

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL ATRAVÉS DE INDICADORES DE QUALIDADE NO ATENDIMENTO A PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA – UM ESTUDO DE COORTE TRANSVERSAL DESCRITIVO

Saúde e bem-estar

Beatriz Nagem Morales Vitorazzo (Universidade de Taubaté).

Luiz Gustavo Betito de Souza (Universidade de Taubaté).

Laíza Moreira Silva (Universidade de Taubaté).

Ruy Felipe Melo Viegas

Resumo

A insuficiência cardíaca (IC). é uma das principais causas de internação hospitalar no Brasil e no mundo e está relacionada a um aumento da mortalidade e da necessidade de reinternação em curto e longo prazo. Paciente com IC têm suas vidas prejudicadas pela doença, e mesmo o tratamento otimizado parece ter diferentes impactos em sua qualidade de vida. Seu manejo envolve uma equipe multiprofissional, abordando a condição clínica do paciente, hábitos nutricionais, controle de peso, além de outros cuidados não farmacológicos como prática de atividade física, sono reparador, diminuição do estresse físico e mental, etc. Este estudo aborda a metodologia de coorte transversal descritivo, utilizando dados de prontuário médico em âmbito ambulatorial, de pacientes maiores de 18 anos e portadores de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção reduzida (ICFER)., de ambos os sexos, durante período compreendido entre julho de 2022 e dezembro de 2023, na cidade de Taubaté-SP, visando avaliar os indicadores na qualidade de atendimento ambulatorial de pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção reduzida (ICFER).. Indicadores estes representados por uso de medicamentos que comprovadamente atuam na mortalidade e sobrevida da IC, adesão ao tratamento proposto (tanto medicamentoso quanto não medicamentoso)., taxa de internação hospitalar por descompensação clínica, tempo de internação hospitalar e taxa de mortalidade. A avaliação destes indicadores de qualidade de atendimento auxiliam na identificação de variáveis ligadas diretamente à descompensação da doença, prevalência dos sintomas, taxas de reinternação e até mesmo, taxas de óbito. Sabe-se que estes fatores estão diretamente relacionados sobretudo à qualidade de vida e sobrevida dos pacientes. A adoção de medidas de atualização médica no âmbito do tratamento da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida através do conhecimento médico continuado e da utilização de instrumentos que avaliem o atendimento médico ambulatorial, interferem positivamente nos resultados, impactando diretamente na sobrevida e morbimortalidade de pacientes portadores desta patologia. Dentre os indicadores que foram analisados, de significância clínica, obtivemos que os pacientes que apresentavam prescrição medicamentosa composta por IECA ou BRA ou Sacubitril ou Valsartana ou Nitrato com Hidralazina, associado a Betabloqueador, Antagonista de Mineralocorticoide (Espironolactona)., Inibidores da SGLT2 (Dapagliflozina ou Empagliflozina)., apresentaram menor taxa de reinternação hospitalar além de menor taxa de óbitos.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Indicadores de Qualidade; Fração de Ejeção Reduzida; Terapia medicamentosa; Mortalidade.

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC). é uma das principais causas de internação hospitalar no Brasil e no mundo e está relacionada a um aumento da mortalidade e da necessidade de reinternação em curto e longo prazos. Apesar de avanços na terapêutica da IC, a síndrome mantém-se como patologia grave, afetando, no mundo, mais de 23 milhões de pessoas. A sobrevivência após 5 anos de diagnóstico pode ser de apenas 35%, com prevalência que aumenta conforme a faixa etária (aproximadamente de 1% em indivíduos com idade entre 55 e 64 anos, podendo chegar a 17,4% nos pacientes com idade maior ou igual a 85 anos).

No Brasil, segundo dados do registro BREATHE (*Brazilian Registry of Acute Heart Failure*), tem-se como principal causa de re-hospitalizações a má aderência à terapêutica para IC, além de elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar, posicionando o Brasil como uma das mais elevadas taxas no mundo ocidental.

Trata-se de uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear o sangue de maneira adequada para atender às necessidades metabólicas tissulares ou o faz à custa de altas pressões de enchimento, podendo ser causada por alterações cardíacas tanto estruturais quanto funcionais, desencadeando a diminuição do débito cardíaco e/ou elevadas pressões de enchimento em repouso ou no esforço. A IC é a via final comum de várias cardiopatias com grande impacto socioeconômico no Brasil e no mundo. Além do mais, pode ser classificada de acordo com a função sistólica do ventrículo esquerdo em IC com fração de ejeção (FE). preservada ($\geq 50\%$ de FE), levemente reduzida (40-49% de FE). ou reduzida ($<40\%$ de FE).. Dados recentes demonstram mortalidade tardia (1 ano). em até 8,8%. Outra forma de classificação é classificação funcional da *New York Heart association* (NYHA). que divide os pacientes em quatro grupos diferentes, de acordo com a gravidade da dispneia e as limitações da atividade física autorrelatadas. Na classe I, o paciente é assintomático; II, apresenta sintomas leves; III, sintomas moderados; IV, sintomas graves presentes até mesmo no repouso.

Paciente com IC têm suas vidas prejudicadas pela doença, e mesmo o tratamento otimizado parece ter diferentes impactos em sua qualidade de vida. Seu manejo envolve uma equipe multiprofissional, visando cuidado para com a condição

clínica do paciente, hábitos nutricionais, controle de peso, além de cuidados não farmacológicos (como atividade física, sono reparador, diminuição do estresse físico e mental etc.).

Dessa forma, a avaliação dos indicadores de qualidade no atendimento pode auxiliar na identificação de variáveis ligadas diretamente ao fator de descompensação da doença, podendo ter um impacto significativo na mortalidade e qualidade de vida do paciente, uma vez que almeja avaliação de terapia medicamentosa, adesão ao tratamento, necessidade de internação hospitalar e taxa de mortalidade. Este estudo tem como objetivo avaliar os resultados através do uso de indicadores de qualidade no atendimento ambulatorial de pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER).. Os indicadores de qualidade que foram utilizados englobam a frequência de medicamentos reconhecidamente comprovados como modificadores do curso da doença e redução de mortalidade da IC, adesão ao tratamento proposto, bem como taxa de reinternação hospitalar por descompensação clínica; tempo de internação e taxa de mortalidade. A avaliação dos indicadores de qualidade no atendimento em portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). auxilia na identificação de variáveis ligadas diretamente ao fator de descompensação da doença, podendo ter um impacto na mortalidade e qualidade de vida do paciente. A qualidade de vida relacionada à saúde em doentes com IC pode estar reduzida em relação à população geral, devido à presença e persistência de sintomas limitadores, sendo também uma causa de prejuízo da função física e psicológica, com taxas até maiores do que outras doenças crônicas, podendo até ser comparada a doentes oncológicos. A adoção de medidas de atualização médica no âmbito do tratamento da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida através do conhecimento médico continuado e da utilização de instrumentos que avaliem o atendimento médico ambulatorial, interferem positivamente nos resultados, impactando diretamente na sobrevida e morbimortalidade de pacientes portadores desta patologia.

Revisão da literatura

A Insuficiência Cardíaca Aguda é uma síndrome complexa caracterizada pela redução do débito cardíaco, hipoperfusão tecidual, aumento da pressão

pulmonar e congestão tecidual. Sua fisiopatologia pode ser decorrente de anormalidade na função sistólica, produzindo redução do volume sistólico (IC sistólica). ou anormalidade na função diastólica, resultando em defeito no enchimento ventricular (IC diastólica). (McDonagh *et al.*, 2021).

Dentre as principais causas, destacam-se: idade avançada, hipertensão arterial, sedentarismo, tabagismo, doença arterial coronariana, valvulopatia cardíaca, doença pericárdica, miocardite, arritmia cardíaca, diabetes mellitus e não adesão correta à terapia medicamentosa (Heidenreich *et al.*, 2022).

No Brasil, a IC afeta 2.000.000 de pacientes, com uma incidência anual de aproximadamente 240.000 casos por ano. A doença é mais prevalente em idades avançadas, visto que está associada a outras comorbidades, sendo a população adulta também afetada, uma vez que esse se expõem a fatores de risco como tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo e apresentam aumento da prevalência de comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Além disso, o Brasil apresenta maiores taxas de mortalidade em relação aos países desenvolvidos (Cestari *et al.*, 2022).

A IC pode ser classificada pela fração de ejeção (FE). e gravidades dos sintomas. IC com FE maior que 50% é classificada como IC com fração de ejeção preservada (ICFEp)., já quando a FE é menor que 40% é denominada IC fração de ejeção reduzida. Entre 40-50%, classifica-se como IC intermediária. Na classificação por gravidade dos sintomas, utiliza-se a classificação NYHA (New York Heart Association)., na qual classifica-se a IC em 4 classes funcionais de acordo com a sintomatologia. Paciente sem sintomas durante atividades cotidianas é NYHA I. Se apresenta sintomas leves, NYHA II. Com a piora dos sintomas desencadeada por esforços menos intensos ou pequenos esforços, NYHA III. Na presença de sintomas aos mínimos esforços, classifica-se em NYHA IV (Malik *et al.*, 2024)..

Uma vez diagnosticada, o tratamento da IC deve ser instituído o mais breve possível devendo ser composto tanto por medidas farmacológicas quanto por não farmacológicas. As intervenções terapêuticas visam a retirada e controle de fatores de risco, tratar e prevenir alterações estruturais do coração, reduzir sintomas, comorbidades e mortalidade (Abdin *et al.*, 2021)..

No que diz respeito ao tratamento não farmacológico, mudanças de hábitos de vida como a cessação do tabagismo, abstenção e redução na ingestão alcoólica e

a interrupção do sedentarismo por meio de atividades físicas supervisionadas são recomendadas. Ademais, restrição de sódio, programas de manejo da IC, reabilitação cardiovascular com exercícios aeróbicos regulares e vacinação também apresentam impacto sobre o prognóstico da IC (Heidenreich *et al.*, 2022). No que tange às medidas farmacológicas, quatro grupos de medicações são comprovadamente descritas quanto a redução de morbidade e mortalidade: IECA ou BRA ou inibidores da neprelisina e de receptor de angiotensa II, Betabloqueadores (BB), Inibidores do iSGLT-2 e os Antagonista de Mineralocorticoides. Outras medicações como diuréticos de alça, vasodilatadores e inibidores de nó sinusal – ivabradina, também encontram-se no arsenal terapêutico disponível do tratamento (Cestari *et al.*, 2022)..

Pacientes que irão iniciar tratamento têm indicação do uso de INRA preferencialmente ao IECA e BRA. Os que já utilizam IECA ou BRA, mas que encontram-se nas classes funcionais II e III também apresentam benefícios na troca da medicação para INRA. A troca da droga em pacientes que utilizam IECA deve ser precedida por 3 dias de suspensão para evitar situações como o angioedema. Em se tratando de pacientes que utilizam BRA, a troca da medicação pode ser imediata (Cestari *et al.*, 2022)..

O uso de BB também faz parte da primeira linha de tratamento da doença pois tem ação no remodelamento reverso e aumento da fração de ejeção. Essa classe medicamentosa apresenta resultados após algumas semanas ou meses de sua introdução. Inicialmente, baixas doses devem ser prescritas e aumentadas conforme a tolerabilidade do paciente. Uma piora sintomática pode ocorrer na introdução, porém o paciente deve ser encorajado a adesão devido aos resultados a longo prazo. Em pneumopatas, deve-se dar preferências a BB beta 1 seletivos, para reduzir ocorrências de broncoespasmo referentes ao uso da classe (McDonagh *et al.*, 2021)..

Em relação aos iSGLT-2 também é uma classe terapêutica de primeira linha. Ainda com um mecanismo de ação incerto na IC, há um efeito de natriurese osmótica, redução da pressão arterial e do enrijecimento arterial. Pode desencadear também uma redução dos níveis séricos de potássio, contrabalanceando outras drogas que promovem acúmulo do íon. Doença Renal Crônica pode ser um entrave no início da medicação, por que causa redução da taxa de filtração glomerular, logo

pacientes que já apresentam uma TFG reduzida, devem ser monitorizados de perto (Bocchi *et al.*, 2021)..

Já os antagonistas de receptores mineralocorticoides apresentam efeito diurético e no remodelamento cardíaco. A monitorização dos níveis de potássio se faz necessária, visto que a droga poupa potássio em detrimento do sódio, podendo ocasionar distúrbios hidroeletrólíticos (Heidenreich *et al.*, 2022).

A qualidade de vida relacionada com saúde em doentes com IC está reduzida em relação à população geral e também causa um prejuízo da função física e psicológica maior do que outras doenças crônicas, podendo até ser comparada a doentes oncológicos (Almeida, 2018).

Qualidade de vida relacionada com a saúde é uma construção multidimensional que apresenta três pilares principais: função física, função psicológica e função social que pode ser afetada pela doença ou tratamento. Para avaliar a qualidade de vida relacionada com saúde em investigação é recomendada a utilização de questionários genéricos e específicos.

Aparentemente foi descrito que a depressão e incapacidade na função social têm um grande impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com IC. Também está descrito que a qualidade de vida em doentes com IC está reduzida em relação à população geral e também causa um prejuízo da função física e psicológica maior do que outras doenças crônicas, podendo até ser comparada a doentes oncológicos. Segundo Juenger *et al.* a qualidade de vida de doentes com IC diminui com o aumento da classe funcional NYHA (Almeida, 2018).

O KCCQ é um instrumento específico para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde em doentes com IC. É composto por 23 questões divididas em cinco domínios: limitação física (pergunta 1).., sintomas que por sua vez se divide em frequência (3,5,7,9).; gravidade (4,6,8). e estabilidade dos sintomas (frequência – questões 3, 5, 7 e 9; gravidade – questões 4, 6 e 8; estabilidade dos sintomas (2).., qualidade de vida (12, 13 e 14).., autoeficácia (10 e 11). e limitação social (15).. Todas as questões que incidem nos sintomas, o doente tem de referir as limitações dos mesmos ou o número de vezes que ocorreram num período de duas semanas. O domínio qualidade de vida avalia a percepção do doente em relação ao seu desânimo relacionado com a sua doença. O domínio auto-eficácia avalia a capacidade do doente para entender como pode evitar o agravamento dos sintomas

Tabela 1 — *Cardiomyopathy Questionnaire*

[illegible]

8. Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a falta de ar o/ a tem incomodado? Tem sido...

Extremamente incomodativo	Muito incomodativo	Moderadamente incomodativo	Um pouco incomodativo	Nada incomodativo	Não tenho tido falta de ar
☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes tem sido forçado a dormir sentado numa cadeira ou necessitou de recorrer ao uso de pelo menos 3 almofadas por debaixo da cabeça por causa da falta de ar?

Todas as noites	3 ou mais vezes por semana, mas não todos os dias	1-2 vezes por semana	Menos que uma vez por semana	Nunca nas ultimas 2 semanas
☐	☐	☐	☐	☐

10. Os sintomas da insuficiência cardíaca podem piorar por diversas razões. Que certeza tem em relação ao que deve fazer, ou quem deve chamar, se a sua insuficiência cardíaca piorar?

Não sei	Não tenho a certeza	Tenho mais ou menos a certeza	Alguma certeza	Muita certeza
☐	☐	☐	☐	☐

11. Até que ponto percebe quais as coisas que pode fazer para não deixar os sintomas de insuficiência cardíaca piorar? (como por exemplo verificar o peso, dieta com pouco sal, etc.)

Não percebo nada	Não percebo muito bem	Percebo mais ou menos	Percebo bem	Percebo completamente
☐	☐	☐	☐	☐

12. Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a sua insuficiência cardíaca tem limitado fazer o que mais gosta?

Tem limitado extremamente	Tem limitado muito	Tem limitado moderadamente	Tem limitado pouco	Não tem limitado
☐	☐	☐	☐	☐

13. Se tivesse que passar o resto da vida com a sua insuficiência cardíaca da forma que está agora, como é que se sentiria sobre isso?

Nem um pouco satisfeito	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Satisfeito	Completamente satisfeito
☐	☐	☐	☐	☐

14. Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes tem estado desanimado ou abatido por causa da sua insuficiência cardíaca?

Sinto-me sempre assim	Sinto-me quase sempre assim	Sinto-me assim às vezes	Sinto-me assim raramente	Nunca me senti assim
☐	☐	☐	☐	☐

15. Quanto é que a sua insuficiência cardíaca afeta o seu estilo de vida? Indique o quanto a sua insuficiência cardíaca tem limitado a sua participação nas seguintes atividades nas últimas 4 semanas.

Atividade	Extremamente limitada	Muito limitada	Moderadamente limitada	Ligeiramente limitada	Nada limitada	Limitada por outra razão ou não faz esta atividade
Passatempos, atividades recreativas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trabalhar ou trabalhos domésticos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Visitar família ou amigos fora de casa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Relações íntimas com pessoas amadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fonte: Spertus, 2012.

Método

Estudo de coorte transversal descritivo, a qual incluiu pacientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos durante o período compreendido entre julho de 2022 a dezembro de 2023, portadores de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida, em serviço secundário atendidos ambulatorialmente na cidade de Taubaté - São Paulo. Foram coletados dados como idade, sexo, a taxa de prescrição de IECA, BRA, Sacubitril Valsartana, Betabloqueador (Carvedilol, Metoprolol e Bisoprolol), Antagonista de Mineralocorticoide (Espironolactona), Inibidores da SGLT2 (Dapagliflozina ou Empagliflozina). e diuréticos de alça (Furosemida), além da taxa de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, valor da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). do ecocardiograma, diagnóstico etiológico, taxa de internação, taxa de reinternação e de mortalidade.

Resultados

Foram obtidos um total de 53 casos confirmados de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER).. Observou-se uma maior prevalência dos casos no sexo masculino, 38 registros (71,7% da amostra), enquanto o sexo feminino 15 casos de ICFER (28,3% da amostra).. A faixa etária dos pacientes variou de 34 a 86 anos, com idade média de 67,85 anos. Dentre os homens, a idade média é igual a 68,79 anos, e entre as mulheres, 65,47 anos, com p igual a 0,679. A

FEVE média foi de 35,28% (variando de 13 a 50%).. Nos homens, FEVE média equivale a 35,03% e nas mulheres 35,93%, com p igual a 0,878. Em relação às etiologias da insuficiência cardíaca, destacam-se as categorias "Dilatada" (21 casos, correspondendo a 39,6% dos casos)., "Isquêmica" (19 casos, totalizando 35,8% dos casos). e "Hipertensiva" (8 casos, correspondendo a 15,1% dos casos)., totalizando 47 casos, os outros estão em investigação. O NTproBNP médio foi igual a 2396,079 pg/ml, sendo que entre homens foi de 2849,949 pg/ml e entre as mulheres foi de 172,292 pg/ml, com p igual a 0,81. Sendo que "Dilatada" apresentaram médias de 1552,37 pg/ml, "Isquêmica" apresentou média de 1356,07 pg/ml, enquanto a etiologia "Hipertensiva" de 1850,56 pg/ml. Quanto às terapias farmacológicas prescritas, os medicamentos prescritos foram Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA). para 15 pacientes (totalizando 28,3% dos pacientes).; Bloqueadores do Receptor da Angiotensina (BRA). para 11 indivíduos (20,8% da amostra).; Sacubitril/Valsartana para 22 pacientes (41,5 % da amostra). e Nitrato com hidralazina para 5 pacientes (correspondendo a 9,4% da amostra)., totalizando 54 pacientes em uso de tais medicações. Os betabloqueadores foram prescritos para 52 pacientes (equivalente a 98,1% da amostra)., dentre eles: Carvedilol (32 pacientes - 61,53%)., Metoprolol em 10 pacientes (19,23% da amostra). e Bisoprolol em 10 pacientes (19,23% da amostra).. Dos Inibidores da SGLT2, prescrito para 41 pacientes (77,3% da amostra)., sendo a Dapagliflozina, a mais prescrita, para 28 pacientes (52,8% da amostra)., já a Empagliflozina para 13 pacientes (totalizando 24,5% dos pacientes).. Dos diuréticos, Espironolactona foi prescrito para 41 pacientes (totalizando 71% da amostra).. Já o diurético de alça (Furosemida). foi indicado para 27 pacientes (totalizando 50% da amostra).. Com relação a taxa de filtração glomerular (TFG)., obteve-se em média igual a 60,240 ml/min, variando entre 59,675 ml/min em homens e 61,845 ml/min em mulheres, com p igual a 0,930. Foi obtido uma taxa de internação de 5,7%, correspondendo a 3 pacientes, sendo 2 homens (igual a 66,7% da amostra). e 1 mulher (igual a 33,3% da amostra)., com p igual a 0,842. A Taxa de mortalidade foi igual a 2 óbitos ocorridos no sexo masculino, correspondente a 3,8% dos casos, com p igual a 0,365.

Discussão

O perfil populacional observado neste estudo aponta uma maior prevalência da ICFER em homens com idade média de aproximadamente 68 anos, correspondendo a 38 pacientes (71,7% da amostra)., podendo estar relacionado ao fato da população masculina se expor mais aos fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica, obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo, dentre outros, além de procurarem menos os serviços de saúde em relação às mulheres. Esse dado apresenta um peso significativo na morbi-mortalidade da doença, que foi representado pela taxa de mortalidade no sexo masculino neste estudo, resultando em 2 óbitos nesta categoria.

Pacientes com idade avançada representaram uma parcela importante do estudo, ao qual a idade média foi de 67,85 anos para ambos os sexos. Isso afeta diretamente a qualidade de vida nesses pacientes, que, muitas vezes, apresentam certas limitações e fragilidades inerentes a outras patologias de base.

Com a finalidade de minimizar os sintomas causados pela IC, uma das estratégias que podem ser utilizadas é a adesão medicamentosa do paciente, que muitas vezes já se apresenta em uso de polifarmácia. O uso correto de todas as medicações prescritas se torna um desafio diário, porém de extrema importância para o controle dos sintomas.

Da terapia farmacológica de primeira linha para o tratamento da ICFER, a medicação que mais foi prescrita para os pacientes neste trabalho foi o betabloqueador (BB)., no qual 52 dos 54 pacientes estavam em uso, equivalendo a 98,1% da amostra. O mais utilizado foi o Carvedilol, prescrito em 61,53% dos pacientes. Os betabloqueadores determinam benefícios clínicos na mortalidade global, na morte por IC e por morte súbita, além de melhorarem sintomas e reduzirem taxas de re-hospitalizações por IC em inúmeros estudos clínicos. Eles também são responsáveis pelo remodelamento reverso e aumento da FEVE, e a consequente melhora dos sintomas de IC, que ocorrem apenas algumas semanas ou meses após a introdução do BB. Desta forma, a recomendação é iniciar o tratamento com doses baixas, com aumento progressivo a cada 2 semanas, mediante monitoração de bradicardia ou piora dos sintomas de IC.

Ainda dentro da farmacologia básica da IC, os IECA/BRA, que são medicações que constituem um grupo de fármacos com comprovados benefícios na

evolução de pacientes com ICFeR, tanto em relação à morbidade, como à mortalidade, além de conferirem melhora na qualidade de vida, foram prescritos para 26 pacientes, sendo utilizado IECA para 28,3% e BRA para 20,8%. Foi observado boa adesão medicamentosa nesta categoria, visto que alguns dos representantes dessas classes são disponibilizados pelo SUS.

Em pacientes que se mantinham sintomáticos mesmo em uso de IECA/BRA, foram descontinuadas essas classes e prescrito o Sacubitril/Valsartana, em um total de 22 pacientes (41,5 % da amostra). e foi observado redução das internações por piora da IC, mortalidade cardiovascular, morte súbita e mortalidade geral. Além disso, o sacubitril/valsartana foi mais seguro que o IECA, sobretudo em relação à função renal.

Dos Antagonista dos receptores de mineralocorticoides, a espironolactona foi prescrita para 41 pacientes (totalizando 71% do total)., que apresentaram melhora sintomática na disfunção sistólica do VE, em classes funcionais II a IV da NYHA, associados ao tratamento padrão com as outras drogas. Foi observado efeitos contundentes sobre mortalidade e taxas de re-hospitalização nesta amostra.

Em pacientes que apresentavam sintomas de congestão foi indicado a Furosemda como diuréticos de alça. Nesse estudo, um total de 27 pacientes (50% do total). utilizaram da medicação para controle sintomático. Embora o uso desta medicação não tenha demonstrado aumento da sobrevida, a indicação para esses pacientes foi necessária provocando um alívio de sobrecarga volêmica por meio da diurese.

Os Inibidores da SGLT2 são medicações utilizadas para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo II, tendo ação diurética que gera melhora no perfil glicêmico e isso acaba repercutindo no débito cardíaco, impactando positivamente a função cardíaca, sendo uma droga indicada para casos de IC com Fração de Ejeção reduzida. Essa classe gera efeitos seguros na perda de peso e na pressão arterial, mostrando impacto dos seus efeitos não glicêmicos, principalmente em âmbito cardiovascular. Neste estudo foram prescritos para 41 pacientes (77,3% da amostra), sendo a Dapagliflozina, a mais prescrita, para 28 pacientes (52,8% da amostra), já a Empagliflozina para 13 pacientes (totalizando 24,5% dos pacientes). e foi observado amplos benefícios sistêmicos envolvidos na fisiopatologia da doença, englobando redução da inflamação, melhora do débito cardíaco, consumo de

oxigênio e fibrose cardíaca, trazendo assim benefícios clínicos à associação desses medicamentos ao tratamento para IC nesses pacientes.

Conclusão

A adoção de medidas de atualização médica no âmbito do tratamento da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida através do conhecimento médico continuado e da utilização de instrumentos que avaliem o atendimento médico ambulatorial interferem positivamente nos resultados impactando diretamente na sobrevida e morbimortalidade de pacientes portadores desta patologia. Dentre os indicadores que foram analisados, de significância clínica, obtivemos que os pacientes que apresentavam prescrição medicamentosa composta por IECA ou BRA ou Sacubitril ou Valsartana ou Nitrato com Hidralazina, associado a Betabloqueador, Antagonista de Mineralocorticoide (Espironolactona), Inibidores da SGLT2 (Dapagliflozina ou Empagliflozina), apresentaram menor taxa de reinternação hospitalar além de óbitos.

Referências

ABDIN, A; ANKER, S,D; BUTLER, J; COATS, A.J.S *et al.* 'Time is prognosis' in heart failure: time-to-treatment initiation as a modifiable risk factor. **ESC heart failure**, v. 8, n. 6, p. 4444–4453, 2021.

ALMEIDA, Cláudia Sofia da Costa. **Qualidade de vida no doente com Insuficiência Cardíaca**. 2018 33p Dissertação (Mestrado ingrado em medicina Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

BATLOUNI, M.; SAVIOLI NETO, F. **Insuficiência Cardíaca no Idoso**. In: PAOLA, A.A.V.; BARBOSA, M.M.; GUIMARÃES, J.I. Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Barueri, SP: Manole, 2012. Seção 36. Cap. 4. p. 1550-1564.

BENJAMIN, E. J. et al. Heart disease and stroke statistics—2017 update: A report from the American heart association. **Circulation**, v. 135, n. 10, 2017.

BOCCHI, E. A. et al. The reality of heart failure in Latin America. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 62, n. 11, p. 949–958, 2013.

BOCCHI, E. A. et al. Tópicos Emergentes em Insuficiência Cardíaca: Inibidores do Cotransportador Sódio-Glicose 2 (iSGLT2). na IC. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 2, p. 355–358, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Internações por insuficiência cardíaca**. Brasília; 2017.

BUI, A. L.; HORWICH, T. B.; FONAROW, G. C. Epidemiology and risk profile of heart failure. **Nature reviews. Cardiology**, v. 8, n. 1, p. 30–41, 2011.

CALDAS, M. A; PEREZ, G. B; ALEXANDRE, L. F; FIGUEIREDO, M. A. S. Dapagliflozina no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida: Relato de caso. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 17, n. 2, p. 60–65, 2022.

CESTARI, V. R. F. et al. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 41–51, 2022.

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436–539, 2018.

CORREIA, E. T. DE O.; MESQUITA, E. T. Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Levemente Reduzida: Considerações Terapêuticas e Justificativas dessa Renomeação. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 119, n. 1, p. 124–127, 2022.

DUTRA, G. P. et al. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 118, n. 4, p. 694–700, 2022.

ELLISON, D. H.; FELKER, G. M. Diuretic treatment in heart failure. **The New England journal of medicine**, v. 377, n. 20, p. 1964–1975, 2017.

FEITOZA, T. M. V. et al. **Efeitos do uso da dapagliflozina em pacientes com insuficiência cardíaca**: Uma revisão de escopo. Zenodo, 2023. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.8104600>> Acesso em 08 out. 2024

GHEORGHIADÉ, M. et al. Recognizing hospitalized heart failure as an entity and developing new therapies to improve outcomes. **Heart failure clinics**, v. 9, n. 3, p. 285–290, 2013.

HEIDENREICH, P. A. 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**, v. 145, n. 18, p. e895–e1032, 2022.

MAGGIONI, A. P. et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). **European journal of heart failure**, v. 15, n. 7, p. 808–817, 2013.

MALIK, A. et al. Congestive heart failure. Em: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

MCDONAGH, T. A. et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European heart journal**, v. 42, n. 36, p. 3599–3726, 2021.

NUNES, L. C. et al. Associação dos inibidores do cotransportador SGLT2 ao tratamento de insuficiência cardíaca: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 10, p. e10336, 2022.

PETERSEN, L. C. et al. Sobrevida de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Aguda e Fração de Ejeção Intermediária em um País em Desenvolvimento – Estudo de Coorte no Sul do Brasil. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 1, p. 14–23, 2021.

REMME, W. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. **European heart journal**, v. 22, n. 17, p. 1527–1560, 2001.

SANTOS, J. J. A. DOS; PLEWKA, J. E. A.; BROFMAN, P. R. S. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 93, n. 2, p. 159–166, 2009.

SPERTUS, J. **Cardiomyopathy Questionnaire**. KCCQ. Kansas, 2012. Disponível em: <<https://www.fda.gov/media/108301/download>>. Acesso em 08 out 2024.

TRIPOSKIADIS, F. et al. Reframing the association and significance of co-morbidities in heart failure. **European journal of heart failure**, v. 18, n. 7, p. 744–758, 2016.