



O Perfil Clínico do Paciente Portador de Insuficiência Cardíaca (*The Clinical Profile of the Patient with Heart Failure*)

Isabel Ramos Ribeiro, Médica

André Luis Mendes Cavalcanti, Médico pela Uninovafapi, Residente de clínica médica Iamspe

Giovana Barreto Carvalho, Acadêmica de Medicina

Jessica Silveira Gandara, Médica

Alexandre Bueno Merlini, Médico Referência Técnica em Medicina de Emergência e Assistente em Clínica Médica do Hcor, São Paulo

Diego Leiz Destro da Silva, Médico Cirurgião Cardiovascular

Karina Midori Nazima, Médica Residente em Cardiologia, Especialista em Clínica Médica
Jânia Santiago Sousa, Medicina

João Pedro Dantas Alkimim, Médico, Pós-graduado em Gestão de Cuidados da Saúde da Família e Comunidade

Lidiane Indiani, Médica Endocrinologista Pediátrica, Mestranda em Ensino em Saúde- Hospital Israelita Albert Einstein
Camila Nóbrega Borges, Médica, pós graduando em psiquiatria

Pedro Paulo Caixeta Canedo, Graduando em medicina na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GOIÁS)

José de Arimatéa Maciel dos Anjos, Médico pela Faculdade UPAP Paraguai

Osmar David Medina Cantero, Médico Especialista Clínica Médica e Investigação Científica pela Universidad Nacional del Este – Paraguai

Wellington Oliveira de Souza, Médico pela Universidade Federal do Pará

Laura Carolina Andreo Gonçalves Kalbermatter, Médica pela Unimax

Fernando da Silva Cavallari, Médico pela Universidad Privada del Este

Yuri Augusto Nogueira Sozzi, Médico Otorrinolaringologista, Cirurgião de crânio máxilo facial no hospital de anomalias crâneo faciais da USP Bauru

Ruanner Ronann Marques Durães, Médico pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC

Elvis Vinícius Moraes Bessa, Médico pela UFRN

Allan Wendel Silva Bastos, Médico pela UFMA

José Augusto de Souza Modesto, Médico pela Universidad Nacional de Rosário

Fabio Ferreira Marques, Médico pela Universidade Evangélica de Goiás, Uni EVANGÉLICA, Anápolis, Goiás

Luiza Simona Carvalho Tutaya, Médica, Cursando Medicina de Família e Comunidade

Nildson Vinícius de Siqueira Medeiros, Médico pela UPE, pós-graduação em ultrassonografia geral

Julia de Lacerda Gonzaga, Médica pela UNR (Universidade Nacional de Rosario)

Murilo Henrique Araújo Ximenes, Médico pela UFMS

José Joceilson Cruz de Assis, Médico, pós graduação em: pediatria, Neonatologia, urgência e emergência pediátrica, e UTI pediátrica e Neonatal

João Pedro Dantas Alkimim, Pós-Graduação, Gestão do Cuidado em Saúde da Família

Daniela Katerine Roman Yanez, Médica, Residente em Cirurgia Geral

Isabella Menzel de Souza, Médica, Cirurgiã geral

Jose Adolfo Urt Almeida de Moraes, Médico Pós Graduado

Marcelo Kubo Ugatti de Souza, Médico pela PUC Campinas

Daniel Araújo Costa Lima, Graduando em Medicina pela UNICEUMA

Frederyco Miguel Serafim dos Reis, Médico, pós graduação em medicina do trabalho

Eduarda Dornelles Blanco, Médica

Dalila Ribeiro Maia Gomes, Médica pela Universidade Estadual do Piauí

Gisela Correa Lara, Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade

David Stênio da Silva Vieira, Graduando em medicina

Endara Ohara Linhares de Medeiros Costa, Médica

Gustavo Henrique de Miranda Salomé, Médico generalista

Article Info

Received: 23 April 2025

Revised: 27 April 2025

Accepted: 27 April 2025

Published: 27 April 2025

Corresponding author:

Isabel Ramos Ribeiro

Médica, Brazil

Email: Isabelsamy96rr@gmail.com**Palavras-chave:**

Insuficiência cardíaca; fração de ejeção preservada; sístole; diástole.

Keywords:

Heart failure; preserved ejection fraction; systole; diastole.

This is an open access article under the CC BY license
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

**RESUMO**

A Insuficiência Cardíaca (IC) se trata de uma falha na bomba cardíaca, a qual implica em afetar parcial ou totalmente a função do coração. O quadro clínico é representado pela redução do débito cardíaco, mas o corpo possui mecanismos compensatórios para enfrentar essa falha, mas que são limitados, e a partir da ineficiência destes inicia-se os clássicos sintomas da IC. Atualmente, o diagnóstico é clínico, este pode ser complementado por exames para elucidar dúvidas diagnósticas e agente etiológico. Logo, observa-se a importância da avaliação clínica e exame físico bem feito, a fim de garantir o melhor prognóstico e evitar desfechos crônicos.

ABSTRACT

Heart failure (HF) is a failure of the heart pump, which partially or totally affects the heart's function. The clinical picture is represented by reduced cardiac output, but the body has compensatory mechanisms to cope with this failure, although these are limited, and when these mechanisms are ineffective, the classic symptoms of HF begin. Currently, the diagnosis is clinical, which can be complemented by tests to clarify diagnostic doubts and the etiological agent. Therefore, the importance of a well-performed clinical evaluation and physical examination is observed in order to ensure the best prognosis and avoid chronic outcomes.

INTRODUÇÃO / INTRODUCTION

O músculo cardíaco atua através de uma bomba propulsora de sangue a todos os órgãos e tecidos. Neste processo, abrange-se a diástole seguida da sístole sucessivamente. Consequentemente, existem enfermidades que implicam a sístole e/ou diástole, acarretando à insuficiência cardíaca¹.

Justificando o principal achado fisiopatológico da IC, a existência de débito cardíaco reduzido e/ou pressões de enchimento elevadas durante o repouso ou mediante esforço⁶.

A IC não é necessariamente uma patologia, mas uma síndrome, sendo assim manifesta-se como um complexo de sinais representado pela turgência jugular, crepitações pulmonares, edema periférico entre outros e sintomas como fadiga, dispneia entre outros. Destarte, investigar a origem da base do transtorno cardíaco é essencial para realizar o manejo e terapêutica adequada⁴.

A IC apresenta diversos estágios. Entretanto, o diagnóstico é feito único e exclusivamente na fase sintomática. Previamente a essa fase, existem alterações cardíacas estruturais que podem afetar a funcionalidade e o controle autonômico². Atualmente, o termo ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva), entrou em desuso, devido a possibilidade da detecção de portadores de IC sem congestão⁴.

A IC é ativa em cerca de 1 a 2% dos adultos e a incidência eleva com a idade. No grupo de idosos, observa-se níveis superiores a 10% da população. No Brasil, é o considerável determinante para internação hospitalar e apresenta elevada mortalidade. A

sobrevida após cinco anos do diagnóstico é baixa (cerca de 35%), inferior a diversos tipos de câncer³.

O seguinte artigo objetivou descrever acerca do perfil clínico do paciente portador de insuficiência cardíaca, disseminando informações que tornam adequado o manejo e tratamento adequado.

METODOLOGIA / METHODS

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, adequado para debater sobre tema eleito. É composto por uma análise abrangente da literatura, a qual o método baseou-se por ser uma análise bibliográfica, foram recuperados artigos indexados nas bases de dados do PubMed, Lilacs, SciELO, Latindex e demais literaturas pertinentes a temática, durante o mês de março de 2025, tendo como período de referência os últimos 15 anos. Foram utilizados os termos de indexação ou descritores: insuficiência cardíaca, manejo clínico, débito cardíaco, fração de ejeção reduzida isolados ou de forma combinada. O critério eleito para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona ao tema proposto. Os artigos excluídos não continham o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações restauradas em mais de uma das bases de dados. Também foram excluídas dissertações e teses. Após terem sido recuperadas as informações-alvo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, foi realizada a leitura

completa dos 20 textos, a qual 06 foram utilizados para compor o estudo. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, delimitando aqueles cujas amostras são dos aspectos fisiopatológicos e aqueles cujas amostras são das classificações de cada paciente e os acometimentos clínicos. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação das características gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido de seus objetivos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia utilizada, resultados obtidos e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO / RESULTS & DISCUSSION

A busca das publicações científicas que fundamentaram este estudo identificou 70 referências sobre insuficiência cardíaca e os protocolos para o manejo da emergência nas bases de dados referidas, das quais 06 publicações foram incluídas na revisão. Entre os estudos selecionados, 04 artigos são de abordagem teórica, os demais apresentam desenho transversal e estudo de caso. Observou-se a prevalência de publicações na língua inglesa, representando 84% do total, quando comparada às línguas espanhola (9,6%) e portuguesa (6,4%).

A insuficiência cardíaca pode ser classificada por uma tríade de estágios distintos, conforme fração de ejeção, estágio da doença e sintomas. A classificação mais usual, é a classificação baseada em sintomas, proposta pela New York Heart Association (NYHA), vide (Tabela 01)⁵. Ademais, também existe uma classificação norteada pelo estágio da doença, considerando a existência de sintomas e o dano miocárdico, vide (tabela 02).

Tabela 01: Classificação de IC baseada em sintomas

NYHA I	Sem sintomas aos esforços.
NYHA II	Fadiga ou dispneia aos esforços cotidianos
NYHA III	Fadiga ou dispneia aos pequenos esforços
NYHA IV	Intolerância a qualquer atividade. Sintomas surgem até no repouso

Fonte: autoria própria

Tabela 02: Classificação de IC baseada no estágio da doença

ESTÁGIO A (Risco)	Alto risco de IC Ex: hipertensão arterial, diabetes, drogas cardiotóxicas	Ausência de dano cardíaco estrutural definido
ESTÁGIO B (Dano)	Patologia estrutural cardíaca, sem sintomas de IC	Ex: IAM, valvopatia, hipertrofia ventricular
ESTÁGIO C (Sintomas)	Patologia estrutural cardíaca com sintomas de IC	Ex: disfunção sistólica e/ou diastólica gerando congestão pulmonar
ESTÁGIO D (Falência)	IC refratária com necessidade de intervenções especializadas	Ex: estágio avançado de disfunção ventricular que urge por drogas vasoativas ou dispositivos mecânicos de suporte circulatório

Fonte: autoria própria

ETIOLOGIA

A insuficiência cardíaca tem inúmeros determinantes. Entretanto, a doença arterial coronariana é a principal delas. Qualquer condição que dificulte a ejeção ou o relaxamento pode acarretar a IC. Existem contextos, em que existe comprometimento inicial no relaxamento e, evolutivamente, surgirá o comprometimento na ejeção. Destarte, algumas condições comprometerão tanto a função sistólica e a diastólica⁶.

A IC de causa sistólica está veiculada ao dano miocárdico (infarto, miocardite) e à sobrecarga ventricular (valvopatia, hipertensão) e culminará, invariavelmente, em dilatação da cavidade ventricular. A IC de causa diastólica está relacionada à restrição no enchimento ventricular (cardiopatias restritivas, hipertensão, cardiopatias de depósito) em que a hipertrofia e a disfunção diastólica com elevadas pressões de enchimento serão as principais características².

A IC sistólica é diretamente relacionada a um remodelamento excêntrico das fibras cardíacas, dilatação das cavidades e fração de ejeção reduzida. A IC diastólica ao remodelamento concêntrico das fibras cardíacas, com hipertrofia das cavidades e fração de ejeção preservada/normal. Apesar de condições distintas, considera-se que a falta de intervenções na IC diastólica irá progredir para IC sistólica, justificado pela sobrecarga de cavidades. Na hipertrofia excêntrica, a espessura da parede ventricular pode ser regular, porém a massa do ventrículo esquerdo se encontra aumentada⁴.

O remodelamento cardíaco se trata de uma dilatação ventricular e depleção da conformação cardíaca, assumindo um formato esférico. A intervenção terapêutica restringe o desenvolvimento do remodelamento, visto que a injúria miocárdica oriunda dos processos adaptativos, como a necrose e apoptose induzida por catecolaminas e sistema renina angiotensina aldosterona, além de hipertrofia dos miócitos remanescentes e disseminação de fibroblastos e fibrose³.

Atualmente, além das condições que implicam primariamente o ventrículo esquerdo (VE), existem contextos que levam, exclusivamente, à insuficiência cardíaca direita, como cor pulmonale (relacionado à DPOC), tromboembolismo pulmonar, estenose mitral e outros. Ademais, existem as clássicas causas de IC de alto débito, pouco comum na prática clínica, o hipertireoidismo (tireotoxicose), déficit de tiamina ou vitamina B1 (beribéri), cirrose, sepse, entre outras⁴.

Tabela 03: História clínica das principais etiologias da IC

Doença arterial coronariana	Episódios de predicordialgia aos esforços; melhora no repouso.
	Quadro súbito de dor torácica
Valvopatias	História de febre reumática na infância.
	Sopro cardíaco
HAS	Quadro descompensado, evolu com dispneia, fadiga, hipertrofia ventricular. Possível quadro de edema agudo de pulmão hipertensivo
Miocardite	Quadro viral recente viral, evoluindo com fadiga e/ou dor torácica. Elevação dos marcadores de necrose miocárdica
Doença de Chagas	Morador ou viagem recente á área endêmica.
	ECG com bloqueio de ramo direito e hemibloqueio anterior esquerdo

Fonte: autoria própria

FISIOPATOLOGIA DA ICFEN

Na perspectiva fisiopatológica para o início da IC diastólica, desenvolve-se uma sobrecarga pressórica no ventrículo esquerdo, implicando hipertrofia e elevação das pressões de enchimento. O fator etiológico mais visto é a hipertensão arterial, a elevação da pressão na raiz da aorta impede o esvaziamento ventricular, gerando sobrecarga de pressão no ventrículo esquerdo, porém demais contextos que acarretam a sobrecarga ventricular esquerda, representado pela estenose aórtica⁴.

FISIOPATOLOGIA DA IC DIREITA

Esta associa-se a elevação da pós carga direita, muito associado a doenças pulmonares ou sobrecarga de cavidade esquerda. Entretanto, pode incidir mediante agressão a musculatura ventricular direita, como o infarto de ventrículo direito. No contexto, em que a disfunção do ventrículo direito ocorre por doença pulmonar, denomina-se cor pulmonale².

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O quadro é determinado pelo estágio clínico em que o paciente se encontra. Portadores de insuficiência cardíaca no estágio B, são assintomáticos, em razão dos meios compensatórios de procedência neuro-hormonal e simpática. Contudo, existe um limite, no decorrer do tempo esses meios se tornam ineficientes, incidindo o quadro congestivo ou de baixo débito⁴.

A sobrecarga de cavidades esquerdas, condição existente na IC sistólica e diastólica, propícia os picos da pressão venocapilar pulmonar. Consequentemente, extravio de líquido vascular para o interstício pulmonar. O sistema linfático absorve isto, até um limiar. Mediante, pressão venocapilar acima de 20-25 mmHg, surge o edema pulmonar, determinante para o quadro clínico respiratório na IC, manifestado pela fadiga, dispneia aos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna¹.

Tabela 04: Indícios semiológicos da insuficiência cardíaca

Turgência jugular patológica	Quando alcança angulação igual ou superior a 45°. Sugestiva de insuficiência ventricular direita e congestão sistêmica
Desvio do ictus cordis	Visto na cardiopatia dilatada. Presença de ictus aumentado e desviado para esquerda
Ausculta cardíaca: bulhas acessórias (B3 e B4) sopro mitral	B3: retardo do fluxo na fase final do enchimento rápido do ventrículo B4: contração atrial secundária e á hipertrofia
Estertores pulmonares/Derrame pleural	Reação á elevação da pressão venocapilar pulmonar que gera edema pulmonar
Pulso alternans (Marcador de pior prognóstico)	Em casos de baixo débito, o pulso oriundo é de baixa amplitude. Quando o débito é muito baixo, após contração eficaz, alterna pulso amplo com pulso fraco.
Edema de membros inferiores	Edema bilateral,frio,mole,sem sinais flogísticos Preditor de congestão sistêmica secundária á sobrecarga ventricular direita

Ascite	Iniciado em fases mais avançadas da patologia refratária à terapia diurética.
	Origem pelo aumento da pressão nas veias hepáticas e veias que drenam o peritônio
Hepatomegalia	Adjacente à congestão hepática e associado à insuficiência ventricular direita
Taquicardia	Sinal inespecífico, evidencia meio compensatório de baixo débito. Ocorre pelo aumento do tônus simpático da insuficiência cardíaca
Respiração de Cheyne -Stokes	Fases de hiperpneia intercalados por apneia

Fonte: autoria própria

DIAGNÓSTICO

A identificação da insuficiência cardíaca é realizada a partir da clínica e exame físico a diagnose sindrómica. Os exames complementares guiarão investigação da etiologia, expor complicações e fatores de descompensação. A confirmação de IC é realizada a partir de 02 critérios maiores simultâneos ou 01 critério maior e 02 maiores⁵.

Tabela 05: Framingham para diagnóstico de IC

Critérios maiores	Critérios menores
Dispneia paroxística noturna	Edema bilateral de tornozelo
Turgência jugular	Tosse noturna
Crepitações pulmonares	Dispneia aos esforços
Cardiomegalia á radiografia de tórax	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Terceira bulha (B3)	Redução da capacidade funcional em 1/3 da máxima registrada previamente
Aumento da PVC	Taquicardia (Fc)

Fonte: autoria própria

O BNP (peptídeo natriurético cerebral) é um marcador de sobrecarga cardíaca, secretado em resposta ao estiramento das paredes cardíacas, independente de câmara, mas existe maior liberação nos ventrículos. Além de expor valor prognóstico, conta com bom valor preditivo negativo para descartar diagnose de IC, percentil abaixo de 100 PG/ml impossibilita diagnóstico.

Enquanto, picos na admissão condizem a gravidade e pior prognóstico⁶.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

Esse exame é eficaz para diagnose diferencial das etiologias torácicas e pulmonares da dispneia, possibilitando estratificar congestão pulmonar. É recomendado para todo paciente com suspeita de IC, principalmente na forma aguda, devido as aparições da congestão pulmonar estarem mais exuberantes³.

Os critérios de Boston mais relevantes na perspectiva clínica são a cardiomegalia, aumento do ventrículo esquerdo e esquerdo. Os achados de congestão englobam a inversão do padrão vascular, infiltrado intersticial, derrame pleural¹.

ELETROCARDIOGRAMA

Na admissão de um paciente com suspeita de IC, O ECG é indispensável, justificado por ofertar informações acerca de etiologia ou fator de descompensação. Os achados de destaque no ECG são bloqueio de ramo esquerdo, hemibloqueio anterior esquerdo².

CONCLUSÕES / CONCLUSIONS

A partir das informações discutidas neste estudo, pode se elucidar que a insuficiência cardíaca é um quadro de ameaça a saúde pública, devido seu caráter súbito e incapacitante. Atualmente, contamos com extensa quantidade de recursos, porém o quadro clínico do paciente portador de insuficiência cardíaca é extenso e abundante, e majoritariamente pode ocorrer baixa sensibilidade e especificidade nos exames e afins. Logo, observa-se a importância da avaliação clínica e exame físico bem feito, a fim de garantir o melhor prognóstico e evitar desfechos crônicos.

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. DE SOUZA, Rachel Vianna O.'Neill et al. AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA O TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Epitaya E-books, v. 1, n. 41, p. 82-106, 2023.
2. ENGSTER, Pedro Henrique de Borba et al. Papel Incremental da Classificação da New York Heart Association e dos Índices do Teste de Exercício Cardiopulmonar para Prognóstico na Insuficiência Cardíaca: um Estudo de Coorte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 120, p. e20230077, 2023.
3. FERNANDES, Amanda DF et al. Insuficiência cardíaca no Brasil subdesenvolvido: análise de tendência de dez anos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 114, p. 222-231, 2020.
4. FERNANDES, Sara Lopes et al. Fisiopatologia e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada: Estado da Arte e Perspectivas para o Futuro. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 114, p. 120-129, 2019.
5. LOCCA, Diego Cesar et al. Insuficiência cardíaca aguda: revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 4, p. 14012-14026, 2023.
6. Maximiliano, João Victor Vasconcelos Tavares, et al. "Avanços e desafios no diagnóstico e tratamento de cardiopatias congênitas: uma revisão sistemática." Periódicos Brasil. Pesquisa Científica 3.1 (2024): 90-98.