

Quanto tempo antes da admissão hospitalar surgem os sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca?

Maraisa Carine Born¹
Karina de Oliveira Azzolin²
Emiliane Nogueira de Souza¹

Objetivo: identificar os sinais e sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca (IC) e o tempo de duração até a admissão na emergência hospitalar. Método: estudo transversal, com pacientes adultos, internados por descompensação da IC em um hospital de ensino localizado no sul do Brasil, no período de julho a outubro de 2017. A coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado que compreendeu dados sociodemográficos, clínicos e sinais e sintomas de IC. Na análise de dados, foram aplicados os testes *t-Student*, *Mann Whitney U Test* e *Chi-Square Tests*. Resultados: foram incluídos 94 pacientes, com faixa etária entre 42 e 98 anos (média de 71,2 anos). Os sinais e sintomas mais prevalentes antes da admissão na emergência foram dispneia (79,8%), tosse (29,8%), ortopneia (27,7%), edema (23,4%) e cansaço (22,3%). A mediana de tempo de início dos sinais e sintomas até a chegada na emergência é: cansaço e edema 7 dias, ortopneia 5 dias, tosse 4 dias e dispneia 3 dias. Conclusão: o conjunto de sinais e sintomas clássicos da descompensação de IC ocorrem em torno de sete dias antes da procura pela emergência e é a piora da dispneia que leva o paciente a uma emergência hospitalar.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Sinais e Sintomas; Autocuidado.

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Born MC, Azzolin KO, Souza EN. How long before hospital admission do the symptoms of heart failure decompensation arise? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3119. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2735.3119>

URL

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) tem sido um grave e progressivo problema de saúde pública, proporcionando o aumento das readmissões hospitalares, risco de mortalidade precoce, impacto significativo na qualidade de vida dos portadores, além de ser geradora importante de altos custos para o sistema de saúde cuja população idosa é crescente⁽¹⁻²⁾. Caracteriza-se como uma das principais causas de hospitalização em adultos, primeira causa de internação hospitalar em pacientes idosos⁽³⁻⁴⁾ e principal causa de reinternações conforme o registro de *Brazilian Registry of Acute Heart Failure (BREATHE)*, estudo que traçou o panorama da IC no Brasil⁽⁵⁾. As razões para isso ocorrem especificamente por três fatores: envelhecimento populacional; aumento da incidência de doenças precursoras como hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, diabetes *Mellitus* (DM); e melhora da terapêutica em diversas desordens cardíacas como infarto agudo do miocárdio (IAM) e as valvulopatias, o que permite um aumento da sobrevida desses pacientes, que acabam por desenvolver a IC ao longo dos anos⁽⁵⁾.

Embora observados os avanços no manejo clínico e terapêutico otimizado, a IC permanece representando um desafio para a equipe de saúde, configurando-se um sofrimento físico e psicológico⁽²⁾, ocasionados pelo desconhecimento das medidas não farmacológicas, pela adesão inadequada ao tratamento medicamentoso e pela incapacidade de identificar e interpretar os sinais e sintomas de descompensação da doença⁽⁴⁻⁶⁾.

Os pacientes hospitalizados por IC agudamente descompensada tinham até recentemente um prognóstico ruim, mas a melhor identificação dos sintomas e, portanto, os tratamentos mais adequados levaram a uma redução de 40 - 50% na mortalidade em um curto período de tempo. Por esse fato, tornam-se importantes as ações de enfermagem voltadas a educar os pacientes e suas famílias para o reconhecimento precoce de sinais e sintomas, indicadores de piora, para assim procurarem atendimento médico imediato sem a perda de tempo crítico, horas ou até mesmo dias antes do tratamento adequado⁽⁵⁾.

Sabe-se que o reconhecimento tardio dessas manifestações clínicas está associado a um aumento das taxas de hospitalizações e de complicações, incluindo, principalmente, a mortalidade. Cerca de dois terços desses eventos agudos ocorrem em pacientes com IC conhecida e cerca de um terço como primeiro evento em indivíduos sem o diagnóstico de IC⁽⁷⁻⁸⁾.

A compreensão incompleta sobre o processo de identificação, interpretação dos sinais e sintomas da IC e tomada de decisão pelos pacientes pode ser uma barreira para o sucesso de intervenções profissionais voltadas ao efetivo autocuidado e prevenção de readmissões. Embora estudos⁽⁹⁻¹¹⁾ já tenham avaliado as experiências dos pacientes, incluindo como os sinais e sintomas foram interpretados e gerenciados antes da hospitalização, existe uma lacuna no sentido de examinar o tempo entre o início dessas manifestações clínicas até a busca por um serviço de emergência hospitalar. Este estudo busca explorar a relação entre a vigência dos sinais e sintomas que os pacientes associam com a piora da IC, estando em seus domicílios, antes de procurar assistência de saúde em ambiente hospitalar. A identificação do tempo médio de início dos sintomas que levam os pacientes a buscarem um serviço de emergência é um dado relevante para compor o conjunto de informações que os profissionais devem considerar para ofertar intervenções voltadas ao gerenciamento da IC.

Com os resultados, espera-se evidenciar a relevância para a prática clínica do enfermeiro, instigando a desenvolver intervenções de aprendizado aos pacientes para que estes possam saber avaliar, reconhecer e gerenciar seus sinais e sintomas de IC descompensada antecedentes do momento de internação, buscando atendimento médico precoce. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar os sinais e sintomas de descompensação da IC e o tempo de duração até a admissão na emergência hospitalar.

Método

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com pacientes adultos com diagnóstico de IC internados por descompensação em um complexo hospitalar, localizado no sul do Brasil. Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de IC descompensada. Não participaram do estudo pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos e doenças neurológicas degenerativas, pacientes com instabilidade hemodinâmica na admissão e pacientes em pós-operatório cardiovascular recente (até três meses de pós-operatórios).

Estimou-se encontrar uma prevalência de 94% de dispneia⁽¹²⁾, com a precisão e significância de 5%. O número mínimo de participantes foi de 87. No período de julho a outubro de 2017, realizou-se a coleta de dados através de um questionário estruturado que compreendeu dados sociodemográficos, clínicos e sinais e sintomas de IC. Para caracterização sociodemográfica, registrou-se idade, sexo, raça,

escolaridade, situação conjugal, situação laboral e procedência. A fim de caracterizar a internação hospitalar, verificaram-se plano de saúde, admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e mortalidade intra-hospitalar. No perfil clínico, identificaram-se o tempo de doença e internação no último ano por IC descompensada conforme relato do próprio paciente, presença de comorbidades, etiologia e classe funcional da IC segundo critérios da *New York Heart Association* (NYHA)⁽¹³⁾. Além disso, registraram-se fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de acordo com o último ecocardiograma, presença e duração de sinais e sintomas de IC experimentados antes da admissão hospitalar de acordo com o relato do paciente.

A coleta dos dados foi realizada pelo pesquisador treinado que abordou o paciente para participar do estudo. Os pacientes foram abordados em até 48 horas da internação hospitalar. Aqueles que concordavam em participar completaram o questionário estruturado em um tempo médio de 15 minutos. Após a coleta com o paciente, foram conferidas algumas informações nos prontuários eletrônicos do hospital, em um local reservado. Os dados foram tabulados em planilha do programa *Excel for Windows* e, posteriormente, exportados, processados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 23.0. Adotou-se para a análise estatística técnicas descritivas e analíticas. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão ou mediana e percentis (25-75), e as categóricas, com frequências absolutas (n) e relativas (%). Para a normalidade dos dados, aplicou-se o teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis dos estudos foram comparadas por meio dos testes *t-Student* e *Mann Whitney U Test* para amostras independentes conforme seguissem ou não a distribuição normal. A associação das variáveis sociodemográficas e clínicas foi avaliada utilizando o teste *Chi-Square*. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos se $p < 0,05$, com intervalo de 95% de confiança.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre sob parecer 2.157.007/2017. Os participantes receberam de forma verbal e por escrito as informações da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾.

Resultados

Foram incluídos 94 pacientes, na faixa etária entre 42 e 98 anos, com média de idade de $71,2 \pm 13,4$

anos, sendo 53,2% do sexo masculino, 98,9% da raça branca e 64,9% apresentando ensino fundamental incompleto. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Variável	n(%)
Idade (anos)	71,2 ±13,4*
Faixa etária	
>60 anos	72(76,6)
<60 anos	22(23,4)
Sexo	
Masculino	50(53,2)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	61(64,9)
Médio complete	25(26,6)
Raça	
Branca	93(98,9)
Situação conjugal	
Casado	56(59,6)
Viúvo	27(28,7)
Solteiro	8(8,5)
Separado/divorciado	3(3,2)
Situação de trabalho	
Aposentado	68(72,3)
Ativo	21(22,3)
Afastado	5(5,3)
Plano de saúde	
Plano suplementar	50(53,2)
Sistema Único de Saúde	44(46,8)

*Variável descrita como média; ±desvio padrão

Nos últimos 12 meses, 54,3% dos pacientes analisados reinternaram por IC descompensada, destes, 29,4% internaram pelo menos duas vezes. Dos participantes do estudo, 42,6% foram para UTI, com mortalidade intra-hospitalar de 13,8%.

Referente às características clínicas, observou-se a prevalência dos participantes nas classes funcionais II e III (45,7% e 46,8%, respectivamente). A etiologia da IC com maior frequência foi a isquêmica (38%). A média da FEVE nos 83 pacientes com laudo de ecocardiograma foi de $48,3 \pm 16,1$, variando de 20% a 81%. A Tabela 2 apresenta as características clínicas da amostra.

Tabela 2 – Características clínicas de pacientes com insuficiência cardíaca. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Variável	n(%)
Tempo de doença (anos)	18,2±15,1*
Internação no último ano por IC [†] descompensada	
Sim	51(54,3)
Se sim, quantas vezes	2,1±1,4*
Não	43(45,7)
Etiologia	
Isquêmica	38(40,4)
Hipertensiva	24(25,5)
Valvar	20(21,3)
Dilatada idiopática	11(11,7)
Chagástica	1(1,1)
Classe funcional (NYHA) [‡]	
II	43(45,7)
III	44(46,8)
IV	7(7,4)
FE [§] (%)	48,3±16,1*
Presença de comorbidades	
Hipertensão arterial	71(75,5)
Cardiopatia Isquêmica	50(52,3)
Diabetes Mellitus	36(38,3)
Tabagismo	36(38,3)
Insuficiência renal crônica	23(24,5)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	23(24,5)
Dislipidemia	20(21,3)
Valvopatia	19(20,2)
Alcoolismo	12(12,8)
Depressão	9(9,6)
Tratamento Oncológico	6(6,4)

*Variáveis descritas como média; ± desvio padrão. [†]IC: insuficiência cardíaca; [‡]NYHA: *New York Heart Association*; [§]FE: fração de ejeção: valor calculado com total de 83 pacientes com laudo de ecocardiograma.

Os sinais e sintomas mais prevalentes antes da admissão hospitalar foram dispneia (79,8%), tosse (29,8%), ortopneia (27,7%), edema (23,4%) e cansaço (22,3%). A Tabela 3 apresenta a relação de sinais e sintomas e sua duração antes da admissão hospitalar relatada pelos pacientes.

Tabela 3 – Presença de sinais e sintomas antes da admissão hospitalar. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Variável	Presença n(%)	Duração em dias md(p25-p75)
Dispneia	75(79,8)	3(1,0-7,0)
Tosse	28(29,8)	4(2,0-7,0)
Ortopneia	26(27,7)	5(1,0-14,0)
Edema nas pernas, tornozelos e/ou pés	22(23,4)	7(3,0-14,0)
Cansaço	21(22,3)	7(2,5-15,0)
Angina	12(12,8)	1(1,0-1,75)
Fraqueza	8(8,5)	1(1,0-6,25)
Problemas cognitivos	8(8,5)	2(1,25-5,75)
Tontura	8(8,5)	1(1,0-1,75)
Náuseas e vômito	7(7,4)	2(1,0-3,0)
Palidez e suor	5(5,3)	3(1,5-4,0)
Ascite	4(4,3)	1(1,0-5,5)
Palpitação	4(4,3)	1(1,0-1,75)

Quando verificada a associação entre os sinais e sintomas mais prevalentes antes da admissão na emergência e o plano de saúde, internação prévia no último ano e a fração de ejeção, constatou-se associação significativa entre a presença de edema e internação prévia ($p=0,047$). Dados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Associação de sinais e sintomas mais prevalentes com plano de saúde, internação no último ano por insuficiência cardíaca descompensada e fração de ejeção. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Variável	Plano de saúde md(p25-p75)		Internação no último ano por insuficiência cardíaca descompensada md(p25-p75)		Fração de Ejeção md(p25-p75)	
	SUS*	Suplementar	Internou	Não internou	FE [†] ≤ 45%	FE [†] > 45%
Dispneia [‡]	3(1,0-7,0)	3,5(1,0-8,5)	3(1,0-7,0)	4(2,0-7,0)	3,5(1,0-14,0)	4(1,75-7,0)
Valor de p		0,605		0,385		0,979
Tosse [§]	6,5(1,5-7,75)	3,5(2,0-7,0)	3,5(2,75-8,75)	5(1,75-7,0)	1,5(1,25-7,0)	5,5(3,0-7,0)
Valor de p		0,224		0,306		0,921
Ortopneia [‡]	3,5(1,0-9,5)	7(1,0-60,0)	3(1,0-7,0)	7,5(2,5-26,0)	5(1,0-25,5)	7(3,0-19,0)
Valor de p		0,347		0,123		0,734
Edema [§]	7(4,0-14,0)	7(3,0-13,5)	6(3,0-11,5)	10,5(6,5-18,0)	4(2,5-14,0)	7(3,0-13,25)
Valor de p		0,263		0,047		0,553
Cansaço [‡]	9(2,5-45,0)	7(2,0-14,0)	3(1,5-14,5)	14(4,75-30,0)	14(2,5-15)	4(2,0-30,0)
Valor de p		0,605		0,161		0,705

*SUS: Sistema Único de Saúde; [†]FE: Fração de ejeção; [‡]Teste: *Mann Whitney U Test*; [§]Teste: *t-Student*.

Discussão

Este estudo identificou a ocorrência de sinais e sintomas de descompensação de IC e o tempo de duração até que o paciente buscasse um serviço de emergência hospitalar.

Em relação à ocorrência de sinais e sintomas prévios à admissão hospitalar, a intensificação da dispneia foi a mais prevalente. Esse achado está de acordo com os demais estudos que evidenciaram como sendo a causa mais importante de readmissão^(1-3,15-16). Outros sinais e sintomas também foram evidenciados neste estudo: tosse, ortopneia, edema e cansaço. Apesar desses sinais e sintomas aparecerem com maior intensidade antes da procura de atendimento hospitalar, a ortopneia é mais característica para IC, uma vez que os demais também podem ser encontrados em outras condições clínicas⁽¹⁷⁾. Dados da literatura internacional apontam a importância do reconhecimento dos sintomas da IC, caracterizado como um fenômeno complexo, visto que os pacientes apresentam uma variedade de combinações de sintomas em diferentes intervalos de tempo, caracterizando-se como uma mistura de sintomas agudos e crônicos⁽¹⁸⁾.

Outro estudo mostra que a capacidade dos pacientes para reconhecer, interpretar e avaliar a piora dos sintomas de IC é limitado. O sofrimento e intensificação dos sintomas como dispneia, edema, ortopneia estão relacionados à maior demora no atendimento. Esses atrasos na busca por assistência variam de horas a dias do início da sintomatologia até a admissão hospitalar⁽¹⁹⁾. A identificação, a tolerância e a descompensação de sinais e sintomas fizeram com que esses pacientes procurassem o atendimento hospitalar dentro do período de até sete dias. Esses dados são semelhantes no tempo que apresentaram os sintomas antes da admissão hospitalar^(12,20-21). A duração média dos sintomas precoces de descompensação da IC foi de um a nove dias, mas a duração da dispneia varia de um a 8,5 dias antes da procura pelo atendimento.

Sabe-se que sintomas como edema, ganho de peso e fadiga são tolerados por pacientes com IC em torno de sete dias e dispneia por três dias antes de procurarem um serviço de saúde^(9,22). Dados consonantes com os nossos resultados, pois a procura de atendimento foi em até sete dias para as manifestações clínicas de piora da IC, sendo a dispneia em três dias. Infere-se que a predominância desses sintomas pode variar de 24 horas até duas semanas, apesar de a maioria relatar a presença do sintoma de até sete dias, mas tiveram casos em que o paciente levou mais de 60 dias para procurar o atendimento médico, o que pode ter agravado sua condição clínica, tendo maior risco de complicações severas, inclusive óbito.

No presente estudo, mais da metade dos pacientes internados por IC descompensada foi readmitida no

hospital nos últimos 12 meses. Dado semelhante a outro estudo⁽²³⁾, que mostrou que 60% são readmitidos em 90 dias. Já no registro nacional de IC, estudo denominado BREATHE, aproximadamente metade de todos os pacientes internados com esse diagnóstico é readmitida dentro dos primeiros 90 dias após a alta hospitalar, sendo essa readmissão hospitalar considerada um fator de risco para morte⁽⁵⁾.

Aliada às altas taxas de readmissões, destaca-se a alta taxa de mortalidade intra-hospitalar, que ficou compreendida em 13,8% dos pacientes admitidos por IC descompensada nesta pesquisa, mais elevada do que a taxa de mortalidade no registro BREATHE (12,6%)⁽⁵⁾ e nos registros do DATASUS que é de 11,0%⁽²⁴⁾. Esses dados superam o dobro do encontrado nos registros americanos e europeus: 4,0% de mortalidade intra-hospitalar no estudo ADHERE e 3,8% no *Euro Heart Survey*⁽⁵⁾.

Observa-se que a maioria das causas de hospitalização está associada a múltiplos outros fatores de risco agravantes⁽⁵⁾. A presença de múltiplas comorbidades associadas à IC, como mostram os resultados deste estudo, pode contribuir para complicações e acelerar a descompensação, associada ou não à FE preservada (>45%). Consequentemente, pode ocorrer um maior tempo de internação hospitalar para compensação da IC, com necessidade de admissão em UTI, e pior prognóstico evoluindo para óbito intra-hospitalar. Apesar dos esforços empenhados por pesquisadores na identificação de fatores associados com readmissões hospitalares frequentes, em 30 a 40% dos casos não é possível identificar o real motivo da descompensação clínica⁽⁵⁾.

Diante desses resultados, é possível inferir que os pacientes estão demorando em reconhecer ou nem conhecendo a exacerbação e piora da IC para procurar atendimento hospitalar, visto que a taxa de mortalidade e o agravamento foram elevados, com percentual relativamente alto de admissão na UTI.

Dessa forma, deve-se dar ênfase ao fato de que a IC é uma doença crônica e progressiva, que o paciente deve se envolver na identificação dos sinais e sintomas de IC, podendo, assim, comunicar o familiar/acompanhante e procurar precocemente atendimento hospitalar, já que os atrasos na procura de assistência médica pioram a situação clínica.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender melhor como os pacientes identificam e valorizam a ocorrência das manifestações clínicas de piora da doença, considerando-se a presença de comorbidades, como a identificação de sinais e sintomas que o levam a buscar assistência de saúde em ambiente hospitalar para assim poder traçar estratégias que visam alcançar e manter a estabilidade clínica desses pacientes através

de uma educação personalizada para o autocuidado. O autocuidado eficaz tem sido reconhecido como um componente importante e indispensável no reconhecimento da descompensação da IC⁽⁶⁾.

Medidas podem ser instituídas nessas reinternações, aproveitando o impacto causado pela internação e pelos sintomas de descompensação. O planejamento precoce de alta hospitalar pode ser realizado, incluindo visitas diárias para avaliar e reforçar a aderência, dar apoio ao paciente e familiares, além de enfatizar o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de piora. Essa abordagem pode ser utilizada com sucesso para diminuir ou evitar novas admissões hospitalares. Destaca-se que os dados deste estudo apontam para a necessidade de destacar com os pacientes e familiares o conjunto de sinais e sintomas mais característicos de descompensação da IC. De acordo com os resultados, acredita-se que na presença de pelo menos um dos sinais e sintomas que precedem a dispneia em repouso, como cansaço, edema, ortopneia e tosse, o paciente já necessita de apoio profissional, que não necessariamente seja em uma emergência hospitalar, mas, sim, em serviços de atenção primária ou programas de gerenciamento de IC.

Nesse contexto, o(a) enfermeiro(a) desempenha importante função no planejamento de ações em face dos desafios sociais e de saúde que estão relacionados ao envelhecimento da população e ao aumento significativo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. O acompanhamento contínuo de pacientes com IC constitui-se em uma recomendação de Classe 1⁽⁶⁾ nas recentes orientações sobre o manejo clínico da IC⁽²⁵⁾, sendo o engajamento do paciente uma das principais estratégias do plano de cuidados. Assim, intervenções de enfermagem visando atender às necessidades do paciente requerem um planejamento estratégico e cuidadoso (incluindo uma avaliação acurada das necessidades e da rede de apoio disponível), escolha da melhor abordagem e uma avaliação da eficácia da prática do autocuidado e de sua tradução em resultados favoráveis.

Atualmente, preconiza-se que o paciente com IC receba atendimento multidisciplinar durante seu acompanhamento em diferentes níveis de atenção à saúde. Essa estratégia tem reduzido muito as taxas de internação e reinternações por descompensação e tem exercido impacto na qualidade de vida desses pacientes⁽⁸⁾. O objetivo do acompanhamento multidisciplinar é ensinar, reforçar, melhorar e avaliar de maneira constante as habilidades para o autocuidado, que incluem a monitorização do peso, a restrição hidrosalínica, a realização de atividade física, a adesão medicamentosa, a monitorização de sinais e de sintomas de descompensação e a procura do serviço de saúde precocemente.

Este estudo traz contribuições referentes aos principais gatilhos para a procura de um serviço de emergência hospitalar, elucidando o tempo que os pacientes permanecem com os sinais e sintomas de descompensação da IC em casa até a busca de atendimento. Importante mencionar que a tomada de decisão em buscar um serviço de saúde relaciona-se não só à identificação e interpretação de sinais e sintomas de agravamento da IC, mas também a fatores externos como acesso aos serviços e profissionais de saúde, experiências prévias em termos de resolução de problemas em outros cenários que não uma emergência hospitalar e aos recursos de apoio que os pacientes dispõem para se deslocar em até um serviço de saúde. O melhor gerenciamento da IC passa pela adequada compreensão do contexto do paciente para então personalizar as intervenções educativas, de forma que o paciente e a família sintam-se engajados no plano terapêutico.

Como limitação deste estudo, menciona-se que o comportamento das variáveis não foi avaliado ao longo do tempo para inferir as relações de causalidade entre elas.

Conclusão

Um conjunto de sinais e sintomas da descompensação da IC, constituído de dispneia, tosse, ortopneia, edema e cansaço, em geral, está presente há pelo menos sete dias antes da busca por atendimento de saúde. Dentre estes, a dispneia é o sintoma mais prevalente e decisivo para que o paciente busque um serviço de emergência hospitalar, levando aproximadamente três dias.

Nesse sentido, os resultados podem subsidiar intervenções educacionais personalizadas com o objetivo de auxiliar pacientes e familiares a manejar melhor os episódios de início de manifestações clínicas de descompensação da IC.

Referências

1. Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Signs and symptoms in patients with decompensated heart failure: priorities nursing diagnoses. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):590-5. doi: 10.1590/S1983-14472011000300022.
2. Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araújo AA, Oliveira SHS. Asociación de condiciones social y clínicas para calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e65885. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.65885.
3. Poffo MR, Assis AV, Fracasso M, Londero Filho OM, Alves SMM, Bald AP et al. Profile of Patients

- Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *Int J Cardiovasc Sci.* 2017;30(3):189-198.doi: 10.5935/2359-4802.20170044.
4. Holgín EA. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. *Av Enferm.* 2010;28(1):21-30.doi: 10.15446/av.enferm. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15624/18155>.
5. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Pereira SB, Berwanger O et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433-42.doi: 10.5935/abc.20150031.
6. Boisvert S, Belhumeur AP, Gonçalves N, Doré M, Francoeur J, Gallani MC. An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(4):753-68. doi: 10.1590/0104-1169.0370.2612.
7. Reis APM, Souza AG, Ferreira GCO, Oliveira JMR, Venancio JC, Fernandes TM, et al. Prevalence of heart failure in brazil: a problem of public health. *Rev Educ Saúde.* 2016;4(2):24-30.doi: 10.29237/2358-9868.2016v4i2.
8. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1 suppl 1):3-70.doi: 10.1590/S0066-782X2009002000001.
9. Lee KS, Moser DK, Dracup K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018;17(6): 496-504. doi: 10.1177 / 1474515117745056.
10. Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopoulou V, Laskar S, Smith AL, Dunbar S, et al. Hospitalization epidemic in patients with heart failure: risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. *J Cardiac Fail.* 2011;17: 54-75. doi: 10.1016/j.cardfail.2010.08.010
11. Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, CE. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(1): E1-E7. doi: 10.1097/JCN.0000000000000117
12. Lee KS. Symptom assessment and management in patients with heart failure. 2012. 143 f. Theses and Dissertations Nursing - College of Nursing - University of Kentucky, UKnowledge. Reino Unido; 2012. https://uknowledge.uky.edu/nursing_etds/2
13. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1 Suppl 1):1-33.doi: 10.1590/S0066-782X2012000700001.
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.> Acesso em: 5 dez 2017.
15. Mangini S, Pires PV, Braga FGM, Bacal F. Decompensated heart failure. *Einstein.* 2013;11(3):383-91.doi: 10.1590/S1679-45082013000300022.
16. Barretto AC, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO et al. Hospital readmissions and death from heart failure – rates still alarming. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(5):335-41.doi: 10.1590/S0066-782X2008001700009.
17. Wang CS, FitzGerald JM, Schulzer M, Mak E, Ayas NT. Does this dyspneic patient in the emergency department have congestive heart failure? *JAMA.* 2005;294(15):1944-56.doi: 10.1001/jama.294.15.1944.
18. Altice NF, Madigan EA. Factors associated with delayed care-seeking in hospitalized patients with heart failure. *Heart & Lung: J Crit Care.* 2012;41(3):244–54. doi: 10.1016/j.hrtlng.2011.09.007.
19. Gravely-Witte S, Jurgens CY, Tamim H, Grace SL. Length of delay in seeking medical care by patients with heart failure symptoms and the role of symptom-related factors: A narrative review. *Eur J Heart Failure.* 2010;12(10):1122–9.doi: 10.1093/eurjhf/hfq122.0.
20. Jurgens CY, Hoke L, Byrnes J, Riegel B. Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nurs Res.* 2009;58(4):274–82.doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ac1581.
21. Friedman MM, Quinn JR. Heart failure patients' time, symptoms, and actions before a hospital admission. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(6):506-12.doi: 10.1097/01.JCN.0000338928.51093.40.
22. Van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17. doi: 10.1016/j.ejheart.2004.04.007.
23. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res.* 2013;113(6):646-59.doi: 10.1161/CIRCRESAHA.113.300268.
24. Ministério da Saúde (BR). Datasus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação: notas técnicas no ano de 2016. Lista Morb CID-10: Insuficiência cardíaca. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def> Acesso em: 25 nov, 2017.
25. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(16):e147-239.doi: 10.1161/CIR.0b013e31829e8776.

26. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. J Am Coll Cardiol. 2015;30(1): E1-E7 doi: 201310.1016/j.jacc.2013.05.019


Recebido: 19.03.2018

Aceito: 22.10.2018

Autor correspondente:

Maraísa Carine Born

E-mail: mara.born@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0093-2329>

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.