

## PERFIL DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA TRATADO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS\*

*CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS PROFILE TRATY AT THE FEDERAL UNIVERSITY OF GOIAS CLINICAL HOSPITAL*

*PERFIL DE LOS PACIENTE COM INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA TRATADO EN EL HOSPITAL DE LAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE GOIAS*

Rosimeire Alves da Silva <sup>1</sup>

**RESUMO:** A fisiopatologia da insuficiência cardíaca coloca o exercício físico como risco para seus portadores. Compreendemos que o exercício físico pode reduzir o desgaste do tratamento através de programa de educação em saúde adequada para os movimentos. Os pacientes em tratamento não realizam exercícios físicos; contudo o movimento é uma necessidade do homem desde o seu nascimento. Acreditamos que a educação física reeduque os movimentos e motive o paciente com insuficiência cardíaca congestiva. O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil do paciente com insuficiência cardíaca congestiva em tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, para indicar as relações entre exercício físico com outros comportamentos: alimentação, tabagismo, elitismo, faixa etária, sexo e peso corporal, antecedentes familiares e índice mortalidade. A opção metodológica foi a pesquisa descritiva cujos dados foram coletados diretamente nos prontuários de 100 casos positivos de insuficiência cardíaca congestiva pertencentes à Elite II do serviço de cardiologia da clínica médica que participavam de um programa de experimentação de drogas, com anotações dos dados e verificação das variáveis. Como resultado, foi possível encontrar que 99% não praticavam nenhum tipo de exercício físico; 23,90% consumiam alimentos do grupo IV (Cereais e produtos derivados); 54% não fumavam; 62% não ingeriam bebidas alcoólicas. 30% a faixa etária de 60± 70 anos; 51% pertenciam ao sexo masculino; 36% com peso na faixa de 60 a 70 kg; 38% não possuíam antecedentes familiares cardíacos. Podemos concluir que há necessidade de maiores estudos sobre as interferências das variações nos tratamentos de insuficiência cardíaca congestiva visando a melhora do desempenho corporal e qualidade de vida.

**PALAVRAS CHAVES:** Insuficiência cardíaca congestiva; Doenças cardiovasculares; Saúde Pública.

**ABSTRACT:** The heart failure physiopathology takes forward the exercising on risk for patients dying to die. We understand that the physical activities can reduce the damages of treatment through a movement education in health program. The patients in treatment do not take exercise physical activities; however, the movement is a human being need since birth. We believe that physical education makes difference for congestive heart failure patient motivation. The aim of this study was to know congestive heart failure patient profile in treatment at the Federal University of Goiás Clinical Hospital, to indicate the relationship among physical activities with other modalities of behavior: food/alimentation, smoke, alcohols, age, sex, weight, mortality rate and family history. The methodological option was the descriptive study and data was collect from patient notes of 100 positive cases of congestive heart failure, inserted on Elite II group of the drug test program of the Medical Clinic. As result, it was possible to find that 99% does not practice physical activities. About 23% consumes Group IV food (flakes and derivates); 54% does not smoke; and 62% does not ingest alcohol drinks; 30% is from 60 to 70 years old; 51% is male; and 36% from 60 to 70 Kg weight; 38% does not to have familiar cardiologic history. Concluding, the necessity of detailed studies about variations interferences in congestive heart failure treatment searching better body performance and life quality.

**KEYWORDS:** Congestive heart failure; Cardiovascular diseases; Public Health.

**RESUMEN:** El fisiopatología de la insuficiencia cardíaca congestiva indica el ejercicio físico como un riesgo para los portadores. Compreendemos que las actividades físicas pueden reducir los daños del tratamiento con una educación en salud adecuada para los movimientos. Los pacientes en tratamiento no realizan ejercicios físicos; sin embargo, el movimiento es una necesidad humana desde el nacimiento. Creemos que la educación física reeduque los movimientos e motive el paciente. El objetivo de este estudio fuera conocer el perfil del paciente con insuficiencia cardíaca congestiva en tratamiento en el Hospital de Clínica de la Universidad Federal de Goias para indicar la relación entre actividades físicas con otras modalidades del comportamiento: alimentación, tabaco, bebidas alcohólicas, edad, sexo, peso, indicadores de mortalidad y antecedentes familiares. La opción metodológica fuera el estudio descriptivo y los datos fueron colectados de los prontuarios de 100 pacientes positivos de insuficiencia cardíaca congestiva, inseridos en el grupo Elite II del programa de prueba de droga de la Clínica Médica. Como resultado, fue posible encontrar que 99% no practica actividades físicas; 23% consume el alimento del grupo IV (cereales y derivados); 54% no fuma; 62% no injiere bebidas del alcohol; 30% es a partir 60 a 70 años de viejo; 51% es masculino; y de peso del 36% a partir el 60 a 70Kg; el 38% no tiene historia cardiológico familiar. En conclusión, la necesidad de estudios detallados sobre interferencias de las variaciones en el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva que buscan mejor funcionamiento corporal y calidad de vida.

**PALABRAS CLAVES:** Insuficiencia cardiaca congestiva; Enfermedades cardiovasculares; Salud Publica.

## INTRODUÇÃO

O significado do termo insuficiência cardíaca indica uma disfunção do coração para bombear sangue suficiente às necessidades do organismo. A redução de bombeamento sanguíneo pelo coração pode ter várias origens, desde idiopatias a causas secundárias como diabetes, estresse emocional, tipo de personalidade, obesidade, dieta rica em sódio e gorduras, inatividade física, idade, raça, sexo, história familiar dentre outros (LAMB, 1971).

Ha fatores que deixam o coração funcionando como uma bomba hipofetiva como lesões das válvulas cardíacas, pressão externa em torno do coração, deficiências vitamínicas, miocardite (derivada do reumatismo ou doenças infecciosas) e lesões no pericárdio. A hipertensão arterial, arteriosclerose e alterações do funcionamento das válvulas cardíacas é o grande responsável por 95% dos casos. Quando uma dessas causas atinge o coração incapacitando-o, alguns mecanismos e compensadores cardíacos e extra cardíacos se processam para superar essa falência funcional. O coração entra em luta para conservar o volume de expulsão normal às exigências tissulares e orgânicas inicialmente diminuindo sua frequência para depois dilatar e hipertrofiar, adquirindo uma fisiopatologia complexa. (GUYTON, 1992).

GUYTON (1992) descreve vários tipos de insuficiência cardíaca: 1- Insuficiência Cardíaca latente a que se manifesta quando o coração se vê obrigado a bombear o excesso de sangue de que o organismo necessita nas situações de esforço; 2- Insuficiência Cardíaca moderada quando o coração sofre subitamente uma lesão grave, por exemplo, um infarto do miocárdio. Em conseqüência ocorre: redução do débito cardíaco e acúmulo de sangue nas veias; 3- Insuficiência Cardíaca aguda ou Insuficiência Cardíaca compensada iniciada após a insuficiência cardíaca moderada, ocorre um retorno final do débito cardíaco ao normal e retenção de líquido, uma ligeira e moderada elevação na pressão arterial direita. Qualquer tentativa de realizar exercício vigoroso causa o retorno imediato dos sintomas de insuficiência cardíaca aguda, por que o coração não é capaz de aumentar sua capacidade de bombear até os níveis de manutenção do exercício, pois a reserva cardíaca está reduzida; 4- Insuficiência Cardíaca Grave ou Insuficiência Cardíaca Descompensada ocorre quando o coração é gravemente lesado e não ocorre nenhum tipo de compensação para que o débito cardíaco seja normal. A base deste tipo de insuficiência é o fato de o coração não conseguir bombear sangue suficiente para fazer os rins funcionarem adequadamente. Há uma contínua retenção de líquido sendo desenvolvido cada vez mais, podendo levar a morte; 5- Insuficiência Cardíaca Esquerda – Unilateral predomina à do lado direito, logo o sangue continua a ser bombeado para

os pulmões e não é bombeado adequadamente do pulmão para o resto do corpo. Em conseqüência a pressão média de enchimento pulmonar eleva-se devido ao deslocamento de um grande volume de sangue da circulação sistêmica para a circulação pulmonar. Apresenta problemas como edema pulmonar, congestão vascular pulmonar; 6- Insuficiência Cardíaca de Alto Débito – Uma condição de sobrecarga do coração ocorre em pessoas com débito cardíaco mais alto do que o normal, ocasionando uma sobrecarga do coração por retorno venoso excessivo. Ocorre por alguma anormalidade circulatória que diminui drasticamente a resistência periférica total.

Temos ainda a Insuficiência Cardíaca de Baixo Débito – “Choque Cardiogênico” que foi definida por ADERBAL (1958) como a que ocorre após períodos de lenta e progressiva deterioração cardíaca, tornando o coração incapaz de bombear fluxo sanguíneo necessário para manter vivo o organismo. Todos os tecidos corporais começam a sofrer e a se deteriorar, levando freqüentemente à morte em algumas horas ou alguns dias. O quadro é de choque circulatório ou choque cardiogênico ou simplesmente choque cardíaco, pois o próprio sistema cardiovascular sofre pela falta de nutrição, deteriorando junto com o restante do corpo. Quando uma pessoa apresenta choque cardiogênico, a sobrevivência, mesmo com boa terapia, é geralmente, inferior a 15%.

As alterações que ocorrem na função cardíaca, como as doenças: arterial coronária (arteriosclerose), valvar, vascular periférica e reumática do coração, além do acidente vascular cerebral e cardiopatias congênitas, entre outras levam à insuficiência cardíaca. SILVA et al (2002) define que a insuficiência cardíaca constitui atualmente um importante problema de saúde pública, que ainda não existem investigações realizadas e publicadas sobre o papel benéfico de um programa de exercício em portadores de insuficiência. Diante desta constatação objetivamos levantar o perfil do paciente com insuficiência cardíaca congestiva em tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás segundo as seguintes variáveis: prática de exercício físico, alimentação, tabagismo, elitismo, faixa etária, sexo, peso corporal e índice de mortalidade.

A Insuficiência Cardíaca em estágio avançado é caracterizado pelo paciente sentado, realizando esforços para respirar com as veias do pescoço distendidas e o abdome protuberante. Sabemos que a saúde de um indivíduo é influenciada pela prática de exercícios físicos, os efeitos da insuficiência cardíaca no corpo são relevantes, sendo impossível a realização de trabalho corporal exaustivo. Esta realidade é indicada durante o tratamento do portador de insuficiência cardíaca. Esta investigação teve como objetivo traçar o perfil dos pacientes em tratamento

para insuficiência cardíaca congestiva; e verificar a relação desta patologia com a falta de exercícios físicos para auxiliar as funções do organismo e aperfeiçoar funções como a respiração e circulação e outras funções complexas (FROELICHER & MARCONDES, 1992).

A insuficiência cardíaca congestiva prevalece na população brasileira, o que justifica um cuidado especial no tratamento dos pacientes. Nos últimos anos obtivemos redução no número de óbitos por doenças no aparelho circulatório, porém com menor redução na mortalidade por insuficiência cardíaca (MANSUR, 1997; ALBANESI, 1998) urge-nos investigarmos as interferências dos diversos fatores que desenvolvem insuficiência cardíaca para estabelecermos ações multidisciplinares conjuntas.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa foi realizada no período de 10 de outubro a 30 de novembro de 1998, no Serviço de Arquivo Médico –SAME- do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás em Goiânia – Goiás. A população estudada constou de 100 casos positivos em tratamento de insuficiência cardíaca congestiva correspondente aos prontuários médicos integrantes da lista de pacientes pertencentes à Elite II do serviço de Cardiologia da Clínica Médica, selecionados para participarem de um programa de experimentação de drogas. O Levantamento dos dados aconteceu por meio de um formulário (ANEXO -1) (GIL, 1999) cujas questões estavam condicionadas as variáveis práticas de exercício físico, alimentação, tabagismo, elitismo, idade, sexo, peso corporal, antecedentes familiares e situação de mortalidade. Os questionários foram preenchidos com informações constantes dos prontuários observados. O acesso aos prontuários aconteceu pelo preenchimento de requisição de prontuários (ANEXO – 2) para estudo, autorizado pelo chefe do serviço atendimento médico e estatístico.

## **ANÁLISE DOS DADOS:**

Os cardiologistas reconhecem a necessidade de uma maior especialização no campo da insuficiência cardíaca válido para médicos, enfermeiros e consultas clínicas (CEIA et al, 2001). Diante desta prerrogativa incluímos a necessidade de um educador físico para reeducação corporal através do movimento ao portador com insuficiência cardíaca. Sendo a insuficiência cardíaca um problema grave e crescente em saúde (CEIA et al, 2001) devemos considerar os benefícios que a implementação de um programa de exercício físico, com fácil aplicabilidade e sem complexidade poderá proporcionar ao paciente de ambulatorio (SILVA et al, 2002; RONDON et al, 2000). Os estudos dos benefícios que o exercício físico pode proporcionar ao portador de insuficiência cardíaca estão iniciando. Portanto não existem no meio acadêmico, estudos para verificar se o exercício físico está incluso no cotidiano dos pacientes.

Os sintomas, apresentados pelo "Insuficiente Cardíaco" devido ao estancamento de sangue em diversas partes do organismo, geram sinal de alarme ocasionado pela dificuldade respiratória que aparece ao menor sinal de esforço físico originado inclusive em estado de repouso, levando o paciente a dormir utilizando diversas almofadas ou recostar-se para respirar melhor. Numa fase avançada e estabelecida aparecem as dores de cabeça, dor abdominal, inchaço das extremidades principalmente pés, tornozelos, e pernas e uma coloração azulada nos lábios e nas unhas (cianose) estes sinais descrito por BOGLIOLO (1978) constituem os sintomas do portador de insuficiência cardíaca. Segundo o autor, fisiopatologia da insuficiência cardíaca apresenta má irrigação dos tecidos, dilatação do coração, perda de força da capacidade bombeadora, acúmulo de sangue na câmara ventricular, aumento da pressão nas veias pulmonares, entre outras. Neste estado exige-se do paciente a permanência em repouso garantia da realização das funções cardíacas e pulmonares, caso ocorra prática de exercício físico o coração não consegue garantir sua potência, gerando aumento de fluido nos pulmões o que causa falta de ar primeiro observado por uma respiração curta. Além do acúmulo de sangue nos pulmões a insuficiência afeta outros órgãos como os rins que retém água e sal, provocando ampliação do volume de sangue gerando um círculo vicioso. O volume total de sangue aumenta e sobrecarrega o coração, as válvulas atrioventriculares são desajustadas devido à falta de elasticidade nos músculos cardíacos, todos estes sintomas são fatores que impedem a prática de exercício físico porque tendem a piorar diante da realização de esforço corporal.

Os gráficos 1, 2 e 3, demonstram o perfil do portador de insuficiência cardíaca congestiva do Hospital das Clínicas da cidade de Goiânia. Em estudo semelhante, RAMOS et al (1946) verificaram as causas desencadeantes e início da insuficiência cardíaca congestiva. TAVARES et al (2004) realizaram um estudo para traçar o perfil epidemiológico, sócio-econômico, aspectos clínicos, etiologia, tempo de internação e índice de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada nos hospitais públicos e privados de Niterói. Estes autores demonstraram que os conhecimentos quanto ao perfil do portador de insuficiência cardíaca são importantes para a adoção de medidas reeducativas de atividades físicas de baixa intensidade, cuja finalidade é aumentar a motivação individual, melhorar o aspecto emocional do paciente através dos momentos mais descontraídos do que o relaxamento, alongamento, controle da respiração e consciência corporal proporcionam.

Sabemos que a musculação exerce grande efeito na estrutura e funcionamento do coração (FRY, 1988), que o exercício físico desenvolve a resistência cardiovascular, a força, a resistência muscular, a elasticidade e a composição corporal (ROMÁN & SÁNCHEZ, 2003). Portanto prescrever exercício físico de intensidade elevada aumentaria os danos do

coração colocando o paciente em risco letal. Contudo temos fatores antecedentes de doenças cardiovasculares diretamente relacionadas com os hábitos individuais de vida como tabagismo, antecedentes familiares com doenças cardiovasculares, dieta desbalanceada, sobrepeso, estresse emocional e ausência de exercício fatores estes presente nos casos observados.

A variável quanto à prática de exercícios físicos demonstrou que 99% dos pacientes não praticavam exercícios físicos. O mesmo foi constatado por BOGLIOLO (1978); MATHEUS (1993); FROELICHER & MARCONDES (1992); JOHNSON (1988); ADERBAL (1958) e LAMB (1971); demonstrando que os exercícios físicos estão contra-indicados ao portador de insuficiência cardíaca, no entanto há pesquisas iniciadas visando investigar os benefícios que o exercício pode proporcionar ao portador de insuficiência cardíaca discutidos por GUIMARÃES et al (1999); SERRA (2003); SILVA et al (2002) e CEIA et al (2001).

A total ausência de exercício físico demonstrado na amostragem nos indica a possibilidade de iniciarmos pesquisas relacionadas sobre as influências de exercício físico de baixa intensidade na qualidade de vida do portador de insuficiência cardíaca, como alongamento e relaxamento, técnicas respiratórias e expressão corporal visando a melhoria da capacidade de movimento do corpo bem como o estado emocional das pessoas. Pesquisas sobre os benefícios da educação física estão sendo discutidas em várias situações tais como deficiência mental descrito por GORLA et al (2002). Sobre efeitos cardiovasculares na terceira idade descritos por MÁZ et al (2003); para deficientes visuais descritos por RODRIGUEZ & GARCIA (2003); no tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2 descrito por PORTO & BAZOTTE (1999). Vários outros estudos com pessoas portadoras de deficiências físicas estudado por GORLA & GUARIDO (1999); efeitos do treinamento físico para portadores de transplante cardíaco (OLIVEIRA et al 1998; SALLES et al 1998); treinamento aeróbico de curta duração em deficiente físico com hipertensão leve estudado por HADDAD et al (1997). Há também crescente estudo na área de educação física adaptada, desenvolvido por GORLA & GUARIDO (1999). Na última década temos verificado a preocupação dos profissionais em saúde, para investigarem os benefícios dos exercícios físicos aos pacientes com insuficiência cardíaca como algo que garanta a qualidade de vida YAZBECK JUNIOR et al (1996); RONDON et al (2000). BARRETO et al (1995) realizaram um estudo para verificar a influência de um medicamento específico no desempenho físico através de teste de seis ou nove minutos. Concluíram que o medicamento utilizado melhorou o desempenho físico dos pacientes atendidos, contudo este estudo não detecta a relação entre o uso desta medicação com a prática de exercício físico, cuja amostragem apresenta ausência (99%) de prática em atividade física.

A incidência com relação ao tipo de dieta (Gráfico 1) demonstra que em 25,79% das

observações não constam informações sobre aspectos nutricionais isto reflete que não há preocupação em averiguar aspectos relacionados ao tipo de dieta dos pacientes. Quanto ao tipo de alimentos consumidos temos dentro do grupo de alimentos IV consumo de Cereais e produtos de cereais obtivemos 23,90% das observações, o grupo de alimentos II consumo de carnes, miúdos, ovos e soja, 23,27%. O grupo de alimentos III consumo de frutas, verduras e legumes, 11,95%, o grupo de alimentos I consumo de leite e derivados com 3,77% das observações. O tipo de alimentação interfere no aspecto funcional do coração e de outros órgãos vitais como o fígado. A insuficiência cardíaca faz com que ocorram alterações funcionais em todo o sistema venoso. O aumento desta pressão venosa causa o intumescimento, expansão e amolecimento do fígado cujo tecido interno incha e armazena o líquido excessivo causando comprometimento da função renal quanto ao metabolismo de coagulação normal do sangue e acúmulo de líquido nos espaços tissulares gerando inchaço nos pés, tornozelos, aumento do abdome, limitante do diafragmático durante a respiração. O sangue estagnado nos tecidos faz com que o O<sub>2</sub> seja extraído da hemoglobina das hemácias, motivo de cianose nos lábios. O aumento do volume de sangue e enfraquecimento progressivo do coração gera acúmulo de sangue nos pulmões acarretando problemas circulatórios. O fluxo sanguíneo que sai do coração insuficiente é pouco oxigenado, comprometendo a oxigenação de outros órgãos e do próprio músculo cardíaco, agravando a doença. Os alimentos interferem no processo de circulação sanguínea, percebemos que o consumo de cereais e seus produtos bem como carnes, miúdos, ovos e soja podem agravar o problema se forem adicionados quantidade de sódio (sal de cozinha) no preparo destes, entendemos que observar o tipo de alimento consumido também é importante uma vez que o sódio aparece em outros alimentos (SOBRE VIDA, s/ano). OLIVEIRA (1987) descreve ocorrência generalizada com despreocupação nutricional dos pacientes com doenças graves e que dependendo do tipo de alimentação ingerida pode-se desenvolver estado de desnutrição associado ao uso de drogas medicamentosas com falta de apetite e má alimentação durante período prolongado.

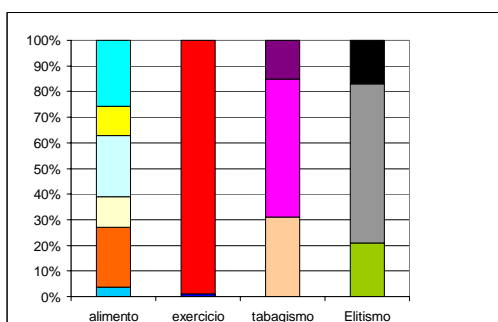
A incidência com relação ao consumo de álcool (Elitismo) (Gráfico 1) demonstrou que em 62% das observações não consumiam bebidas alcólicas; que em 21% das observações consumiam bebidas alcólicas e que em 17% das observações não constam informações do prontuário. O consumo de álcool em doenças graves foi investigado por RIVAS (1998) que relacionou cirrose hepática em pacientes com insuficiência cardíaca de alto débito denominada cardiopatia cirrótica independente da ação primária do álcool, informação importante para observar o uso de bebidas alcólicas nos portadores de insuficiência cardíaca congestiva. O uso de álcool e deficiência em vitaminas contribui para desenvolver em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, quadro

hiperdinâmico e diferenças arteriovenosa na absorção de oxigênio VELOSO & BARRETO (1991); BOHRINGER et al (1990); BLACHER & BARBISAN (1985). Buscar as causas da insuficiência cardíaca congestiva é importante no diagnóstico e tratamento do paciente e dentre as principais causas o alcoolismo associado com outros fatores precipita o menor índice na sobrevida do paciente (SPRITZER & BODANESE, 1989). Altas doses de álcool relacionam-se com efeitos indesejáveis, incluindo mortalidade, incidência de infarto, acidente vascular cerebral, cirrose, cardiomiopatia, deficiência nutricional além de outras consequências físicas e sociais, em uso moderado estudos relatam que podem ocasionar algum benefício associado com ingestão de vitaminas, prática de exercícios, dietas, não tabagismo ocasionando um bem geral para a saúde (LUZ & COIMBRA, 2000). FEITOSA et al (2002) relatam que o aparecimento de hipertensão complicada nos pacientes está associado

com idade, obesidade, consumo excessivo de sal e deficiências vitamínicas. Estes fatores devem ser observados na prevenção da insuficiência cardíaca congestiva que pode surgir de um processo de hipertensão arterial.

A incidência com relação ao consumo de tabagismo (Gráfico 1) demonstrou que em 54% das observações não fumavam; que em 31% das observações eram fumantes e que em 15% das observações não constam informações do prontuário. O consumo de tabaco deve ser criteriosamente observado uma vez que interfere nos processos respiratórios da pessoa, contudo nosso levantamento bibliográfico aponta um estudo realizado por GOMES (2001) sobre efeitos do tabagismo e pneumonia. O hábito de fumar agrava lesões na aorta e aumenta a dependência ao vício, agravando o quadro do paciente (FORTYI et al, 1996).

Gráfico 1 - Distribuição das características de consumo e modo de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, tratados no Hospital das Clínicas/UFG-GO no índice da investigação.



#### ALIMENTOS

- Grupo I - Leite e Derivados
- Grupo II - Carnes, Miúdos, Ovos e Soias
- Grupo III - Frutas, Verduras e Legumes
- Grupo IV - Cereais e produtos
- Grupo V - Carnes Gordurosas, manteiga e margarina
- Sem Informação

#### EXERCICIO

- Pratica Exercicios
- Não Pratica Exercicios

#### TABAGISMO

- Fumantes
- Não Fumantes
- Sem Informação

#### ELITISMO

- Consumem Bebidas Alcoólicas
- Não Consumem Bebidas Alcoólicas
- Sem Informação

A incidência conforme a caracterização corporal em diferenciação morfológica relacionada ao peso corporal (Gráfico 2) demonstra que o maior índice foi

de 36% das observações entre 70 e 60 kg; seguidos de 29% das observações entre os 60 e 50 kg; 13% das observações entre os 80 e 70 kg; 11% das

observações entre os 50 e 40 kg; 4% das observações 90 e 80 kg; e 3% das observações entre os mais de 90 kg e 40 e 30 kg; 1% das observações com menos de 30 kg.

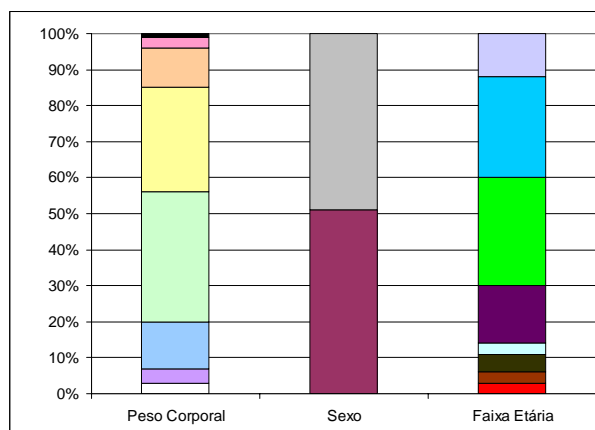
A incidência conforme a caracterização corporal em diferenciação morfológica relacionada ao sexo (Gráfico 2) demonstra que o maior índice foi de 51% das observações pertencentes ao sexo masculino e 49% das observações pertencentes ao sexo feminino.

A incidência conforme a caracterização corporal em diferenciação morfológica relacionada à faixa etária (Gráfico 2) demonstra que 30% das observações entre 60 e 70 anos; 28% das observações entre 70 e 80 anos; 16% das observações entre 50 e 60 anos; 12% das observações acima de 80 anos; 5% das observações entre 30 e 40 anos; e com 3% das observações entre 40 e 50 anos; entre 20 e 30 anos; menos de 20 anos. Os maiores índices de ocorrência pertencem aos idosos. Identificar o peso, o sexo e a

idade dos pacientes é importante para garantir um prolongamento da vida com qualidade, pois a identificação das diferenças morfológicas auxilia no longo processo de tratamento. SANTOS (2000) descreve as interações entre a insuficiência cardíaca e as alterações corporais que ocorrem no idoso o que dificulta o diagnóstico. No idoso é preciso melhorar os aspectos de sobrevivência dos pacientes. À associação dos benefícios cognitivos e benefícios do teste de caminhada em idosos portadores de insuficiência cardíaca avançada foi investigado por OCHIAI et al (2004) e benefícios do teste ergométrico em idosos foi investigado por OLIVEIRA & SILVA (1997).

FORTYI et al (1996) faz um estudo sobre os fatores de risco para coronariopatas jovens detectando a influência dos fatores hereditários, idade, obesidade no desenvolvimento de doenças cardíacas vinculadas ainda com alimentação inadequada, falta de exercícios físicos e orientação familiar.

Gráfico 2 - Distribuição das características morfológicas constitucionais do corpo quanto peso corporal, identificação sexual e faixa etária dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, tratados no Hospital das Clínicas/UFG-GO, no índice da investigação.



PESO CORPORAL

- Mais de 90 Kg
- 90 {-----}80Kg
- 80 {-----}70Kg
- 70 {-----}60Kg
- 60 {-----}50Kg
- 50 {-----}40Kg
- 40 {-----}30Kg
- 30 {-----}20Kg

SEXO

- Masculino
- Feminino

FAIXA ETÁRIA

- Menos de 20 anos
- 20 {-----}30anos
- 30 {-----}40anos
- 40 {-----}50anos
- 50 {-----}60anos
- 60 {-----}70anos
- 70 {-----}80anos
- 80 a mais

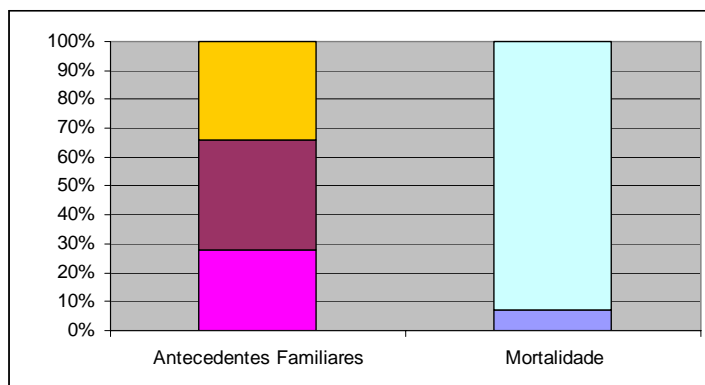
A incidência com relação à situação fisiológica relacionada com a predisposição genética, antecedentes familiares, (Gráfico 3) para desenvolver insuficiência cardíaca apresenta em 38% das observações não antecedentes familiares; 28% das observações apresentavam antecedentes com doenças cardiovasculares; 34% das observações não constavam informações no prontuário. FRANCHINI (2001) relata que a hipertrofia cardíaca cujas características fenotípicas interferem na morbimortalidade cardiovascular e OLIVEIRA JUNIOR (1981) relata um estudo de caso cujo paciente falecido com insuficiência cardíaca congestiva apresentava antecedentes familiares diagnosticados com problemas cardíacos e morte súbita em filhos menores de idade. Neste estudo percebemos a importância do fator hereditário associado com a idade e sexo.

A incidência com relação à situação fisiológica relacionada com o índice de mortalidade (Gráfico 3) demonstrou que em 73% das observações continuam vivos e 7% das observações vieram a óbito até a finalização desta pesquisa. OCHIAI et al (2004) menciona em suas investigações índice de mortalidade após iniciados seus estudos, fator




importante para ser observado na aplicação de novos tratamentos para os portadores de insuficiência cardíaca congestiva. MANSUR (1997) descreve os índices da mortalidade por insuficiência cardíaca congestiva no Brasil, sendo a terceira principal causa de morte entre as doenças cardiovasculares nas capitais.

Atuar com equipes multidisciplinares no tratamento do portador com insuficiência cardíaca é uma opção que poderá apresentar bons resultados. Este pressuposto está reforçado pelos pesquisadores SALEMI, (2000); SMITH et al (1999). Diante das questões apresentadas temos que concordar com CLAUSEL & RIBEIRO (1998) para concluir que devemos desenvolver diversos conhecimentos em torno da etiopatogenia e fisiopatologia da insuficiência cardíaca urgentemente, pois os índices de mortalidade por insuficiência cardíaca continuam elevados. Além disso, o desenvolvimento de novos paradigmas e a implementação efetiva da atualização nos tratamentos visando a prevenção deverá marcar os avanços da cardiologia que passou na última década a integrar profissionais de outros setores da saúde, visando a melhora terapêutica para os pacientes.

Gráfico 3 - Distribuição da situação fisiológica: antecedentes familiares e índice de mortalidade dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, tratados no Hospital das Clínicas/UFG-GO, no índice da investigação.



#### ANTECEDENTES FAMILIARES

-  Possui Antecedentes
-  Não Possui Antecedentes
-  Sem Informação

#### MORTALIDADE

-  Vivos
-  Mortos

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que conhecer o perfil da população com qual trabalhamos é um sinal para desenvolvermos tratamentos que visem a melhora da qualidade de vida. Os conhecimentos devem evoluir para tratamentos visando a prevenção e melhora

terapêutica para os pacientes portadores de insuficiência cardíaca.

#### V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADERBAL, S. *O coração na clínica de ambulatório-estudos clínicos-etipatogênicos-Radiológicos e*

- eletrocardiográficos. Rio de Janeiro: Imprensa Universitária Ceará, 1958.
- ALBANESI FILHO, F. M. Insuficiência cardíaca no Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* v.71, n.4, p.561-62, 1998.
- BARRETO, A. C. P. et al. Avaliação da capacidade de exercício em pacientes com disfunção ventricular esquerda de leve a moderada: a influência do captopril. *Arq. Bras. Cardiol.* v.64, n.1, p.69-73, 1995.
- BLACHER, C. & BARBISAN, J. N. Beriberi cardíaco: relato de um caso da forma fulminante (shoshin) e revisão de literatura. *Rev. AMRIGS.* v.29, n.2; p.136-141, 1985.
- BOGLIOLO, *Patologia Geral Básica – Agressão, defesa, adaptação, doença.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
- BOHRINGER, P. A. et al. Shoshin Beriberi: uma causa incomum de insuficiência cardíaca: relato de caso. *Arq. Méd. ABC.* v.13, n.1/2, p.40-42, 1990.
- CEIA, F.; FONSECA, C.; BRITO, D. e MADEIRA, H. Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (99) Tratamento da Insuficiência Cardíaca em Hospitais. *Rev. Port. Cardiol.*, v.20, n.12, p.1259-1266, 2001.
- CLAUSEL, N. & RIBEIRO, J. P. Em busca de novos paradigmas para o manejo da insuficiência cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.* v.71, n. 4, p. 563-574, 1998.
- FEITOSA, G. S. et al. Alterações cardiovasculares da hipertensão arterial: hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronária e insuficiência cardíaca. *Rev. Bras. Hipertens.* v.9, n.3, p.280-287, 2002.
- FORTYI, N. et al. Fatores de risco para doença arterial coronariana em crianças e adolescentes filhos de coronariopatas jovens. *Arq. Bras. Cardiol.* v. 66, n. 3, p.119-123, 1996.
- FRANCHINI, K. G. Hipertrofia cardíaca: mecanismos moleculares. *Rev. Bras. Hipertens.* v.9, n.1, p.125-42, 2001.
- FROELICHER & MARCONDES. *Manual de teste ergométrico.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- FRY, A. C. O efeito da musculação no Coração. *Sprint*, v.39, n.3, p.38-42, 1988.
- GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas, 1999.
- GOMES, L. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade. *J. pneumol.* v. 27, n. 2, p. 97-114, 2001.
- GORLA, J. I.; GUARIDO, E. A. Educação física e adaptada – uma proposta metodológica. *Arq. Apadec.* v.3, n.2, p.21-25, 1999.
- GORLA, J. I.; RODRIGUES, J. L.; PEREIRA, V. R. Avaliação e intervenção na educação física para portadores de deficiência mental. *Arq. Apadec*, v.6, n.1, p.15-19, 2002.
- GUIMARÃES, G. V. et al. Exercício e Insuficiência Cardíaca. Estudo da Relação da Gravidade da Doença com Limiar Anaeróbio e o Ponto de Compensação Respiratório. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.73, n.4, p.339-343, 1999.
- GUYTON, A. C. *Tratado de Fisiologia Médica.* 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- HADDAD, S. et al. Efeito do treinamento físico de membros superiores aeróbio de curta duração no deficiente físico com hipertensão leve. *Arq. Bras. Cardiol.* v.69, n.3, p.69-173, 1997.
- JOHNSON, S. *Eletrocardiografia uma abordagem simplificada.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- LAMB, L. E. *Seu coração como conviver com ele.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.
- LUZ, P. L. & COIMBRA, S. R. Álcool e antioxidantes na Prevenção da aterosclerose In: *Manual de cardiologia – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – SOCESP.* São Paulo: Atheneu, 2000.
- MANSUR, A. J. Correlação Anatomoclínica. *Arq. Bras. Cardiol.* v.69, n.1, p.6168, 1997.
- MÁS, J. C. C.; PUYAL, J. R. S.; PIRACÉS, M. B. Efectes d'un programa d'activitat física sobre els parámetros cardiovasculares en una població de la tercera edat. *Apunts educació física i esports* v.73, n.3: p.42-48, 2003.
- MATHEUS, E. F. *Bases Fisiológicas da Ed. Física e dos desportos.* Rio de Janeiro: Interamericana, 1993.
- OCHIAI, M. R. et al. Associação entre evolução da função cognitiva e mortalidade após a alta hospitalar em pacientes idosos com insuficiência cardíaca avançada. *Arq. Bras. Cardiol.* v.82, n.3, p.251-258, 2004.
- OLIVEIRA et al. Respostas Cardiorespiratórias durante exercício em portadores de transplante cardíaco. Análise ergoespirométrica comparativa com indivíduos normais. *Arq. Bras. Cardiol.* v.70, n.1, p.15-18, 1998.
- OLIVEIRA JUNIOR, E. A. Estenose subaórtica hipertrófica idiopática: estudo de uma família. *Arq. Bras. Cardiol.* v.36, n. 5, p. 333-339, 1981.
- OLIVEIRA, J. J.; SILVA, S. R. A. S. Valor Diagnóstico do teste ergométrico na detecção da isquemia miocárdica silenciosa no paciente idoso com hipertensão sistólica. *Arq. Bras. Cardiol.* v.69, n.1, p.25-29, 1997.
- OLIVEIRA, L. V. F. Avaliação do atendimento nutricional em uma unidade coronariana de terapia intensiva: estudo de caso. *Aliment. Nutr.* v.7, n.31, p.49-52, 1987.
- PORTO, G. G.; BAZOTTE, G. G. A importância do exercício físico na prevenção e no tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e de suas complicações crônicas. *Arq. Apadec*, v.3, n.2, p.26-29, 1999.
- RAMOS, J. et al. Causas desencadeantes e modalidades de início da insuficiência cardíaca congestiva. *Arq. Bras. Cardiol.*, p.347-356, 1946.
- RIVAS, M. O acometimento cardiovascular na cirrose hepática: cardiomiopatia cirrótica. *Rev. SOCERJ.* v. 11, n. 3, p. 254-61, 1998.
- RODRÍGUEZ, A. S.; GARCIA, F. G. Intereses y actitudes de las personas ciegas o com deficiencia visual por la actividad físico-deportiva, según la edad y el sexo. *Apunts educació física i esports* v. 69, n. 3, p. 76-83, 2003.
- ROMÁN, P. A. L.; SÁNCHEZ, J. A. H. Valoració de la condició física per a la salut. *Apunts educació física i esports.* v. 73, n. 3, p. 32-41, 2003.
- RONDON, M. U. P. B et al. Exercício físico e insuficiência cardíaca. *Ver. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.* v.10, n. 1, p. 153-60, 2000.



SALEMI, V. M. C. Tratamento da insuficiência cardíaca (IC). In: SOCESP – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. *Manual de cardiologia*. São Paulo: Atheneu, 2000.

SALLES, A. F. et al. Respostas cardiorrespiratórias durante exercício em portadores de transplante cardíaco. Análise ergoespiométrica comparativa com indivíduos normais. *Arq. Bras. Cardiol.* v.70, n., p15-18, 1998.

SANTOS, S. C. de M. Insuficiência cardíaca no idoso. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.* v. 10, n. 1, p. 142-152, 2000.

SERRA, S. Condicionamento Físico e Pré-condicionamento Isquêmico. Fenômenos Diferentes, Efeitos Favoráveis Diferentes, Maneiras Semelhantes. Disponível em: <http://www.dercad.org.br/artigos/fisico.asp>. [acesso em 28 mar. de 2003].

SILVA, M. S. V. da et al Benefício do Treinamento Físico no Tratamento da Insuficiência Cardíaca.

Estudo com Grupo Controle. *Arq. Bras. Cardiol.* v. 79, n. 4, p. 351-356, 2002.

SMITH T. W. et al. Tratamento da insuficiência cardíaca. In: *Tratado de medicina cardiovascular*. 5ª ed., São Paulo: Roca, 1999.

SPRITZER, N.; BODANESE, L. C. Insuficiência cardíaca congestiva. *RBM ver. Bras. Med.* v.46, n. 57-60, p.62-3, 1989.

TAVARES, L. R. et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niteroi: Projeto EPICA-Niteroi. *Arq. Bras. Cardiol.* v. 82, n. 2, p. 121-128, 2004.

VELLOSO, L. G. C.; BARRETO, A. C. P. Beribéri cardíaco. *Arq. Bras. Cardiol.* v.56, n. 3, p. 235-7, 1991.

YAZBECK JUNIOR, P. et al. Aplicação do exercício físico em portadores de insuficiência cardíaca congestiva. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.* v. 6, n. 1, p. 41-4, 1996.

## ANEXO 1

FICHA PARA ANOTAÇÃO DE DADOS<sup>1</sup> AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – GOIÂNIA / GOIÁS

- 1- Pratica exercícios físicos?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 2- Quais os alimentos que você consome no dia a dia?  
( ) GRUPO I – Leite e derivados  
( ) GRUPO II – Carnes, miúdos, ovos e soja  
( ) GRUPO III – Frutas, verduras e legumes  
( ) GRUPO IV – Cereais e produtos de cereais  
( ) GRUPO V – Carnes gordurosas, manteiga e margarinas
- 3- Tabagismo?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 4- Bebidas alcóolicas (elitismo)?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 5- Idade? \_\_\_\_\_
- 6- Sexo? \_\_\_\_\_
- 7- Peso Corporal?  
( ) mais de 90Kg  
( ) 80{.....90Kg  
( ) 70{.....80Kg  
( ) 60{.....70Kg  
( ) 50{.....60Kg  
( ) 40{.....50Kg  
( ) 30{.....40Kg  
( ) menos de 30 Kg
- 8- Antecedentes familiares?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 9- Situação clínica atual?  
( ) VIVOS ( ) MORTOS

## ANEXO 2

REQUISIÇÃO DE PRONTUÁRIOS<sup>2</sup>

OBSERVAÇÕES:

- 1) A requisição de prontuários para estudo deverá ser entregue à recepção do Same somente neste formulário;
- 2) A requisição será atendida no prazo mínimo de 24 horas após a solicitação;
- 3) Serão disponibilizados no máximo 30 (trinta) prontuários por requisição;
- 4) Os prontuários deverão ser devolvidos ao Same no prazo máximo de 03 (três) dias;
- 5) Não serão atendidas requisições para profissionais e/ou estudantes que tenham pendência de entrega de prontuário ao Same.

RELAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

<sup>1</sup> Modelo anexo Questionário fechado

<sup>2</sup> Modelo anexo da requisição de prontuários.

01	11	21
02	12	22
03	13	23
04	14	24
05	15	25
06	16	26
07	17	27
08	18	28
09	19	29
10	20	30

Nome do Requisitante:

CRM/Matrícula:

Telefone:

Data da Solicitação: / /

Ass. Do Requisitante (legível):

Ramal:

End. No Hospital:

Celular:

Data da Entrega: / /

---

A requisição será atendida no prazo mínimo de 24 horas após a solicitação.

Goiânia, de de 1999.

Solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Recepcionista/Same

\*Artigo baseado em monografia apresentada ao Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Saúde da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

<sup>1</sup> Professora Assistente II da Universidade Federal de Goiás – Campus de Jataí - Goiás. Mestre em Biologia e especialista em Administração dos Serviços de Saúde. Endereço para correspondência: Rua Dom Pedro II n.º 1659 apt.º 02 Setor Santa Maria. CEP. 75.800.022. Jataí-Goiás. E-mail: [corrosi@pop.com.br](mailto:corrosi@pop.com.br)

*Texto original recebido em 24/11/2004*

*Aprovado para publicação 29/12/2005*