



Características clínicas da Insuficiência Cardíaca associadas à dependência funcional admissional em idosos hospitalizados*

Sara de Oliveira Xavier¹

 <http://orcid.org/0000-0002-4362-6770>

Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini¹

 <http://orcid.org/0000-0002-6159-5787>







Objetivo: identificar quais características clínicas da insuficiência cardíaca estão associadas à maior chance de dependência funcional admissional para as atividades básicas de vida diária em idosos hospitalizados. **Método:** estudo transversal realizado com idosos hospitalizados. As características clínicas da insuficiência cardíaca foram avaliadas por meio do autorrelato, prontuário e aplicação de escalas. A dependência foi avaliada pelo Índice de Katz. Realizou-se o Teste Exato de Fisher para análise das associações entre as variáveis nominais e regressão logística para identificação de fatores associados à dependência. **Resultados:** a amostra foi composta por 191 casos. A prevalência de dependência funcional admissional foi 70,2%. Grande parte dos idosos era parcialmente dependente (66,6%). As características clínicas associadas à dependência admissional foram: dispneia (Odds Ratio 8,5; Intervalo de confiança 95% 2,668-27,664; $p < 0,001$), edema de membros inferiores (Odds Ratio 5,7; Intervalo de confiança 95% 2,148-15,571; $p < 0,001$); tosse (Odds Ratio 9,0; Intervalo de confiança 95% 1,053-76,938; $p < 0,045$); precordialgia (Odds Ratio 4,5; Intervalo de confiança 95% 1,125-18,023; $p < 0,033$) e crepitação pulmonar (Odds Ratio 4,9; Intervalo de confiança 95% 1,704-14,094; $p < 0,003$). **Conclusão:** observou-se que a dependência funcional admissional em idosos com insuficiência cardíaca está mais associada com sinais e sintomas congestivos.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Dependência; Idoso; Atividades Básicas de Vida Diária; Hospitalização; Enfermagem.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Características Clínicas da Insuficiência Cardíaca associadas à dependência funcional admissional em idosos hospitalizados", apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Xavier SO, Ferretti-Rebustini REL. Clinical characteristics of heart failure associated with functional dependence at admission in hospitalized elderly. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3137. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2869-3137>.   

URL

Introdução

Com o envelhecimento da população mundial, há um aumento progressivo das Doenças Cardiovasculares (DCV), dentre elas a Insuficiência Cardíaca (IC). Esta é uma condição comum em idosos e estima-se que nos próximos anos ocorra um aumento na sua incidência e prevalência, tornando-se um grave problema de saúde pública⁽¹⁻²⁾. As projeções mostram que a prevalência da IC aumentará 46% até o ano de 2030, resultando em mais de 8 milhões de casos⁽³⁾. O retrato mais abrangente da situação das internações por IC no Brasil pode ser obtido através das análises dos registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em que 23833 óbitos foram atribuídos à IC em idosos apenas no ano de 2015⁽⁴⁾.

A IC é uma síndrome clínica em que uma alteração estrutural ou funcional do coração leva à incapacidade de ejetar ou acomodar sangue dentro de valores pressóricos fisiológicos, causando limitação funcional e necessidade de intervenção terapêutica⁽⁵⁾.

Em idosos hospitalizados o cenário clínico é complexo e influenciado pela presença de um arsenal de sinais e sintomas⁽⁶⁾, os quais são descritos como características clínicas da IC e representam alto risco para dependência, readmissões hospitalares e morbimortalidade⁽⁷⁾.

As características clínicas da IC são representadas pelos sintomas de fadiga, dispneia, edema de membros inferiores, tosse, precordialgia, tontura, palpitação, ortopneia e dispneia paroxística noturna; e pelos sinais de crepitação à ausculta pulmonar, estase jugular, sinais de hepatomegalia, ascite e alteração na fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE). Nos idosos, destaca-se a dispneia e a fadiga, as quais podem contribuir para intolerância ao exercício e culminar em dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária (AbVDs)⁽⁸⁻⁹⁾. Esse quadro torna-se mais evidente durante a hospitalização em que mesmo os idosos independentes podem necessitar de auxílio em AbVDs, o que torna o indivíduo mais suscetível à dependência e à perda da autonomia⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A hospitalização por IC, portanto, é considerada um marcador de instabilidade clínica⁽¹³⁾ e está associada a um aumento na dependência do paciente. Estima-se que 25 a 35% dos idosos hospitalizados apresentarão algum comprometimento funcional após a alta⁽¹⁴⁾ e há um elevado risco de potencializar um declínio funcional já existente⁽¹⁵⁾. Sabe-se que o tempo de internação para compensação clínica é um aspecto importante, pois implica em custos. Os pacientes mais graves clinicamente e com mais comorbidades e, por consequência, os que possuem maior número de características clínicas associadas necessitam de tempo maior para compensação e maior custo para o sistema de saúde⁽¹⁶⁾.

Desse modo, a identificação de indivíduos com maior risco de declínio funcional deve ser uma ação rotineira na prática assistencial de enfermagem, já que pode contribuir para minimizar as consequências adversas da hospitalização e, portanto, as ações de enfermagem individualizadas passarão a atender às demandas de cuidado compatíveis com o desempenho funcional do idoso⁽¹⁷⁾.

Embora a progressão da idade possa influenciar naturalmente a funcionalidade, não há muitos estudos na literatura que explorem a associação entre Dependência Funcional (DF) e IC. Um estudo prévio mostrou que a IC está associada com maior DF na admissão hospitalar⁽¹⁷⁾, no entanto não explorou qual componente da IC está associado ao estado de dependência. Não foram encontrados estudos que identificassem se as características clínicas da IC estão associadas à DF em idosos hospitalizados.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo identificar quais são as características clínicas da IC associadas à DF admissional para as AbVDs em idosos hospitalizados.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional em corte transversal. Os dados foram coletados em enfermarias com leitos destinados para internação de pacientes cardiopatas de um Hospital referência em cardiologia na cidade de São Paulo – Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Local (CAAE 62435716.7.0000.5392), após anuência da instituição hospitalar.

A amostra por conveniência foi estimada em 144 casos (mediante cálculo amostral, com um poder estatístico de 95% e nível de confiança de 95%). Para prever perdas, 33% de casos adicionais foram coletados. Todos os casos foram incluídos no estudo após consentimento informado com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos no estudo todos os idosos que deram entrada no hospital no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018 e que respeitaram os critérios de inclusão: ter idade \geq 60 anos na data da internação; ter diagnóstico médico de IC; e estar disponível para avaliação nas primeiras 24h de internação. Foram excluídos os casos de indivíduos com total dependência para as AbVDs, prévia à internação.

Os dados foram coletados nas primeiras 24h de internação do idoso na unidade por meio de entrevista clínica com aplicação das escalas de avaliação e coleta de dados em prontuário. Cada entrevista teve duração média de 20 minutos. Na entrevista com o idoso foram coletadas as informações demográficas e clínicas, referentes à presença ou ausência das características da IC. O sintoma

'fadiga' foi avaliado por meio da aplicação da Dutch Exertion Fatigue Scale (DEFS)⁽¹⁸⁾, dada sua subjetividade. Os dados referentes à FEVE e Classe Funcional da New York Heart Association (CF-NYHA) foram extraídos dos prontuários.

A avaliação funcional para AbVDs foi realizada por meio da aplicação do Índice de Katz⁽¹⁹⁾. O instrumento foi aplicado duas vezes durante a entrevista: a primeira aplicação foi feita retrospectivamente, com referência à semana anterior à hospitalização (DF prévia) e a segunda foi feita com referência ao momento de admissão hospitalar (primeiras 24 horas – DF admissional).

Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS, v.22. Foram feitas análises descritivas, apresentando frequências absolutas e relativas; médias, desvio-padrão, medianas; e variação (mínimo e máximo). Realizou-se o Teste Exato de Fisher para análise das associações entre as variáveis nominais.

Para a identificação dos fatores associados à DF foi realizada regressão logística. Foram inseridas no modelo a variável dependente (DF admissional) e as independentes, que eram as características clínicas da IC (presença de fadiga, dispneia, edema de membros inferiores, tosse, precordialgia, tontura, palpitação, dispneia paroxística noturna, ortopneia, crepitação à ausculta pulmonar, sinais de hepatomegalia, ascite, estase jugular e FEVE reduzida). Foi apresentado o valor de Odds Ratio (OR) com seu intervalo de confiança de 95% e p-valor significativo ($\leq 0,05$).

Resultados

A amostra foi constituída por 191 idosos, em sua maioria homens ($n=106$; 55,5%). A média de idade foi de 75,6 anos ($DP=9,1$) e as mulheres eram, em média, cerca de dois anos a mais do que os homens, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p<0,082$). A maior parte da amostra foi constituída por indivíduos brancos (77,5%), aposentados (61,8%) e que convivem maritalmente (53,9%). Entre as mulheres, a média de anos de estudo foi de 4,2 ($DP=2,4$) e entre os homens 5,4 ($DP=2,6$), os quais possuíam 1,2 anos de estudo a mais que as mulheres ($p<0,001$).

Referente ao tempo de diagnóstico da IC, a maior parte dos idosos ($n=98$; 51,3%) havia diagnosticado a doença há mais de 21 anos. Referente à caracterização clínica funcional da IC, houve predomínio da Classe Funcional III (53,4%). A IC descompensada foi causa frequente de internação, sendo responsável por 65 (34%) admissões.

Em relação à DF prévia, 70 (36,6%) idosos eram parcialmente dependentes, enquanto 121 (63,4%) eram independentes para as AbVDs na semana anterior à admissão hospitalar. Na admissão hospitalar, a maior parte dos idosos ($n=134$; 70,2%) apresentou dependência funcional admissional e não foi evidenciada associação de perda funcional em relação ao estado funcional prévio ($p<0,212$). No dia da internação, 7 (3,7%) idosos estavam totalmente dependentes, 127 (66,6%) parcialmente dependentes e 57 (29,7%) independentes para as AbVDs. Houve associação entre internação por IC descompensada e DF ($p<0,001$).

Quanto às características clínicas, foi possível observar que a dispneia ($n=164$; 85,9%), dispneia paroxística noturna ($n=123$; 64,4%), palpitação ($n=88$; 46,1%) e fadiga ($n=106$; 44,5%) foram os sintomas mais prevalentes nos idosos da amostra. Outros sinais e sintomas apresentados pelos idosos foram edema em membros inferiores ($n=77$; 40,3%), ortopneia ($n=68$; 35,6%), tosse ($n=29$; 15,2%), precordialgia ($n=21$; 11,0%) e tontura ($n=13$; 6,8%). Crepitação pulmonar ($n=76$; 39,8%), estase jugular ($n=30$; 15,7%), hepatomegalia ($n=13$; 6,8%) e ascite ($n=5$; 2,6%).

Em relação à FEVE, as maiores frequências foram observadas entre FEVE reduzida ($n=78$; 40,8%) e FEVE preservada ($n=77$; 40,3%), respectivamente, enquanto 18,9% apresentaram FEVE limítrofe ($n=36$). A Tabela 1 evidencia as características clínicas da IC em função do perfil funcional admissional, demonstrando maior frequência de DF entre indivíduos com sinais e sintomas congestivos.

A Tabela 2 apresenta os fatores associados à maior chance de DF admissional em idosos com IC.

Dessa forma, observa-se que o perfil hemodinâmico com padrão congestivo está associado à maior chance de DF.

Tabela 1 - Associação entre características clínicas da Insuficiência Cardíaca e Perfil Funcional admissional em idosos ($n=191$). São Paulo, SP, Brasil, 2018

Características Clínicas		Perfil Funcional admissional [n (%)]			Total [n (%)]	p valor*
		Dependente	Parcialmente Dependente	Independente		
Fadiga	Sim	3 (2,8)	73 (68,8)	30 (28,4)	106 (55,4)	0,109
	Não	4 (2,1)	54 (28,3)	27 (14,1)		
Dispneia	Sim	6 (3,6)	117 (71,4)	41 (25,0)	164 (85,8)	0,001
	Não	1 (3,7)	10 (37,0)	16 (59,3)		

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Características Clínicas		Perfil Funcional admissional [n (%)]				p valor*
		Dependente	Parcialmente Dependente	Independente	Total [n (%)]	
Edema MMII [†]	Sim	5 (6,5)	62 (80,5)	10 (13,0)	77 (40,3)	0,001
	Não	2 (1,7)	65 (57,0)	47 (41,3)	114 (59,7)	
Tosse	Sim	1 (3,4)	27 (93,2)	1 (3,4)	29 (15,1)	0,002
	Não	6 (3,7)	100 (61,8)	56 (34,5)	162 (84,9)	
Precordialgia	Sim	0 (0)	17 (80,9)	4 (19,1)	21 (11,0)	0,144
	Não	7 (4,1)	110 (64,7)	53 (31,2)	170(89,0)	
Tontura	Sim	1 (7,7)	8 (61,5)	4 (30,8)	13 (6,8)	0,216
	Não	6 (3,4)	119 (66,8)	53 (29,8)	178 (93,2)	
Palpitação	Sim	0 (0)	10 (55,5)	8 (44,5)	18 (9,4)	0,056
	Não	7 (4,0)	117 (67,6)	49 (28,4)	173 (90,6)	
Ortopneia	Sim	6 (4,8)	74 (60,2)	43 (35,0)	123 (64,3)	0,044
	Não	1 (1,5)	53 (78,0)	14 (20,5)	68(35,7)	
DPN [‡]	Sim	2 (2,3)	59 (67,0)	27 (30,7)	88 (46,0)	0,096
	Não	5 (4,9)	68 (66,0)	30 (29,1)	103(54,0)	
Crepitação	Sim	4 (5,3)	64 (84,2)	8 (10,5)	76 (39,8)	0,001
	Não	3 (2,6)	63 (54,7)	49 (42,7)	115(60,2)	
Estase jugular	Sim	1 (3,3)	26 (86,7)	3 (10,0)	30 (15,7)	0,012
	Não	6 (3,7)	101 (62,7)	54 (33,6)	161 (84,3)	
Hepatomegalia	Sim	0 (0)	11 (84,6)	2 (15,4)	13 (6,8)	0,167
	Não	7 (4,0)	116 (65,1)	55 (30,9)	178 (93,2)	
Ascite	Sim	0 (0)	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (2,6)	0,338
	Não	7 (3,8)	123 (66,1)	56 (30,1)	186 (97,4)	
FEVER [§]	Sim	0 (0,0)	59 (74,7)	20 (25,3)	79 (41,4)	0,011
	Não	8 (7,1)	67 (59,8)	37 (33,1)	112 (58,6)	

*p valor = Teste Exato de Fisher; [†]MMII = Membros inferiores; [‡]DPN = Dispneia paroxística noturna; [§]FEVER = Fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida

Tabela 2 – Fatores associados à dependência funcional em idosos com Insuficiência Cardíaca (n=191). São Paulo, SP, Brasil, 2018

Características Clínicas	OR*	IC [†] (95%)	p valor [‡]
Fadiga	1,076	0,997-1,160	0,059
Dispneia	8,591	2,668-27,664	0,001
Edema de membros inferiores	5,784	2,148-15,571	0,001
Tosse	9,000	1,053-76,938	0,045
Precordialgia	4,503	1,125-18,023	0,033
Tontura	1,958	0,375-10,219	0,425
Palpitação	0,348	0,090-1,348	0,127
Ortopneia	0,265	0,104-0,677	0,005
Dispneia paroxística noturna	1,277	0,568-2,872	0,554
Crepitação Pulmonar	4,900	1,704-14,094	0,003
Estase Jugular	1,920	0,337-10,929	0,462
Hepatomegalia	0,964	0,118-7,910	0,973
Ascite	0,085	0,006-1,149	0,064
Fração de ejeção reduzida	0,749	0,490-2,693	1,149

*OR = odds ratio; [†]IC = intervalo de confiança; [‡]p valor = Teste Exato de Fisher

Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciaram elevada prevalência de DF admissional. Os sintomas de dispneia, DPN, palpitação e fadiga foram os mais frequentes, porém as características clínicas associadas à maior chance de DF no período admissional foram dispneia, edema de MMII, tosse, precordialgia e crepitação pulmonar.

Há de se considerar, de forma abrangente, que sinais e sintomas congestivos e respiratórios estão diretamente associados com DF e desfechos desfavoráveis⁽²⁰⁻²¹⁾. Estudos apontam que pacientes com IC e que cursam com sobrecarga de volume representam o maior contingente na sua forma descompensada⁽²²⁾.

Os sintomas respiratórios são entendidos como ameaçadores⁽²³⁾ e a dispneia, em particular, é o sintoma predominante nessa população.

O sintoma de dispneia merece destaque na casuística, pois não só apresentou alta prevalência (85,9%),

associação com o desfecho de dependência, sexo masculino e grupo etário de 80 ou mais anos, como também esteve fortemente associado com maior DF, na medida em que é responsável por aumentar a chance de sua ocorrência em até 8,5 vezes. Fica evidente que tal sintoma pode apresentar forte impacto na hospitalização e em sua relação com a DF, repercutindo nas AbVDs durante a internação e após a alta. Um dos fatores predisponentes para dispneia em pacientes com IC, em outras investigações, versa sobre a deterioração na musculatura esquelética em membros inferiores e superiores⁽²⁴⁾ e na musculatura respiratória, desencadeando sintomas limitantes e perda funcional⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Potencialmente, nessa casuística, o edema de membros inferiores foi considerado como fator associado, aumentando em até 5,7 vezes a chance de DF, no entanto estudos anteriores não descrevem de forma clara essa associação, dificultando a comparação dos resultados. Diante disso, é possível pensar que edemas em membros inferiores causam restrição de mobilidade, dificultando a marcha devido ao aumento do volume do fluido intersticial, decorrente da falência hemodinâmica.

Outra característica clínica associada com maior chance de DF foi a precordialgia, a qual pode aumentar em 4,5 vezes o risco de perdas na funcionalidade. A esse despeito, o idoso pode optar por menor gasto de energia a fim de prevenir episódios de precordialgia relacionada ao esforço, culminando em indivíduos menos ativos. Essa predição deve ser entendida como fator de impacto e demanda mais evidências embasadas em estudos prospectivos.

A tosse foi considerada fator associado à DF (OR=9,0), nessa casuística. Além disso, apresentou associação com sexo masculino e faixa etária entre 70 e 79 anos. Também, não foram encontrados estudos que analisassem essa associação, apesar da forte evidência entre sintomas congestivos e perda funcional, que pode ser consequência da sobrecarga pulmonar por insuficiência ventricular esquerda⁽²⁷⁾. Na literatura, há relatos apenas de prevalência de tosse como sintoma, na população com IC⁽²⁸⁾.

Apesar de grande parte dos sinais e sintomas não terem sido associados com a maior chance de ocorrência de DF, esses dados não podem ser totalmente conclusivos ou descartados e novos estudos devem ser encorajados para que sejam analisados com cautela. As características clínicas da IC foram avaliadas através de autorrelato do paciente, com exceção da fadiga e FEVE reduzida. Sendo assim, pode ter ocorrido uma subestimação de algum sintoma pelo idoso. Alguns sintomas recorrentes em idosos com IC, como a fadiga, dispneia e ortopneia, são, com frequência, erroneamente interpretados como decorrentes do processo de envelhecimento durante admissão hospitalar ou subestimados.

No mesmo sentido, o idoso pode passar por um processo adaptativo acerca dos sinais e sintomas da IC, podendo, portanto, encará-los com tolerância nas atividades do dia a dia. Além disso, os sinais e sintomas da IC no idoso podem manifestar-se de forma atípica em função das características peculiares do envelhecimento.

A fadiga, neste estudo, não foi considerada preditora para DF, ao contrário do que retratam outros estudos. Já foi demonstrado que a fadiga tem alta incidência em idosos com IC, representando associação com a DF, merecendo ser estudada em outras investigações⁽²⁹⁾. Chama atenção para esse fato que, a despeito da ampla incidência da fadiga, a sua avaliação é realizada de forma diversificada, decorrente da gama de instrumentos de mensuração, o que exige atenção para integrar informações sobre essa característica clínica e autores sugerem o estabelecimento de pontos de corte para os instrumentos de avaliação de fadiga em idosos⁽³⁰⁾.

Segundo a Diretriz de Reabilitação Cardíaca, publicada em 2005, o surgimento de fadiga e dispneia durante o esforço limita a execução das AbVDs, reduzindo a qualidade de vida. Além disso, esses pacientes cursam com exacerbação neuro-humoral e aumento da resposta ventilatória durante o esforço, fato esse que limita a habilidade funcional⁽³¹⁾. Sintomas de DPN e ortopneia são frequentemente relatados por pacientes com IC, o que prejudica a qualidade do sono nessa população e pode resultar em alteração de energia que favorece a dependência.

Ao longo das últimas décadas, um número exponencial de estudos demonstrou os mecanismos fisiopatológicos da IC e novas terapias farmacológicas estão sendo descobertas continuamente. No entanto, apesar de um progresso considerável na gestão terapêutica de idosos com IC, a mortalidade e a morbidade continuam a ser uma grande preocupação, e as internações hospitalares comprometem o desempenho nas AbVDs⁽³²⁾. Dessa forma, reconhecer quais são os fatores associados com maior chance de DF em idosos com IC pode ser o diferencial para la mejoría no perfil de morbimortalidade desses indivíduos.

O enfermeiro necessita de habilidade e *expertise* para reconhecer as características clínicas, resposta ao tratamento e suas formas de manejo para que possa planejar uma assistência adequada nessa população⁽³³⁻³⁴⁾. Enquanto medidas de qualidade do cuidado com IC são reportadas apenas nos pacientes internados por IC, algumas medidas parecem ser benéficas para todos os pacientes, independentemente da causa de internação⁽³⁵⁾. A IC é uma condição crônica, com custo elevado e de tratamento complexo, por apresentar múltiplos fatores envolvidos⁽¹¹⁾. Deve ser, portanto, adequadamente

manejada com vistas ao melhor controle, redução da morbidade e melhora na qualidade de vida.

Este estudo tem como ponto forte a evidência de quais são as características clínicas da IC associadas com a maior chance de DF e que podem ser consideradas como foco de atenção do cuidado de enfermagem. Ao que se sabe, este é o primeiro estudo a analisar cada componente da IC associando-o à ocorrência de DF. A identificação de fatores de risco para descompensação, reconhecimento e tratamento precoces pode prolongar a vida com melhor qualidade, reduzir custos e atenuar riscos de DF^(2,30,36-38). Cuidar do idoso com IC implica em entender sua percepção e experiência com a doença, avaliando suas repercussões e autonomia para realização das AbVDs, estimulando suas potencialidades e oferecendo suporte para que ele perceba, na experiência cotidiana, formas de se autocuidar.

Esta investigação apresenta limitações. Primeiramente, não foi possível estimar causalidade na medida em que o estudo foi realizado em corte transversal. Para o número de variáveis examinadas no presente estudo, uma casuística maior teria permitido a realização de análises mais aprofundadas, por exemplo, o ajuste das análises para variáveis confundidoras. Além disso, o não acompanhamento do participante no período anterior à internação limitou a análise da DF, visto que a mesma foi estimada retrospectivamente. Finalmente, estudos longitudinais são mandatórios e ajudarão a determinar o real impacto dos fatores que predizem o declínio funcional nessa população.

Apesar das limitações, os resultados encontrados servem de subsídios para nortear a prática de enfermagem no cuidado com os idosos com IC. Análises de idosos com IC já publicados carecem de evidências acerca das características clínicas, como as descritas ineditamente neste estudo, que foram analisadas como uma síndrome multifatorial. Esses resultados possibilitaram caracterizar a funcionalidade e sua associação com a IC, que até então não estavam bem descritas na literatura, principalmente em estudos brasileiros. Do mesmo modo, possui um valor crítico no planejamento do cuidado à crescente população de idosos com IC no cenário brasileiro.

A partir da identificação do paciente com dificuldade com uma ou mais AbVDs ou aquele que tem uma progressão na disfunção, é possível conduzir uma avaliação mais completa e uma assistência individualizada⁽³⁹⁾, não só pelo enfermeiro mas por toda a equipe de saúde. Desse modo, os resultados deste estudo servem como indicativo de que idosos com IC devem ser criteriosamente avaliados, visto que as repercussões das características clínicas têm forte impacto na funcionalidade do paciente, desde o momento da admissão hospitalar, e que podem perdurar além da alta.

Conclusão

A prevalência de DF à admissão hospitalar em idosos com IC foi de 70,2%. No período admissional, 3,7% dos idosos com IC eram totalmente dependentes, 66,6% parcialmente dependentes e 29,7% independentes para as AbVDs. As características clínicas da IC mais frequentes à admissão hospitalar foram a dispneia, a fadiga, a DPN e a palpitação, no entanto apenas a dispneia, o edema de MMII, a tosse, a precordialgia e a crepitação pulmonar foram associadas a um aumento na chance de DF admissional entre idosos com IC.

Referências

1. Azad N, Lemay G. Management of chronic heart failure in the older population. *J Geriatr Cardiol*. 2014 Dec; 11(4): 329-37. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2014.04.008.
2. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Blumke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 2013 May; 6(3):606-19. doi: 10.1161/HHF.0b013e318291329a.
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014 Jan; 129(3):e28-e292. doi: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Base de dados das Informações de Saúde: Número de óbitos por IC em idosos no Brasil (2010-2015). [Internet]. [Acesso 19 mar 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
5. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018; 111(3):436-539. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>
6. Mesquita ET, Jorge AJL, Rabelo LM, Souza Jr CV. Understanding Hospitalization in Patients with Heart Failure. *Int J Cardiovasc Sci*. 2017;30(1):81-90. doi: 10.5935/2359-4802.20160060.
7. Kastner M, Lilie E, Ashoor H, Perrier L, Cardoso R, Straus S, et al. Quality improvement strategies to optimise transition of patients with heart failure to independent living: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2014; 4:5711. doi:10.1136/bmjopen-2014-005711.
8. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. Guideline for the Management

- of Heart Failure – A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *JACC*. [Internet]. 2013 oct [cited Mar 20, 2018]; 62(16):1495-539. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109713021141?via%3Dihub>.
9. Teixeira A, Arrigo M, Tolppanen H, Gayat E, Laribi S, Metra M, et al. Management of acute heart failure in elderly patients. *Arch Cardiovasc Dis*. 2016; 109 (6-7): 422-30. doi: 10.1016/j.acvd.2016.02.002.
 10. Skalska A, Wizner B, Więcek A, Zdrojewski T, Chudek J, Klich-Rączka A, et al. Reduced functionality in everyday activities of patients with self-reported heart failure hospitalization--population-based study results. *Int J Cardiol*. 2014 sep; 176, (2): 423-9. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.07.099.
 11. Díez-Villanueva P, Alfonso F. Heart failure in the elderly. *J Geriatr Cardiol*. 2016 feb; 13(2): 115–117. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2016.02.009.
 12. Barnes DE, Mehta KM, Boscardin WJ, Fortinsky RH, Palmer RM, Kirby KA, et al. Prediction of recovery, dependence or death in the elders who become disabled during hospitalization. *J Gen Intern Med*. 2013 feb; 28(2):261-8. doi: 10.1007/s11606-012-2226-y.
 13. Anderson KM. Discharge clinical characteristics and 60-day readmission in patients hospitalized with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2014; 29(3): 232-41. doi: 10.1097/JCN.0b013e31828f0d25.
 14. Sales MVC, Silva TJA, Gil LA Júnior, Jacob W Filho. Medical adverse events in elderly hospitalized patients: a prospective study. *Clinics*. 2012 Nov; 67(11): 1247–1252. doi: 10.6061/clinics/2012(11)04.
 15. Palleschi L, De Alfieri W, Salani B, Fimognari FL, Marsilli A, Pierantozzi A, et al. Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DIMissioni in GERiatria Study. *J Am Geriatr Soc*. 2011 feb; 59(2):193-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03239.
 16. Nascimento HR, Puschel VAA. Self-care actions in patients with heart failure. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):601-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600015>.
 17. Xavier SO, Ferretti-Rebustini REL, Santana-Santos E, Lucchesi PAO, Hohl KG. Heart failure as a predictor of functional dependence in hospitalized elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49 (5). doi: 10.1590/S0080-623420150000500012.
 18. Tiesinga LJ, Dassen TW, Halfens RJ. DUFSS and DEFS: development, reliability and validity of the Dutch Fatigue Scale and the Dutch Exertion Fatigue Scale. *Int J Nurs Stud*. 1998; 35(1-2) 115-23. doi: 10.1016/S0020-7489(98)00005-4.
 19. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies on illness in the aged –The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. *JAMA*. 1963 sep; 185(12): 914-9. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016.
 20. Rabelo ER, Aliti GB, Linch GFC, Sauer JM, Mello AMFS, Martins SM, et al. Non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure: a multicenter study – EMBRACE. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):660-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500003>.
 21. Herrero-Puente P, Martín-Sánchez FJ, Fernández-Fernández M, Jacob J, Llorens P, Miró Ò, et al. Differential clinical characteristics and outcome predictors of acute heart failure in elderly patients. *Int J Cardiol*. 2012; 155(1):81-6. doi: 10.1016/j.ijcard.2011.02.031.
 22. Felker GM, Adams KF Jr, Konstam MA, O'Connor CM, Gheorghiadu M. The problem of decompensated heart failure: nomenclature, classification, and risk stratification. *Am Heart J*. 2003; 145(2 Suppl):S18-25. doi: <https://doi.org/10.1067/mhj.2003.150>.
 23. Kupper N, Bonho C, Westerhuis B, Widdershoven J. Determinants of Dyspnea in Chronic Heart Failure. *J Cardiac Failure*. 2016 Mar; 22(3):201-9. doi: 10.1016/j.cardfail.2015.09.016.
 24. Drexler H, Riede U, Munzel T, König H, Funke E, Just H. Alterations of skeletal muscle in chronic heart failure. *Circulation* 1992; 85 (5): 1751-9. doi: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.85.5.1751>.
 25. Shimizu Y, Yamada S, Suzuki M, Miyoshi H, Kono Y, Izawa H, et al. Development of the performance measure for activities of daily living-8 for patients with congestive heart failure: a preliminary study. *Gerontology*. 2010; 56 (5): 459-66. doi: 10.1159/000248628.
 26. Meyer FJ, Borst MM, Zugck C, Kirschke A, Schellberg D, Kubler W, et al. Respiratory muscle dysfunction in congestive heart failure: clinical correlation and prognostic significance. *Circulation*. 2001 May; 103 (17): 2153-8. doi: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.103.17.2153>.
 27. Chiodelli GC, Araujo CL, Reis CM, Fonseca FR, Karloh M, Mayes AF. Relationship of respiratory and peripheral muscle forces with functional limitation in patients with heart failure. *Rev Bras Cienc Mov*. [Internet]. 2015 mar [cited Mar 15, 2018]; 23(1): 136-45. Available from : <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/5113/3704>.
 28. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2006 Nov [cited Mar 26, 2018]; 32(Suppl 6): s403-s46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006001000002&lng=en.
 29. Abdellaha A, Mohamedb AD, Hendawic HA, Omera MA. Clinical and laboratory characteristics of short-term

- mortality in Egyptian patients with acute heart failure. *Egypt Heart J.* 2017; 69: 201–8. doi: 10.1016/j.ehj.2017.02.003.
30. Song EK, Moser DK, Lennie AT. Relationship of depressive symptoms to functional status in women with heart failure. *Am J Crit Care.* 2009; 18(4): 348–56. DOI: 10.4037/ajcc2009450.
31. Fini A, Cruz DALM. Characteristics of fatigue in heart failure patients: a literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009 July/Aug; 17(4), 557-65. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400019>.
32. Natella P, Corvoisier PL, Paillaud E, Renaud B, Mahé I, Bergmann JF, et al. Long-term mortality in older patients discharged after acute decompensated heart failure: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2017; 17: 34. doi: 10.1186/s12877-017-0419-2.
33. Recchioni R, Marcheselli F, Antonicelli R, Mensà E, Lazzarini R, Procopio AD, et al. Epigenetic effects of physical activity in elderly patients with cardiovascular disease. *Exp Gerontol.* 2017; 100:17-27. doi: 10.1016/j.exger.2017.10.016.
34. Mebazaa A, Yilmaz MB, Levy P, Ponikowski P, Peacock WF, Laribi S, et al. Recommendations on pre-hospital and early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine. *Eur J Heart Fail.* 2015; 17(6):544-58. doi: 10.1002/ejhf.289.
35. Jurgens CY, Goodlin S, Dolansky M, Ahmed A, Fonarow GC, Boxer R, et al. Heart failure management in skilled nursing facilities: a scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. *Circ Heart Fail.* 2015; 8:655–87. doi: 10.1161/HHF.0000000000000005.
36. Muzzarelli S, Leibundgut G, Maeder MT, Rickli H, Handschin R, Gutmann M, et al. Predictors of early readmission or death in elderly patients with heart failure. *Am Heart J.* 2010;160(2):308-14. doi: 10.1016/j.ahj.2010.05.007.
37. Nogueira IDB, Servantes DM, Nogueira PAMS, Pelcerman A, Salvetti XM, Salles F, et al. Correlation between Quality of Life and Functional Capacity in Heart Failure. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(2):238-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000096>.
38. Berlau DJ, Corrada MM, Peltz CB, Kawas CH. Disability in the oldest-old: incidence and risk factors in the 90+ study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20:159–68. doi: 10.1097/JGP.0b013e31820d9295.
39. Dunlay SM, Manemann SM, Chamberlain AM, Cheville AL, Jiang R, Weston SA, et al. Activities of Daily Living and Outcomes in Heart Failure. *Circ Heart Fail.* 2015; 8(2):261-7. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.114.001542>.


Recebido: 6.7.2018

Aceito: 16.12.2018

Autor correspondente:

Sara de Oliveira Xavier

E-mail: xaviersara6@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-4362-6770>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.