

FACULDADE DE ENFERMAGEM E MEDICINA NOVA ESPERANÇA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JENYFER TAYANNE PAULO PEREIRA

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM
HOSPITAL ESCOLA

JOÃO PESSOA/PB

2025

JENYFER TAYANNE PAULO PEREIRA

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM
HOSPITAL ESCOLA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos para a conclusão do curso de Bacharelado.

**Orientadora: Profa Ms Edna Samara
Ribeiro César**

P492p

Pereira, Jenyfer Tayanne Paulo

Perfil clínico de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital escola / Jenyfer Tayanne Paulo Pereira. – João Pessoa, 2025.

34f.; il.

Orientadora: Prof.^a Ma. Edna Samara Ribeiro César.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

* Insuficiência Cardíaca. 2. Perfil Clínico. 3. Internação. 4. Hospital Escola. I. Título.

CDU: 612.17

JENYFER TAYANNE PAULO PEREIRA

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM
HOSPITAL ESCOLA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna Jenyfer Tayanne Paulo Pereira, do curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovada em: __/__/2025

Profª Msª Edna Samara Ribeiro César (Orientadora – FACENE)

Profª Drª Camila Abrantes Cordeiro de Moraes (Membro – FACENE)

Profª Msª Valdielécia da Silva Ferreira Torres (Membro – FACENE)

João Pessoa
2025

*Dedico este trabalho à memória do meu avô,
José Paulo Ferreira, cuja presença marcou
minha vida de forma inesquecível. Sua
sabedoria, sua firmeza e sua maneira de
cuidar da família construíram os valores que
levo comigo e que me sustentam até hoje. Tudo
o que sou carrega a influência de sua
existência, e esta conquista também é parte de
sua história em mim.*

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus por estar comigo durante todo o percurso, concedendo-me força, sabedoria e serenidade para seguir adiante.

Agradeço à minha mãe, Maria da Luz Paulo Ferreira, por sempre sustentar nossa família com coragem e dedicação, muitas vezes se sacrificando para que eu pudesse estudar sem preocupações. Ao meu pai, meu eterno incentivador, agradeço por acreditar em mim de uma forma que ninguém mais acredita.

Às minhas irmãs, Joyse, Alice e Erica, minhas almas gêmeas, que tornam meus dias mais leves; o amor e o orgulho de vocês sempre me fortaleceram.

Ao meu noivo, Joanderson Cesar Viana, por todo o apoio durante a graduação, por acreditar mais em mim — mesmo quando eu não me achava capaz —, você, em especial, merece um lugar de honra na minha vida. Obrigada, meu porto de paz.

Agradeço às minhas amigas de curso — Alana, Fernanda e Rayssa — por todas as risadas, pelo companheirismo nas horas de aflição (especialmente nas provas práticas) e até pelas nossas discussões diárias. Vocês marcaram minha vida. Estendo também às amigas Kíssia e Kauanne, que começaram essa jornada comigo e seguiram outros caminhos, agradeço pela torcida constante e pela amizade, mesmo longe da faculdade.

Meu sincero agradecimento à minha professora e orientadora, Profa. Ms. Edna Samara Ribeiro César, pelo comprometimento, paciência e apoio contínuo ao longo de todo o processo. Sua orientação foi essencial para a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus professores, especialmente aqueles que deixaram marcas profundas na minha formação: Camila Abrantes, Smalyanna, Karen Brito, Élide Vieira, Valdicléia, Salmana, Rafaela Fernandes, Ana Lúcia, Ingrid Leal, entre outros não mencionados. Vocês ajudaram a moldar não apenas a profissional que estou me tornando, mas também meus valores.

Agradeço de forma especial ao meu avô, José Paulo Ferreira, por todo amor e significado que trouxe à minha vida. Embora tenha partido antes de me ver formada, sei que sua presença sempre me guiou. Se hoje estou aqui, é também por você. Sempre te amarei, meu “vôzi”.

Por fim, agradeço aos meus familiares próximos e amigos Ana Karoline, Beatriz, Larissa, Ezequiel, Marcelo, Wesley, Eduardo, Alessandra, Mônica, Aline, e a todos que fazem parte da minha história, por cada palavra de incentivo e por cada gesto de apoio ao longo dessa caminhada.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) representa um dos principais desafios de saúde pública, caracterizando-se como estágio final comum de diversas doenças cardiovasculares. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico de pacientes internados com diagnóstico de IC em um hospital escola, analisando características demográficas, etiológicas, clínicas e terapêuticas registradas nos prontuários. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva e quantitativa, baseada na análise descritiva de 92 prontuários de pacientes internados no Hospital Nova Esperança (HNE), entre agosto de 2024 e agosto de 2025. Foram coletadas informações referentes à faixa etária, sexo, fatores de risco, etiologias, comorbidades, fração de ejeção (FE), apresentação clínica e terapias instituídas. A análise dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas. **RESULTADOS:** A amostra foi composta principalmente por homens, concentrados na meia-idade e na população idosa. A hipertensão destacou-se como a comorbidade mais frequente, associada a hábitos como tabagismo e etilismo. Predominou o subtipo de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, com quadros clínicos marcados por dispnéia, intolerância ao exercício e edema. O tratamento instituiu majoritariamente betabloqueadores, diuréticos e antagonistas dos receptores mineralocorticoides, com uso ainda incipiente de i-SGLT2 e INRA. A maior parte dos pacientes evoluiu para alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** Conclui-se, que o perfil clínico identificado reflete a complexidade da IC e reforçam a relevância de registros padronizados, estratificação funcional sistemática e fortalecimento das estratégias preventivas, destacando o papel do ambiente de ensino na qualificação do cuidado.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Perfil Clínico; Internação; Hospital Escola.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MÉTODOS	11
3 RESULTADOS	13
3 DISCUSSÃO	20
4 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	31
ANEXOS	32

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL ESCOLA

CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE IN A TEACHING HOSPITAL

Pereira JTP; César ESR.

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) representa um dos principais desafios de saúde pública, configurando-se como estágio final de diversas doenças cardiovasculares. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico de pacientes internados com diagnóstico de IC em um hospital escola, considerando características demográficas, etiológicas, clínicas e terapêuticas. Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva e quantitativa, realizada a partir da análise de 92 prontuários de pacientes internados no Hospital Nova Esperança (HNE) entre agosto de 2024 e agosto de 2025. Foram coletadas informações relacionadas à faixa etária, sexo, fatores de risco, etiologias, comorbidades, fração de ejeção (FE), apresentação clínica e terapias instituídas. Os resultados mostraram predominância de pacientes do sexo masculino, concentrados na meia-idade e entre idosos, com hipertensão arterial como comorbidade mais frequente, associada a fatores comportamentais como tabagismo e etilismo. Observou-se maior ocorrência de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr), marcada por dispnéia, intolerância ao exercício e edema. O tratamento mais utilizado incluiu betabloqueadores, diuréticos e antagonistas dos receptores mineralocorticoides, com uso ainda limitado de i-SGLT2 e INRA. A maioria dos pacientes evoluiu para alta hospitalar. Conclui-se, que o perfil clínico identificado reflete a complexidade da IC e reforçam a relevância de registros padronizados, estratificação funcional sistemática e fortalecimento das estratégias preventivas, destacando o papel do ambiente de ensino na qualificação do cuidado.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Perfil Clínico; Internação; Hospital Escola.

ABSTRACT

Heart failure (HF) represents one of the main public health challenges, constituting the final stage of several cardiovascular diseases. This study aimed to describe the clinical profile of patients hospitalized with a diagnosis of HF in a teaching hospital, considering demographic, etiological, clinical, and therapeutic characteristics. This is a retrospective, quantitative, documentary study based on the analysis of 92 medical records of patients admitted to Hospital Nova Esperança (HNE) between August 2024 and August 2025. Information was collected on age group, sex, risk factors, etiologies, comorbidities, ejection fraction (EF), clinical presentation, and therapies instituted. The results showed a predominance of male patients, concentrated in middle age and among the elderly, with hypertension as the most frequent comorbidity, associated with behavioral factors such as smoking and alcoholism. A higher occurrence of heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) was observed, marked by dyspnea, exercise intolerance, and edema. The most commonly used treatment included beta-blockers, diuretics, and mineralocorticoid receptor antagonists, with limited use of i-SGLT2 and INRA. Most patients progressed to hospital discharge. It can be concluded that the clinical profile identified reflects the complexity of HF and reinforces the relevance of standardized records, systematic functional stratification, and strengthening of preventive strategies, highlighting the role of the teaching environment in the qualification of care.

Keywords: Heart Failure; Clinical Profile; Hospitalization; Teaching Hospital.

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa que resulta de alterações estruturais ou funcionais no coração, causando sintomas como dispneia, edema e fadiga, além de sinais clínicos como ingurgitamento venoso jugular e estertores crepitantes. Isso leva à redução do débito cardíaco e/ou aumento das pressões intracardíacas, tanto em repouso quanto durante o esforço¹. Essa Síndrome representa o estágio final da maioria das doenças cardíacas, configurando-se como um dos principais desafios clínicos enfrentados atualmente na área da saúde².

Nesse contexto, segundo dados do *Global Burden of Disease*³, a prevalência global da IC foi de aproximadamente 56,5 milhões de pessoas, com uma variação estimada entre 49,7 a 63,7 milhões. No Brasil, de acordo com os dados do DATASUS⁴, a IC continua sendo uma das principais causas de internação. No ano de 2024, foram registradas 1.241.795 internações por doenças do aparelho circulatório, 15,5% ocorreram devido à síndrome. A análise por faixa etária revelou que o predomínio dos casos ocorreu em indivíduos com 60 anos ou mais, representando aproximadamente 74% do total.

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, entre 2000 e 2023, a proporção de idosos no país quase dobrou, passando de 8,7% para 15,6%. Além disso, estima-se que, até 2070, aproximadamente 37,8% da população será composta por pessoas com 60 anos ou mais⁵. Esse cenário de envelhecimento populacional contribui para a alta prevalência da IC, especialmente entre indivíduos em faixas etárias mais elevadas⁶. O aumento na incidência de IC está relacionado aos avanços terapêuticos no tratamento do infarto agudo do miocárdio, da hipertensão arterial e da própria IC, ocasionando maior sobrevivência dos pacientes e, conseqüentemente, elevação da prevalência e do número de internações hospitalares, o que acarreta altos custos para países com crescimento contínuo da população da terceira idade⁷.

A incidência da IC e o número de admissões hospitalares por descompensações têm aumentado, tornando-se um problema de saúde pública crescente no Brasil⁷. Os dados indicam que 22.707 óbitos foram registrados devido à IC no período de 2024. A taxa de mortalidade foi de 11,82%, sendo mais elevada entre pacientes com idade superior a 60 anos, com uma taxa de 13,37%⁴.

Considerando essa realidade, a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica têm como objetivo auxiliar na redução dessas elevadas taxas de mortalidade, propondo um direcionamento clínico estruturado e coerente com a realidade nacional, desde o diagnóstico precoce até a conduta terapêutica nos diferentes níveis de atenção à saúde⁸.

A IC é uma das principais causas de internação e mortalidade no Brasil, o que exige uma abordagem eficaz para o seu manejo. Compreender o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes possibilita aos profissionais de saúde desenvolver estratégias mais assertivas para a continuidade ou início do tratamento⁹.

Nesse contexto, os hospitais escola desempenham um papel essencial tanto na formação de profissionais quanto na prestação de serviços de saúde, sendo referência para diversos perfis de pacientes. A identificação dos padrões clínicos desses indivíduos permite a criação de estratégias mais alinhadas às suas necessidades, otimizando a abordagem clínica e terapêutica.

A questão norteadora do estudo é: Como se caracteriza o perfil clínico dos pacientes internados com insuficiência cardíaca em um hospital escola?

Considerando essa relevância, o estudo justifica-se pela importância de fornecer dados que permitam ao hospital conhecer melhor o perfil dos pacientes com IC que atende, favorecendo a estruturação de uma assistência mais direcionada e eficiente, alinhada às diretrizes atuais de manejo da doença.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico de pacientes internados com diagnóstico de IC em um hospital escola, analisando características demográficas, etiológicas, clínicas e terapêuticas registradas nos prontuários.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, de natureza retrospectiva e abordagem quantitativa, baseado na análise de dados secundários provenientes de prontuários. Lakatos¹⁰ afirma que a pesquisa documental caracteriza-se por utilizar como fonte de dados apenas documentos escritos ou não considerados fontes primárias, que podem ter sido produzidos tanto no momento do acontecimento quanto posteriormente. Nesse sentido, o estudo de natureza retrospectiva implica a utilização de informações do passado relacionadas à exposição ou à doença¹¹.

Segundo Marconi e Lakatos¹², o foco da abordagem quantitativa está centrada na descrição, previsão e explicação dos fenômenos, priorizando dados mensuráveis e observáveis. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo é regido por leis invariáveis, as quais podem ser verificadas e previstas por meio da investigação científica.

O estudo foi realizado no Hospital Nova Esperança (HNE), localizado no bairro Jaguaribe, em João Pessoa – PB. O HNE é um hospital escola, referência regional em cirurgias cardiovasculares de média e alta complexidade, atendendo tanto pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto da rede privada. A instituição dispõe de estrutura moderna, com pronto-atendimento, leitos de internação, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico e setor ambulatorial, onde está inserido o serviço de cardiologia, área foco da presente pesquisa.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes internados no HNE com diagnóstico confirmado de IC entre agosto de 2024 e agosto de 2025. Foram incluídos prontuários de indivíduos com ≥ 18 anos, internados no referido período, contendo informações clínicas completas, como histórico médico, exames, evolução clínica e terapêutica. Foram excluídos os prontuários incompletos, ilegíveis ou aqueles cujo diagnóstico principal não correspondia à IC, ainda que a condição estivesse presente como comorbidade.

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Nova Esperança, sob parecer favorável emitido em 15 de setembro de 2025, e mediante autorização institucional do HNE. A coleta foi realizada por meio de um instrumento elaborado pela pesquisadora, contendo variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo idade, sexo, histórico clínico, sintomas e terapêutica utilizada. As informações foram transcritas para uma planilha digital e analisadas de forma descritiva, por meio de

frequências absolutas e relativas, utilizando-se o programa Google Planilhas. Os resultados foram organizados em tabelas, de modo a facilitar a interpretação e discussão dos achados.

Considerando que o estudo utilizou apenas dados secundários, sem qualquer contato direto com os pacientes, os riscos foram considerados mínimos. O sigilo e a confidencialidade foram assegurados mediante a anonimização das informações, garantindo que nenhum paciente fosse identificado direta ou indiretamente. Todo o processo atendeu às diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹³, bem como ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 564/2017¹⁴.

3 RESULTADOS

O presente estudo analisou 92 prontuários de pacientes internados com diagnóstico de IC no HNE, no período de agosto de 2024 a agosto de 2025. A idade dos pacientes variou entre 24 e 96 anos, conforme demonstrado na Tabela 1, que apresenta a distribuição segundo sexo e faixas etárias consolidadas.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo sexo e faixa etária. Hospital Nova Esperança, João Pessoa – PB, 2025

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	57	61,96
Feminino	35	38,04
Faixa Etária		
21–40 anos	10	10,87
41–60 anos	37	40,22
61–80 anos	33	35,87
≥81 anos	12	13,04

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Observou-se predominância do sexo masculino, que representou 61,96% (n=57) dos casos, enquanto o sexo feminino correspondeu a 38,04% (n=35).

Em relação à faixa etária, observou-se maior concentração de pacientes entre 41 e 60 anos, totalizando 40,22% (n=37). A faixa de 61 a 80 anos apresentou 35,87% (n=33) dos casos, enquanto pacientes com 81 anos ou mais corresponderam a 13,04% (n=12). Por outro lado, o grupo etário mais jovem, entre 21 e 40 anos, apresentou menor frequência, correspondendo a 10,87% (n=10) da amostra. Esses dados evidenciam o predomínio de indivíduos de meia-idade e idosos entre os pacientes internados com IC no período analisado.

Evidenciou-se elevada prevalência de comorbidades crônicas entre os pacientes com IC. Conforme apresentado na Tabela 2, a HAS foi a comorbidade mais frequente, presente em 81,52% (n=75) dos casos. A DM foi identificada em 48,91% (n=45) dos pacientes, seguido pelas arritmias cardíacas, observadas em 30,43% (n=28) dos registros. Condições de etiologia isquêmica, como a DAC e o IAM, apresentaram a mesma proporção, ambas com 16,30% (n=15).

Tabela 2 – Distribuição dos achados do histórico clínico dos pacientes. Hospital Nova Esperança, João Pessoa – PB, 2025

Histórico Clínico	n	%
HAS	75	81,52
DM	45	48,91
Arritmias	28	30,43
DAC	15	16,3
IAM	15	16,3
DPOC	12	13,04
DRC	6	6,52
AVE	5	5,43
EAP	5	5,43
Obesidade	5	5,43
Antecedente Familiar	4	4,35
Doença Valvar	3	3,26
Angina	3	3,26
Asma	3	3,26
Doença de Chagas	2	2,17
Choque séptico	1	1,09

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = Diabetes Mellitus; DAC = Doença Arterial Coronariana; IAM = Infarto Agudo do Miocárdio; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Entre as doenças respiratórias, a DPOC foi registrada em 12 prontuários (n=12). Outros achados clínicos incluíram DRC (n=6), AVE (n=5), EAP (n=5) e obesidade (n=5). Condições menos prevalentes compreenderam antecedentes familiares de doenças cardiovasculares (n=4), além de doença valvar (n=3), angina (n=3) e asma (n=3). Foram identificados ainda registros isolados de doença de Chagas (n=2) e choque séptico (n=1).

No que se refere aos hábitos de vida, observou-se considerável exposição a fatores de risco comportamentais entre os pacientes, conforme apresentado na Tabela 3. O tabagismo foi relatado em 40,22% (n=37) dos casos, enquanto o etilismo esteve presente em 21,74% (n=20) e o uso de drogas em 4,35% (n=4) dos prontuários analisados.

Tabela 3 – Hábitos de vida e exposição a substâncias. Hospital Nova Esperança, João Pessoa – PB, 2025

Variável	n	%
Tabagismo	37	40,22
Etilismo	20	21,74
Uso de Drogas	4	4,35

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Quanto ao histórico de internações, a maioria dos pacientes (77,17%; n=71) não apresentou registros de internações prévias no período analisado, enquanto 15,22% (n=14) tiveram reinternações por descompensação da IC e 7,61% (n=7) por outras causas, demonstrando que grande parte da amostra correspondia a casos iniciais de hospitalização por IC.

A classificação dos pacientes segundo a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) demonstrou predominância de casos de IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr), correspondendo a 69,57% (n=64) da amostra, conforme apresentado na Tabela 4. A IC com fração de ejeção preservada (ICFEp) foi observada em 19,57% (n=18) dos pacientes, enquanto a fração de ejeção levemente reduzida (ICFElr) foi identificada em 6,52% (n=6). Em quatro casos (4,35%; n=4), a classificação da FEVE não foi informada nos prontuários, e não houve registros de IC com fração de ejeção melhorada (ICFEm).

No que se refere à classificação funcional segundo a New York Heart Association (NYHA), a maioria dos prontuários não apresentava descrição do nível funcional (81,52%; n=75). Entre os casos documentados, a classe II e a classe IV foram as mais frequentes, cada

uma com 6,52% (n=6), seguidas pela classe III com 5,43% (n=5). Não foram observados registros de pacientes classificados como NYHA I.

Tabela 4 – Classificação da IC segundo a FEVE e NYHA. Hospital Nova Esperança, João Pessoa – PB, 2025

Variável	n	%
Classificação FEVE		
ICFEr	64	69,57
ICFEp	18	19,57
ICFElr	6	6,52
Não informada	4	4,35
ICFEm	0	0
Classificação Funcional (NYHA)		
Não descrita	75	81,52
NYHA II	6	6,52
NYHA IV	6	6,52
NYHA III	5	5,43
NYHA I	0	0

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Em relação aos sinais e sintomas clínicos apresentados pelos pacientes com IC, observou-se maior prevalência de dispnéia, presente em 86,96% (n=80) dos casos, seguida por intolerância ao exercício, relatada por 64,13% (n=59), e edema, identificado em 59,78% (n=55). A ortopneia foi registrada em 27,17% (n=25) dos prontuários, enquanto a tosse e a dor torácica foram observadas em 20,65% (n=19) e 18,48% (n=17), respectivamente.

A dispneia paroxística noturna ocorreu em 17,39% (n=16) dos pacientes, e sintomas menos frequentes incluíram fadiga ou cansaço (7,61%; n=7), náuseas ou vômitos (4,35%; n=4) e angina e sudorese (3,26%; n=3 cada). Sinais e sintomas isolados, como tontura ou visão turva, febre, turgência jugular e cefaleia, foram descritos em 2,17% (n=2) dos casos. Já palpitações, ascite, hemoptise, astenia e desconforto respiratório foram registrados em 1,09% (n=1) dos pacientes.

Tabela 5 – Distribuição de manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes. Hospital Nova Esperança, João Pessoa – PB, 2025

Sintoma/Sinal	n	%
Dispneia	80	86,96
Intolerância ao exercício	59	64,13
Edema	55	59,78
Ortopneia	25	27,17
Tosse	19	20,65
Dor torácica	17	18,48
Dispneia paroxística noturna	16	17,39
Fadiga / Cansaço	7	7,61
Náuseas ou vômitos	4	4,35
Angina	3	3,26
Sudorese	3	3,26
Tontura ou Visão turva	2	2,17
Febre	2	2,17
Turgência jugular	2	2,17
Cefaleia	2	2,17
Palpitações	1	1,09
Ascite	1	1,09
Hemoptise	1	1,09
Astenia	1	1,09
Desconforto respiratório	1	1,09

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Constatou-se ampla utilização de medicamentos pertencentes às principais classes terapêuticas indicadas para o manejo da insuficiência cardíaca. Conforme apresentado na Tabela 6, os betabloqueadores foram os fármacos mais utilizados durante a internação, presentes em 89,13% dos pacientes (n=82). Em seguida, destacaram-se os diuréticos, utilizados por 84,78% (n=78), e os antagonistas do receptor mineralocorticoide (ARM), administrados em 73,91% (n=68).

Tabela 6 – Classes de medicamentos mais utilizadas pelos pacientes durante a internação. Hospital Nova Esperança, João Pessoa – PB, 2025

Classe de Medicação	n	%
Betabloqueadores	82	89,13
Diuréticos	78	84,78
ARM	68	73,91
IECA	63	68,48
Anticoagulante	63	68,48
Estatinas	51	55,43
Antiagregante plaquetário	23	25
Antibióticos	22	23,91
BRA	15	16,3
Vasodilatador	10	10,87
Benzodiazepínicos	10	10,87
Antipsicótico	8	8,7
i-SGLT-2	7	7,61
Digitálicos	5	5,43
Anticolinérgicos	4	4,35
Drogas vasoativas	4	4,35
INRA	3	3,26
Anti-hipertensivos	3	3,26
Sedativos	1	1,09

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: ARM = Antagonista do Receptor Mineralocorticoide; IECA = Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina; BRA = Bloqueador do Receptor de Angiotensina; i-SGLT-2 = Inibidores do co-transportador 2 de sódio-glicose; INRA = Inibidor do Receptor de Angiotensina/Neprilisina.

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e os anticoagulantes também apresentaram frequência expressiva, ambos com 68,48% (n=63). As estatinas foram prescritas em 55,43% dos casos (n=51), enquanto os antiagregantes plaquetários e os antibióticos foram registrados em 25,00% (n=23) e 23,91% (n=22), respectivamente.

Outras classes observadas incluíram os bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA), utilizados por 16,30% (n=15), seguidos de vasodilatadores e benzodiazepínicos, ambos presentes em 10,87% dos prontuários (n=10). O uso de antipsicóticos foi identificado

em 8,70% dos pacientes (n=8), enquanto os inibidores do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (iSGLT-2) foram registrados em 7,61% (n=7).

Em menor proporção, foram observadas prescrições de digitálicos (5,43%; n=5), anticolinérgicos e drogas vasoativas (4,35% cada; n=4), além de inibidores da neprilisina e receptor de angiotensina (INRA) e anti-hipertensivos, ambos em 3,26% (n=3). O uso de sedativos foi identificado em apenas 1,09% dos pacientes (n=1).

O desfecho clínico primário das internações foi a alta hospitalar, observada em 90,22% (n=83) dos pacientes. Os desfechos desfavoráveis ou de continuidade do tratamento corresponderam a 9,78% da amostra, sendo 5,43% (n=5) transferências para outras unidades ou serviços especializados e 4,35% (n=4) óbitos registrados.

3 DISCUSSÃO

A análise da distribuição etária da amostra, revela um perfil que corrobora o conhecimento epidemiológico consolidado sobre a IC. O *Framingham Heart Study* estabeleceu que a idade é o fator preditor mais importante para o desenvolvimento da síndrome, com maior probabilidade de ocorrência após os 60 anos¹⁵. No presente estudo, observou-se que 76,09% dos pacientes estavam entre 41 e 80 anos, e quase metade (48,91%) possuía 61 anos ou mais. Essa predominância de indivíduos de meia-idade e idosos confirma a relevância da idade avançada como fator determinante para o surgimento da IC¹⁵.

Observou-se também que a predominância do sexo masculino entre os pacientes internados por IC, corresponderam a 61,96% da amostra, enquanto o sexo feminino representou 38,04%. Esse achado está em concordância com estudos nacionais, como os de Barretto *et al.*¹⁶ e Rassi *et al.*¹⁷, que também identificaram maior frequência de homens acometidos pela doença em populações hospitalares. No entanto, difere parcialmente dos dados do I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (*BREATHE*)¹⁸, no qual o sexo masculino correspondeu a 40% dos casos, demonstrando uma proporção superior de pacientes homens neste estudo em comparação ao registro nacional.

O perfil da amostra revela alta prevalência de fatores de risco comportamentais, com histórico de tabagismo relatado em 40,22% dos pacientes internados. O tabagismo é um fator de risco reconhecidamente associado ao desenvolvimento da IC, uma vez que a exposição cumulativa ao tabaco tem sido associada à elevação de biomarcadores de injúria miocárdica e à sobrecarga da parede ventricular, configurando um potencial dano cardíaco mesmo em indivíduos sem DAC diagnosticada¹⁹.

Em análise do Coronary Artery Surgery Study (CASS)²⁰, o tabagismo foi independentemente associado a um aumento de 47% no risco de desenvolver IC. Ao cruzar os dados, verificou-se que 67,57% dos pacientes com histórico de tabagismo pertenciam ao sexo masculino. Essa associação entre o tabagismo e a predominância masculina na amostra (61,96% de homens) reforça a necessidade de estratégias de prevenção voltadas a esse grupo.

A expressiva frequência de exposição tabágica observada neste estudo também evidencia a importância da qualificação da atenção primária, cenário essencial para o estímulo à cessação do uso do cigarro, seja por meio de abordagem psicossocial, ou por terapia medicamentosa². Ademais, o Hospital Escola, por sua vocação em formação e pesquisa, constitui um ambiente propício para integrar o rastreio e o aconselhamento tabágico às práticas de educação permanente dos profissionais de saúde.

Além do tabagismo, a vulnerabilidade a fatores de risco comportamentais no sexo masculino mostra-se ainda mais evidente na análise do histórico de etilismo e do uso de drogas. O registro de etilismo foi identificado em 21,74% da amostra, com predominância marcante do sexo masculino, representando 95% desses casos. Esse padrão se manteve no uso de drogas, em que 100% das ocorrências também corresponderam a homens. Tais achados reforçam a presença de comportamentos de risco mais acentuados neste grupo.

O uso de substâncias psicoativas está associado a diversas repercussões cardiovasculares, abrangendo desde alterações isquêmicas e arrítmicas até disfunção contrátil do ventrículo esquerdo²¹. Evidências apontam que o consumo de drogas ilícitas exerce impacto negativo sobre a história natural da IC¹⁹. Esses resultados destacam a importância da identificação precoce e da implementação de estratégias preventivas voltadas à redução do uso de álcool e drogas em pacientes com IC.

Em continuidade, a análise das etiologias associadas revelou que a HAS foi o fator mais prevalente entre os pacientes (81,52%), reforçando seu papel consolidado como importante via de progressão para IC. A literatura descreve a hipertensão como uma das principais condições predisponentes à disfunção cardíaca, uma vez que a sobrecarga pressórica crônica leva a alterações estruturais e funcionais do miocárdio. Com o passar dos anos, essas modificações favorecem o aparecimento de sintomas clínicos e a evolução para IC manifesta¹⁹.

Por outro lado, quando consideradas as manifestações isquêmicas em conjunto — incluindo DAC (16,30%), IAM (16,30%) e angina (3,26%) — observa-se que 35,86% dos casos apresentavam etiologia predominantemente isquêmica. Esse resultado aproxima-se do perfil descrito no estudo BREATHE, no qual, na região Nordeste, a cardiopatia isquêmica foi a principal etiologia da síndrome (31,9%), seguida pela cardiomiopatia dilatada idiopática (19,6%) e pela hipertensiva (16,3%)¹⁸. A coexistência frequente entre hipertensão e doença isquêmica evidencia o caráter multifatorial da síndrome e reforça a importância do controle rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares.

Etiologias menos prevalentes, como as valvulopatias e a doença de Chagas, também foram identificadas neste estudo. Embora em menor número, ambas mantêm relevância epidemiológica, sobretudo quando comparadas aos dados do Nordeste no BREATHE¹⁸, que apontaram maiores proporções dessas causas (14,4% e 6,2%, respectivamente). Esses achados reforçam a persistência de diferenças regionais influenciadas por fatores socioeconômicos, ambientais e pelo acesso desigual à prevenção e ao tratamento das doenças cardiovasculares.

Além das causas diretamente atribuídas à etiologia, a presença de comorbidades concomitantes desempenha papel determinante na progressão e desfecho clínico da síndrome.

De modo geral, a IC representa a via final de convergência de múltiplos fatores, incluindo o envelhecimento cardiovascular, hábitos de vida, aumento da sobrevivência de pacientes com doenças crônicas e a presença de comorbidades associadas, como fibrilação atrial, DPOC e disfunção renal¹⁹. Essa diversidade também se refletiu na presente amostra, que apresentou ampla distribuição de comorbidades — como DPOC, DRC, AVE e obesidade —, evidenciando a sobreposição de condições clínicas frequentemente relacionadas à IC. Tal achado corrobora o que é descrito na literatura, que reconhece a IC como uma síndrome multifatorial e complexa, resultante da interação entre múltiplas patologias cardiovasculares e sistêmicas.

Nesse contexto, destaca-se também a obesidade, presente em 5,43% da amostra, condição reconhecida como fator de risco independente para o desenvolvimento de IC. O excesso de tecido adiposo promove sobrecarga hemodinâmica, inflamação crônica e alterações metabólicas, resultando em remodelamento cardíaco e disfunção ventricular progressiva. Apesar disso, observou-se apenas um óbito entre os pacientes obesos, achado que corrobora a literatura sobre o chamado “paradoxo da obesidade”, fenômeno no qual indivíduos com a síndrome e sobrepeso ou obesidade leve tendem a apresentar melhor prognóstico e menor mortalidade quando comparados àqueles com baixo peso²².

Assim, a avaliação clínica e a estratificação prognóstica desses pacientes demandam abordagem individualizada e integrada, considerando a sobreposição de etiologias e o perfil complexo observado.

Além disso, o presente estudo permitiu a estratificação de risco da amostra por meio da FEVE, evidenciando prevalência de ICFEr em 69,57% dos casos. A literatura indica que a ICFEr está frequentemente associada à DAC, sendo mais incidente em homens e em pacientes de maior idade¹⁴. Esses resultados mantêm coerência com o que é amplamente descrito na literatura, demonstrando predominância masculina (76,56%) entre os pacientes com ICFEr. Por outro lado, observa-se que a ICFEp correspondeu a 19,57% dos casos, apresentando predominância feminina, o que reforça o padrão de diferenciação entre os fenótipos clínicos segundo o sexo, corroborando com outros estudos^{19,1,2}.

Embora avanços terapêuticos tenham reduzido a mortalidade em pacientes com ICFEr, a mesma tendência não é observada na ICFEp¹. No presente estudo, a análise do desfecho hospitalar revelou que dois óbitos ocorreram em pacientes com ICFEp e um em paciente com ICFEr, o que corrobora a literatura ao indicar que a ICFEp também representa

um importante marcador de gravidade clínica, especialmente em indivíduos com múltiplas comorbidades.

Além da FE, outro parâmetro de grande relevância clínica para a avaliação da gravidade da IC é a Classificação Funcional (CF) da NYHA, pois possui valor prognóstico fundamental e orienta o manejo terapêutico^{2,8}. Entretanto, a ausência de registro explícito da classe funcional em 81,52% dos prontuários constituiu a maior limitação da avaliação clínica, impedindo a estratificação de risco de grande parte da amostra, incluindo todos os óbitos, e dificultando a correlação entre sintomas formalmente registrados e desfecho. Entre os pacientes classificados, observou-se que a Classe IV foi predominantemente masculina (83,33%), a Classe III apresentou maior frequência em mulheres (60%) e a Classe II também foi majoritariamente feminina (66,67%).

Essa distribuição reforça as diferenças na apresentação clínica da IC, evidenciando maior suscetibilidade dos homens a classes mais severas e etiologia isquêmica, em contraste com a predominância de sintomas moderados entre as mulheres¹⁹. A expressiva proporção de prontuários sem registro da NYHA evidencia a necessidade de padronização dos registros clínicos no hospital escola, a fim de aprimorar a estratificação de risco, apoiar a tomada de decisão terapêutica e favorecer o planejamento do cuidado ao paciente.

Não obstante a ausência de registro formal da CF da NYHA, a gravidade funcional dos pacientes pôde ser inferida pela elevada prevalência dos sintomas clínicos de descompensação. A dispneia foi o achado mais prevalente entre os pacientes, seguida pela intolerância ao exercício e pelo edema. Esse predomínio da dispneia corrobora amplamente a literatura, que a identifica como o sintoma mais comum e característico da IC, frequentemente associado à congestão pulmonar decorrente do aumento das pressões de enchimento ventricular. Em estudo realizado por Schiff et al.²³, 98% dos pacientes relataram dispneia nos dias que antecederam a admissão hospitalar, resultado semelhante ao observado na presente amostra. A presença de ortopneia e dispneia paroxística noturna reforça o comprometimento funcional e hemodinâmico desses pacientes, uma vez que tais manifestações indicam maior gravidade e progressão da síndrome.

O edema, relatado por 59,78% dos participantes, também se destacou como manifestação importante, resultado compatível com o estudo de Schiff et al.²³, no qual 77% dos pacientes apresentaram edema nos dias que antecederam a internação. Esses sintomas refletem a sobrecarga volêmica e o acúmulo de líquidos característicos da descompensação cardíaca. A tosse, observada em 20,65% dos casos, apresentou frequência próxima à descrita

por Friedman²⁴, que identificaram tosse em 33% dos indivíduos, frequentemente associada à congestão pulmonar.

Outros sintomas, como dor torácica, fadiga e náuseas, também foram relatados, embora em menor proporção, demonstrando a ampla variabilidade sintomática entre os pacientes com o diagnóstico. Essa diversidade de manifestações clínicas refletem diferentes graus de comprometimento funcional, assim como o impacto das comorbidades associadas, o que reforça a necessidade de uma abordagem clínica individualizada e direcionada à identificação precoce de sinais de descompensação.

No presente estudo, observou-se que a turgência jugular esteve presente em apenas 2,17% dos pacientes, configurando um achado de baixa frequência entre os indivíduos com IC. Esse resultado está em consonância com o descrito por Fonseca et al.²⁵, que apontam a elevação da pressão venosa jugular associada a edema de membros inferiores e aumento hepático como um importante marcador clínico da IC, com alta especificidade diagnóstica, porém baixa sensibilidade — estando presente em menos de 10% dos pacientes avaliados. Assim, embora tal sinal seja fortemente indicativo da doença quando identificado, sua baixa prevalência reforça a importância de uma avaliação clínica abrangente, considerando outros sintomas e parâmetros complementares no diagnóstico da síndrome.

A análise sobre o manejo farmacológico da IC envolve múltiplas classes de fármacos com evidência consolidada na redução da morbimortalidade, incluindo os IECA, BRA, betabloqueadores, ARM, diuréticos e, em casos específicos, digitálicos². No presente estudo, observou-se uso frequente dessas classes, com destaque para os betabloqueadores, que foram os fármacos mais prescritos, em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais.

Os BB são considerados agentes de primeira linha no tratamento da ICFeR, uma vez que reduzem a mortalidade global, a morte por IC e por causas súbitas, além de proporcionarem melhora sintomática e diminuição nas taxas de reinternação^{19,1}. Entre os pacientes avaliados, 19 relataram tosse, sendo 12 em uso de IECA, o que sugere associação com um dos efeitos adversos mais comuns dessa classe, conforme amplamente descrito na literatura¹. Esse achado reforça a necessidade de vigilância clínica e de substituição por BRA em casos de intolerância persistente, conforme orientam as boas práticas terapêuticas²⁶.

Observou-se uso expressivo de diuréticos, achado que dialoga com o perfil de um hospital de alta complexidade, onde grande parte dos pacientes chega com quadro de congestão evidente e necessita de intervenção rápida para alívio sintomático. Esse padrão é reforçado pela elevada frequência de edema na amostra, indicando importante sobrecarga volêmica no momento da admissão. As diretrizes atuais destacam que os diuréticos de alça

permanecem como pilares no manejo da congestão, especialmente em indivíduos com ICFEr, ainda que a qualidade das evidências disponíveis seja limitada e seus efeitos sobre mortalidade não tenham sido avaliados em ensaios clínicos randomizados²⁷. Em serviços terciários, como o cenário deste estudo, o uso mais frequente desses fármacos tende a refletir a gravidade dos casos admitidos, uma vez que pacientes descompensados frequentemente requerem diurese intensiva para estabilização hemodinâmica.

No presente estudo, apenas três pacientes faziam uso de INRA, representado pelo sacubitril/valsartana. Essa baixa frequência de prescrição reflete o uso criterioso e a transição gradual dessa classe na prática clínica, uma vez que sua introdução requer estabilidade clínica e substituição prévia de IECA ou BRA, não sendo permitida a associação concomitante devido ao risco elevado de angioedema. Assim, ainda que o número de prescrições tenha sido reduzido, a presença do INRA entre os esquemas terapêuticos indica alinhamento com diretrizes contemporâneas, que recomendam sua utilização preferencial em pacientes com ICFEr sintomática (CF II–III da NYHA) e tolerância adequada¹⁹

Quanto ao uso de digitálicos, apenas cinco pacientes apresentavam prescrição dessa classe, e todos possuíam ICFEr. Nenhum deles apresentou registro de arritmias associadas, o que está em conformidade com as diretrizes atuais, que recomendam a digoxina apenas para casos de ICFEr sintomática, sobretudo em pacientes com fibrilação atrial e resposta ventricular inadequada⁸. Essa conduta está alinhada aos achados do estudo DIG (*Digitalis Investigation Group*)²⁸, o qual demonstrou que, embora a digoxina não reduza a mortalidade total, pode contribuir para diminuição das hospitalizações por IC.

A ausência de arritmias nos pacientes que utilizavam a medicação pode refletir o uso criterioso do fármaco e o manejo adequado das doses, uma vez que, em níveis séricos elevados, o digitálico pode induzir distúrbios de condução e arritmias ventriculares⁸. Dessa forma, o baixo índice de prescrição e a ausência de complicações reforçam o uso racional dessa classe no contexto hospitalar, em consonância com a prática clínica segura e baseada em evidências.

Observou-se ainda ampla utilização de estatinas, apesar de a dislipidemia não constar formalmente nos registros de evolução clínica em muitos prontuários. Esse achado pode refletir o perfil de comorbidades cardiovasculares subjacentes, especialmente a DAC, ou ainda uma abordagem preventiva rotineira em pacientes com risco cardiovascular elevado. Embora as estatinas não apresentem efeito direto sobre a melhora funcional na IC, seu uso é recomendado em pacientes com doença isquêmica associada, contribuindo para o controle global do risco cardiovascular^{8,19}.

Além disso, observou-se o uso de i-SGLT2 em 7,61% dos pacientes. Embora essa proporção ainda seja modesta, reflete a incorporação gradual dessa classe terapêutica na prática clínica hospitalar. Inicialmente desenvolvidos para o tratamento do DM tipo 2, os i-SGLT2 demonstraram benefícios expressivos em pacientes com ICFeR, reduzindo hospitalizações e mortalidade cardiovascular de forma independente do status glicêmico^{29,30}.

Com base em evidências robustas de ensaios clínicos, como o DAPA-HF (Dapagliflozin and Prevention of Adverse Outcomes in Heart Failure)²⁹ e o EMPEROR-Reduced (Empagliflozin Outcome Trial in Patients with Chronic Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction)³⁰, as diretrizes internacionais — tanto americana quanto europeia — passaram a recomendar seu uso como parte da terapia inicial da IC, visando reduzir o risco de desfechos cardiovasculares adversos e melhorar o prognóstico global dos pacientes^{27,30}. Dessa forma, a presença dessa classe entre as prescrições evidencia a atualização progressiva das condutas terapêuticas do serviço, em consonância com as práticas contemporâneas e baseadas em evidências.

De modo geral, o perfil farmacológico identificado reflete a complexidade do atendimento em um hospital de nível terciário, com predominância de casos graves e polimedicados. A adesão às terapias baseadas em evidências e a monitorização rigorosa de efeitos adversos são fundamentais para otimizar o prognóstico e reduzir a reincidência de hospitalizações em pacientes com a síndrome.

Em associação a esse perfil terapêutico, a elevada taxa de alta hospitalar observada neste estudo pode estar relacionada à ampla adesão às terapias farmacológicas recomendadas pelas diretrizes, evidenciando um manejo clínico eficaz e alinhado às melhores práticas. Observou-se uso expressivo de BB, diuréticos, ARM e IECA, fármacos com comprovado impacto na redução da morbimortalidade e das reinternações por IC^{1,19,8}.

Além disso, a presença, ainda que discreta, de terapias mais recentes, como os i-SGLT2 e o INRA, demonstra atualização gradual das condutas, ampliando o potencial terapêutico. Esses achados, aliados à estrutura de um hospital de alta complexidade, com suporte intensivo e equipe multiprofissional em formação contínua, podem justificar o sucesso clínico e a baixa taxa de mortalidade encontrada, reforçando a importância da integração entre protocolos baseados em evidências e a qualificação assistencial no contexto hospitalar de ensino.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu caracterizar de forma consistente o perfil clínico dos pacientes internados com insuficiência cardíaca em um hospital escola, evidenciando maior acometimento em idosos e homens, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica e a cardiopatia isquêmica como principais etiologias. Identificou-se também marcada presença de fatores de risco comportamentais, reforçando a necessidade de ações contínuas de prevenção e educação em saúde.

A estratificação pela fração de ejeção revelou predominância de ICFEr, especialmente entre homens, enquanto a ICFEp apresentou maior frequência em mulheres. Quanto ao quadro clínico, observou-se elevada ocorrência de sintomas típicos, indicando importante limitação funcional.

Entretanto, a ausência de registro explícito da Classificação Funcional da NYHA em grande parte dos prontuários configurou uma limitação relevante do estudo, por restringir a estratificação de risco e dificultar a avaliação precisa da gravidade clínica dos pacientes. Ainda que a descrição de sinais e sintomas tenha permitido inferir parcialmente o grau de limitação funcional, reforça-se a necessidade de padronização dos registros clínicos no serviço.

Identificou-se, ainda, que o tratamento instituído segue as recomendações das diretrizes, contemplando tanto terapias tradicionais quanto mais atuais, o que demonstra atualização progressiva das práticas assistenciais no hospital escola. Conclui-se que o perfil clínico identificado reflete a complexidade multifatorial da insuficiência cardíaca e destaca a importância de registros padronizados, estratificação funcional sistemática e fortalecimento das estratégias preventivas, ressaltando o papel do ambiente de ensino na qualificação do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MT Jr, Canesin MF, Pereira-Barretto AC, Gualandro DM. Suporte avançado de vida em insuficiência cardíaca crônica: consultório. 3ª ed. Barueri: Manole; 2021 [citado 29 abr 2025]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555764987/>.
2. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque DC, Rodrigues DA, et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009;93(1 Suppl 1):1-71. [citado 2025 abr 6]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/XrJZJkL945HZqpd3dZgdPrf>.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results Tool. Seattle (WA): University of Washington; 2021. [citado 2025 abr 6]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025. [citado 2025 abr 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População do país vai parar de crescer em 2041. Agência de Notícias IBGE. 2023 jul 25. [citado 2025 abr 11]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41056-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>.
6. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. The global burden of heart failure: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Eur Heart J. 2023;44(Suppl 2). [citado 2025 mar 31]. Disponível em: https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/Supplement_2/ehad655.876/7391989.
7. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. Arq Bras Cardiol. 2010;95(3):392-8.[citado 2025 abr 6]. doi:10.1590/S0066-782X2010005000102.
8. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018;111(3):436-539. [citado 2025 abr 6]. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-cronica-e-aguda/>.
9. Baggio GC, Almeida RMS. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com insuficiência cardíaca em ambulatório de serviço de alta complexidade. Rev Multidiscip Nordeste Mineiro. 2024;5(1). doi:10.61164/rmm.v5i1.2228. [citado 2025 mar 31]. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/2228>.
10. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Atlas; 2021 [citado 04 jun. 2025]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597026580/>.

11. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. [citado 04 jun. 2025]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527736077/>.
12. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia científica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Atlas; 2022 [citado 04 jun. 2025]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559770670/>.
13. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS; 2012 [citado 04 jun 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.
14. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017. Brasília: Cofen; 2017 [citado 2025 jun 04]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>.
15. Ho KL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 22, supl. A, p. 6–13, 1993. [citado 2025 set 18]. doi:[https://doi.org/10.1016/0735-1097\(93\)90455-A](https://doi.org/10.1016/0735-1097(93)90455-A).
16. Barretto AC, Wajngarten M, Serro-Azul JB, Pierri H, Nussbacher A, Gebara OC. Tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca em hospital terciário de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 1997;69(6):375-9. [citado 2025 set 18]. doi:<https://doi.org/10.1590/S0066-782X1997001200002>.
17. Rassi S, Rassi DC, Rassi AG, Rassi FG, Rassi SG. Sobrevida e fatores prognósticos na insuficiência cardíaca sistólica com início recente dos sintomas. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84:309-13. [citado 2025 set 18]. doi:<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000400007>.
18. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (BREATHE) – aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. *Arq Bras Cardiol*. 2015;104:433-42. [citado 2025 set 24]. doi:<https://doi.org/10.5935/abc.20150031>.
19. Neto JAF. Insuficiência cardíaca DEIC-SBC [Internet]. Barueri (SP): Manole; 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767223/>. Acesso em: 28 set. 2025. 9786555767223.
20. Hoffman RM, Psaty BM, Kronmal RA. Modifiable Risk Factors for Incident Heart Failure in the Coronary Artery Surgery Study. *Arch Intern Med*. 1994;154(4):417–423. [citado 2025 set 30]. doi:10.1001/archinte.1994.00420040081012.
21. Rangel I, et al. Cardiomiopatia tóxica dilatada: reconhecendo uma doença potencialmente reversível. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(4):e37. [citado 2025 out 01]. doi:<https://doi.org/10.5935/abc.20140030>.

22. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2011;8(1):30–41. [citado 2025 out 03]. doi:<https://doi.org/10.1038/nrcardio.2010.165>.
23. Schiff GD, Fung S, Speroff T, McNutt RA. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *Am J Med*. 2003;114(8):625–30. [citado 2025 out 03] doi:[https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(03\)00132-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(03)00132-3).
24. Friedman MM. Older adults' symptoms and their duration before hospitalization for heart failure. *Heart Lung*. 1997;26(3):169–76. [citado 2025 out 03] doi:[https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(97\)90053-4](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(97)90053-4).
25. Fonseca C, Morais H, Mota T, Matias F, Costa C, Gouveia-Oliveira A, et al. The diagnosis of heart failure in primary care: value of symptoms and signs. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:795–800. [citado 2025 out 03]. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.08.002>.
26. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e895–e1032. [citado 2025 out 10]. doi:<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>.
27. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599–726. [citado 2025 out 23]. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3599/6358045>.
28. Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med*. 1997;336(8):525–33. [citado 2025 out 15]. doi:<https://doi.org/10.1056/NEJM199702203360801>.
29. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2019;381(21):1995–2008. [citado 2025 out 17]. doi:<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911303>.
30. Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Pocock SJ, Carson P, et al. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1413–24. [citado 2025 out 23] doi:<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2022190>.
31. Ostrominski JW, DeFilippis EM, Bansal K, Riello RJ 3rd, Bozkurt B, Heidenreich PA, et al. Contemporary American and European Guidelines for Heart Failure Management: JACC: Heart Failure Guideline Comparison. *JACC Heart Fail*. 2024;12(5):810–25. [citado 2025 nov 01] doi:<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2024.02.020>.

APÊNDICES

Apêndice A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DO PACIENTE	
Nº do Prontuário:	
Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data da internação:	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
Histórico Clínico:	Sintomas:
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DAC <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Doença Valvar <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Dispneia paroxística noturna <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço <input type="checkbox"/> Intolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros:
Etilismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Classificação funcional (NYHA):	Fração de Ejeção do Ventriculo Esquerdo:
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Não descrita	<input type="checkbox"/> ≤40% - ICFe _r <input type="checkbox"/> 41- 49% - ICFe _{lr} <input type="checkbox"/> ≥50% - ICFe _p <input type="checkbox"/> >40% com valor prévio ≤40% - ICFe _m <input type="checkbox"/> Não descrita
Medicações utilizadas:	Dispositivos Presentes:
<input type="checkbox"/> IECA <input type="checkbox"/> BRA <input type="checkbox"/> INRA <input type="checkbox"/> Betabloqueador <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> Diuréticos <input type="checkbox"/> Digitálicos <input type="checkbox"/> iSGLT-2 <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Marca-passo <input type="checkbox"/> CDI (cardiodesfibrilador implantável) <input type="checkbox"/> Ressincronizador <input type="checkbox"/> Outros:
Internações no último ano:	Desfecho Clínico:
<input type="checkbox"/> Por descompensação de IC <input type="checkbox"/> Por outra causa <input type="checkbox"/> Não houve internações prévias	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito

ANEXOS

Anexo A - Declaração de Anuência



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL ESCOLA**”, sob responsabilidade da pesquisadora **JENYFER TAYANNE PAULO PEREIRA** e da orientadora **PROFª MSª EDNA SAMARA RIBEIRO CÉSAR**, a qual terá apoio desta instituição, Hospital Nova Esperança - HNE, CNPJ: 40.980.914/0001-80. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seus desenvolvimentos para que se possa cumprir os requisitos da resolução CNS 466/2012 e suas complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantir de tal segurança e bem-estar.

João Pessoa, 07 de agosto de 2025.

HOSPITAL NOVA ESPERANÇA - HNE
 Rafaela B. F. Soares
 COORDENADORA DE ENFERMAGEM - HNE
 NEPEC - NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISAS E EDUCAÇÃO CONTINUADA

Assinatura e carimbo do responsável
 Núcleo de Pesquisa e Educação Continuada - NEPEC

Anexo B - Justificativa de Ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

JUSTIFICATIVA PARA A DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)


O presente estudo intitulado "Perfil clínico de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital escola" será realizado a partir da análise de dados secundários, extraídos exclusivamente de prontuários eletrônicos dos pacientes internados no Hospital Nova Esperança (HNE), no período de agosto de 2024 a agosto de 2025.

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa e descritiva, que não envolve qualquer forma de intervenção direta ou indireta nos sujeitos da pesquisa. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos, assegurando-se o sigilo e a confidencialidade das informações, conforme as diretrizes éticas estabelecidas na Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução CNS nº 510/2016.

Os dados obtidos não conterão identificação nominal dos participantes, sendo mantido apenas o número de prontuário como código para organização interna dos registros. Não será possível identificar os pacientes individualmente, nem haverá contato com os mesmos.

Diante disso, solicita-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que a coleta e análise dos dados não representam riscos aos participantes e garantem a proteção à privacidade, anonimato e integridade dos dados.

Pesquisadora responsável



Data: 10/08/2025

Anexo C - TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares em todas as fases da pesquisa intitulada: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL ESCOLA.

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, via notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE até dezembro de 2025, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto, comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLATBR, via emenda.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em periódicos nacionais, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também os resultados do estudo serão divulgados, como preconiza a resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional N° 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

João Pessoa, 18 de agosto de 2025.



Edna Samara Ribeiro César

Pesquisadora Responsável