioeconômico e estudos indicaram que o baixo status socioeconômico foi considerado preditor do aumento nas readmissões em pacientes com IC (Foraker *et al.*, 2011 | Philbin *et al.*, 2001).

De Almeida Neto e colaboradores (2016) afirmam que indicadores socioeconômicos relativos à renda são importantes marcadores, pois uma melhor renda proporciona acesso a bens e serviços, já a desigualdade de renda está diretamente associada à mortalidade. Logo, sugere-se que a procura dos serviços de saúde por motivos preventivos é maior para a população de melhor poder aquisitivo (Loures & Porto, 2009).

Outro importante indicador desse status é o nível educacional, que também reflete negativamente na saúde do paciente, tendo em vista que está relacionado às práticas de educação em saúde. McNaughton e outros autores (2015)

encontraram uma correlação entre menor educação em saúde e maiores taxas de mortalidade em pacientes com IC. Dessa forma, mostra-se importante direcionar a atenção à saúde para as populações com baixa instrução social e escolar, seja por recrutamento de profissionais de saúde especializados e/ou por políticas de saúde específicas (De Almeida Neto *et al.*, 2016).

Quanto ao perfil clínico, os pacientes tinham IC com FEVE preservada em 57% dos pacientes e FEVE reduzida em 25%. Dados epidemiológicos mostram que embora a prevalência de IC com FEVE preservada esteja aumentando em comparação com a prevalência de IC com FEVE reduzida, os pacientes com FEVE preservada têm maior probabilidade de serem mais velhos, do sexo feminino e brancos, e tendem a ter mais comorbidades não cardíacas (Goyal *et al.*, 2016).

A menor quantidade de sangue ejetado pelo coração aos sistemas corporais aumenta sintomas provocados pela cardiopatia, o que pode acarretar dispneia e fadiga durante a prática de exercícios físicos ou atividades de vida diária, causando restrição das atividades cotidianas e consequente limitação na capacidade funcional (De Almeida Neto *et al.*, 2016 | Yancy *et al.*, 2017). Frente a isso, torna-se essencial a atuação de profissionais de saúde, em especial enfermeiros de atenção primária à saúde, no acompanhamento destes pacientes realizando atividades de cunho educativo para prevenir complicações clínicas futuras.

No que diz respeito à capacidade funcional, foi utilizada a classificação da *New York Heart Association* (NYHA). Nesta avaliação, indivíduos sem sintomas durante atividades cotidianas são classificados NYHA I, em NYHA II aqueles com sintomas leves durante as atividades de vida diárias, NYHA III quando os sintomas são desencadeados aos mínimos esforços e IV quando o paciente apresenta sintomas em repouso (De Almeida Neto *et al.*, 2016).

Neste estudo, a amostra foi composta, principalmente, de pacientes de classe funcional II (31%) e III (51%). Tem sido destacada a importância de estratificar os pacientes de acordo com a sua classe funcional para traçar o direcionamento da terapêutica (De Almeida Neto *et al.*, 2016). Há uma correlação significativa entre a classificação NYHA avançada e mortalidade, o que denota a necessidade de uma boa caracterização dessa variável (Faria *et al.*, 2014). Neste estudo, os pacientes foram avaliados em diferentes momentos da internação, alguns sendo antes de procedimentos cirúrgicos e outros pós período de internação em Unidade de Terapia Intensiva, fato que impacta no número de pacientes NYHA III.

A IC de etiologia valvar e a HAS como comorbidade associada foram predominantes. Embora alguns estudos corroborem esses resultados, sobretudo em relação às comorbidades, De Almeida Neto e colaboradores (2016) obtiveram em seus resultados a etiologia valvar como a menos decorrente entre seus pacientes. Os autores sugerem que esse fenômeno pode estar relacionado ao fato de que a maioria das lesões valvares é secundária à febre reumática por infecção estreptocócica principalmente em crianças e adolescentes (Rolande *et al.*, 2012 | Souza *et al.*, 2014). No presente estudo a amostra variou entre 19 e 90 anos de idade, esse amplo alcance não permite associar com precisão à etiologia predominante com a população.

Não somente, pacientes com IC frequentemente apresentam múltiplas comorbidades que podem dificultar o manejo terapêutico e contribuir para desfechos negativos (Su *et al.*, 2019 | Van Deursen *et al.*, 2014). Conforme a Sociedade Europeia de Cardiologia, 74% dos pacientes com IC tem, pelo menos, uma comorbidade (Van Deursen *et al.*, 2014). As comorbidades mais comuns relatadas em pacientes com IC são doença renal crônica, anemia, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (Ross *et al.*, 2010). Nesse estudo os pacientes relataram, principalmente, HAS (43%) e DM (35%), corroborando dados prévios (Llorens *et al.*, 2008).

Em relação ao nível de cognição, a maioria da amostra avaliada obteve *scores* mais altos nos domínios avaliados pelo MEEM, exceto na “atenção e cálculo”, “memória de evocação”, “escrever frase completa” e “ler e executar”. Segundo Lee e colaboradores (2019), fatores com o avanço da idade, baixo nível educacional, etnicidade não branca e classificação funcional

II ou maior com base na NYHA são significativamente associados à um declínio funcional e diminuição no *score* do MEEM.

Em estudo similar, Dias, Santos e Ferreira (2011) investigaram o estado mental de 30 indivíduos adultos (idade $63,1 \pm 12,9$) e apontaram que os valores do MEEM variaram de 14 a 23 pontos, sendo que 60% de sua amostra obteve *scores* entre 19 e 23, valores que corroboram a média encontrada no presente estudo. Entretanto, esses resultados precisam ser analisados com cautela, tendo em vista que o declínio cognitivo também pode estar relacionado com questões étnicas, status socioeconômico e condição clínica no momento da avaliação.

Neste estudo, os pacientes foram abordados e avaliados em momentos que não viessem interferir na avaliação da cognição, sendo realizada consulta prévia a familiares, profissionais do setor e o próprio paciente quanto à disponibilidade de responder os questionamentos. Contudo, ainda são necessários estudos que forneçam dados de correlação entre essas variáveis.

Os resultados aqui apresentados são de grande importância para dar suporte à conduta terapêutica adotadas no tratamento de pacientes com IC. Entretanto, o estudo apresenta algumas limitações que não nos permite explorar todos os resultados às práticas profissionais, como por exemplo, a não estratificação dos pacientes por sexo e idade, de modo que fosse possível sugerir o comportamento das características sociodemográficas, clínicas e de nível cognitivo dentro de diferentes populações. Além disso, embora não tenha sido a proposta do estudo, não foi realizada nenhuma estatística inferencial que nos permitisse a comparação entre variáveis. Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos que possam contribuir respostas mais consistentes que permitam estabelecer orientações à prática do profissional em saúde.

5. Conclusão

O perfil sociodemográfico, clínico e o nível de cognição avaliados por meio desse estudo caracteriza pacientes equilibradamente distribuídos entre os sexos masculino e feminino, com baixo *status* socioeconômico e baixo nível de escolaridade, que apresentam em sua maioria IC de etiologia valvar associada à diversas comorbidades, principalmente à HAS, além de apresentarem bons níveis de cognição.

Esses dados são de suma importância devido sua utilização no direcionamento de uma terapêutica eficaz e adequada para os pacientes que possuem essa patologia. Não somente, possui embasamento científico para estudo paralelo que busca avaliar outros desfechos, tais como mortalidade e readmissão, como também dados para readequação da assistência prestada a estes pacientes dentro do serviço no qual a coleta foi realizada.

Sugerem-se trabalhos futuros que avaliem a função cognitiva/educacional de familiares e cuidadores de pacientes com IC, pois estes necessitam de conhecimento adequado da doença para melhor manejo clínico em domicílio e, consequentemente, manutenção da estabilidade da doença.

Referências

- Ambrosy, A. P., Fonarow, G. C., Butler, J., Chioncel, O., Greene, S. J., & Vaduganathan, M. *et al.* (2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: Lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol*, 63(12), 1123-1133. 10.1016/j.jacc.2013.11.053.
- Balieiro, H. M., Osugue, R. K., Rangel, S. P., Brandão, R., Balieiro, T. L., & Bernadez, S. *et al.* (2009). Perfil clínico-demográfico e indicadores de qualidade da insuficiência cardíaca em uma área rural. *Arq Bras Cardiol*, 93(6), 687-691. 10.1590/S0066-782X2009001200020.
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., & Cheng, S. *et al.* (2018). Heart disease and stroke statistics: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492. 10.1161/CIR.0000000000000558.

- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, 1(52), 1-7. <https://www.scielo.br/j/np/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/?format=pdf&lang=pt>.
- Brann, A., Tran, H., & Greenberg, B. (2019). Contemporary approach to treating heart failure. *Trend Cardiovasc Med*, 30(8), 507-518. 10.1016/j.tcm.2019.11.011.
- Brasil, M. D. S. (2021). Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, *Sistema de Informações Hospitalares*. <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm> 2021.
- Brasil, M. D. S. (2021). Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. *Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade*. <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm> 2021.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 3(61), 777-781. 10.1590/S0004-282X2003000500014.
- Çavuşoğlu, Y., Zoghi, M., Eren, M., Bozçalı, E., Kozdag, G., Senturk, T., & Alicik, G. *et al.* (2017). Post-discharge heart failure monitoring program in Turkey: Hit-PoinT. *Anatol J Cardiol*, 17 (2), 107-112. 10.14744 / AnatolJCardiol.2016.6812.
- De Almeida Neto, O. P., Cunha, C. M., Cravo, G. D., Paulo, B. E., Teodoro, L., Almeida V. F., & Pedrosa, L. A. K. (2016). Perfil clínico e socioeconômico de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Aten. Saúde*, 14(50), 26-33. 10.13037/rbcs.vol14n50.3971.
- De Araújo, A. A., Da Nóbrega, M. M. L., Garcia, T. R. (2013). Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 385-392. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200016>.
- Dias, I. A., Santos, L. S., & Ferreira, L. N. (2011). Avaliação da independência funcional e estado mental de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, 4(1), 144-155. https://www.fainor.com.br/v2/?page_id=995.
- Doehner, W., Ural, D., Haeusler, K.G., Celutkiene, J., Bestetti, R., & Cavusoglu, Y. *et al.* (2018). Heart and brain interaction in patients with heart failure: overview and proposal for a taxonomy. A position paper from the Study Group on Heart and Brain Interaction of the Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail*, 20(2), 199-215. 10.1002/ejhf.1100.
- Faria, A. P. C., Modolo, R., Moreno, B. V. D., & Moreno, H. (2014). Effects of PDE type 5 inhibitors on Left Ventricular Diastolic Dysfunction in Resistant Hypertension. *Arq. Bras. Cardiol*, 104 (1), 85-89. <https://doi.org/10.5935/abc.20140159>.
- Foraker, R. E., Rose, K. M., Suchindran, C. M., Chang, P. P., McNeill, A. M., & Rosamond, W. D. (2011). Socioeconomic Status, Medicaid Coverage, Clinical Comorbidity, and Rehospitalization or Death After an Incident Heart Failure Hospitalization: Atherosclerosis Risk in Communities Cohort (1987 to 2004). *Circulation*, 4(3), 308-316. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.110.959031>.
- Goyal, P., Almarzooq, Z. I., Horn, E. M., Karas, M. G., Sobol, I., & Swaminathan, R.V. *et al.* (2016). Characteristics of Hospitalizations for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Am J Med*, 129(6), 635.e15-26. 10.1016/j.amjmed.2016.02.007. PMID: 27215991.
- Hammond, C. A., Blades, N. J., Chaudhry, S. I., Dodson, J. A., Longstreth Jr, W. T., & Heckbert, S. R. *et al.* (2018). Long-Term Cognitive Decline After Newly Diagnosed Heart Failure: Longitudinal Analysis in the CHS (Cardiovascular Health Study). *Circ Heart Fail*, 11(3), 44-76. 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.004476.
- Hayes, S. M., Peloquin, S., Howlett, J.G., Harkness, K., Giannetti, N., & Rancourt, C. *et al.* (2015). A qualitative study of the current state of heart failure community care in Canada: what can we learn for the future? *BMC Health Services Research*, 15(290), 1-10. doi 10.1186/s12913-015-0955-4.
- Iyngkaran, P., Majoni, W., Cass, A., Sanders, P., Ronco, C., & Brady, S. *et al.* (2015). Northern Territory Perspectives on Heart Failure with Comorbidities—Understanding Trial Validity and Exploring Collaborative Opportunities to Broaden the Evidence Base. *Heart Lung Circ*, 24(6), 536-43. 10.1016/j.hlc.2014.12.007.
- Iyngkaran, P., Liew, D., Neil, C., Driscoll, A., Marwick, T. H., & Hare, D. L. (2018). Moving From Heart Failure Guidelines to Clinical Practice: Gaps Contributing to Readmissions in Patients With Multiple Comorbidities and Older Age. *Clin Med Insights Cardiol*, 4(12), 1179546818809358. 10.1177/1179546818809358.
- Kapłon-Cieślicka, A., Drożdż, J., & Filipiak, K. J. (2017). Prognostic factors in heart failure - are they all equally important? *Kardiologia Pol*, 75(6), 519-526. 10.5603/KP.a2017.0088.
- Köche, J. C. (2011). *Fundamentos de metodologia científica : teoria da ciência e iniciação à pesquisa*. Petrópolis, Vozes. Disponível em: http://www.adm.ufrpe.br/sites/ww4.deinfo.ufrpe.br/files/Fundamentos_de_Metodologia_Cienti%CC%81fica.pdf.
- Lee, T. C., Qian, M., Liu, H., Graham, S., Mann, D. L., & Nakanishi, K. *et al.* (2019). Cognitive Decline Over Time in Patients With Systolic Heart Failure. *JACC: Heart Failure*, 7(12), 1042-1053. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.09.003>.
- Lee, W. Y., Capra, A. M., Jensvold, N. G., Gurwitz, J. H., & Go, A. S. (2004). Gender and risk of adverse outcomes in heart failure. *Am J Cardiol*, 94(9), 1147-52. 10.1016/j.amjcard.2004.07.081.
- Lindvall, C., Hultman, T. D., & Jackson, V. A. (2014). Overcoming the barriers to palliative care referral for patients with advanced heart failure. *J Am Heart Assoc*, 3(1), e000742. 10.1161 / JAHA.113.000742.
- Loures, M. C., & Porto, C. C. (2009). A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2317-2318. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600040>.
- Loures, V. A., Noronha, M. F. A., Bastos, R. G., & Girardi, J. M. (2009). Aspectos clínicos e epidemiológicos da insuficiência cardíaca. *HU revista*, 35(2), 89-96. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/379>.

- Mcnaughton, C. D., Cawthon, C., Kripalani, S., Liu, D., Storrow, A. B., & Roumie, C. L. (2015). Health Literacy and Mortality: A Cohort Study of Patients Hospitalized for Acute Heart Failure. *J Am Heart Assoc*, 4(5), e001799. 10.1161/JAHA.115.001799.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett D. K., Blaha, M. J., & Cushman, M. *et al.* (2016). Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38-360. 10.1161/CIR.0000000000000350.
- Philbin, E. F., Dec, G. W., Jenkins, P. L., & DiSalvo, T. G. (2001). Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. *Am J Cardiol*. 2001 Jun 15;87(12):1367-71. 10.1016/s0002-9149(01)01554-5.
- Rolande, D. M. S., Fantini, J. P., Cardinali Neto, A., Cordeiro, J. A., & Bestetti, R. B. (2012). Determinantes prognósticos de pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica. *Arq. Bras. Cardiol*, 98(1), 76-94. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000123>.
- Ross, J.S., Chen, J., Lin, Z., Bueno, H., Curtis, J.P., & Keenan, P.S. *et al.* (2010). Recent national trends in readmission rates after heart failure hospitalization. *Circ Heart Fail*, 3(1), 97-103. 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.109.885210.
- Souza, C. S., Stein, A. T., Bastos, G. A. N., & Pellanda, L. C. (2014). Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the “HiperdiaProgram”: A Territory-Based Study. *Arq. Bras. Cardiol*, 102 (6), 571-578. <https://doi.org/10.5935/abc.20140081>
- Spinar, J., Parenica, J., Vitovec, J., Widimsky, P., & Linhart, A. *et al.* (2011). Baseline characteristics and hospital mortality in the Acute Heart Failure Database (AHEAD) Main registry. *Critical Care*, 15(6), R291. <https://doi.org/10.1186/cc10584>.
- Su, A, Al’Aref, S. J., Beecy, A. N., Min, J. K., & Karas, M. G. (2019). Clinical and Socioeconomic Predictors of Heart Failure Readmissions: A Review of Contemporary Literature. *Mayo Clin Proc*, 94(7), 1304-1320. 10.1016/j.mayocp.2019.01.017.
- Thomas, K. L., Hernandez, A. F., Dai, D., Heidenreich, P., Fonarow, G. G., & Peterson, E. D. *et al.* (2011). Association of race/ethnicity with clinical risk factors, quality of care, and acute outcomes in patients hospitalized with heart failure. *Am Heart J*, 161(4), 746-54. 10.1016/j.ahj.2011.01.012.
- Van Deursen, V. M., Urso, R., Laroche, C., Damman, K., Dahlstrom, U., & Tavazzi, L. *et al.* (2014). Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey: Co-morbidities in heart failure. *Eur J Heart Fail*, 16(1), 103-11. 10.1002/ejhf.30.
- Vivo, R. P., Krim, S. R., Krim, N. R., Zhao, X., Hernandez, A. F., & Peterson, E. D. *et al.* Care and Outcomes of Hispanic Patients Admitted With Heart Failure With Preserved or Reduced Ejection Fraction: Findings From Get With The Guidelines–Heart Failure. *Circulation*, 5(2), 167–175. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.963546>.
- World Health Organization (W.H.O). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. (2017). Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))>.
- Yancy, C. W., Abraham, W. T., Albert, N. M., Clare, R., Stough, W. G., & Gheorghiade, M. *et al.* (2008). Quality of Care of and Outcomes for African Americans Hospitalized With Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*, 51(17), 1675-84. 10.1016/j.jacc.2008.01.028.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey Jr, D. E., & Colvin, M. M. *et al.* (2017). 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation*, 136(6), 137-161. 10.1161/CIR0000000000000509.
- Ziaecian, B., Heidenreich, P. A., Xu, H., Devore, A. D., Matsouka, R. A., & Hernandez, A. F. *et al.* (2017). Race/Ethnic Differences in Outcomes Among Hospitalized Medicare Patients With Heart Failure and Preserved Ejection Fraction. *JACC Heart Fail*, 5(7), 483-493. 10.1016/j.jchf.2017.02.012.
- Zuccalà, G., Pedone, C., Cesari, M., Onder, G., Pahor, M., & Marzetti, E. *et al.* (2003). The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. *Am J Med*, 115(2), 97-103. 10.1016/s0002-9343(03)00264-x.