

# DETERMINAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC) EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DE MARINGÁ-PR

ABEL FELIPE FREITAG  
MATEUS AFONSO MEROTTI  
RILSON JOSÉ DO PINHO  
SANDRA MARISA PELLOSO  
JUVENAL EGGER NETO

Universidade Estadual de Maringá, Maringá – Paraná – Brasil  
abel\_freitag@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, dentre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos (BERSUSA et al. 2006).

O aumento da prevalência do sobrepeso e a obesidade como doenças crônicas degenerativas vêm ocorrendo em diversos países. Aliado a isto, a insuficiência cardíaca (IC) é uma das vias finais comuns da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. Trata-se de um problema epidêmico em evidência (MENDONÇA, 2004; PERSIC, 2012).

Apesar da disponibilidade de vários medicamentos eficazes e prescrição de tratamentos não farmacológicos (exercícios físicos e dieta alimentar), a quantidade de pacientes hipertensos com níveis pressóricos não controlados está aumentando, fato este que pode ser atribuído a esquemas terapêuticos inadequados e muito complexos. Há falta de adesão aos tratamentos, uso incorreto dos medicamentos e alta incidência de complicações da hipertensão arterial, tais como as doenças cardiovasculares e renais, sendo um dos maiores desafios para os sistemas de saúde (CHOBANIAN et al., 2003).

Assim, é essencial a inserção de ferramentas no Sistema Único de Saúde (SUS) que assegure a qualidade dos cuidados prestados a estes pacientes, principalmente referentes à taxa de adesão e efetividade dos tratamentos e assim, diminuindo consideravelmente o número de internações associadas a esses fatores. O tratamento não farmacológico envolve a prática dietética e de exercícios físicos de forma continuada e adequada, que tem sido efetiva na ação anti-inflamatória na medicina preventiva popular (SPROD et al., 2011), na menor ocorrência de dislipidemias (FERNANDES et al., 2011), no auxílio do tratamento de pacientes com IC (NUNES e DALL'AGO, 2008), entre outros. Atualmente, a busca pela prática de exercícios físicos em programas para promoção de saúde vem crescendo, porém a adesão/permanência dos idosos nesta prática ainda é insuficiente por fatores ocasionais ou situacionais (CARDOSO et al., 2008) que podem levá-los até a conflitos psicológicos (KRAVCHYCHYN et al., 2012; FREITAG et al., 2012; 2011;).

A prevenção e o tratamento da hipertensão, obesidade e doença vascular aterosclerótica poderão ter grande impacto na incidência e na mortalidade da IC. Portanto, é necessário determinar o perfil dos pacientes portadores de IC atendidos pelo SUS, para tal, realizamos um estudo visando avaliar estes pacientes em uma UBS no município de Maringá, Paraná.

## METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal, do tipo populacional, na UBS do município de Maringá, Paraná, cujos dados foram coletados a partir de prontuários eletrônicos de pacientes portadores de IC, disponibilizados pela própria Unidade no dia 5 de setembro de 2012. Foram selecionados 83 pacientes dentre eles 39 (46,99%) são do gênero masculino e 44 (53%) do gênero feminino. Para

inclusão na pesquisa o paciente precisava fazer uso da droga digoxina ou constar no prontuário o diagnóstico de IC. Para os valores de frequência absoluta e relativa utilizou-se o programa Excel 2007 em que foram categorizados valores para o sexo masculino e feminino. Todas as informações obtidas foram mantidas em sigilo, assim como os dados pessoais de todos os sujeitos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para determinar o perfil dos usuários da UBS foram coletados os seguintes parâmetros: o nível pressórico, medidas antropométricas (peso, estatura e índice de massa corpórea), faixa etária e o gênero.

As variáveis quantitativas serão apresentadas em forma de média, desvio padrão e gráficos com valores expressos em percentuais e/ou porcentagem de prevalência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares são bem conhecidos, tais como: como o tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, *diabetes mellitus* e a hereditariedade (COSTA et al., 2007). Portanto, torna-se necessário conhecer a prevalência e determinar o perfil desses fatores de risco, isolados ou combinados, pois é através de sua redução, por meio de programas de prevenção primária e secundária, que objetivaremos a efetividade de qualquer programa de saúde.

Na Tabela 1 pode ser observada a distribuição das médias das variáveis antropométricas em homens com IC, de acordo com a faixa etária.

**Tabela 1.** Distribuição das médias das variáveis antropométricas em homens com IC, de acordo com a faixa etária.

Faixa Etária (anos)	N (percentual)	Peso (média em kg)	Estatura (média expressa em m)	IMC (média expressa em m/kg <sup>2</sup> )
40-50	3 (7,7%)	68±12	1,72±9,7	27±2,3
51-60	7 (17,9%)	80,8±13,7	1,68±5,6	26,5±1,5
61-70	10 (25,6%)	71,4±6,3	1,66±7,3	22,7±4,2
Acima de 70	19 (48,7%)	61,1±9,2	1,65±7,8	22,57±2,8

Estes resultados evidenciaram que a procura dos homens pela saúde pública aumenta de acordo com a idade. O peso corporal aumenta na faixa etária dos 51-60 anos (média de 80,8 kg) e, que a partir dos 61 anos de idade, este começa a diminuir gradativamente chegando à uma média de 61,1 kg em idosos acima de 70 anos. Percebe-se também, que a estatura e o IMC sofrem um declínio com o avanço da faixa etária.

O decréscimo do peso corporal é um item preocupante para o gênero masculino e, os resultados vão de acordo com aqueles observados por Gallahue e Ozmun (2003), onde, segundo eles, durante o envelhecimento os idosos acima de 70 anos podem perder cerca de 20 a 40% da força e, da massa muscular se não praticarem exercícios físicos resistidos ou de força regularmente, tendo como consequência a perda de peso e a diminuição do IMC. Em relação à estatura, os resultados encontrados aproximam-se daqueles observados por Matsudo (2002), onde a estatura diminui começando entre os 50 e 55 anos devido à compressão das vértebras a aos achatamentos dos discos intervertebrais, podendo ocasionar patologias posturais, como a cifose que é a mais prevalente.

Na Tabela 2 está demonstrada a distribuição das médias das variáveis antropométricas em mulheres com IC, de acordo com a faixa etária.

**Tabela 2.** Distribuição das médias das variáveis antropométricas em mulheres com IC, de acordo com a faixa etária.

Faixa Etária (anos)	N (percentual)	Peso (média em kg)	Estatura (média expressa em m)	IMC (média expressa em m/kg <sup>2</sup> )
40-50	5 (11,4%)	66,3±12,9	1,56±1,1	24,5±4,5
51-60	5 (11,4%)	69,6±15,4	1,51±1,1	30,2±5,8
61-70	8 (18,2%)	81,5±15,3	1,56±4,3	30,5±5
Acima de 70	26 (59%)	69±20,7	1,54±4,9	31,6±4,9

Nossos resultados sugerem que a procura das mulheres pela saúde pública também aumenta de acordo com o envelhecimento chegando a alcançar 59% acima de 70 anos de idade da amostra estudada. O peso corporal começa a aumentar na faixa etária dos 51-60 anos de idade e, somente a partir dos 70 anos começa a sofrer uma queda significativa; por outro lado, a estatura praticamente não sofre alteração ao longo dos anos e o IMC sofre um aumento gradativo com o avanço da idade.

De acordo com o estudo de Domenico et. al. (2008), o aumento do peso corporal a partir dos 40 anos de idade entre as mulheres pode-se explicar por ser uma fase crítica, pois a maioria encontra-se na menopausa, onde muitos sinais e sintomas associados aos anos pós-menopausa, resultam da queda do estrogênio circulante, com redução de massa magra e aumento de massa adiposa, aumentando assim, o IMC.

Da amostra selecionada, 53% (n=44) são mulheres e 47% homens (n=39), entre 40 a 100 anos de idade, onde 45 indivíduos da pesquisa (54,2%) encontra-se na faixa etária acima de 70 anos (48,7% dos homens e 59% das mulheres); resultados estes que, vão ao encontro daqueles já descritos por Gus et. al. (2004), que enfatiza que as pessoas idosas procuram o atendimento médico, muitas vezes, não por prevenção, mas sim pelo fato de estarem com uma qualidade de vida deficitária. Para estes autores, a incidência inferior da procura pelo atendimento de saúde por indivíduos de menor faixa etária é uma questão cultural que deve ser abolida de, não se preocuparem em prevenir doenças, mas sim, somente trata-las. Vale ressaltar que, 44,45% dos homens e 55,55% das mulheres participantes do estudo estão com os níveis pressóricos controlados. Nossos achados estão de acordo com a literatura atual, onde o risco de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres (JARDIM et. al, 2007), porém a diferença não é significativa.

A média de idade (69,8±12,5 para homens e 71,4±13,8 para mulheres) e peso corporal (68,44±12,99 para homens e 70,80±18,11 para mulheres) assemelha-se para ambos os gêneros, o que reforça a hipótese de Pereira et al. (2007), o qual afirma que não há diferença significativa de faixa etária e peso corporal entre os gêneros dos portadores desta enfermidade.

Em relação à estatura (1,67±0,07 para homens e 1,55±0,04 para mulheres) e o IMC (23,51±3,62 para homens e 28,90±5,85 para mulheres), verificamos que, as mulheres são relativamente de menor estatura e apresentam um maior IMC. Portanto, a média do IMC está mais alta no gênero feminino do que nos pacientes do gênero masculino, indicando sobrepeso para as mulheres e peso saudável (eutrofia) para os homens, de acordo com a OMS (1998). Estes dados corroboram com as pesquisas de MAKDISSE et. al. (2008), os quais enfatizam que o IMC é mais elevado para os homens, pelo fato deles apresentarem massa muscular e densidade óssea mais elevada do que as mulheres. Portanto, este dado é preocupante, já que as mulheres têm um risco mais elevado em ter osteoporose do que os homens e que, quanto maior o seu IMC, maior será esse risco (ZACCHELLO e FAISAL-CURY, 2007).

Em conjunto, nossos resultados sugerem que não há um padrão definido para os portadores de IC atendidos pelo SUS, pois existem fatores de risco que comprometem a evolução da doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi observada uma alta prevalência de IC. A elaboração de medidas de acompanhamento objetivando modificações na qualidade de vida e controle terapêutico é necessário para a diminuição da prevalência de seu agravamento, como já observado em países desenvolvidos, onde há uma redução significativa dos índices de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, como a IC.

Este estudo corrobora com outros já realizados, em que foi demonstrada a necessidade de uma melhor avaliação e acompanhamento dos pacientes atendidos pelo Sistema Público de Saúde, evidenciando a necessidade de uma política de saúde mais efetiva em dar cobertura terapêutica adequada a pacientes portadores destas doenças e mostra também a importância de medidas preventivas para esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L.; PAIVA, D.C.P.; Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006.

CARDOSO, A. S; BORGES, L. J; MAZO, G. Z; BENEDETTI, T. B; KUHNEN, A. P. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Movimento**. V. 14, n. 01, p. 225-239, 2008.

CHOBANIAN, A.V. et al. Seventh Report of the Joint national Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Hypertension** 2003; 42: 1206-1252.

COSTA, J. S. D. et. al. Hypertension Prevalence and its Associated Risk Factors in Adults: A Population-Based Study in Pelotas. **Arq Bras Cardiol** 2007; 88(1) : 59-65.

DOMENICO, D; LUCIANA DE MATTOS SETTEN, L. M; LIBERALI, R; NAVARRO, F. Correlação entre obesidade e menopausa. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.2, n.9, p.279-287, 2008.

FERNANDES, R. A; CHRISTOFARO, D. G. D; CASONATTO, J; CODOGNO, J. S; RODRIGUES, E. Q; CARDOSO, M. L; KAWAGUTI, S. S; ZANESCO, A. Prevalência de Dislipidemia em Indivíduos Fisicamente Ativos durante a Infância, Adolescência e Idade Adulta **Arq Bras Cardiol** 2011;97(4):317-323.

FREITAG, A. F; SILVEIRA, J. M; HIGARASHI, I. H; MARCON, S. S; VIEIRA, L.F. Níveis de Ansiedade: um Estudo com Atletas de Rendimento do Contexto Esportivo Paranaense. **The FIEP Bulletin**, v. 81, p. 356-358, 2011.

FREITAG, A. F; HIGARASHI, I. H; UCHIDA, N. S; PINHO, R. J; VIEIRA, L. F. Fases do Estresse: um Estudo com Atletas de Rendimento do Contexto Esportivo Paranaense. **The FIEP Bulletin**, v. 82, p. 507-510, 2012.

GALLAHUE, D; OZMUN, J. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. Tradução de Maria Aparecida da Silva Pereira Araújo. 2ª ed. São Paulo: Phorte, 2003.642p.

GUS, I; HARZHEIM, E; ZASLAVSKY, C; MEDINA, C; GUS, M. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 83, Nº 5, 2004.

JARDIM, P. C. B; GONDIM, M. R. P; MONEGO, E. T; MOREIRA, H. G; VITORINO, P. V. O; SOUZA, W. K. S. B; SCALA, L. C. N. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arq Bras Cardiol** 2007; 88(4) : 452-457.

KRAVCHYCHYN, A. C. P; KRAVCHYCHYN, C; FREITAG, A. F; LIMA, F. E. B; MARCON, S. S. Percepção de Auto-Imagem em Estudantes Universitários Praticantes de Musculação. **The FIEP Bulletin**, v. 82, p. 488-491, 2012.

MAKDISSE, M et al. Prevalence and Risk Factors Associated with Peripheral Arterial Disease in the Hearts of Brazil Project **Arq Bras Cardiol** 2008;91(6):402-414.

MATSUDO, Sandra Mahecha. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira Educação Física**. Viçosa, v.10, n. 1, p. 193-207, 2002.

MENDONÇA, Cristina et al. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de saúde pública**, São Paulo, v.20, Nº.3, p.698-709, 2004.

NUNES, R. B; DALL'AGO, P. A resposta funcional e o efeito anti-inflamatório do exercício físico na insuficiência cardíaca. **ConScientiae Saúde**, 2008;7(1): 15-22.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva, p. 276, 1998.

PEREIRA, M. P; COUTINHO, M. S. S. A; FREITAS, P. F; D'ORSI, E; BERNARDI, A; HASS, R. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult urban population. **Cad. Saúde Pública**, 23(10):2363-2374, 2007.

PERSIC, V. Obesity in the cardiovascular continuum. **Curr Clin Pharmacol**. 2012.

SPROD, L. K; MOHILE, S.G; DEMARK-WAHNEFRIED, W; JANELSINS, M. C; PEPPONE, L. J; MORROW, G. R; LORD, R; GROSS, H; MUSTIAN, K. M; Exercise and cancer treatment symptoms in 408 newly diagnosed older cancer patients. **J geriatr oncol**. 2012; 1;3(2):90-97.

FAISAL-CURY, A; ZACCHELLO, K. P. Osteoporose: prevalência e fatores de risco em mulheres de clínica privada maiores de 49 anos de idade **Acta Ortop Bras** 15 (3: 146-150), 2007.

Abel Felipe Freitag  
abel\_freitag@hotmail.com  
Rua José Clemente, 836  
Zona 07, Maringá – PR, 87020-070  
(44) 8854-3869