

## **A Importância de Serviços Especializados e Multidisciplinares para Pacientes com Insuficiência Cardíaca e seu Impacto na Saúde Pública**

### **Importance and Public Health Impact of Multidisciplinary and Specialized Care Units for Patients with Heart Failure**

Francisco J. F. B. dos Reis, André Maurício S. Fernandes, Roberta L. Bahia,  
Viviane Sahade, Erenaldo de Souza Rodrigues Junior

*Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES), Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) e Escola Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA*

**Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é um problema crescente de saúde pública em todo o mundo. A mortalidade anual oscila em torno de 10% para pacientes não selecionados e de 30 a 40% para enfermos mais graves. Apesar dos avanços da medicina como novos medicamentos, corações e estimuladores artificiais e reabilitação cardíaca a ICC continua sendo uma síndrome deletéria aos pacientes e para o sistema de saúde. Estudos têm demonstrado a efetividade de clínicas especializadas no processo de cuidado, redução dos custos para o sistema de saúde e melhores desfechos clínicos para os pacientes. Assim, o cuidado multidisciplinar oferecido aos pacientes portadores de ICC, tem mostrado impacto na redução da morbi-mortalidade. Contudo, a quantidade de clínicas especializadas em ICC ainda é muito pequena. Este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância de serviços especializados e multidisciplinares para pacientes com ICC e o seu impacto na saúde pública.**

**Palavras-chave:** insuficiência cardíaca, assistência ao paciente, saúde pública.

---

*Heart failure is an increasing problem of public health in the whole world. Annual mortality oscillates around 10%, but for those who undergone more advanced illness it reaches 30 to 40%. Although advances of medicine as new medicines, artificial hearts, devices and heart rehabilitation this disease continues being deleterious to patients and public health. Studies have demonstrated the effectiveness of specialized clinics in heart failure, reduction of costs for health system clinical outcomes for the patients. Thus, the multidisciplinary care for patients with heart failure has shown impact in morbi-mortality reduction. However, the amount of specialized clinics in heart failure stills very insufficient. This work's aim is demonstrate the importance of specialized and multidisciplinary clinics for patients with heart failure and its impact in public health.*

**Key-words:** heart failure, patient care, public health.

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é um problema grave e crescente de saúde pública em todo

Recebido em 20/04/2007

Aceito em 28/06/2007

Endereço para correspondência: Dr. Francisco José F. B. Reis.  
Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos -  
Ambulatório de Insuficiência Cardíaca e Miocardiopatias. Rua  
Augusto Viana s/n, Canela, 40110-060. Salvador, Bahia, Brasil.  
E-mail: francisco\_reis@uol.com.br

o mundo, sendo a via final comum da maioria das cardiopatias. Apesar de avanços científicos e tecnológicos e de melhores condições socioeconômicas terem possibilitado o aumento da longevidade da população geral e dos cardiopatas, tem-se registrado aumento da incidência de ICC no Brasil e no mundo. Pode-se estimar que até 2002, existiam 6,5 milhões de brasileiros portadores de ICC. Aproximadamente um terço dos pacientes com ICC é hospitalizado anualmente. A mortalidade anual oscila

em torno de 10% para pacientes não-selecionados e de 30 a 40% para enfermos em classe funcional IV da “New York Heart Association” (NYHA), mesmo quando adequadamente tratados. A ICC é, portanto, uma patologia agressiva e mata, conforme já descrito na literatura, mais que algumas neoplasias (*e.g.*, mama, próstata e intestino)<sup>(22)</sup>.

Segundo dados obtidos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS), foram realizados no ano de 2000, aproximadamente 398.000 internamentos por ICC no Brasil, com ocorrência de 26.000 óbitos<sup>(6)</sup>. A incidência e prevalência de ICC estão claramente aumentando nos países industrializados, principalmente entre pacientes com mais de 60 anos, com múltiplas co-morbidades e continua sendo responsável por número significativo de hospitalizações<sup>(14,20)</sup>. Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 20% dos pacientes com ICC necessitam de internação hospitalar<sup>(13)</sup>. Na Itália, o estudo “Survey on Heart Failure in Italian Hospital Cardiology Units” mostrou que aproximadamente 65.000 pacientes com ICC são admitidos nos departamentos de cardiologia da Itália a cada ano<sup>(18)</sup>, enquanto que outro estudo mostrou que quase 230.000 pacientes são hospitalizados anualmente naquele país por ICC<sup>(3)</sup>. Nos EUA, os gastos estimados com essa patologia são de cerca 38 bilhões de dólares/ano, sendo que dois terços do total são gastos com re-admissões hospitalares<sup>(21)</sup>. Vale ressaltar que as internações em geral advêm de episódios de descompensação, que representam risco de vida aos pacientes.

Além dos elevados custos hospitalares e de atendimentos de emergência, a ICC provoca a sensível perda da qualidade de vida, resultando, muitas vezes, em aposentadorias precoces, perda de produtividade, eventuais cirurgias e, ocasionalmente, transplante cardíaco, com altos custos socioeconômicos para o sistema de saúde pública.

O Brasil tem o envelhecimento populacional mais rápido do mundo e as projeções indicam que, em 2025, o país terá a sexta maior população de idosos: aproximadamente 30 milhões de pessoas (15% da população total). O aumento do número de idosos deve resultar na multiplicação dos casos de ICC,

particularmente aquela com função sistólica preservada<sup>(6)</sup>.

Recentes avanços da Medicina, como novos medicamentos, corações e estimuladores artificiais e reabilitação cardíaca, têm ajudado no tratamento e na convivência com a doença, no entanto, suas indicações são motivos de polêmica. Por outro lado, algumas etiologias, como a doença de Chagas e o vírus da AIDS acometendo o coração, continuam a ser um desafio<sup>(6)</sup>. O advento dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs), beta-bloqueadores e espironolactona tem revolucionado o manejo da ICC, com benefícios na sobrevivência desses pacientes. Contudo, a despeito desses avanços, a ICC continua sendo uma síndrome com conseqüências deletérias ao paciente e ao sistema de saúde<sup>(17)</sup>. Há evidências que significativa parcela dos pacientes não recebe corretamente a terapia a qual, segundo evidências, reduziria a morbidade e mortalidade e 10 a 50% deles acabam por ser readmitidos após três a seis meses da alta hospitalar<sup>(79)</sup>.

O último “Guideline para a avaliação e Manejo da ICC em Adultos” do “American College of Cardiology e American Heart Association”<sup>(11)</sup> recomenda que cardiologistas e médicos generalistas devam trabalhar juntos para otimizar o cuidado desses pacientes. Vários programas de manejo da doença têm sido propostos e testados para melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes portadores de ICC. A maioria desses programas são clínicas especializadas em ICC, com equipe multidisciplinar visando ao atendimento integrado ao paciente, lideradas por cardiologistas especialistas em ICC juntamente com enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, além de serviço social.

Uma das chaves para atingir a observância ao tratamento é a relação médico-paciente-família empática, uma vez que a aderência aumenta quando o paciente e sua família participam ativamente do plano de tratamento. A motivação do paciente é fundamental na implementação e adesão às mudanças de seu estilo de vida. Essa é a tarefa que transcende a competência médica isolada, devendo, sempre que possível, ser executada por uma equipe multidisciplinar. Esse

atendimento tem como objetivo maior autonomia e o bem-estar do indivíduo com ICC, com conseqüente melhora da sua qualidade de vida<sup>(6)</sup>.

Os principais objetivos destas clínicas especializadas são: diminuir morbi-mortalidade da ICC através do emprego de práticas baseadas na melhor evidência científica disponível, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir custos com a doença através, especialmente, da redução do número de re-hospitalizações<sup>(6)</sup>.

Em um serviço especializado em insuficiência cardíaca, a atenção otimizada ao paciente contemplaria suas particularidades (Figura 1). Pacientes com ICC podem ser vistos como poliqueixosos por generalistas, porém nessas unidades seriam vistos de forma bastante diferenciada com focos de atenção em todas suas necessidades de saúde: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente sociais. Cabendo a cada um deles papel de extrema importância para o paciente.

O médico, preferencialmente deve ser especializado em insuficiência cardíaca, já que há relato na literatura do sub-uso de métodos diagnósticos, assim como de úteis drogas no tratamento quando o atendimento é

realizado por médicos clínicos e até mesmo por cardiologistas não especializados em ICC.

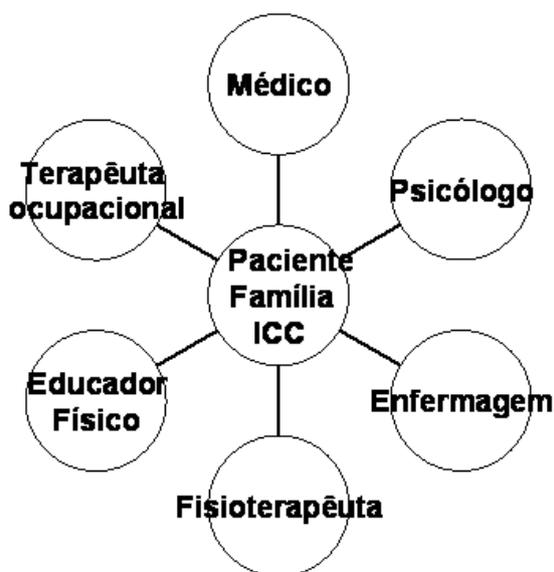
Ao serviço de enfermagem cabe o papel da detecção de descompensações, e seus fatores precipitantes, balanço hídrico e também educação familiar e do próprio paciente, através, não somente da consulta com a equipe de enfermagem, mas também com a viabilização de contatos telefônicos educativos possibilitando acompanhar tratamentos de anticoagulação<sup>(2)</sup>.

O serviço de nutrição objetiva a recuperação ou a manutenção do estado nutricional do paciente por meio da educação nutricional e do planejamento dietético. É de fundamental importância que o paciente compreenda as razões das modificações alimentares (restrição de sódio, controle de líquido, fracionamento, volume), pois só dessa maneira a aderência irá ocorrer efetivamente. A dieta participa do processo como coadjuvante, garantindo o sucesso do tratamento e o prognóstico favorável.

A equipe de fisioterapia atua nos casos de descompensação clínica com a utilização de ventilação não-invasiva, diminuindo as repercussões negativas do edema pulmonar e melhorando a função cardíaca através da queda do pré-carga e pós-carga do ventrículo esquerdo<sup>(8)</sup>. Além disso, recentes estudos mostraram a eficácia do treinamento muscular respiratório nos pacientes com ICC, que apresentaram melhora nos índices de dispnéia, incremento nas respostas ventilatórias ao exercício e melhora na qualidade de vida<sup>(5,12)</sup>. O fisioterapeuta também trabalha em conjunto com o educador físico buscando melhorar a capacidade física dos pacientes com ICC, através da prescrição de exercícios físicos programados já com benefícios na sua capacidade funcional e conseqüentemente na qualidade de vida bem descritos na literatura<sup>(2,10,16)</sup>.

A insuficiência cardíaca promove não apenas o desequilíbrio fisiológico, mas também psicológico. A partir do momento em que se constata a IC, o paciente pode sofrer repetidas internações, com períodos de duração por vezes extensos. A despersonalização e a perda de controle geram medo e ansiedade no paciente, podendo manifestar-se de formas diferentes no seu

**Figura 1.** Esquema de atendimento multidisciplinar em clínica especializada em insuficiência cardíaca.



comportamento, e com conseqüências adversas à sua recuperação e para seu relacionamento com a equipe. O psicólogo auxilia não apenas o paciente, mas a sua família e a toda a equipe a lidar com a “impotência” diante de casos avançados da doença.

Esses serviços especializados visam também à pesquisa, à educação continuada e ao aconselhamento do paciente e da sua família. Neles os pacientes podem receber explicações sobre a doença, sinais e sintomas, influência da dieta, bem como restrições na ingestão de sódio e fluidos; importância da monitorização diária e manutenção do peso corporal; efeitos das medicações, importância da aderência ao tratamento e orientações sobre atividades físicas recomendadas; assim como, orientações quanto à re-inserção na sociedade e no mercado de trabalho após as inoportunas descompensações. Visam também a estratificação do risco cardiovascular (classe funcional segundo a classificação do NYHA, fração de ejeção, diâmetros sistólico e diastólico finais do ventrículo esquerdo, natremia); verificação da estabilidade hemodinâmica do paciente e correção dos fatores de risco para instabilidade, otimização terapêutica de acordo com “guidelines” nacionais e internacionais; além de serviços de monitorização por contatos telefônicos e/ou visitas domiciliares, através dos quais os pacientes são avaliados quanto a sinais de deterioração clínica e efeitos adversos das medicações prescritas<sup>(1 4 7)</sup>. Além de todo o atendimento multidisciplinar, os serviços de insuficiência cardíaca podem proporcionar o ambiente propício à socialização dos pacientes na criação de grupos de discussão e “auto-ajuda”, assim como grupos de pesquisa e ensino na área.

Contudo, mesmo com todos esses possíveis benefícios, a quantidade de clínicas especializadas em ICC ainda é muito pequena em relação ao número de pacientes portadores dessa patologia<sup>(19)</sup>. Até 2002 estimava-se existir apenas 150 destes programas nos EUA em contraste com 5 milhões de pacientes portadores de ICC naquele país<sup>(1)</sup>, o que não difere muito da realidade brasileira.

Diversos estudos observacionais e randomizados têm demonstrado a efetividade destas clínicas

especializadas no processo de cuidado, redução dos custos para o sistema de saúde e melhores desfechos clínicos para os pacientes<sup>(1)</sup>. Quando se comparam as clínicas especializadas em ICC com o atendimento usual (definido como atendimento por médico não-especializado em ICC aos pacientes portadores desta patologia), as primeiras mostraram impacto substancial na redução da mortalidade e das taxas de re-admissão hospitalar. Estudo realizado em 2002, mostrou que apenas 14% dos pacientes acompanhados nessas clínicas necessitaram re-admissão hospitalar em comparação com 86% entre os acompanhados por atendimento usual, após aproximadamente um ano de seguimento<sup>(4)</sup>; enquanto que um outro estudo, realizado em 2005, mostrou que apenas 39% dos pacientes acompanhados necessitaram re-hospitalização, em comparação com 57% no grupo acompanhado por atendimento usual. Esse mesmo estudo mostrou também que os pacientes acompanhados nessas clínicas tinham menor tempo de permanência hospitalar, quando comparados com aqueles acompanhados por atendimento usual (514 dias *versus* 815 dias). Além disso, houve melhora da qualidade de vida do ponto de vista físico e emocional e do grau de satisfação daqueles pacientes<sup>(7)</sup>. Esses trabalhos ratificaram os dados divulgados em estudos anteriores, que mostram a redução variando entre 50 e 85% nas taxas de hospitalização nos pacientes atendidos em clínicas especializadas<sup>(1)</sup>.

Uma meta-análise, realizada em 2004, mostrou consistentemente a redução na frequência de re-admissões hospitalares por ICC ou doenças cardiovasculares para próximo de 30%, redução nas taxas de re-admissão hospitalar por todas as causas para próximo de 12% e uma redução de eventos quando morte e re-admissões são combinados para próximo de 18% nos pacientes acompanhados em clínicas especializadas<sup>(9)</sup>. Um outro trabalho mostrou redução dos custos com ICC para 460 dólares por ano por paciente devido à redução do número de re-hospitalizações em pacientes acompanhados nestas clínicas especializadas<sup>(17)</sup>.

Outros trabalhos da literatura mostram também que, dos pacientes acompanhados nessas clínicas multidisciplinares, 23% apresentam melhora da classe funcional e a mortalidade por causas cardíacas é reduzida para 2,7% em comparação com os pacientes acompanhados pelo atendimento usual, nos quais, a mortalidade por causas cardíacas foi de 17,2%. A sobrevivência dos pacientes acompanhados nessas clínicas foi de 96% em comparação com 78% nos pacientes sob atendimento usual<sup>(4)</sup>.

Assim, a ICC é condição clínica freqüente, de alto custo, incapacitante e ainda, com elevada mortalidade, o que justifica a importância de estabelecer e divulgar diretrizes para o manejo apropriado desta síndrome<sup>(6)</sup>. Os cuidados oferecidos pelas clínicas multidisciplinares aos pacientes portadores de ICC têm mostrado impacto significativo na redução da morbi-mortalidade na medida em que reduzem o número de hospitalizações ou re-admissões hospitalares por ICC, o tempo de permanência hospitalar, aumentam a expectativa de vida e melhoram a qualidade de vida de tais pacientes, sendo também de importante aplicação para o sistema de saúde na medida em que são custo-efetivas<sup>(15)</sup>.

## Referências Bibliográficas

1. Ahmed A. Quality and outcomes of heart failure care in older adults: role of multidisciplinary disease-management programs. *Journal American Geriatric* 50: 1590-1593, 2002.
2. Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, Purcaro A. Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Chest* 99: 1173-1182, 1999.
3. Bello D, Shah NB, Edep ME, Tateo IM, Massie BM. Self reported differences between cardiologists and heart failure specialists in the management of chronic heart failure. *American Heart Journal* 138: 100-107, 1999.
4. Bellotti P, Badano LP, Acquarone N, Griffo R, Lo Pinto G, Maggioni AP, Mattiuda C, Menardo G, Mombelloni P, OSCUR Investigators. Specialty-related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for the heart failure: the OSCUR study. *Outcome dello Scopenso Hearto in relazione all'Utilizzo delle Risorse*. *European Heart Journal* 22: 596-604, 2001.
5. Capomolla S, Febo O, Ceresa M, Caporotondi A, Guazzotti G, La Rovere M, Ferrari M, Lenta F, Baldin S, Vaccarini C, Gnemmi M, Pinna G, Maestri R, Abelli P, Verdrosi S, Cobelli F. Cost/Utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. *Journal of American College of Cardiology* 40: 1259-1266, 2002.
6. Dall'Ago P, Chiappa GR, Guths H, Stein R, Ribeiro JP. Inspiratory muscle training in patients with heart failure and inspiratory muscle weakness: a randomized trial. *Journal of American College of Cardiology* 47: 757-763, 2006.
7. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 79(IV), 2002.
8. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal* 173: 40-45, 2005.
9. Figueroa MS, Peters JI. Congestive heart failure: Diagnosis, pathophysiology, therapy, and implications for respiratory care. *Respiratory Care* 51: 403-412, 2006.
10. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *European Heart Journal* 25: 1570-1595, 2004.
11. Hambrecht R, Gielen S, Linke A, Fiehn E, Yu J, Walther C, Schoene N, Schuler G. Effects of exercise training on left ventricular function and peripheral resistance in patients with chronic heart failure: A randomized trial. *The Journal of American Medical Association* 283: 3095-3101, 2000.
12. Hunt SA; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of American College of Cardiology* 46: 1-82, 2005.
13. Laoutaris I, Dritsas A, Brown MD, Manginas A, Alivizatos PA, Cokkinos DV. Inspiratory muscle training using an incremental endurance test alleviates dyspnea and improves functional status in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 11: 489-496, 2004.

14. Mark D. Economics of treating heart failure. *American Journal of Cardiology*. 80: 33-38, 1997.
15. Massie BM, Shah N. The heart failure epidemic: magnitude of the problem and potencial mitigating approaches. *Current Opinion in Cardiology* 11: 221-226, 1996.
16. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *American Journal of Medicine* 110: 378-384, 2001.
17. Pina IL, Apstein CS, Balady GJ, Belardinelli R, Chaitman BR, Duscha BD, Fletcher BJ, Fleg JL, Myers JN, Sullivan MJ; American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation, and prevention. Exercise and heart failure: a statement from the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation and prevention. *Circulation* 107: 1210-1225, 2000.
18. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine* 333: 1190-1195, 1995.
19. SEOSI Investigators. Survey on heart failure in Italian Hospital cardiology units. Results of the SEOSI study. *European Heart Journal* 18:1457-1464, 1997.
20. Seow H, Phillips CO, Rich MW, Spertus JÁ, Krumholz Hm, Lynn J. Isolation of health services research from practice and policy: the example of chronic heart failure management. *Journal of American Geriatric Society* 54: 535-540, 2006.
21. Sharpe N, Doughty R. Epidemiology of heart failure and ventricular dysfunction. *Lancet* 352: 3-7, 1998.
22. Steinwachs DM, Collins-Nakai RL, Cohn L, Garson A, Wolk MJ. The future of cardiology: utilization and costs of care. *Journal of American College Cardiology* 35: 91-98, 2000.
23. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *European Journal of Heart Failure* 3: 315-322, 2001.