MORTALIDADE POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Ana Paula Ortelan Zanotti[1], Chrystiane Bacelo Barbosa Pereira[1], Elayne da Silva Pereira Reis[1], Jamille do Amaral Santos[1], Julia Santos Carvalho[1], Romulo Braga Amorim de Faria[1], Stella Nascimento Cock[1], Carlos Eduardo de Moraes[1], Italla Maria Pinheiro Bezerra[1], José Lucas Souza Ramos[1].

1- Laboratório de Escrita Científica. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória- ES.

RESUMO

Introdução: A Insuficiência Cardíaca é uma síndrome hermética resultada da irregularidade funcional ou estrutural do coração que provoca o surgimento de baixo débito cardíaco ou uma congestão pulmonar. **Objetivo:** Descrever a mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Estado do Espírito Santo no período 2013-2017. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico de caráter, descritivo, quantitativo e exploratório, por quantificar, descrever e avaliar os óbitos por Insuficiência Cardíaca no Estado do Espírito Santo entre os anos de 2013 a 2017, extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). **Resultados:** Verificou se um aumento de mortalidade entre o ano 2014 a 2016, porém um declínio da taxa em 2017. Dos 851 óbitos por IC, 49,35% foram de raça branca, seguidos de 30,20% dos de cor parda. Houve um predomínio do sexo feminino (53,6%). A ocorrência dos óbitos ocorreu principalmente em pacientes viúvos (30,6%) e casados (30,0%). Os óbitos aconteceram principalmente na faixa etária de 80 anos ou mais (51,23%), seguidos daqueles de 70 a 79 anos (23,15%). O local que ocorreu os óbitos se deu principalmente em hospitais com 690 (81,0%) dos casos. **Conclusão:** As taxas de mortalidade na insuficiência cardíaca estão associadas ao estilo de vida cada vez mais sedentário da população, bem como, a falta de adesão ao tratamento implica no insucesso da reabilitação dos pacientes. Implica se uma necessidade de promover ações de promoção e prevenção de saúde que gere mudanças de comportamento dos indivíduos de maior grau de vulnerabilidade e morbimortalidade.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Registro de Mortalidade e Profissional de saúde.

INTRODUÇÃO

Estimativas indicam que cerca de 23 milhões de pessoas no mundo possuem Insuficiência Cárdia (IC), tendo um grande número de internações e de óbitos atribuídos. Ainda que a incidência seja menor em mulheres, elas obtêm metade dos casos de IC devido a uma elevada expectativa de vida analisada no sexo feminino, tendo a prevalência em mulheres acima de 80 anos de idade (FREITAS et al, 2017).

A Insuficiência Cardíaca é determinada como uma síndrome hermética resultada da irregularidade funcional ou estrutural do coração que eleve ou traga risco de surgimento de um baixo débito cardíaco ou uma congestão pulmona, podendo ser desenvolvida por qualquer doença cardíaca que cause a diminuição de sua função. Fatores comuns da insuficiência cardíaca estão associada as doenças arterial coronariana, hipertensão, cardiopatia dilatada e doença cardíaca valva (PORTH et al, 2010).

Assim, através da inclusão do sistema de classificação da insuficiência cardíaca criada pela diretriz da Amercan College of Cardiology (ACC) e da American Heart Association (AHA), pode se prevenir, retardar e intervir precocemente a doença. Dessa maneira esses recursos reconhecem que existem fatores de riscos acentuados e anormais (PORTH et al, 2010).

Segundo Araújo (2014), a insuficiência cardíaca é um grave problema de saúde pública que vem crescendo nas últimas décadas, causando um elevado índice de morbimortalidade, ocasionando altos custos financeiros ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa enfermidade é uma síndrome clínica que merece atenção integral com uma abordagem multiprofissional ao processo saúde/doença, para que as taxas de admissões e readmissões hospitalares sejam diminuídas.

Nesse sentido, o presente estudo justifica-se pela necessidade de entender o atual panorama da mortalidade por insuficiência cardíaca a fim de gerar estratégias eficazes para a redução de políticas públicas em saúde.

Assim, objetivou-se descrever a mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Estado do Espírito Santo no período 2013-2017.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de caráter, descritivo, quantitativo e exploratório, por quantificar, descrever e avaliar os óbitos por Insuficiência Cardíaca no Estado do Espírito Santo.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), onde foram coletadas as variáveis: raça, sexo, estado civil, local de ocorrência, faixa etária.

Foram analisadas informações acerca da mortalidade por insuficiência cardíaca, no estado do Espírito Santo (ES), na região metropolitana de Vitória, entre os anos de 2013 a 2017. A organização dos dados deu-se através do programa Microsoft Excel 2019.

A taxa de mortalidade foi calculada através do número de óbitos por insuficiência cardíaca no período analisado dividido pela população estudada no período multiplicado por 1.000.

Os demais dados foram descritos utilizando-se epidemiologia descritiva através de tabelas e gráficos.

O estudo respeita os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos dispostos nas resoluções 466/12 e 510/16 e não necessita de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar de dados secundários de domínio público.

RESULTADOS

De acordo com a figura 01, nota-se que o houve um aumento de mortalidade entre o ano 2014 a 2016, porém um declínio da taxa em 2017.

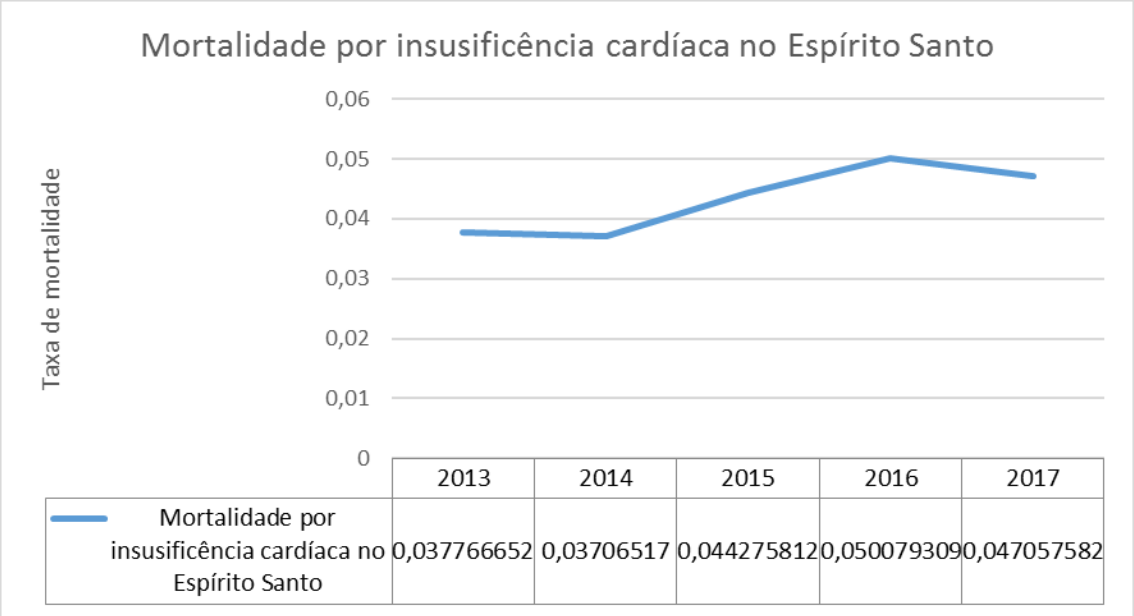

Figura 1. Mortalidade por insuficiência cardíaca no estado do Espírito Santo entre os anos de 2013 a 2017.

Dos 851 óbitos por IC, 49,35% foram de raça branca, seguidos de 30,20% dos de cor parda. Houve um predomínio do sexo feminino (53,6%). A ocorrência dos óbitos ocorreu principalmente em pacientes viúvos (30,6%) e casados (30,0%).

Os óbitos aconteceram principalmente na faixa etária de 80 anos ou mais (51,23%), seguidos daqueles de 70 a 79 anos (23,15%). O local que ocorreu os óbitos se deu principalmente em hospitais com 690 (81,0%) dos casos (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos óbitos.

Variáveis	**N=851 %**
Cor/raça, n (%)	
Branca	420 (49,35)
Preta	73 (8,58)
Amarela	3 (0,35)
Parda	257 (30,20)
Indígena	4 (0,47)
Ignorado	94 (11,05)

Sexo, n (%)	
Masculino	395 (46,4)
Feminino	456 (53,6)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	104 (12,2)
Casado	255 (30,0)
Viúvo	260 (30,6)
Separado judicialmente	38 (4,5)
Outro	11 (1,3)
Faixa Etária, n (%)	
1 a 9 anos	
10 a 19 anos	1 (0,12)
20 a 29 anos	6 (0,71)
30 a 39 anos	11 (1,29)
40 a 49 anos	15 (1,76)
50 a 59 anos	52 (6,11)
60 a 69 anos	132 (15,51)
70 a 79 anos	197 (23,15)
80 anos e mais	436 (51,23)
Local ocorrência, n (%)	
Hospital	690 (81,0)
Outro estabelecimento de saúde	29 (3,4)
Domicílio	116 (13,6)
Via pública	6 (0,70)
Outros	10(1,17)

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou um aumento da mortalidade por insuficiência cardíaca entre os anos de 2014 a 2016 e um declínio em 2017. Uma das hipóteses para tal aumento pode estar relacionado ao estilo de vida sedentário da população, que como consequência, possuem mais chances de terem IC em qualquer momento da vida. Além disso, aqueles com dieta de baixa gordura, comparadas as que tinham maior ingesta de proteína e com uma dieta desbalanceada, tiveram uma chance menor de readmissão hospitalar. (SALOUROU et al. 2019.)

Nesse contexto outras possíveis causas de aumento na mortalidade podem estar na adesão desses pacientes a tratamentos após o IC, pois, a isso pode caracterizar um dos principais motivos da mortalidade na doença, em disparidade com as chances de risco de óbito nos pacientes que realizam o tratamento, são de 40% menor comparado ao grupo que não a realiza. (RABELO-SILVA, et al. 2018)

Pesquisas demonstram que os óbitos acometeram principalmente indivíduos de raça branca e parda, no sexo feminino e em viúvos e casados. Em um estudo realizado por Durstenfeld (2016), nos EUA, com uma amostra de 8.532 internações por ICC, em que 51% dessa população eram negros, 29% pacientes hispânicos, 18% brancos e 3,3% asiáticos, foi

constatado que as taxas de mortalidade em um ano foram 31% para brancos, 20% para negros, 24% para hispânicos e 16% para asiáticos. Logo, o artigo relatou que as taxas de mortalidade durante 30 dias mostraram padrões semelhantes entre os grupos raciais: 4,4% para os brancos, 2,4% para os negros, 2,5% para os hispânicos e 2,1% para os asiáticos.

Em outro estudo também feito nos EUA, as mulheres obtiveram a menor mortalidade nos hospitais em comparação com os homens. Quando justapondo apenas por idade, as mulheres em ambos os estratos etários, abaixo e acima dos 75 anos, tiveram menores chances de morrerem no hospital. (GOYAL et al. 2017)

Uma outra pesquisa publicada nos EUA, homens e mulheres negros e hispânicos tiveram um diagnóstico de IC em idades significativamente mais novos do que a população branca e também apresentaram mais morbidades da doença, maior índice de massa corporal e maiores níveis de incapacidade. Ainda, foi encontrado uma pequena relação racial no trajeto das internações por IC nas regiões demográficas. Os homens negros nas áreas urbanas tiveram mais hospitalizações do que brancos e hispânicos durante a maior parte de sua doença. Nas áreas rurais, os homens brancos foram hospitalizados mais do que os pertencentes ao restante dos grupos étnicos. Entretanto, as mulheres negras eram hospitalizadas mais do que as mulheres brancas e hispânicos na maioria das regiões norte-americanas. (DUPRE et al. 2017)

O estudo possui limitações quanto a fonte de dados, por tratar de uma base de domínio público, não possibilitando maiores analises estatísticas. Entretanto, tendo em vista a descrição de taxas e gráficos que foi o que o estudo se propôs a fazer, essa limitação não tira o mérito científico do trabalho.

CONCLUSÃO

No estudo foi identificado um aumento de mortalidade por IC no Espírito Santo entre os anos de 2014 a 2016, mas, teve um declínio no ano de 2017. Foi identificado que a maioria dos óbitos foram em pacientes de raça branca, com um predomínio maior no sexo feminino, viúvos e casados. Entre uma população de idade avançada acima dos 70 anos, ocorrendo principalmente nos hospitais do estado.

Deste modo, a mortalidade na insuficiência cardíaca está atrelada a fatores de riscos comumente na nossa sociedade, já que a população vive de forma sedentária, a maioria das pessoas alegam que não praticam esportes por falta de tempo e referem uma alimentação inadequada, pobre em micronutrientes e abundante em carboidratos e gorduras saturadas. Bem como, a falta de adesão ao tratamento está de igual modo implicando no insucesso da reabilitação do paciente com IC, desse modo, observa-se um impacto negativo e com comprometimento do quadro clínico do paciente portador do agravo.

E por fim, o IC atinge ambos os sexos, tanto homens quanto mulheres, sem diferenciação de raça ou grupo étnico. Pode-se concluir que tais fatores influenciam nas taxas de mortalidade por IC, ficando evidente a necessidade de promover maior visibilidade para ações de promoção e prevenção de saúde que corroborem com mudança de comportamento dos indivíduos de maior grau de vulnerabilidade e morbimortalidade por doença coronariana, adotando medidas efetivas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO A. A et al. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**. Márcio de 2014.

DUPRE, Matthew E. et al. Racial and Ethnic Differences in Trajectories of Hospitalization in US Men and Women With Heart Failure. **Journal of the American Heart Association**, v. 6, n. 11, p. e006290, 2017.

DURSTENFELD, Matthew S. et al. Racial and ethnic differences in heart failure readmissions and mortality in a large municipal healthcare system. **JACC: Heart Failure**, v. 4, n. 11, p. 885-893, 2016.

FREITAS A K E, et al. **MANEJO AMBULATORIAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA**. Setembro de 2017.

GOYAL, Parag et al. Sex-and Race-Related Differences in Characteristics and Outcomes of Hospitalizations for Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. **Journal of the American Heart Association**, v. 6, n. 4, p. e003330, 2017.

POTH. MP, et al. **Fisiopatologia**. Vol.1. 8º ed. 2010.

RABELO-SILVA, Eneida Rejane et al. Precipitating factors of decompensation of heart failure related to treatment adherence: multicenter study-EMBRACE. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 39, 2018.

SALOUROU, Maria et al. The effect of diet, lifestyle and psychological factors in the prognosis of ischemic heart failure. **Metabolism Open**, 2019.