

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM**

**ARTHUR SCHWAB SANTOS
LUTHERO ALBANI VILLELA BARROS**

**MULTIMORBIDADE EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.**

**VITÓRIA
2019**

ARTHUR SCHWAB SANTOS
LUTHERO ALBANI VILLELA BARROS

**MULTIMORBIDADE EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória – EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção do grau
de médico.

Orientador: Dr. Renato Lírio Morelato

VITÓRIA
2019

ARTHUR SCHWAB SANTOS
LUTHERO ALBANI VILLELA BARROS

**MULTIMORBIDADE EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em ___ de _____ de ____

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Renato Lírio Morelato
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
ORIENTADOR

Dra. Tábata Cristina de Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
AVALIADOR

Dra. Lorena Aparecida Moreira Bolelli Tatagiba
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
AVALIADOR

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por estar ao nosso lado a todo momento, nos guiando, protegendo e abençoando nossas ações. Aos nossos pais pelo apoio incondicional e por serem nossa base durante essa caminhada. Aos nossos mestres por todo ensinamentos. Às residentes do serviço de Geriatria do HSCMV por toda paciência e por sempre serem tão solícitas. Um agradecimento em especial ao Dr. Renato Lírio Morelato, nosso orientador, por ser fonte de inspiração como médico, professor e ser humano, graças a sua colaboração esse trabalho foi possível.

*“ Tu e tornas eternamente responsável por aquilo que cativas “
Antoine de Saint-Exupéry*

RESUMO

Objetivos: Avaliar a frequência de dependência funcional, internações nos últimos 06 meses, reinternações em idosos portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) com multimorbidade (MB). **Metodologia:** Estudo descritivo, analítico e transversal realizado de pacientes idosos com Fração ejeção reduzida em presença de multimorbidade. Foi avaliado a funcionalidade (Escala de Katz), autonomia (Escala de Lawton), fragilidade (Escala de Rockwood), internações, reinternações e quedas nos últimos seis meses. **Resultados:** Foram analisados cinquenta pacientes portadores de ICFER, com uma média de idade de 73 anos e multimorbidade estava presente em 68% da amostra. O grupo sem MB foram mais saudáveis (62,5%) em comparação com MB (26,5%). Dentre as doenças associadas com MB, hipertensão arterial ($p = 0,002$) e diabetes mellitus ($p = 0,005$) foram as mais frequentes. Os pacientes com MB apresentaram mais quedas ($p = 0,02$) e mais dependência funcional ($p = 0,02$). **Conclusões:** Multimorbidade foi muito frequente em pacientes com ICFER com maior dependência funcional e eventos adversos sendo importante o enfoque terapêutico centrado na pessoa.

Descritores: insuficiência cardíaca, doenças crônicas, fatores de risco, idosos.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the frequency of functional dependence, hospitalizations in the last 06 months, readmissions in elderly with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) with multimorbidity (MB). **Methodology:** Descriptive, analytical and cross-sectional study of elderly patients with reduced ejection fraction in the presence of multimorbidity. The functionality (Katz Scale), autonomy (Lawton Scale), fragility (Rockwood Scale), hospitalizations, hospitalizations and falls in the last six months was evaluated. **Results:** Fifty patients with HFrER were analyzed, with a mean age of 73 years and multimorbidity was present in 68% of the sample. The group without MB were healthier (62.5%) compared to MB (26.5%). Among the diseases associated with MB, hypertension ($p = 0.002$) and diabetes mellitus ($p = 0.005$) were the most frequent. Patients with MB had more falls ($p = 0.02$) and more functional dependence ($p = 0.02$). **Conclusions:** Multimorbidity was very frequent in patients with HFrER with greater functional dependence and adverse events and the therapeutic approach centered on the person is important.

Keywords: heart failure, chronic diseases, risk factors, the elderly.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - AMOSTRA DE 50 PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE
FRAÇÃO REDUZIDA-----13

LISTA DE GRÁFICOS

FIGURA 1- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO -----12

FIGURA 2 – ESCALA DE FRAGILIDADE CLÍNICA DE ROCKWOOD-----14

FIGURA 3 – DOENÇAS ASSOCIADAS (SEM MULTIMORBIDADE X COM MULTIMORBIDADE)-----15

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO-----	10
OBJETIVOS -----	10
MÉTODOS -----	11
RESULTADOS-----	12
DISCUSSÃO-----	15
AGRADECIMENTOS-----	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA -----	17
ANEXOS-----	19
PARECER CEP-----	25

1. INTRODUÇÃO:

Multimorbidade (MB), ou a presença de duas ou mais condições crônicas concomitantes, é muito comum na população idosa, sendo fator importante de desfechos clínicos desfavoráveis. Estudos anteriores demonstraram que 90% da população idosa com insuficiência cardíaca (IC) apresentam mais de duas condições crônicas e 60% com cinco ou mais.^[1, 2] Com aumento do número dessas condições cresce o risco de dependência funcional, efeitos adversos de fármacos, não aderência, exames clínicos duplicados, medicamentos conflitantes, hospitalizações desnecessárias e mortalidade.^[3,4]

Outro estudo observacional em pessoas idosas portadoras de IC observou que metade delas tinham dificuldade de realizar ao menos uma atividade da vida diária ou instrumental, relacionados nas AVDS de KATZ (ANEXO III) e AIVD de LAWTON (ANEXO II).^[5]

É, contudo, comum a concomitância de condições clínicas com síndromes geriátricas; um estudo americano (Medicare) observou, em idosos portadores de IC, comprometimento cognitivo e funcional em 27% e 36%, respectivamente.^[6]

A MB, diferente de comorbidade do modelo centrado na doença – por exemplo: portadores de doença cardiovascular e diabetes mellitus ou doença renal crônica -, é um conceito centrado no paciente, onde além dessas condições clínicas, as pessoas idosas apresentam múltiplas condições crônicas, síndromes geriátricas (SG), alterações funcionais e determinantes sociais de saúde.^[1] A presença dessas condições explica o índice de hospitalização e re-hospitalização em até trinta dias de alta.^[7,8]

Em decorrência da alta complexidade e multidisciplinaridade da MB em pacientes com IC, em fevereiro de 2015, através de iniciativa da *American College of cardiology*, *American Geriatric Society* e *National Institute on Aging*, foi organizado o primeiro simpósio na cidade de Nova Iorque – EUA.^[9]

2. OBJETIVOS:

Avaliar a frequência de Multimorbidade em pacientes portadores de ICFRE e sua associação com dependência funcional, fragilidade e a frequência de quedas, internações e reinternações nos últimos 06 meses.

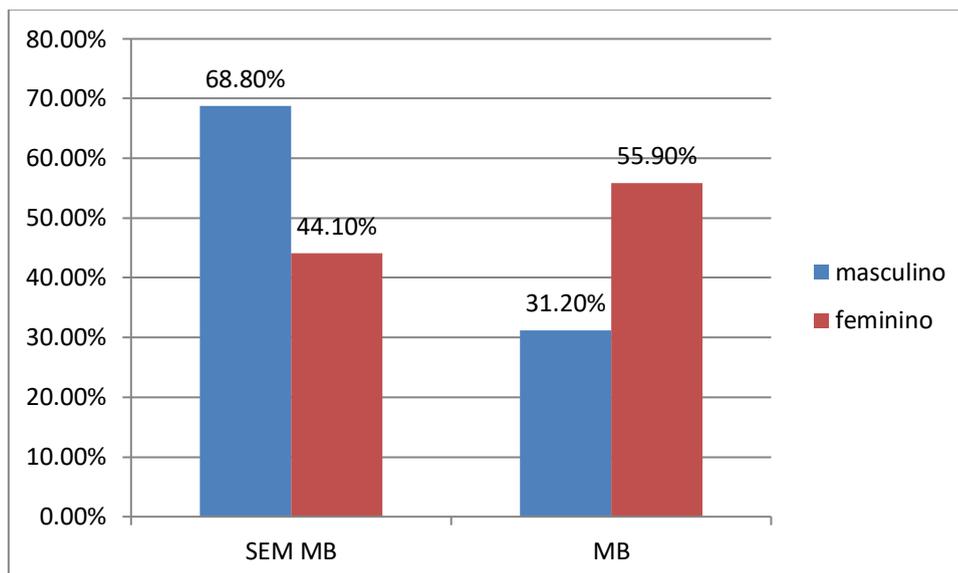
3. MÉTODOS:

Estudo descritivo, analítico observacional, de caráter transversal e prospectivo de uma amostra de pacientes idosos (> 60 anos) portadores de insuficiência cardíaca acompanhados no serviço de cardiologia (referência em insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida) no período de janeiro-setembro 2019. Os dados clínicos do paciente foram os descritos no prontuário do paciente (MV), inclusive os valores da ecocardiografia transtoracica mais recente (Fração de Ejeção). Os pacientes foram classificados sem ou com Multimorbidade (MB), ou a presença de duas ou mais condições crônicas concomitantes, além da doença de base (ICFER). A Escala clínica de fragilidade de Rockwood [10,11] foi empregada classificando os pacientes em frágil (leve, moderada, grave e muito grave, terminal), robusto, saudável e vulnerável. Para avaliar a funcionalidade, autonomia e independência, empregamos as escalas de Katz (atividades básicas da vida diária) - Katz *et al.*, 1963[12,13] interpretação: 0 – independente em todas as seis funções; 1 – independente em cinco funções e dependente em uma função; 2 – independente em quatro funções e dependente em duas funções; 3 – independente em três funções e dependente em três funções; 4 – independente em duas funções e dependente em quatro funções; 5 – independente em uma função e dependente em cinco funções; 6 – dependente em todas as seis funções., e Lawton [14,15] (atividades instrumentais da vida diária) - Estão relacionadas com a realização de tarefas mais complexas, como arrumar a casa, telefonar, viajar, fazer compras, preparar os alimentos, controlar e tomar os remédios e administrar as finanças. De acordo com a capacidade de realizar essas atividades, é possível determinar se o indivíduo pode ou não viver sozinho sem supervisão - A pontuação máxima é de 21 pontos, correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 7 pontos relaciona-se à maior dependência. Internações, reinternações e quedas nos últimos seis meses foram considerados com desfecho clínico; além de funcionalidade (Katz e Lawton) e fragilidade (escala de Rockwood). Para testar a distribuição amostral empregamos o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), valores < 0,05 (Katz, Lawton e número de quedas) foi considerado de distribuição não normal (não paramétrica). As variáveis foram representadas com percentagem, quando categóricas e média e desvio padrão com variabilidade, quando contínuas. Empregamos teste qui quadrado, quando categórica e t para amostra independentes ou de Mann-Whitney quando contínuas, paramétricas ou não paramétricas, respectivamente. Valores menores que 0,05 foram considerados significantes. Projeto de pesquisa aprovado pelo CEP Nº 2.567.687 CAAE 83171118.3.0000.5065 (27/03/ 2018)

4. RESULTADOS

Foram analisados cinquenta pacientes portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, sendo 20 mulheres e 30 homens; 40% e 60%, respectivamente (FIG 1), com uma média de idade de 73 anos (60-90anos de idade). Multimorbidade (número superior a duas doenças crônicas) presente em 34 pacientes, correspondendo a 68% da amostra.

FIGURA 1 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO



Os pacientes portadores de ICFER com multimorbidade eram em sua maioria do sexo feminino (55,9%) com idade média de 74 anos e apresentaram mais quedas no último mês com maior dependência funcional (TABELA 1).

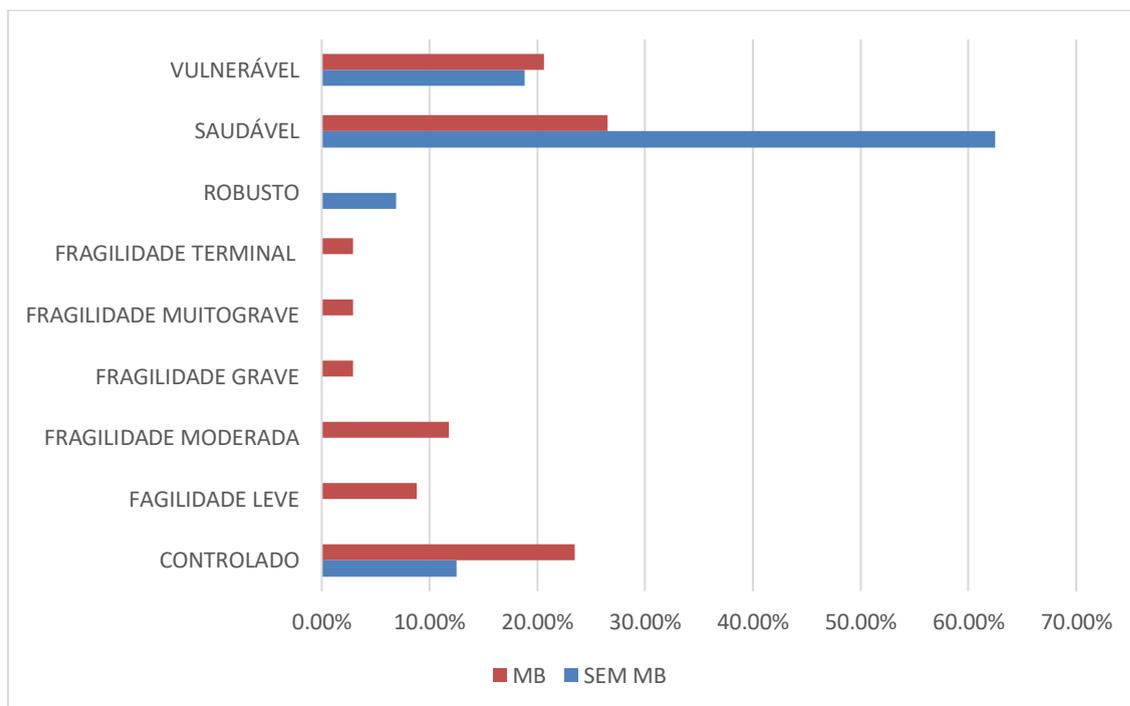
TABELA 1 - AMOSTRA DE 50 PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE FRAÇÃO REDUZIDA

	SEM MULTIMORBIDADE (16 pacientes) 32%	MULTIMORBIDADE (34 pacientes) 68%	p
IDADE (ANOS)	70±7	74±8	0,17*
KATZ	0,0	0,91±1,81	0,02**
LAWTON	20±0,5	18,5±4,7	0,09**
FRAÇÃO DE EJEÇÃO %	29±7	33±8	0,07*
Nº DE QUEDAS [#]	0	0,50±0,18	0,05**
Nº INTERNAÇÕES [#]	0,56±0,18	0,70±0,16	0,72**
Nº REINTERNAÇÕES [#]	0,13±0,34	0,18±0,09	0,97**
Nº DE DOENÇAS CRÔNICAS	1,81±0,4	4,09±0,55	0,001*

[#]EM SEIS MESES, * TESTE t AMOSTRAS INDEPENDENTES** TESTE DE MANN WHITNEY

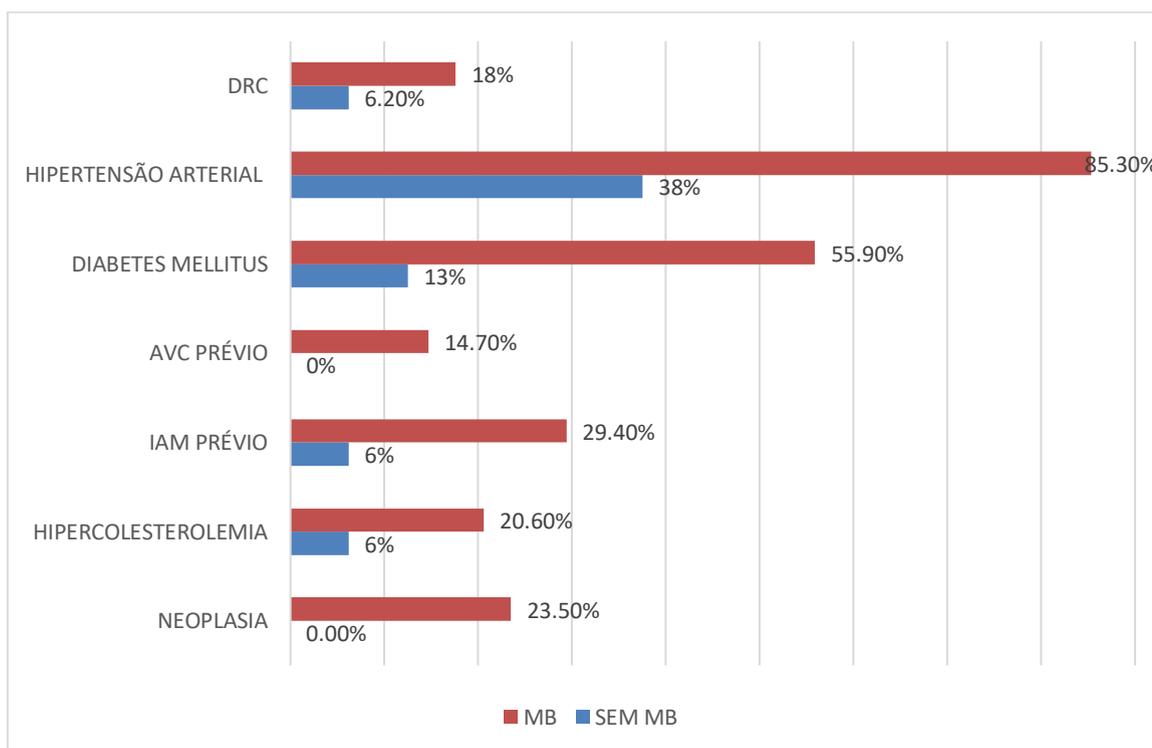
Os do grupo sem multimorbidade 62,5% foram saudáveis e 18,8% vulneráveis, enquanto os com multimorbidade, apresentaram 26,5% saudáveis e 20% vulneráveis ($p = 0,07$). Os pacientes com multimorbidade apresentaram algum grau de fragilidade em 10 pacientes (29,3% da amostra) FIG2

FIGURA 2 – ESCALA DE FRAGILIDADE CLÍNICA DE ROCKWOOD



Dentre as doenças mais frequentes observadas nos pacientes com multimorbidade foram: hipertensão arterial ($p=0,002$), diabetes mellitus ($p = 0,005$), história progressiva de acidente vascular cerebral ($p = 0,01$) e neoplasia FIG 3.

FIGURA 3 – DOENÇAS ASSOCIADAS (SEM MULTIMORBIDADE X COM MULTIMORBIDADE)



Teste χ^2 . DRC, doença renal crônica (p 0,46), hipertensão arterial (p = 0,002), diabetes mellitus (p 0,005), acidente vascular encefálico prévio (p 0,01), infarto agudo do miocárdio prévio (p 0,08),hipercolesterolemia e neoplasia (p = 0,04)

5. DISCUSSÃO:

Constatamos que 68% dos pacientes analisados apresentavam MB. Destes, a maioria era do sexo feminino (55,9%) e apresentavam uma média de idade de 74 anos. Dos sem MB 62,5% eram saudáveis e 18,8% vulneráveis. Quando comparamos esses números aos pacientes com MB percebemos que apenas 26,5% eram saudáveis e 20% vulneráveis. Além disso, entre os pacientes com multimorbidade 29,3% apresentaram algum grau de fragilidade o que não foi observado entre os paciente sem MB.

Quando comparamos os resultados obtidos em nosso estudo com outros realizados ao redor do mundo, nos deparamos com resultados semelhantes no tocante a idade dos pacientes analisados e a presença de multimorbidade. De acordo com o estudo

Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease ^[16] no qual o número de pacientes com duas condições de saúde crônicas coexistentes era de aproximadamente 50% entre pacientes com idade menor do que 65 anos, comparado com 63% com idades entre 65 e 74 anos, 77% entre aqueles com 75 e 84 anos e 83% entre os pacientes com 85 anos ou mais de idade. Esses resultados também podem ser corroborados pelo estudo *Multimorbidity in Heart Failure: A Community Perspective* ^[17] onde evidenciou-se que a maioria dos pacientes com insuficiência cardíaca apresentavam duas ou mais condições crônicas (86%), as mais prevalentes foram hipertensão arterial, hiperlipidemia e arritmia. Em nossa amostra encontramos associação com hipertensão arterial, diabetes mellitus e história prévia de acidente vascular cerebral.

Dentre as limitações, foram o não retorno de consulta, o registro de dados no prontuário e as informações sobre doenças e eventos nos últimos seis meses fornecidos pelos pacientes ou seus cuidadores. Os pacientes em participação do ensaio clínico com sacubitril/valsartana foram excluídos do estudo, permanecendo apenas os pacientes em uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina/ bloqueadores da angiotensina, betabloqueadores, diuréticos (alça e espironolactona).

Concluindo, multimorbidade foi muito frequente em pacientes com ICFER e se apresenta com múltiplas condições associadas associados à dependência funcional e eventos adversos, sendo importante o enfoque terapêutico centrado na pessoa neste grupo específico de pacientes.

6. AGRADECIMENTOS:

Gostaríamos de agradecer a todos que nos ajudaram de alguma forma para a realização do projeto, em especial a equipe de cardiologia e geriatria do HSCMV.

7. REFERÊNCIAS

1. Chamberlain AM, St Sauver JL, Gerber Y, et al. Multimorbidity in heart failure: community perspective. *Am J Med* 2015; 128:38–45.
2. Wong CY, Chaudhry SI, Desai MM, et al. Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. *Am J Med* 2011; 124:136–43.
3. Friedman, B., Jiang, H.J., and Elixhauser, A. Costly hospital readmissions and complex chronic illness. *Inquiry*. 2008; 45: 408–421.
4. Wolff, J.L., Starfield, B., and Anderson, G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 2269–2276.
5. Murad K, Goff DC Jr, Morgan TM, et al. Burden of comorbidities and functional and cognitive impairments in elderly patients at the initial diagnosis of heart failure and their impact on total mortality: the cardiovascular health study. *JACC Heart Fail* 2015; 3:542–50.
6. Arnett DK, Goodman RA, Halperin JL, et al. AHA/ACC/HHS strategies to enhance application of clinical practice guidelines in patients with cardiovascular disease and comorbid conditions: from the American Heart Association, American College of Cardiology, and US Department of Health and Human Services. *Circulation* 2014; 130:1662–7.
7. Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, et al. Hospitalizations after heart failure diagnosis a community perspective. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54:1695–702.
8. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA* 2013; 309:355–63.
9. ACC/AGS/NIA. Multimorbidity in Older Adults With CV Disease Workshop: Feb 9–10, 2015 <http://www.u13multimorbidity2015.com>
10. Rockwood IL. Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53:1069–70.

11. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine define by frailty. *Clin Geriatr Med.* 2011; 27:17-26
12. Katz S, Akpom CA. A measure of primary socialbiological functions. *International Journal of Health Services.* 1976; 6:493-507.
13. Katz S, Ford AB, Mosckowictz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. *JAMA.* 1963; 21:914-9.
14. Lawton MP. The functional assessment of elderly people. *J Am Geriatr Soc.* 1971; 19:465-81.
15. Lawton MP, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist.* 1969; 9:179-86.
16. 1. Review JS, Forman DE, Maurer MS, Boyd C, Brindis R, Salive ME, et al. Multimorbidity in Older Adults With. 2018;71(19).
17. Chamberlain AM, Sauver LS, Gerber Y, Manemann SM. Multimorbidity in Heart Failure: A Community Perspective. *Am J Med.* 2015;128(1):38–45.

8. ANEXOS:

Anexo I - ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDADE DE ROCKWOOD

CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
ROBUSTO	Ativo, vigoroso, muito motivado, forte, atividade física regular. Apto para a idade
BEM/SAUDÁVEL	Sem sintomas de doenças ativas. Menos apto que a anterior. Atividade física ocasional ou sazonal
CONTROLADO	Comorbidades controladas. Sintomas de doenças controladas. Sem atividade física além da marcha habitual.
VULNERÁVEL	Sintomas de doenças não controladas. Independência para AVDs. Alteração da marcha (marcha lenta). Limitação funcional de acordo com os sintomas da doença. Cansaço durante o dia.
FRAGILIDADE LEVE	Dependência em grau reduzido nas Atividades Instrumentais da vida diária (transporte, finanças, requer esforços para lidar com atividades da casa, ir compras e preparar alimentação. Supervisão para tomar medicamentos. Supervisão de marcha no exterior.
FRAGILIDADE MODERADA	Dependência moderada para AVDs e AIVD. Apoio e supervisão na marcha/subir e descer escadas dentro de casa ou necessidade de auxílio para marcha. Necessita de ajuda e supervisão durante a noite.
FRAGILIDADE SEVERA	Dependência em grau elevado em todas as AVDS. Dependente do cuidador por causa física ou cognitiva. Estável e sem risco de morrer nos próximos 6 meses.
FRAGILIDADE MUITO SEVERA	Dependência em grau elevado de todas as AVDS. Próximo ao fim da vida. Pode não recuperar de doença menor
FRAGILIDADE TERMINAL	Próximo ao fim da vida. Expectativa de vida menor que 6 meses. Sem outra evidência de fragilidade.

ANEXO II - LAWTON (ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA)

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton
ATIVIDADE
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independência: 21 - Não há ponto de corte; - Entrevista ao idoso ou a informante capacitado
<p>1) Uso do telefone: 3 = capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda 2 = capaz de ver, responder ao telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar 1= completamente incapaz no uso do telefone</p>
<p>2) Viagens: 3 = capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi 2= capaz de viajar exclusivamente acompanhado 1= completamente incapaz de viajar</p>
<p>3) Compras: 3 = capaz de fazer compras se fornecido transporte 2= capaz de fazer compras exclusivamente acompanhado 1= completamente incapaz de fazer compras</p>
<p>4) Preparo das refeições: 3 = capaz de planejar e cozinhar refeições completas 2= capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho 1= completamente incapaz de preparar qualquer refeição</p>
<p>5) Trabalho doméstico: 3 = capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão) 2= capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas 1= completamente incapaz realizar qualquer trabalho domestico</p>
<p>6) Medicações: 3 = capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa 2= capaz de tomar os remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare 1= completamente incapaz tomar os remédios sozinho</p>
<p>7) Dinheiro :3 = capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagará contas 2 = capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de compras 1 = completamente incapaz de administrar dinheiro</p>
<p>Pontuação: ___/21</p>
<p>Ref.: Lawton & Brody, 1969 – Adaptada ao contexto brasileiro por Lopes dos Santos, Roberto; Virtuoso Júnior, Jair Sindra; 2008)</p>

ANEXO III - ESCALA DA ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA.

Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (Índice) de Katz
ATIVIDADE
Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal). I – independente; D – dependente Nota: independência significa a realização dos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos acima. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.
1 - Tomar banho - (leito, banheira ou chuveiro). <input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho. (D)
2 - Vestir-se - Pega roupas nos armários e gavetas, inclusive peças íntimas e manuseia fechos (inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas). <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (I) <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D)
3 - Uso do vaso sanitário - Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas. <input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã). (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. (D) <input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas. (D)
4 - Transferência <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador). (I) <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (D) <input type="checkbox"/> não sai da cama. (D)

ANEXO IV - TCLE.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado(a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone(27)33343586 ou no e-mail comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza -Vitória -ES -29045-402 ou responsável pela pesquisa, Prof. Dr. Renato Lírio Morelato (98135 4118). As folhas do TCLE serão rubricadas pelo pesquisador e participantes da pesquisa

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: “MULTIMORBIDADES EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA”.

INSTITUIÇÃO: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES – Rua R. Dr. João dos Santos Neves, 143 - Vila Rubim, Vitória - ES,

29025-023 – (27)
3212– 7200.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:Prof. Dr. Renato Lírio Morelato, Rua R. Dr. João dos Santos Neves, 143 – Vila Rubim, Vitória-ES, 29025-

023 – (27) 3212 – 7200 Fone
98135 4118.

OBJETIVOS DA PESQUISA: identificar multimorbidade, ou seja mais de duas condições crônicas não cardíaca, em pessoas idosas portadoras de insuficiência cardíaca e estudar suas consequências clínicas.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Estudo descritivo, observacional, de caráter transversal e prospectivo de uma amostra de pacientes idosos (> 60 anos) portadores de IC com duas ou mais condições crônicas acompanhados na de cardiologia e geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES.

RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisa apresentará riscos mínimos, que serão desconforto de responder questionários. **BENEFÍCIOS:** Será o conhecimento de causas de agravos desfavoráveis em pacientes idosos com IC em acompanhamento regular

Não haverá custos adicionais nem reembolso para o paciente por se tratar de pesquisa sem intervenção adicional. Será assegurada a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da mesma.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, / _____, CPF
RG _____,

Abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

_____, _____ de
de _____

Assinatura do participante da pesquisa ou representante
(cuidador ou familiar)

Assinatura do pesquisador responsável:

TRABALHO MULTIMORBIDADE EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

1- Nome:

2- Fração de Ejeção:

3- Sexo: M / F

4- Raça: Branca / Preta / Parda / Indígena- amarela

5- Estado civil: solteiro / casado/ viúvo/ divorciado

6- Data nascimento:

7- DOENÇAS / COMORBIDADES

- a. 1- HAS
- b. 2- DIABETES
- c. ALZHEIMER
- d. DEMENCIA
- e. HIPERCOLESTEROLEMIA
- f. IAM
- g. AVC
- h. NEOPLASIAS
- i. PARKINSON
- j. ASMA
- k. DPOC
- l. ICC
- m. ARRITMIA
- n. ANGINA
- o. OBESIDADE
- p. DÇ RENAL
- q. DÇ OSTEOMUSCULAR
- r. DÇ GENITOURINARIA
- s. DEPRESSÃO

8- Fumo: 0- nunca / 1 – Sim, atualmente / 2- Não, atualmente

9- Alcool: 0- nunca / 1 – Sim, atualmente / 2- Não, atualmente

10- Escala de Lawton:

11- Escala de Katz

12- Escala de Rockwood

13- Quantas quedas últimos 06 meses?

14- Quantas Internações Ultimos 06 meses?

15- Quantas reinternações (Reinternado após 30 dias da alta)?

9. PARECER DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULTIMORBIDADES EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

Pesquisador: Renato Lirio Morelato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83171118.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.567.687

Apresentação do Projeto:

MULTIMORBIDADES EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

Objetivo da Pesquisa:

1.OBJETIVOS:Geral: identificar multimorbidade, ou seja mais de duas condições crônicas não cardíaca, em pessoas idosas portadoras de insuficiência cardíaca e estudar suas consequências clínicas.Específicos:1.Avaliar, no modelo hierárquico, os fatores associados com quedas, internação e mortalidade em pacientes com IC e MB.2.Identificar síndrome de fragilidade, através da escala clínica de fragilidade de Rockwood, em pacientes portadores de IC com MB. 3. Avaliar principais fatores associados à multimorbidade nos portadores de IC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresentará riscos mínimos, que será o desconforto de responder questionários após ser consultado.

Benefícios:

Será o conhecimento de causas de agravos desfavoráveis em pacientes com IC em

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

Continuação do Parecer: 2.567.687

acompanhamento regular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador fez as adequações recomendadas pelo comitê de ética e pesquisa no Termo de Consentimento Livre Esclarecido .

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou toda a documentação obrigatória

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador realizou as adequações sugeridas pelo CEP sendo assim, não apresenta mais pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1072377.pdf	09/03/2018 21:18:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MB.pdf	09/03/2018 21:17:28	Renato Lirio Morelato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2018 21:16:28	Renato Lirio Morelato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_MB.pdf	10/02/2018 10:47:22	Renato Lirio Morelato	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO_MB.pdf	10/02/2018	Renato Lirio	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.567.687

Folha de Rosto	ROSTO_MB.pdf	10:44:25	Morelato	Aceito
----------------	--------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 27 de Março de 2018

Assinado por:

PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br