ANÁLISE DA MORTALIDADE HOSPITALAR POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO ESTADO DE SERGIPE

Débora Costa Gomes[1]; Rodrigo Santos de Souza[2]; Eric de Almeida Santos[3]; Aline Cardoso Oliveira Portugal[4]; Silva Mayla Santos de Santana[5].

[1]Mestranda em Ciências Aplicadas à Saúde, UFS, Lagarto, Sergipe.

[2,3]Residência em Terapia Intensiva Adulto, FBHC, Aracaju, Sergipe.

[4]Enfermeira Gerente, FBHC, Aracaju, Sergipe.

[5]Mestranda em Enfermagem, UFS, Aracaju, Sergipe.

PALAVRAS-CHAVE: Falência Cardíaca. Epidemiologia. Morbimortalidade.

ÁREA TEMÁTICA: Clínico-Hospitalar

DOI: 10.47094/IICONRES.2022/39

INTRODUÇÃO

Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia crônica, oriunda de uma disfunção do miocárdio, a qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento, sendo crônico através da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou agudo com o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Tal síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço (SOUZA et al., 2019).

IC se manifesta, segundo termos clínicos, por um grupo de sinais que envolvem hipertrofia do músculo cardíaco, modificação do inotropismo, elevação da frequência cardíaca, ampliação da pré-carga e da pós-carga e acúmulo renal de sódio e água. Em termos sintomatológicos, tais mudanças resultam em complicações respiratórias, turgidez, cansaço, taquicardia, dentre outros. Diante disso, é perceptível que as pessoas acometidas pela IC têm a qualidade de vida impactada, sobretudo no que diz respeito à prática de atividade física (SILVA et al., 2020). Os coeficientes de risco incluem: senioridade avançada, sexo masculino, isquemia do músculo cardíaco, HAS, diabetes, dislipidemia, obesidade e tabaco (POLÔNIA, GONÇALVES, 2020).

Apesar dos avanços no manejo da IC, essa patologia continua sendo um grave problema de saúde pública, pois atinge, aproximadamente, 23 milhões de pessoas e são diagnosticados 2 milhões de novos casos no mundo anualmente, pode alcançar mortalidade de até 50% nos cinco anos que se sucedem ao diagnóstico (SCOLARI et al., 2018, SILVA et al., 2020). Foi demonstrado que as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no mundo. Por sua alta prevalência, a IC

é causa frequente de internação hospitalar e de mortalidade intra-hospitalar(SCOLARI et al., 2018, SILVA et al., 2020).

Sabe-se que a IC constitui cerca de 4% das internações gerais e atinge 31% das internações relacionadas às doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que 6,4 milhões de brasileiros apresentem a síndrome, sendo a cardiopatia isquêmica crônica, em associação à HAS, sua mais importante etiologia (SOUZA et al., 2019). Assim, representa a maior causa de internações hospitalares no Brasil (POFFO et al., 2017).

Tendo em vista que a IC é uma patologia de abrangência mundial, além das altas taxas de morbimortalidade no âmbito nacional, dos escassos estudos epidemiológicos sobre a temática e da importância da epidemiologia para a discussão de propostas futuras de prevenção em saúde pública, justifica-se nesse estudo a importância de descrever a taxa de mortalidade hospitalar por IC no estado de Sergipe.

OBJETIVO

- Descrever a mortalidade hospitalar por Insuficiência Cardíaca (IC) no Estado de Sergipe em uma análise retrospectiva de 10 anos;
- Discutir a mortalidade por Insuficiência Cardíaca em Sergipe de acordo com cada faixa etária;
- Comparar a mortalidade por Insuficiência Cardíaca em Sergipe de acordo com o sexo;
- Analisar a taxa de mortalidade em Sergipe com o perfil epidemiológico e estilo de vida no ano de 2019;

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de cunho epidemiológico realizado com base em dados da taxa de mortalidade por IC registrados no estado de Sergipe no período entre 2010 a 2019, utilizando o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), disponível no banco de dados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SUS). Coletou-se as taxas de mortalidade por IC relacionadas ao sexo (masculino e feminino) e faixa etária (>60 anos) conforme a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para categorizar os brasileiros que utilizaram qualquer serviço de saúde com diagnóstico primário de IC, de acordo com o CID I50. Além disso, obteve-se dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019, visando à coleta de informações sobre as condições de saúde da população brasileira, doenças crônicas e os fatores de risco, segundo o IBGE. Os dados obtidos foram tabulados previamente pelo DATASUS com auxílio do programa Microsoft Office Excel (Microsoft©, 2019). Utilizou-se estatística descritiva através de médias, frequência absoluta, frequência relativa e taxa de mortalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se um padrão de redução na taxa de mortalidade ao longo dos anos (**Tabela 1)**, inferidos a partir dos dados estatísticos de morbidade e mortalidade por IC. As taxas de mortalidade, que eram próximas de 9,15 na primeira metade do século XXI, reduziram para valores aproximados de 7,46, totalizando uma redução de 18,46%. Ainda que a população sergipana tenha aumentado 9,96% no período, ocorreu uma diminuição no número de internação avaliada em 30,54% e, consequentemente, uma queda no número de óbitos com 10,30%, o qual não seguiu a mesma proporção. Uma tendência decrescente na taxa de mortalidade por IC em Sergipe foi observada entre 2010 e 2019, correspondendo a um decréscimo de 18,46. Esses achados são concordantes com outros já publicados no Brasil (LATADO et al., 2005). É possível acreditar que esse comportamento possa ser explicado pelos avanços obtidos na abordagem da IC, tais como diagnóstico mais precoce, disponibilização de um tratamento completo pelo Sistema Único de Saúde, potencialização do arsenal terapêutico, condutas mais efetivas e o uso, em maiores proporções, dos inibidores da enzima conversora da angiotensina e dos betabloqueadores o que é, consequentemente, fator primordial na redução da internação e redução de gastos de saúde (MIZZACIL, RIEIRA, MARTIMBIANCO, 2016; SCOLARI et al., 2018).

Tabela 1: Internações, óbitos, população e taxas de mortalidade por IC em Sergipe, Brasil, 2010-2019.

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taxa de Mortalidade (TX)	9,15	7,68	7,55	7,87	8,37	8,29	7,10	6,68	6,83	7,46
TX Feminina	9,82	6,77	7,22	7,85	7,58	8,72	5,95	7,08	6,33	6,94
TX Masculina	8,45	8,64	7,89	7,90	9,20	7,84	8,31	6,26	7,37	8,01

Fonte: Sistema de Informação do SUS (DATASUS).

As comparar as taxas de mortalidade por IC de acordo com o sexo em Sergipe apresentadas na **Tabela 1,** ressalta-se que valores superiores de mortalidade por ano ocorrem com mais frequência na população masculina do que na feminina, com média de 7,98 e 7,42 respectivamente. Ainda que as populações tenham aumentado em proporções semelhantes, com aumento de 9,03% de homens e 10,85% de mulheres, houve redução de 29,32% na mortalidade feminina e 5,20% na masculina.

Esses dados corroboram com estudos que evidenciam a maior ocorrência de doenças em homens (SANTOS, VILELA, OLIVEIRA, 2021). Outro estudo com base nos dados do Reino Unido, observou que os riscos de desfechos adversos foram maiores nos mais velhos, nos homens, nos com privação socioeconômica e naqueles cujo diagnóstico de IC foi realizado quando da hospitalização. Os autores concluíram que essas disparidades provavelmente refletem a carga crescente de doenças não cardiovasculares em pacientes com IC, que exigirão mudança da abordagem contemporânea (LAWSON et al, 2019).

A IC afeta aproximadamente 26 milhões de pessoas em todo o mundo, esses dados tendem a aumentar com o envelhecimento populacional, com a alta prevalência de fatores de risco cardiovascular, com a sobrevivência dos pacientes a eventos coronarianos agudos e com melhorias terapêuticas da IC. Nos Estados Unidos da América, estima-se que até 2030, mais de 8 milhões de pessoas terão a doença, com números crescentes devido ao envelhecimento populacional (SANTOS, VILELA, OLIVEIRA, 2021).

Associada à obesidade, a dislipidemia tem forte relação com os hábitos alimentares e comportamentais do que com as condições genéticas do indivíduo. Entretanto, quando estes fatores estão presentes em associação, apresentam ação aditiva, intensificando o problema (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Outro fator de risco importante é a HAS, determinada pelo percentil da pressão arterial em relação à idade, sexo e estatura. Ademais, as alterações dos níveis glicêmicos possue grande relevância na patogênese da IC. Nos adultos é importante também considerar o tabagismo, pois as substâncias presentes no tabaco são prejudiciais para aqueles que não possuem predisposição para doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

Com as novas tecnologias sendo usadas de forma descontrolada, o abandono das atividades físicas tornou-se comum, tendo como consequência o sedentarismo. Os resultados da inatividade, como a falta de condicionamento cardiorrespiratório, podem ser fundamentais para o desenvolvimento da IC, além de serem agravantes dos fatores de risco (PELLANDA et al., 2010).

No que diz respeito à **Tabela 2,** observa-se um padrão maior de mortes com o avanço da idade. Infere-se, portanto, que o número crescente das taxas de mortalidade nas faixas etárias superiores a 60 anos, mostra-se mais altas, pois está intimamente ligada à obesidade, à dislipidemia, à HAS, à alteração dos níveis glicêmicos e ao sedentarismo, que são condições que têm sido observadas com elevada frequência em grupo etário com faixa etária mais alta e que constituem os principais fatores de risco da IC (PELLANDA et al., 2010).

Tabela 2: Frequências absolutas e Taxa de mortalidade quanto à faixa etária por IC, em Sergipe, Brasil,2010-2019.

Taxa de Mortalidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Média
50-59	11,74	7,12	10,26	11,50	6,83	7,58	8,75	7,02	4,5	8,2	**8,35**
60-69	38,02	24,69	26,56	31,89	32,40	31,16	25,12	11,68	20,29	28,19	**27**
70-79	78	73,55	63,57	68,54	85,14	83,55	66,28	61,65	65,06	51,05	**69,62**
≥80	377,6	329,04	303,61	270,50	295,47	289,73	204,34	269,77	210,32	218,85	**276,92**

Fonte: Sistema de Informação do SUS (DATASUS).

Nos indivíduos com faixa etária ≥ 60 anos, contabilizou-se percentagens significativamente altas quando em comparação com a média de cada eixo de idade, apresentando um aumento de 155% entre a faixa etária de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos, e 297% de aumento entre a faixa etária de 70 a 79 anos e maior ou igual a 80 anos, tendo em vista que foram expressas elevadas frequências absolutas e menor número na população. O aumento importante na mortalidade nos indivíduos acima de 60

anos, sugere ser justificado pelos resultados obtidos na PNS, os quais evidenciam que os indivíduos com idade maior que 60 anos apresentaram mais doenças crônicas, comorbidades relacionadas ao envelhecimento e realizam menos atividade física.

CONCLUSÃO

IC é uma enfermidade muito comum, de alta morbimortalidade, cujo diagnóstico, quando rápido e eficaz, é capaz de gerar melhores desfechos para os pacientes. Neste estudo, foi observado uma tendência de diminuição na taxa de mortalidade hospitalar por IC em Sergipe. No entanto, a partir da sexta década de vida, observou-se um aumento exponencial na taxa de mortalidade. Faz-se necessário ressaltar que o número de internações e de óbitos diminuiu, provavelmente devido ao manejo otimizado e maior entendimento atual da doença. Com relação aos discretos valores da taxa de mortalidades entre os sexos, sugere-se ao fato da menor procura dos serviços de saúde pelos homens, maior utilização de álcool, maior consumo de sal, alimentos ultraprocessados conforme a PNS. Diante disto, medidas de prevenção de patologias do aparelho cardiovascular já devidamente comprovadas em estudos, como reeducação alimentar, controle de peso e prática de atividades físicas devem ser mais difundidas entre a população a fim de melhorar o estado de saúde. E deveriam ser realizados novos estudos clínicos em hospitais para completa elucidação de tendência nas taxas de mortalidade hospitalar por IC.

REFERÊNCIAS

Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2018.

LATADO, L. A. et al. **Heart Failure Mortality Trend in Salvador**. Bahia: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005.

LAWSON, C. A. et al. **20-year Trends in Cause-specific Heart Failure Outcomes by Sex, Socioeconomic Status, and Place of Diagnosis**: A Population-based Study. Lancet Public Health, 2019.

OSCALICES, M. I. L. et al. **Orientação de alta e acompanhamento telefônico na adesão terapêutica da insuficiência cardíaca**: Ensaio Clínico Randomizado. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2019.

SCOLARI, F. L. et al. **Heart failure - current pathophysiology and terapeutic implications.** São Paulo: Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 2018.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2019.