

BIBLIOTECA - EMESCAM

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

ALEX GOMES RODRIGUES
PRISCILA PIMENTEL TIUSSI

O IMPACTO DA CLÍNICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES NELA INSERIDOS: REVISÃO DE LITERATURA

VITÓRIA-ES
2012

ALEX GOMES RODRIGUES
PRISCILA PIMENTEL TIUSSI

**O IMPACTO DA CLÍNICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA
MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES NELA INSERIDOS:
REVISÃO DE LITERATURA**

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: Luiz Fernando
Machado Barbosa

VITÓRIA-ES
2012


ALEX GOMES RODRIGUES
PRISCILA PIMENTEL TIUSSI

O IMPACTO DA CLÍNICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES NELA INSERIDOS: REVISÃO DE LITERATURA

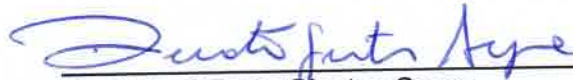
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em _____ de _____ de 20_____

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa
Especialista em Cardiologia
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Prof. Dr. Renato Giestas Serpa
Especialista em Cardiologia
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Dr. Roberto Ramos Barbosa
Especialista em Cardiologia

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que nos proporcionou a oportunidade de estar aqui neste momento, podendo concluir nossos sonhos.

Aos nossos pais, que com sua luta puderam nos colocar no lugar que hoje estamos.

Ao Dr. Luiz Fernando, nosso orientador, por se dispor a ajudar quando as coisas mudaram, e por estar sempre apto a ensinar.

À Prof^a. Graça, que com sua paciência soube entender nossas limitações e nos apoiou sempre que solicitada.

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que ocorre em pacientes que, em razão de alguma anormalidade herdada ou adquirida na estrutura e/ou função cardíacas, desenvolvem uma constelação de sintomas e sinais clínicos que leva a hospitalizações frequentes, diminuição da qualidade e da expectativa de vida.

As clínicas de insuficiência cardíaca (CIC), constituídas de corpo clínico multiprofissional, surgiram recentemente como uma potencial melhoria no tratamento da doença. Seus objetivos se baseiam principalmente na diminuição de hospitalizações, melhora da qualidade de vida, aderência ao tratamento, otimização medicamentosa e melhora da sobrevida.

O objetivo desta revisão é esclarecer, de acordo com as evidências literárias até o presente momento, a força da evidência dos dados referentes às CIC, bem como deixar claro pontos ainda duvidosos no funcionamento das clínicas, seu impacto na morbidade e na mortalidade dos pacientes nela inseridos.

Grandes ensaios clínicos randomizados sem falhas metodológicas são escassos quando se trata do tema, estando a prática muitas vezes guiada apenas por observações ou por resultados de pequenos estudos.

Dos poucos estudos sedimentados até o momento, em nenhum foi evidenciada diminuição da mortalidade de maneira significativa, entretanto, já está claro que o atendimento multiprofissional otimizado é capaz de diminuir o número de hospitalizações, melhorar a qualidade de vida, a adesão ao tratamento e reduzir os custos com o paciente.

Palavras-chave: Clínica de insuficiência cardíaca; hospitalização; mortalidade; revisão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 MÉTODOS.....	7
3 DISCUSSÃO.....	8
4 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO.....	23

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é a via final comum da maioria das doenças que afetam o coração. Trata-se de uma síndrome clínica que ocorre em pacientes que, em razão de alguma anormalidade herdada ou adquirida na estrutura e/ou função cardíacas, desenvolvem uma constelação de sintomas e sinais clínicos que leva a hospitalizações frequentes, diminuição da qualidade e da expectativa de vida^{1,2}.

A incidência e o número de mortes relacionadas à IC vêm crescendo ao longo do tempo, em parte devido aos melhores tratamentos oferecidos aos pacientes que sofrem algum tipo de transtorno cardíaco, o que faz com que o paciente sobreviva num primeiro momento, mas a médio/longo prazo progrida para um quadro de IC; e em parte devido ao envelhecimento da população, aumentando seu risco cardiovascular³.

Além disso, no Brasil e no mundo, a IC se configura como uma das doenças mais onerosas para o serviço público. Desses gastos, a maior parte é decorrente das internações de tais pacientes, sendo que a maioria dessas internações poderiam ser evitadas com um tratamento ambulatorial otimizado, visto que a má aderência se configura como a principal causa de descompensação da IC⁴.

Diante de tal cenário, fica claro que um tratamento ambulatorial otimizado teria o potencial necessário para reduzir os custos, o número de reinternações e a mortalidade relacionada à IC. Sendo assim, a clínica de insuficiência cardíaca, com um tratamento multidisciplinar contínuo e individualizado, se configuraria como uma modalidade terapêutica de salutar importância, caracterizando-se como um dos pilares no tratamento da IC¹.

Tais clínicas visam, entre outros aspectos, melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, determinar otimização terapêutica, diminuir o número de hospitalizações relacionadas diretamente à doença e dessa forma melhorar a qualidade de vida do paciente, além de promover redução dos custos hospitalares¹.

2 MÉTODOS

Esta revisão sistemática foi realizada através da seleção de artigos relevantes obtidos nas bases de dados MEDLINE, Embase, Scielo, Lilacs, sem limite de tempo, usando uma estratégia de busca para todos os tipos de publicações relativas ao tema do estudo em português e em inglês.

As palavras-chave utilizadas nas bases de pesquisa foram: *heart failure, mortality, disease management program, hospitalization, education, quality of life, heart failure clinics, randomized controlled trial, meta-analysis* e *review*. Tais palavras também pesquisadas em português.

Essa estratégia de pesquisa localizou 754 artigos, dos quais 700 foram considerados inviáveis com base em seus títulos e resumos. Dos 54 estudos considerados viáveis, 31 foram excluídos de acordo com os critérios de exclusão aplicados, sendo então analisados 23 estudos.

A seleção e a exclusão de artigos bem como a elaboração do trabalho foram guiados a partir dos critérios de Sampaio e Mancini⁵, vide anexo. Foram excluídos os artigos que não forneceram avaliações discutidas neste estudo, apresentaram intervenção incompreensível ou não foram estudos originais.

3 DISCUSSÃO

A IC é definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal ou com elevadas pressões de enchimento. As alterações hemodinâmicas encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões vascular pulmonar e venosa sistêmica^{1,2}.

Tal doença é responsável por alta morbimortalidade na população, sendo que as doenças cardiovasculares, como grupo, representam a principal causa de morte em todo o Brasil, tendo em 2009 mortalidade proporcional de 29,02%, sendo a IC responsável diretamente por 8,5% de tais mortes. Quanto à morbidade hospitalar, as doenças cardiovasculares representam a 3ª causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011, foram 1.144.176 internações por doenças cardiovasculares no SUS em todo o Brasil, o que equivale a 10,29% de todas as causas de internação, sendo que 258.069 dessas internações foram por IC, ou seja, 22,55% do montante referente às doenças cardiovasculares, e a 2,32% do montante referente à internação por todas as causas⁶.

Segundo a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, no período de 2000 a 2007, identificou-se redução do número de hospitalizações por IC (tabela 1) com diminuição proporcional entre todas as regiões geográficas do país. Os gastos decorrentes de hospitalizações por IC no SUS no mesmo período tiveram aumento de 11,3% e os gastos unitários de 64,7% por internação (tabela 2)¹.

No ano de 2007 a IC foi responsável por 2,6% das hospitalizações e por 6% dos óbitos registrados pelo SUS – Ministério da Saúde (MS) no Brasil, consumindo 3% do total de recursos utilizados para atender todas as internações realizadas pelo sistema¹.

Tabela 1 – Comparação entre as internações realizadas por IC pelo SUS - MS, por região geográfica brasileira nos anos de 2000 e 2007

Região	2000	2007
Norte	18.664	15.981
Nordeste	97.920	68.524
Sudeste	160.479	122.612
Sul	84.630	61.787
Centro-oeste	36.796	24.569
Total	398.489	293.473

Fonte: III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica

Tabela 2 – Custos totais das internações por todas as causas, por doença cardiovascular e por IC, comparação entre os anos de 2000, 2004 e 2007, SUS – MS Brasil

2000			
	Total	DCV	IC
N internações	11.937.323	1.134.385	398.489
Custo Total (R\$)	4.886.848.236,08	821.460.375,47	204.666.458,17
Custo Unitário (R\$)	409,38	724,15	513,61
2004			
	Total	DCV	IC
N internações	11.492.883	1.205.067	339.770
Custo Total (R\$)	658.121.333,54	1.247.888.762,41	226.842.857,98
Custo Unitário (R\$)	572,63	1.035,53	667,64
2007			
	Total	DCV	IC
N internações	11.309.325	1.156.136	293.473
Custo Total (R\$)	7.607.591.178,43	1.467.395.208,68	232.776.739,30
Custo Unitário (R\$)	672,68	1.269,22	793,44

Fonte: III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica

Dados dos Estados Unidos corroboram a alta incidência e morbidade da IC. Existem lá aproximadamente 5 milhões de pessoas com a doença, sendo feitos cerca de 550.000 novos diagnósticos por ano. Entre 1990 e 1999 o número anual de

internações tendo a IC como causa primária aumentou de 810 000 para mais de 1 milhão⁷.

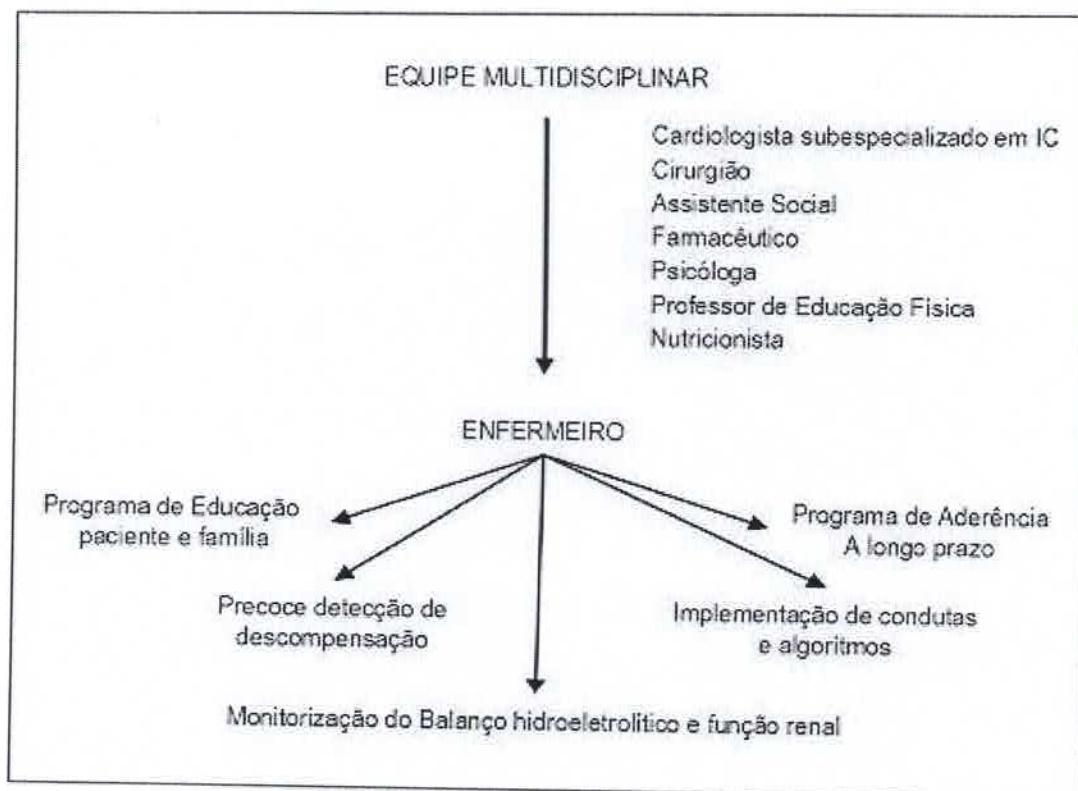
Dessa forma podemos concluir que além de um grande problema de saúde, a IC também é uma doença de alto custo. Nos Estados Unidos ocorrem anualmente cerca de 2,5 milhões de admissões hospitalares por IC. Tais números representam aproximadamente 25% de todas as internações cardiológicas, sendo a IC responsável por cerca de 1 a 2% do total destinado à saúde do país, o que equivale de 12 a 24 bilhões de dólares por ano^{8,9}. Tais valores tendem a aumentar não só nos Estados Unidos, mas também no Brasil, graças ao envelhecimento da população e consequente aumento da prevalência e da incidência da doença.

Isso nos mostra que apesar dos avanços no tratamento da doença reduzirem a sua morbimortalidade, a síndrome continua associada a um prognóstico ruim. Dessa forma, programas de acompanhamento têm sido apontados como meio potencial de melhorar o atendimento e os resultados clínicos destes pacientes¹⁰. Fica então evidente a necessidade da criação de clínicas específicas, com corpo multidisciplinar, capaz de fornecer assistência integral ao paciente, levando em consideração o conjunto de determinantes biológico, psicológico e pessoal.

A base profissional da clínica de IC (CIC) é constituída por médico cardiologista e enfermeiro. O enfermeiro tem papel central no funcionamento da CIC e no monitoramento do paciente com IC. Para atender às exigências e responsabilidades associadas a esta tarefa, estes devem ser adequadamente treinados. Tarefas específicas do enfermeiro na CIC incluem educação do paciente acerca da importância de reconhecer os sinais e sintomas de IC, e discutir os fatores de risco individuais e mudanças de estilo de vida. Informações sobre o impacto da IC em atividades sociais e a importância da vacinação são outras áreas importantes em que o enfermeiro pode contribuir. Além disso, os enfermeiros podem assumir responsabilidade sobre o tratamento não-farmacológico e podem ser responsáveis pela monitorização do status hidroeletrólítico e da função renal do paciente com IC. Tratamento individual e um plano de acompanhamento devem ser documentados nos registros dos enfermeiros - de preferência em um sistema informatizado para acesso imediato¹¹. Sua atuação deve ser orientada a partir de um corpo clínico

multidisciplinar, que deve exercer funções variadas objetivando um controle adequado das diversas modalidades clínicas apresentadas pelo paciente com IC¹. O funcionamento da CIC pode ser exemplificado a partir da figura 1.

Figura 1 – Funcionamento da IC



Fonte: BOCCHI E. A. et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica.

De acordo com a III Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica as CIC têm diversas atribuições, todas objetivando um melhor controle clínico do paciente com IC; dentre elas citamos: realizar o diagnóstico diferencial, estabelecer prognóstico, propor tratamento efetivo e monitorar continuamente o paciente, otimizando a relação custo-efetividade; estimular a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, visando a redução do número de hospitalizações; orientar medidas de autocontrole para detecção precoce dos sinais e sintomas de descompensação, por meio de ações educativas ao paciente e seus familiares e criar mecanismo de rapidez na assistência frente às primeiras manifestações de descompensação da doença; identificar e tratar as co-morbidades; capacitar e reciclar profissionais com enfoque específico na atenção integral ao paciente; apoiar a criação de associações

de pacientes com IC, visando melhor integração de seus participantes e, conseqüentemente, fortalecimento para suas reivindicações¹.

Um dos mais importantes estudos que avaliaram a eficácia de uma clínica multidisciplinar versus (vs) clínica usual, foi publicado em 1995 pela revista *The New England Journal of Medicine*, por Rich e colaboradores (cols); neste estudo, 282 pacientes de alto risco que receberam alta após um período de internação por descompensação da IC foram alocados aleatoriamente em um grupo controle (GC), onde o atendimento era feito com cardiologista, e em um grupo intervenção (GI), onde o atendimento era multiprofissional. Após um período de 90 dias de seguimento, o número de reinternações no GI foi 56,2% menor que no GC (p: 0,04), e, além disso, observou-se melhora na qualidade de vida. Apesar de tal estudo ter potenciais limitações, como número reduzido de pacientes e seguimento curto, além de envolver somente pessoas maiores de 70 anos e de alto risco para a doença, ele foi fundamental para que se estabelecesse a idéia de que o atendimento multiprofissional é substancialmente melhor que o atendimento feito apenas pelo médico cardiologista, abrindo as portas para novas perspectivas de tratamento¹².

Estudos posteriores avaliaram principalmente duas vertentes na abordagem diferenciada ao paciente com IC. Enquanto alguns trabalhos buscaram mostrar possíveis benefícios de um atendimento multiprofissional, em outros os pacientes eram submetidos apenas a orientações por telefone pelo enfermeiro.

Em 2010, Ferrante e cols. publicaram no *Journal of the American College of Cardiology*, um estudo no qual 1518 pacientes com IC foram acompanhados por 3 anos. Tais pacientes foram alocados em dois diferentes grupos, o GC, que recebeu apenas acompanhamento com cardiologista, e o GI, que além deste acompanhamento médico, recebeu telefonemas de caráter educacional feitos por enfermeiros treinados para conversar sobre a IC, sobre a importância da dieta, uso regular de medicamentos, sobre a maneira de detectar sintomas precoces de piora e descompensação da doença e a importância de procurar atendimento médico nesses momentos. Ao final da pesquisa foi observado menor da taxa de internações hospitalares por IC no GI do que no GC (16,8% vs 22,3%, com redução do risco relativo (RRR) de 29%, p: 0,005), porém não demonstrou efeito estatisticamente

relevante na mortalidade dos pacientes (RRR: 5%, p: 0,69). Além disso, foi observada que a capacidade funcional foi melhor no GI (8,07% pioraram a capacidade funcional e 27,48% melhoraram, $p < 0,0001$) do que no GC (39,31% pioraram a capacidade funcional enquanto 21,38% melhoraram, $p < 0,0001$), e houve melhora na qualidade de vida do GI vs GC (30,6 vs 35,0, p: 0,001), de acordo com o *Minnesota Quality of Life Questionnaire*¹³ (tal escore apresenta pontuações de 0 a 105, sendo 0 sem alteração na qualidade de vida e 105 máxima alteração na qualidade de vida). Este grande estudo foi importante para sedimentar as conclusões antes observadas em outros pequenos estudos, fornecendo embasamento literário de grande valor para a implementação de tal abordagem¹⁴.

Já um estudo semelhante realizado em Porto Alegre e publicado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) por Domingues e cols. não encontrou diferença estatisticamente significativa entre o grupo que recebeu orientações por telefone e o grupo controle quanto ao entendimento da doença (p: 0,41), mortalidade ou hospitalização (evento combinado; p: 0,74). Porém, trata-se de um estudo menor, que envolveu apenas 120 pacientes. Vale ressaltar também que os pacientes que participaram deste estudo foram triados durante internação hospitalar por descompensação de IC. Durante a internação todos receberam acompanhamento especializado por enfermeiros treinados que fizeram um trabalho de educação e esclarecimento quanto à doença. Após a alta os pacientes então foram divididos nos dois grupos supracitados.¹⁵

Um pequeno estudo realizado em Curitiba, similar ao anterior, publicado pela SBC, por Bento e Brofman em 2009, além de analisar o impacto dos telefonemas também avaliou a eficácia da consulta de enfermagem na frequência de internações de pacientes com IC, acompanhando esses pacientes durante 6 meses. Nele 40 pacientes foram divididos em 2 grupos distintos, um GC e um GI o qual além da assistência médica (fornecida a ambos grupos) foram também consultados por enfermeira e receberam ligações de caráter educativo, sendo feitas orientações acerca do tratamento farmacológico e medidas higienodietéticas (ingesta hídrica e de sódio, controle da pressão arterial e controle de peso corpóreo), além de esclarecer dúvidas a respeito das mesmas. Houve redução significativa das internações hospitalares, ocorrendo 18,5% de internações nos pacientes do GI e

81,5% nos do GC (p: 0,037). Neste estudo a principal causa de internação nos pacientes do GC foi a hipervolemia, refletindo a má adesão desses pacientes ao tratamento farmacológico e à restrição hidrossalina, sendo internações passíveis de prevenção. Já as internações no GI foram decorrentes de arritmias e IC refratária ao tratamento, caracterizando-as como inevitáveis¹⁶.

Um estudo realizado em São Paulo e publicado pelo *Circulation* em 2008, por Bocchi e cols. Neste estudo foram acompanhados 350 pacientes, divididos em dois grupos, um controle, submetido ao tratamento convencional, e outro que foi acompanhado por uma CIC durante 6 meses, sendo então submetidos a acompanhamento ambulatorial por profissionais de saúde variados (enfermeiro, cardiologista, farmacêutico, assistente social, nutricionista, dentista e psicólogo) tanto individualmente como em grupo, a aulas educativas (para o paciente e cuidador), otimização medicamentosa e acompanhamento por telefone. O grupo acompanhado pela CIC apresentou menor pontuação no *Minnesota Quality of Life Questionnaire*¹³ comparado com o GC (p: 0,000). Além da melhoria na qualidade de vida o grupo acompanhado na CIC apresentou menores taxas de internação hospitalar, menor necessidade de atendimentos emergenciais e menos dias de internação (p: 0,0001). Porém, não foi detectada diferença estatisticamente significativa de mortalidade entre os grupos avaliados (p: não significativo)¹⁷.

Uma metanálise publicada em 2005 por Roccaforte e cols., que englobou 33 ensaios clínicos randomizados, avaliou a eficácia dos programas de atendimento multidisciplinar em IC vs atendimento usual. Após análise de diversas variáveis, o estudo concluiu que programas atendimento diferenciado para pacientes com IC reduzem o número de hospitalizações (Risco relativo (RR): 0,86; p: 0,00001) e podem reduzir mortalidade (RR: 0,84; p: 0,003). O artigo cita também melhora da qualidade de vida, apesar de não terem sido calculadas medidas para comprovar tal fato, já que a maioria dos estudos analisados pela metanálise apresentaram neste tópico valores médios com intervalos. Afirmando em sua conclusão que há redução de custos do tratamento de maneira substancial, principalmente nos pacientes de moderado ou elevado risco, porém sem explicitar os valores¹⁸.

Uma metanálise publicada por Göhler e cols. em 2006 analisou a eficácia dos programas de manejo da IC crônica, como a CIC. Este estudo englobou 30 ensaios clínicos randomizados e chegou à conclusão de que com esse manejo dos pacientes há uma redução discreta de mortalidade, com um número necessário para tratar (NNT) por 6 meses de 33 pacientes ($p < 0,01$), sendo portanto estatisticamente relevante. Com relação a internações desses pacientes, o NNT foi de 13 pacientes ($p < 0,0001$)¹⁹.

O ensaio clínico multicêntrico randomizado *Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure* (COACH), publicado em 2008 por Jaarsma e cols. buscou mostrar os possíveis benefícios de um atendimento diferenciado ao paciente com IC. 1049 pacientes foram alocados aleatoriamente em 3 grupos, sendo o GC os pacientes atendidos apenas pelo cardiologista, o GI 1 os pacientes atendidos pelo médico cardiologista e pelo enfermeiro, e o GI 2 os pacientes atendidos pelo médico cardiologista, pelo enfermeiro, porém com maior número de atendimentos que no GI 1, e por um corpo multidisciplinar com fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e outros profissionais. O tempo de seguimento foi de 18 meses e o desfecho principal foi hospitalização ou óbito por IC no decorrer da pesquisa. Ao final do estudo, 42% dos pacientes no GC, 41% no GI 1 e 38% no GI 2 atingiram o desfecho estabelecido ($p: 0,73$ e $0,52$ respectivamente). Paradoxalmente, o estudo demonstrou que o número de hospitalizações no GI 2, ou seja, nos pacientes com atendimento multiprofissional, foi maior que no grupo controle (134 vs 120, $p: 0,62$) entretanto, a duração da hospitalizações foi menor (9,5 vs 12 dias, $p: 0,29$). Com relação às reinternações não houve diferença. Quanto a mortalidade isoladamente, os grupos intervenção 1 e 2 mostraram taxas 12 e 19% menores, respectivamente, que, apesar de não serem estatisticamente relevantes ($p: 0,39$ e $p: 0,15$, respectivamente), podem sugerir tal benefício, passível de ser demonstrado em outro estudo igualmente de grande porte que vise tal desfecho como primário. Em sua conclusão, o autor advoga que a ausência de diferenças estatisticamente significativas, deve ser decorrente da assistência otimizada já prestada pelos médicos cardiologistas do GC nos locais de estudo, fato este que não é compartilhado pela maioria dos outros estudos sobre o tema. Com relação à maior taxa de hospitalização, outros estudos^{20,21} também demonstraram tais resultados, que pode ser atribuído ao maior acesso ao serviço básico e

consequentemente ao serviço terciário pelo paciente. A ausência de resultados positivos no desfecho primário pode ser devido ao fato de que, ao se tratar de um desfecho composto, as duas variáveis em questão caminharam para lados opostos, ocultando um possível benefício. Por fim, o autor sugere que tais programas não devem ser abandonados a partir dos resultados demonstrados, mas que cada programa busque uma maneira eficaz e particular de conduzir seu sistema, e, além disso, sugere que outros estudos igualmente de grande porte sejam realizados, com o intuito de demonstrar se há realmente benefício ou não para cada item de interesse, hospitalização, e principalmente mortalidade²².

Com relação à aderência ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, diversos estudos ^{12,23,24} citam que o atendimento multidisciplinar é crucial para uma melhor adesão; sendo este um problema com múltiplas variáveis, como fatores econômicos, sociais e familiares, é de extrema importância que a abordagem seja voltada para cada fator de maneira individual, porém interligada.

4 CONCLUSÃO

Ao final do trabalho concluímos que a CIC é uma importante ferramenta no manuseio dos pacientes com IC. Seus benefícios foram comprovados pela análise dos estudos feita na pesquisa, o que nos leva a entender que com um atendimento multiprofissional de qualidade e acompanhamento rigoroso dos pacientes, estes tendem a ter melhor aderência ao tratamento, menos internações hospitalares e melhor qualidade de vida.

Os trabalhos analisados demonstraram em sua maioria, diminuição nas taxas de internação e reinternação dos pacientes acompanhados pela CIC, com redução também do número de dias de internação. Apenas o estudo COACH²² e outros três estudos analisados^{15,20,21}, não demonstraram redução do número de internações, porém advogando que esse achado se deu por maior acesso ao serviço médico dos pacientes acompanhados pela CIC e consequente facilidade de acesso ao serviço terciário. Porém, até mesmo nesse estudo²² o tempo de internação foi menor.

Não houve diferença estatisticamente significativa quanto às taxas de mortalidade quando comparados grupos acompanhados pela CIC e aqueles não acompanhados.

Todos os trabalhos relataram melhora da qualidade de vida, da aderência ao tratamento pelo paciente e dos custos com a doença, visto que as internações se constituem a principal fonte de gastos no tratamento da IC.

Vale ressaltar que os trabalhos que envolveram acompanhamento multiprofissional, assim como os artigos de metanálise, apresentaram melhores resultados em relação à CIC, que aqueles que analisaram apenas o acompanhamento por telefone dos pacientes. Concluímos com tal informação que o atendimento feito por vários especialistas, abordando as diferentes variáveis apresentadas pelo paciente, melhora sobremaneira o prognóstico do mesmo.

Devemos pontuar também que grande parte dos artigos lidos apresentou uma descrição pobre da metodologia empregada, descrevendo muitas vezes o tratamento do grupo controle como sendo o tratamento usual ou a rotina, sem

detalhar o suficiente para que pudéssemos analisar comparações entre os trabalhos, visto que a rotina tende a ser variável de acordo com o local em que é feita.

Mais estudos de grande porte, com seguimento longo, comparando os pacientes inseridos em tais programas com pacientes que são atendidos apenas pelo médico cardiologista são necessários, já que muitos trabalhos fazem um seguimento curto, o que pode ser insuficiente para demonstrar alterações significantes na mortalidade, levando-se em conta que trata-se de uma doença crônica, e que algumas questões ainda são duvidosas, com estudos mostrando benefícios e outros não²⁵.

REFERÊNCIAS

- 1 – BOCCHI, E. A. et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, p. 1-71, jun. 2009.
- 2 – MANN, D. L. Insuficiência cardíaca e cor pulmonale. In: FAUCI, A. S. et al. **Harrison medicina interna**. 17. Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill interamericana do Brasil, 2008. v. 2, cap. 227, p. 1443-1455.
- 3 – AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart Disease and Stroke Statistics: 2005 Update**. Dallas: AHA, 2009.
- 4 – BERRY, C.; MURDOCH, D. R.; MCMURRAY J. J.V. Economics of chronic heart failure. **European Journal of Heart Failure**, Oxford, v. 3, p. 283-291. 2001.
- 5 – SAMPAIO, R. F. MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan/fev. 2007
- 6 – DATASUS Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2012.
- 7 – HUNT, S. A. et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. **Circulation**, Dallas, v. 112, p. 154-235, Set. 2005.
- 8 - MC ALISTER, F. A. et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 44, n. 4, p. 810-819, ago. 2004.
- 9 – WHELLAN, D. J. et al. Meta-analysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. **The American Journal of Medicine**. v. 149, p. 722-729, abr. 2005.

- 10 – MC ALISTER, F. A. et al. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. **The American Journal of Medicine.** v. 110, p. 378-384, abr. 2001.
- 11 – ERHARDT, L. R., CLINE C. M. Organization of the care of patients with heart failure. **The Lancet.** v. 352 (supl. 1), p. 15-18. 1998.
- 12 – RICH, M. W. et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **The New England Journal of Medicine.** v. 333, n. 18, p. 1190-1195, nov. 1995.
- 13 - RECTOR, T. S. COHN, J. N. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. **American Heart Journal.** v. 124, p. 1017-1025. 1992.
- 14 – FERRANTE, D. et al. Long-Term results after a telephone intervention in chronic heart failure: DIAL (Randomized Trial of Phone Intervention in Chronic Heart Failure) follow-up. **Journal of the American College of Cardiology.** v. 56, n. 5, p. 372-378, jul. 2010.
- 15 - DOMINGUES, F. B. et al. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 96, n. 3, p. 233-239. 2011.
- 16 - BENTO V. F. BROFMAN P. R. Impact of the nursing consultation on the frequency of hospitalizations in patients with heart failure in Curitiba, Parana State. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 92, n. 6, p. 490-496. 2009.

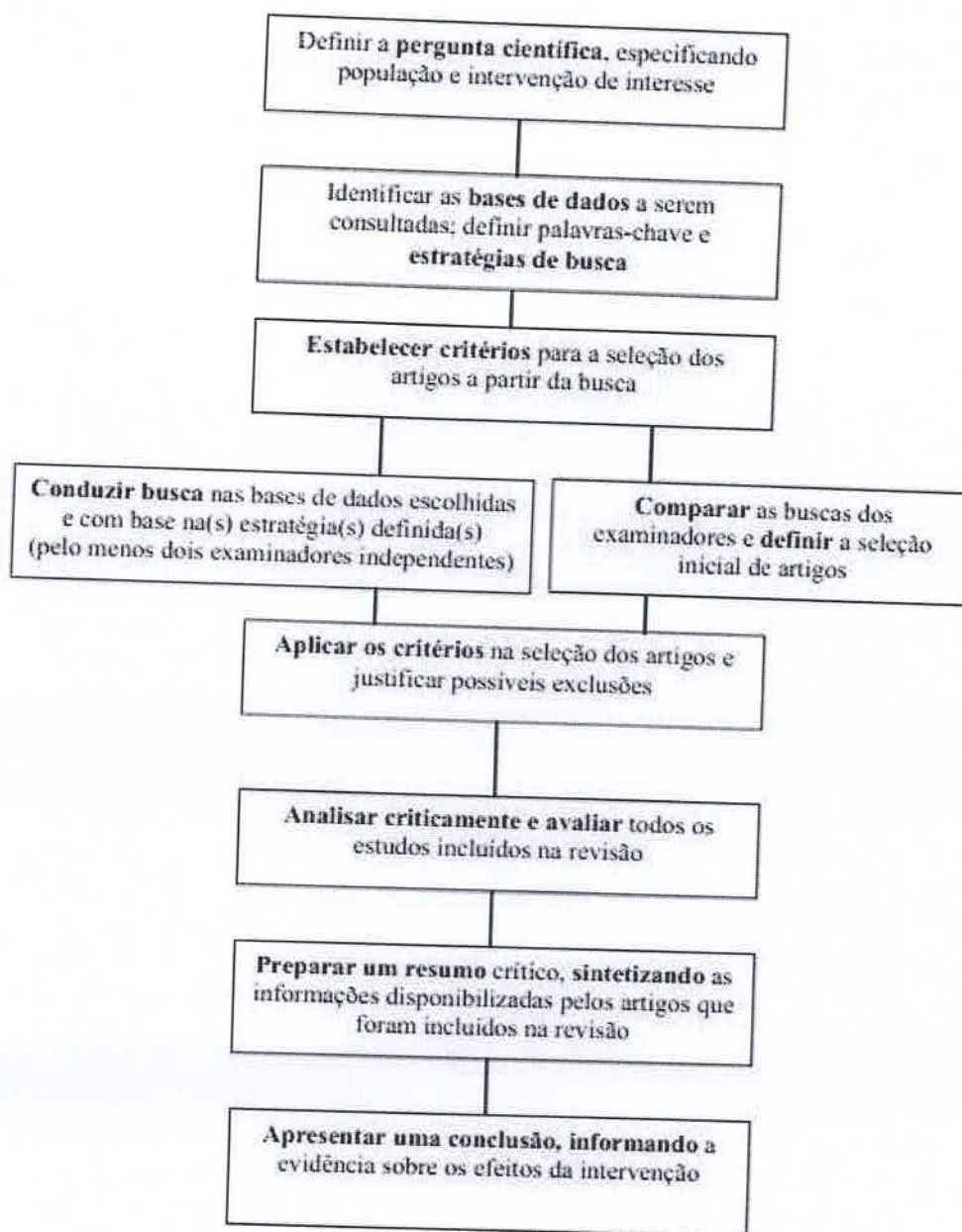
- 17 – BOCCHI, E. A. et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial. **Circulation Heart Failure**. v. 1, p. 115-124, jul. 2008.
- 18 – ROCCAFORTE, R. et al. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients: a meta-analysis. **The European Journal of Heart Failure**. v. 7, p. 1133-1144. 2005.
- 19 – GOHLER, A. et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. **Journal of Cardiac Failure**. v. 12, n. 7, p. 554-567, set. 2006.
- 20 – WEINBERGER, M. ODDONE, E. Z. HENDERSON, W. G. Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? **The New England Journal of Medicine**. v. 334, n. 22, p. 1441-1447, mai. 1996.
- 21 – CLELAND, J. G. Non invasive home telemonitoring for patients with heart failure at high risk of recurrent admission and death: the Trans-European Network Home Care Management System (TEN-HMS) study. **Journal of the American College of Cardiology**. v. 45, n. 10, p. 1654-1664, jan. 2005.
- 22 – JAARSMA, T. et al. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH) Investigators. **Archives of Internal Medicine**. v. 168, n. 3, p. 316-324, fev. 2008.
- 23 – VAN DER WAL M. H. L. JAARSMA, T. VAN VELDHUISEN, D. J. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? **The European Journal of Heart Failure**. v. 7, p. 5-17. 2005.

24 - VAN DER WAL M. H. L. JAARSMA, T. Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. **International Journal of Cardiology**. v. 125, p. 203-208. 2008.

25 – CLARK, A. M. SAVARD. L. A. THOMPSON, D. R. What is the strength of evidence for heart failure disease management programs? **Journal of the American College of Cardiology**. v. 54, n. 5, p. 397-401, jul. 2009.

ANEXO

Crêterios de Sampaio e Mancini



Fonte: SAMPAIO, R. F. MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica