

ARTIGO DE REVISÃO

Cuidados paliativos: idosos portadores de insuficiência cardíaca

Palliative care: aged patients with heart failure

Cuidados paliativos: los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca

Wellington Bruno

Santos¹

orcid.org/0000-0002-6208-1040

wbruno@cardiol.br

Luiz Carlos Bodanese²

orcid.org/0000-0002-3142-7336

lcbodanese@pucrs.br

Newton Luiz Terra²

orcid.org/0000-0002-7904-3649

terranl@pucrs.br

Received on: Apr. 1st, 2019.

Approved on: Jan. 3rd, 2020.

Published on: Sep. 17, 2020.

Resumo:

Objetivos: identificar artigos nacionais e internacionais que abordem: i) os cuidados paliativos de idosos portadores de insuficiência cardíaca (IC); ii) as condutas médicas atuais para controle dos sintomas e condições clínicas, psicossociais e espirituais comumente apresentadas por idosos portadores desta condição clínica.

Métodos: revisão narrativa através de busca por artigos do período de 2014 a 2019 nas bases de dados PubMed, Scielo, Lilacs e Scopus, utilizando os Descritores em Ciência e Saúde (DeCS): insuficiência cardíaca, idoso, muito idoso, cuidados paliativos, e os Medical Subject Headings (MeSH): *heart failure, aged, elderly, palliative care*.

Síntese dos dados (Resultados): foram identificados 12 artigos de revisão acerca de cuidados paliativos de pacientes com insuficiência cardíaca, e somente dois artigos de revisão acerca de cuidados paliativos de idosos com insuficiência cardíaca.

Conclusões: uma abordagem através de Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), identificação de fragilidade e comorbidades, aliadas a habilidades específicas no manejo de IC são fundamentais para melhor desempenho dos cuidados paliativos desses pacientes. Além disso, há escassa disponibilidade de estudos originais acerca de cuidados paliativos de idosos portadores de IC.

Palavras-chaves: insuficiência cardíaca, idoso, cuidados paliativos, fragilidade.

Abstract:

Aims: to identify international and national articles about of aged individuals with heart failure; to verify medical approach to control of symptoms and psychosocial, spiritual, and clinical conditions commonly presented by elderly patients with heart failure.

Methods: a narrative review through the search for studies about palliative care of elderly patients with heart failure indexed in the electronic databases PubMed, Scielo, Lilacs, Scopus, utilizing the primary descriptors of Health Sciences (Descritores em Ciência e Saúde(DeCS)): insuficiência cardíaca, idoso, cuidados paliativos, and Medical Subject Headings (MeSH): *heart failure, aged, elderly, palliative care*.

Summary of findings: Twelve review articles about palliative care of patients with heart failure were identified and included in this review, and only 02 review articles about palliative care of aged patients with heart failure.

Conclusions: An approach through comprehensive geriatric evaluation, identification of frailty and comorbidity, allied to special skills in the management of heart failure symptoms are of cornerstone importance for a better result of palliative care of elderly patients with heart failure. Additionally, there is a scarcity of original articles about palliative care of elderly patients with heart failure.

Keywords: heart failure, elderly, palliative care, frailty.

Resumen:

Objetivos: identificar artículos nacionales y internacionales que aborden: i) los cuidados paliativos de los ancianos con insuficiencia cardíaca; ii) mejores prácticas médicas actuales para el control de los síntomas y las condiciones clínicas, psicossociales y espirituales comúnmente presentadas por pacientes de edad avanzada com esta afécción clínica.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

¹ Universidade Estadual do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Métodos: revisão narrativa mediante la búsqueda de artículos de 2014 a 2019 en las bases de datos PubMed, Scielo, Lilacs, Scopus, utilizando los Descriptores em Ciencia y Salud(DeCS): insuficiencia cardíaca, ancianos, cuidados paliativos, y Medical Subject Headings (MeSH): heart failure, aged, elderly, palliative care.

Síntesis de los datos: se indentificaron 12 artículos sobre cuidados paliativos de pacientes com insuficiencia cardíaca, y solo 02 artículos de cuidados paliativos de ancianos com insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: um enfoque a través de la evaluación geriátrica amplia (EGA), identificación de la fragilidad y las comorbilidades, junto con habilidades específicas em el manejo de la insuficiencia cardíaca son fundamentales para um mejor desempeño de los cuidados paliativos de estos pacientes. Además, hay poca disponibilidad de estudios originales sobre cuidados paliativos de pacientes ancianos com insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, ancianos, cuidados paliativos, fragilidad.

Introdução

O envelhecimento populacional, aliado a maior acessibilidade aos avanços no tratamento de doença coronariana e hipertensão arterial, está associado ao aumento da prevalência de insuficiência cardíaca (IC) crônica nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Aproximadamente 14% dos indivíduos com idade ≥ 80 anos apresentam IC e a média de idade de portadores de IC é de 70 anos.¹ Nesse cenário, a parcela da população com idade ≥ 80 anos é a que apresenta maior taxa de crescimento no mundo, superando inclusive a taxa de crescimento de pessoas com idade > 65 anos. Uma estimativa de 2017 apontava que a população mundial de pessoas com idade ≥ 80 anos era de 137 milhões com expectativa de aumento nas próximas décadas.² Esses dados apontam para uma demanda de cuidados que envolvem conhecimentos e habilidades integradas de geriatria e cardiologia.

Nos Estados Unidos, segundo a base de dados NHANES 2009-2012, cerca de 5,5 milhões de americanos com idade ≥ 20 anos tiveram IC e 915 mil novos casos são diagnosticados todos os anos.³ No condado de Olmsted, estado de Minnesota, entre 2000 e 2010, em novos casos de IC, a mortalidade por IC em 5 anos foi de 24,4% aos 60 anos e de 54,4% aos 80 anos. Sendo que a maioria das mortes ocorreu por causas não cardiovasculares (54,3%) nesse grupo. Contudo, o risco de morte não cardiovascular foi maior

para os longevos portadores de IC com fração de ejeção preservada (ICFEp) do que nos portadores de IC com fração de ejeção reduzida (ICFER).⁴

Na região Sul do Brasil, a proporção de idosos é superior à média de outras regiões (15,9%) seguida pela região Sudeste (15,6%).⁵ No estado do Rio Grande do Sul, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de mortalidade geral (32%), seguidas de doenças do aparelho respiratório (15,4%). A insuficiência cardíaca está entre as 10 categorias de doenças que mais levam ao óbito.⁶

No Brasil, a IC é a primeira causa de internação de pacientes com idade maior ou igual a 60 anos no Sistema Único de Saúde (SUS).⁷ Dados do DATASUS brasileiro apontam uma prevalência de 57,14 % de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos entre os pacientes internados por doenças cardiovasculares em 2014.⁸ O Registro BREATHE reuniu uma amostra de 1263 internações por IC descompensada em 51 centros hospitalares de todas as regiões do Brasil. Houve predomínio de pacientes com idade acima de 60 anos, especialmente, nas regiões Sudeste e Sul, e cerca de 73,1% eram de pessoas com idade acima de 75 anos. Esses dados sugerem que a abordagem e o manejo dos pacientes idosos padecentes de IC por diversas etiologias são e precisam ser realizadas, com frequência, por geriatras (ou médicos dos serviços de atenção primária) – que tenham desenvolvido habilidades nesse manejo, da mesma forma que na doença de Parkinson, demências, depressão, alterações comportamentais, doenças osteometabólicas e outras doenças crônicas de alta prevalência nos idosos.

A idade avançada associa-se também à maior prevalência de comorbidades. Na verdade, quanto mais avançada a idade do paciente, maior é o número de outras doenças crônicas associadas. Enquanto pacientes longevos apresentam uma alta carga de comorbidades, os ensaios clínicos tendem a excluir os pacientes com diversas comorbidades.⁹ A presença de diabetes, doença renal crônica (DRC) moderada à grave, de doença cerebrovascular, de alterações cognitivas e das atividades instrumentais de vida diária estão associadas com o aumento da mortalidade dos pacientes idosos já no momento

do diagnóstico de IC¹⁰. A presença de outras condições clínicas, sujeitas a descompensações, causa outros sintomas que demandam tratamentos que podem contribuir para a descompensação da IC. A polifarmácia pode agravar os sintomas de IC através de seus efeitos colaterais, aumentando o desafio do manejo destes pacientes.

A síndrome de fragilidade também está associada ao aumento da parcela de idosos na população, especialmente a parcela de pessoas com idade superior a 80 anos.¹¹ Essa síndrome apresenta algumas semelhanças com a síndrome de insuficiência cardíaca e admite-se que ambas sejam uma via de mão dupla em que uma contribui para o agravamento da outra no mesmo paciente, e ambas são progressivas apesar do desenvolvimento do conhecimento específico de suas fisiopatologias e de tratamentos.

Quanto mais avançada é a síndrome de fragilidade e a idade do paciente portador de IC maior será a necessidade de considerar as peculiaridades e individualizar o tratamento através de uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e da utilização de uma equipe multiprofissional. Publicação recente em periódico de cardiologia, aborda os aspectos geriátricos da síndrome de insuficiência cardíaca no idoso através de uma abordagem por domínios.¹² E na mesma direção, visando uma assistência eficiente e integral ao idoso, é necessário que médicos generalistas e geriatras desenvolvam habilidades na abordagem e no manejo de pacientes com IC.

Embora haja novas modalidades terapêuticas para aumentar a sobrevida dos pacientes portadores de IC, o paciente longo-temo tem maior mortalidade e mais dificuldade de controle de seus sintomas por causa da idade avançada propriamente, da presença de fragilidade e de múltiplas comorbidades. Conforme avança esta combinação de situações adversas, o abismo entre a prática médica centrada em doença específica e as necessidades do paciente individual aumenta.¹³ Adicionalmente, há questões de domínio psicossocial de maior prevalência nesta faixa etária, tornando necessária uma abordagem ampla e individualizada deste tipo de paciente.¹² Enquanto o cardiologista necessita desenvolver habilidades

no campo da geriatria para melhor abordagem de pacientes longo-temos cardiopatas de alta complexidade, seja atendendo individualmente ou em um sistema de abordagem transdisciplinar com múltiplos profissionais envolvidos nos cuidados ao paciente, o geriatra precisa desenvolver habilidades para abordagem e manejo eficaz da IC. O manejo otimizado do controle da IC é parte integrante do controle de sintomas do paciente. Uma característica dos cuidados ao paciente longo-temo portador de IC avançada é que parte de seu tratamento farmacológico para aumentar sobrevida torna-se prioritário para controle de sintomas em Cuidados Paliativos (CP) de IC avançada.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os CP como "uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento"¹⁴. Os CP devem começar a partir do diagnóstico com uma participação crescente conforme avança o grau de acometimento do paciente pela IC.

Não obstante a importância dos novos tratamentos que prolongam a vida do portador de IC de idade avançada, há uma fase em que o controle de sintomas para melhorar a qualidade de vida do paciente é mais importante que tratamentos que visam prolongar o tempo de sobrevida. Frequentemente, muitos sintomas relacionados ou não relacionados à IC não são adequadamente abordados ou prevenidos, e não há estudos sobre cuidados paliativos especificamente de idosos portadores de IC na literatura médica. O objetivo deste estudo foi fazer uma revisão da abordagem de idosos portadores de IC e das melhores práticas atuais para controle dos sintomas e condições clínicas, psicossociais e espirituais comumente apresentadas por essa parcela da população.

Método

A presente proposta é uma revisão narrativa da literatura, realizada através de busca ativa de artigos nacionais e internacionais que abordassem os cuidados paliativos de idosos portadores de insuficiência cardíaca. O intuito foi identificar as condutas médicas atuais para controle dos

sintomas e condições clínicas, psicossociais e espirituais comumente apresentadas por esses pacientes. O período selecionado foi janeiro de 2014 a 2019, nas seguintes bases de dados: PubMed, Scielo, Lilacs, Scopus, utilizando os Descritores em Ciência e Saúde (DeCS): insuficiência cardíaca, idoso, cuidados paliativos, e os Medical Subject Headings (MeSH): *heart failure, aged, elderly, palliative care*. Foram identificados 12 artigos de revisão acerca de cuidados paliativos de pacientes com insuficiência cardíaca, e somente dois artigos de revisão acerca de cuidados paliativos de idosos com insuficiência cardíaca.

Resultados

O conhecimento fragmentado

A partir da revisão da literatura realizada, foi observado que o conhecimento acerca de cuidados paliativos de idosos com insuficiência cardíaca é fragmentado em conhecimentos de geriatria e de gerontologia, cardiologia e cuidados paliativos propriamente ditos. É necessário unir o conhecimento atual para otimizar o cuidado ao idoso individual portador de insuficiência cardíaca, naturalmente em necessidade de cuidados paliativos nos diferentes estágios dessa síndrome, em diferentes estágios de capacidade funcional, de comorbidades associadas e de necessidades psicossociais e espirituais, além de necessidades específicas de seus cuidadores familiares ou contratados. Esta revisão narrativa foi agrupada em

dez categorias de aspectos inerentes à abordagem desses pacientes: a síndrome de insuficiência cardíaca, múltiplas comorbidades, síndrome de fragilidade, a necessidade de abordagem geriátrica ampla, aspectos sociais, aspectos espirituais, controle dos principais sintomas dos idosos portadores de insuficiência cardíaca, desligamento de aparelhos implantáveis, suporte ao cuidador e planejamento de cuidados avançados.

A síndrome de insuficiência cardíaca

A síndrome de IC é a via final comum de diversas doenças cardíacas: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, doenças valvares, cardiopatias congênitas, miocardites. Ela é caracterizada por sintomas de dispneia, cansaço e edema progressivos aos grandes esforços até estágios mais avançados caracterizados por dispneia e cansaço em repouso e/ou dispneia paroxística noturna. Atualmente o ecocardiograma com Doppler é fundamental para a classificação da IC. A fração de ejeção (FE) medida ao ecocardiograma < 40 %, associada à dilatação cavitária e falência de bomba caracteriza a ICFE reduzida (ICFEr). A FE > 50 % em paciente com manifestações clínicas de IC caracteriza a ICFE preservada (ICFEp). A IC manifesta com FE entre 40 e 49% é classificada como ICFE intermediária (ICFEi).¹⁵ O Quadro 1 resume o diagnóstico e a classificação da IC segundo a *European Society of Cardiology (ESC)*.

Quadro 1 – Diagnóstico e classificação de IC.

Tipo de IC	ICFEr	ICFEi	ICFEp
Critério 1	Sintomas+_sinais*	Sintomas+_sinais*	Sintomas+_sinais*
Critério 2	FEVE < 40 %	FEVE entre 40 e 49%	FEVE > 50 %
Critério 3	-	1. BNP > 35 ou NT-proBNP > 125 pg/mL 2. Pelo menos um critério adicional de: a. cardiopatia estrutural relevante (HVE ou AAE) b. disfunção diastólica	1. BNP > 35 ou NT-proBNP > 125 pg/mL 2. Pelo menos um critério adicional de: a. cardiopatia estrutural relevante (HVE ou AAE) b. disfunção diastólica

FEVE, fração de ejeção do ventrículo esquerdo; BNP, peptídeo natriurético tipo B; NT-proBNP, pró-peptídeo natriurético tipo B N-terminal; HVE, hipertrofia ventricular esquerda; AAE, aumento atrial esquerdo.*os sinais podem estar ausentes nos estágios iniciais de IC, especialmente na ICFEp e em pacientes tratados com diuréticos.

Fonte: Adaptado de Ponikowski P et al.¹⁵

A American College of Cardiology (ACC) e a American Heart Association (AHA) elaboraram um estadiamento da IC inspirada nos modelos de estadiamento de câncer. O estágio A caracteriza o paciente em risco de desenvolver IC devido à presença de fatores de risco para doença cardiovascular como hipertensão, dislipidemia, diabetes ou doença aórtica. O estágio B é composto por pacientes que apresentam lesão cardíaca como infarto ou hipertrofia ventricular esquerda, mas não desenvolveram ainda um quadro manifesto de IC. O grupo C é composto por pacientes que apresentam um quadro sintomático de IC, enquanto o estágio D é composto por pacientes que apresentam um quadro de IC refratária ao tratamento otimizado baseado em evidências. Nesses grupos sintomáticos (C e D) os cuidados paliativos para controle de sintomas são fundamentais para melhoria da qualidade de vida em um cenário de doença progressiva e incurável.

Uma classificação importante para manejo do paciente é o *New York Heart Association* (NYHA) para caracterização da evolução dos sintomas dos pacientes com doenças cardiovasculares. A Tabela 1 resume a classificação da NYHA para classificação da capacidade funcional dos pacientes com IC.

TABELA 1 – Capacidade funcional segundo a NYHA.

Classe I	Ausência de sintomas durante atividades habituais. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais.
Classe II	Sintomas desencadeados por atividades cotidianas.
Classe III	Sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços.
Classe IV	Sintomas estão presentes mesmo em repouso.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na classificação da *New York Heart Association* (NYHA)

Múltiplas comorbidades

A presença de quatro ou mais comorbidades no mesmo paciente caracteriza a presença de

múltiplas comorbidades. As diretrizes (*guidelines*) são baseadas em ensaios clínicos que frequentemente excluem pacientes portadores de múltiplas comorbidades. Esse aspecto deve ser considerado quando do manejo de pacientes idosos, frequentemente portadores de múltiplas comorbidades. A implementação de cuidados efetivos para pessoas com múltiplas comorbidades requer planos de cuidados individualizados que, muitas vezes, pressupõem cuidados paliativos como prioridade em relação a procedimentos diagnósticos e tratamentos fúteis de prolongamento da vida, contrariamente aos valores do paciente e de seus familiares. Esses planos de cuidados devem incluir otimização da qualidade de vida, levando em consideração preferências e objetivos do paciente, sopesando riscos e benefícios das recomendações de diretrizes de doenças específicas, observando negociações, estabelecendo prioridades, interrompendo medicamentos e procedimentos diagnósticos desnecessários ou potencialmente danosos. Enquanto se simplifica regimes terapêuticos, integrando cuidados e minimizando a carga de tratamento.⁹

A síndrome de fragilidade

Outro problema de maior prevalência no idoso é a síndrome de fragilidade: uma síndrome clínica caracterizada por diminuição da reserva biológica e diminuição da capacidade do organismo de se defender de agentes estressores. Há um estado inflamatório crônico na sua fisiopatologia semelhante ao observado em doenças crônicas como da IC. Há aumento da vulnerabilidade e perda de capacidade funcional. É um construto em evolução, havendo diferentes critérios diagnósticos. Embora o olhar clínico perceba sinais de fragilidade no paciente, é necessário o uso de critérios diagnósticos objetivos como os estabelecidos por Fried¹⁶ ou pela escala FRAIL-BR.¹⁷

Uma limitação do uso dessas ferramentas nos portadores de IC pode ser a intercessão entre os sintomas de IC e os decorrentes da síndrome de fragilidade propriamente dita. Adicionalmente, o índice de Fried demanda um tempo mais longo e tem sido pouco utilizado por médicos envolvidos em cuidados aos idosos.

O questionário ou Escala FRAIL-BR apresenta uma acurácia diagnóstica moderada comparada ao Índice de Fragilidade de Fried, como demonstrado em população com idade média de 78 anos ($\pm 4,7$), e é de mais fácil aplicação.¹⁷ Ela baseia-se na mnemônica em língua inglesa: **F**-atigue (fadiga); **R**-existence (habilidade para subir um lance de escadas sem parar); **A**-mbulation (habilidade para caminhar um quarteirão sem parar); **I**-llness (> 5 comorbidades); **L**-oss of weight ($\geq 5\%$ peso corporal em 6 meses).

As comorbidades consideradas são 11: hipertensão, diabetes melito, câncer (excluindo carcinoma basocelular de pele ou equivalente), doença pulmonar obstrutiva crônica, doença arterial coronariana ou infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, asma, artrite, acidente vascular cerebral, doença renal crônica). Na Escala FRAIL, cada item recebe 1, e classifica o paciente da seguinte forma: 0, robusto; 1 ou 2 pontos, pré-frágil; ≥ 3 , frágil.¹⁷

Um problema da fragilidade é sua vulnerabilidade a agentes e a situações estressoras. Outras condições clínicas, psicológicas e sociais corroboram para caracterizar o idoso frágil em situação de vulnerabilidade. É muito importante uma ampla avaliação destas condições porque são preditoras de evolução hospitalar (Tabela 2). fragilidade está associada à maior vulnerabilidade e a pior desfecho em pacientes hospitalizados.^{18,19}

TABELA 2 – Outras condições que aumentam a vulnerabilidade do idoso frágil.

Critérios clínicos	Comorbidades múltiplas
	Polifarmácia
	Admissões frequentes
	Quedas frequentes
	Défice sensorial
Critérios funcionais	Incontinência urinária
	Dependência em ABVD
Critérios socioeconômicos	Dependência em AIVD
	Mora sozinho
	Viuvez recente
	Institucionalização
	Idade > 80
Critérios Cognitivos-afetivos	Baixo status econômico
	Depressão

Fonte: Adaptado de referências 18 e 19.

A necessidade de avaliação geriátrica ampla

A síndrome de insuficiência cardíaca se sobrepõe a um grupo heterogêneo de idosos. A heterogeneidade desse grupo, decorrente de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida, associa-se ao envelhecimento desigual entre pessoas de mesma idade cronológica que podem ser previamente robustas, pré-frágeis ou frágeis ou evoluírem para a condição de fragilidade. Neste sentido, a AGA se impõe a todos os médicos geriatras ou não envolvidos com cuidados paliativos aos idosos. Além da avaliação clínica tradicional relacionada à avaliação do ponto de vista físico, a AGA, através de diferentes instrumentos²⁰⁻²⁵, compreende aspectos de avaliação cognitiva, funcional, nutricional, psicológica, social e espiritual do paciente: uma avaliação fundamental para o médico que toma decisões junto ao paciente idoso com síndrome de insuficiência cardíaca em necessidade de cuidados paliativos em diferentes estágios de evolução.

Aspectos sociais

Os aspectos sociais têm grande relevância na abordagem e acompanhamento do indivíduo idoso. A necessidade de suporte é variável conforme a IC pois, fragilidade e dependência evoluem. É importante inquirir acerca dos familiares com quem o paciente convive e de quais pessoas da família ou comunidade ele pode obter algum suporte social de acordo com sua necessidade do momento ou futura. Outra questão relevante é a financeira: não adianta prescrever uma lista de medicamentos de alto custo para pacientes com baixa renda salarial mesmo que sejam os últimos e melhores lançamentos do momento. É necessário avaliar e orientar a possibilidade de se obter a medicação prescrita de acordo com o suporte existente para o paciente individual na comunidade em que ele vive. Outra questão relevante é a possibilidade de isolamento social decorrente de viuvez, dispersão familiar e falecimento de pessoas do relacionamento pessoal que antes lhe prestavam auxílio.¹³

Aspectos espirituais

A abordagem de questões espirituais é importante para muitos pacientes nesta faixa etária, especialmente em fases avançadas de insuficiência cardíaca. A abordagem adequada com respeito aos valores espirituais e crenças religiosas do paciente, seja de religião organizada ou não. A espiritualidade ameniza o sofrimento e torna-se ainda mais importante nos cuidados de fim de vida. Sacerdotes de religiões organizadas ou a capelania do hospital têm um papel fundamental. Um ponto importante nesta abordagem é que cada profissional de saúde da equipe de cuidados paliativos deve ter em mente que não se deve

impor valores espirituais próprios ao paciente. Deve-se resguardar ao máximo os valores do paciente que está sob cuidados da equipe de forma a promover uma passagem respeitosa e mais pacífica possível ao enfermo.²⁶

Uma pergunta sobre a importância da fé na vida do paciente, e outra se deseja falar sobre a importância da fé e espiritualidade com você ou outra pessoa do relacionamento do paciente pode dar início a abordagem e intervenção desse domínio no manejo do paciente. Uma sugestão mnemônica fácil de ser utilizada para esta abordagem de espiritualidade e crenças religiosas é a FICA (Quadro 2).^{27, 28}

Quadro 2 – Sugestão mnemônica para avaliação da espiritualidade: "F.I.C.A."

F	Fé e crença: "-Você se considera uma pessoa espiritualizada ou religiosa?" "-Qual a sua fé ou religião?" "-O que dá significado para sua vida?"
I	Importância ou influência: "-Qual a importância da fé na sua vida?" "-Suas crenças influenciaram a forma como você cuidou de você ou de sua doença?" "-Qual o papel que suas crenças desempenham no restabelecimento de sua saúde ou no lidar com sua doença?"
C	Comunidade: "-Você parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?" "-Essa comunidade poderia lhe dar algum suporte?" "-Há um grupo de pessoas que você realmente ama ou que seja importante para você?"
A	Ação no tratamento: "-Você gostaria que eu considerasse estes temas religiosos ou espirituais nos seus cuidados de saúde?"

Fonte: Adaptado de referências 27 e 28.

Controle dos principais sintomas de idosos portadores de IC

Dispneia

A dispneia é uma experiência de dificuldade para respirar angustiante e pode ser incapacitante com grave comprometimento da qualidade de vida de paciente e familiares. O controle da dispneia decorrente de IC avançada no longo prazo, envolve o próprio tratamento da IC e de condições clínicas associadas, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), insuficiência renal crônica. Muito

importante são as medidas não farmacológicas para controle de sintomas da IC. A educação continuada de paciente, familiares e cuidadores é fundamental. Cabe ao médico e aos profissionais de saúde envolvidos explicar o que é IC, quais são as causas, como e porque ocorrem os sintomas. O paciente e familiares devem ser orientados quanto ao que fazer na vigência dos sintomas de IC. Baseados nas diretrizes da AHA/ACC consideramos que uma explicação do racional do tratamento contribui para aumentar a aderência às medidas não farmacológicas e farmacológicas. Deve ser

discutido o prognóstico de cada caso em particular e a influência de cada medicamento utilizado sobre a morbidade e a mortalidade da doença.²⁹

Ganho ponderal súbito e inesperado e pequenas modificações nos sintomas procedem descompensações hemodinâmicas graves que redundam em atendimentos de urgência e em readmissões hospitalares.

O automonitoramento do peso é uma medida não farmacológica de fácil realização, frequentemente negligenciada por médicos não envolvidos com clínica de insuficiência cardíaca. Inicialmente, os pacientes costumam aderir pouco a essa medida, principalmente, se a equipe não for capaz de fazer o paciente e os familiares compreenderem o motivo e o benefício que ele poderá obter dessa tarefa.

O paciente é orientado a adquirir uma balança para monitorar seu peso pela manhã, em jejum, sem vestimentas e de bexiga vazia em período regular (ex.: diariamente, em dias alternados). O peso deve ser anotado em uma planilha própria ou atrás da receita médica.

Em caso de aumento súbito do peso de mais de 2 kg em 3 dias, o paciente deverá comunicar ao seu médico ou equipe responsável para aconselhamento quanto ao ajuste da dose de diurético.

A restrição da quantidade de sal é mais importante na IC avançada do que em casos leves, salvo se houver hipertensão arterial sistêmica. A quantidade de sal diária não deverá exceder 2 gramas de sódio. Alimentos ricos em sal (queijos, produtos defumados, presunto) ou alimentos enlatados (salsichas, almôndegas, sardinhas) devem ser proscritos. Nunca adicionar sal à mesa (eliminar saleiros). Os substitutos do sal podem conter potássio e devem ser utilizados com cautela devido ao risco de hiperpotassemia, principalmente, se o paciente estiver em uso de medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA) e espironolactona. Frutas, vegetais, ovos e peixes frescos têm relativamente baixo teor de sal.

O controle da ingestão de líquidos aliado ao monitoramento do peso permite o uso de doses de

diuréticos menores e mais seguras para o paciente.¹⁵ Os pacientes com IC avançada devem limitar a ingestão diária de líquidos em 1,5 a 2L. A restrição é mais rigorosa (800 mL/dia) em casos mais graves.

Medicamentos utilizados para prolongar a vida (IECA, BRA, betabloqueadores) contribuem para melhorar a performance cardiovascular e melhorar a dispneia e fadiga. Digoxina oral pode melhorar a tolerância ao esforço e reduzir internação.³⁰ Medicamentos para controle hemodinâmico através de vasodilatação (nitratos) ou de estímulo da diurese para diminuir a congestão pulmonar. A diálise ou a ultrafiltração pode ser necessária para reduzir a congestão em casos de DRC grave não responsiva aos diuréticos em doses otimizadas.

Em casos de dispneia refratária de pacientes em estágio D da IC, a utilização de inotrópicos sob infusão contínua (milrinona, dobutamina) poderá ser necessária. O uso de opioide venoso ou por via oral pode ajudar no alívio da dispneia por seus efeitos hemodinâmicos de venodilatação e pelo efeito sobre receptores cerebrais e pulmonares a reduzir a percepção da dispneia, assim como por seu efeito sobre a ansiedade como tratamento paliativo.³¹ Benzodiazepínicos também podem trazer algum alívio sintomático ao atuar sobre a ansiedade em casos de dispneia refratária, mas não há estudos consistentes acerca de seu uso no contexto da IC.

O uso de broncodilatadores é útil para pacientes que têm doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) associada, mas não há demonstração de benefício em pacientes com IC descompensada isoladamente; embora na prática clínica seja frequentemente utilizado em pacientes com broncoespasmo associado à congestão pulmonar. O uso de suplementação de oxigênio está indicado para pacientes com hipóxia detectada em oximetria de pulso ou gasometria arterial. Não há comprovação de benefício em pacientes sem hipóxia, contudo muitos pacientes se tornam dependentes do uso de oxigênio por possível efeito sobre a ansiedade. Da mesma forma, o vento de um ventilador ou de uma janela aberta sobre o rosto do paciente pode igualmente trazer alívio para a dispneia,³² embora esse procedimento precise ser avaliado em portadores de IC.

Fadiga

A fadiga é uma sensação subjetiva de cansaço físico desproporcional ao nível de atividade. Pode ser referida como fadiga, cansaço, astenia ou exaustão que o limita ou impede de exercer alguma atividade física. A fadiga da IC é multifatorial. Ela está associada ao débito cardíaco reduzido, insuficiente para atender à demanda da musculatura, gerando quebra da homeostase da atividade muscular e produção de radicais livres que agravam ainda mais essa homeostase. Outros fatores que contribuem para a fadiga nos idosos portadores de IC é a presença de descondicionamento físico, sarcopenia, caquexia, anemia, apneia do sono, distúrbios eletrolíticos, hipotensão medicamentosa, uso de betabloqueadores, diuréticos e depressão.³³

O tratamento é fundamentado no manejo das causas físicas e psicológicas, devendo compreender estratégias para conservação de energia. Deve ser entendido por paciente e, principalmente, por cuidadores que não se trata de preguiça ou falta de iniciativa do paciente. O paciente necessita de facilidades para conservação de energia para atividades fundamentais. Exercício leve regular e suporte nutricional, correção de anemia com reposição de ferro quando esse elemento estiver abaixo de 100 µg/dL ou entre 100 e 330 µg/dL com saturação de transferrina < 20%, tratamento de depressão, higiene do sono e CPAP para casos selecionados, e otimização da hemodinâmica do paciente através de medidas farmacológicas e não farmacológicas.²⁹ Quando a fadiga está claramente associada a baixo débito cardíaco o uso de inotrópicos de infusão contínua deve ser considerado mesmo que em nível domiciliar.

Em pacientes em cuidados de fim de vida, o uso de Dexametasona 2 a 20 mg ao dia pode trazer alívio da fadiga e sensação de bem-estar por curto período (4 a 8 semanas); contudo, há a necessidade de ensaios clínicos randomizados. Neste mesmo contexto de cuidados de fim de vida, o uso de modafenil e metilfenidato demonstrou algum benefício em estudos com pequenas amostras. Todos estes medicamentos devem ser utilizados criteriosamente uma vez

que os estudos são de pequenas amostras e necessitam ser mais estudados neste contexto.³⁴

Edema

O edema compõe outro sinal cardinal de IC junto com dispneia e fadiga. A retenção de líquido evidenciada inicialmente na região perimaleolar tem comportamento ascendente, evolui para ascite e até anasarca. A elevação dos membros inferiores pode reduzir a tensão sobre a pele e desconforto; contudo, o uso de diuréticos de alça em doses de acordo com a gravidade e resposta é necessário. Em casos de baixa resposta aos diuréticos de alça, a associação com diurético tiazídico melhora a natriurese. A presença de edema importante dita também a necessidade da restrição de sal e a necessidade de restrição de líquidos. Quando o edema é muito grave, há edema de alças intestinais a dificultar a absorção da medicação para IC, incluindo o diurético. O uso de diurético de alça por via endovenosa melhora a resposta terapêutica até reduzir o edema local. A via subcutânea também pode ser utilizada para administração de diuréticos de alça, mas a anasarca pode ser um fator limitante para seu uso.³⁵

Dor

A dor em pacientes portadores de IC é um sintoma comum, mas pouco reconhecido e, consequentemente pouco tratado. Sua prevalência é de 41-77% em pacientes com IC.³⁶ No estudo PAIN-HF, a dor foi reportada por 293 (84,4%) dos 347 dos pacientes ambulatoriais portadores de IC, e 138 (39,5 %) dos quais apresentavam dor em mais de um local.³⁷ Os anti-inflamatórios não hormonais são contraindicados por seus efeitos de retenção de sal e volume sobre os rins. Medidas não farmacológicas, como fisioterapia para reforçar musculatura, aplicação de calor, gelo ou ultrassom, injeções intra-articulares e opioides quando necessários. É importante que dor intermitente seja tratada com medicação sob demanda e dor crônica com as medidas mais adequadas para melhorar a qualidade de vida.

A recomendação da OMS de escalonamento no uso de medicação analgésica é útil de forma

a preservar as drogas opioides para dores mais intensas e refratárias. Preferir opioides de ação curta para dor intermitente e os de ação prolongada para dores crônicas quando necessário. A morfina e a codeína deixam metabólitos ativos ao serem metabolizados nos rins, e podem acumular causando delirium e mioclonia. Devem ser reservados para uso sob demanda de forma intermitente. A metadona e o fentanil não deixam metabólitos ativos, mas a primeira pode prolongar o QT no eletrocardiograma, aumentando o risco de arritmias ventriculares, além de ainda acumular nos tecidos e tornar necessária sua titulação em período de 5 a 7 dias; enquanto o fentanil (transdérmico ou oral) é aprovado somente para dor refratária aos opioides. Devido a seu efeito constipante esperado, os opioides exigem a prescrição associada de laxantes (sena, bisacodil) para prevenir desconfortos e piora da qualidade de vida apesar do alívio da dor.^{38,39}

A dor neuropática em pacientes portadores de IC é outro desafio. Ela pode estar presente devido a comorbidades como neuropatia diabética ou compressão radicular. Gabapentina e pregabalina, utilizadas como primeira linha, estão associadas a edema de membros inferiores dose-dependente em paciente propenso a edema pela IC. O automonitoramento da evolução do edema pelo paciente e o estabelecimento de metas e facilidades na comunicação com a equipe de cuidados paliativos ajudam nas decisões de cuidados. Sedação tontura e ganho de peso também podem ser limitantes para o uso dessas drogas. Antidepressivos tricíclicos podem ser utilizados em doses menores que as doses para efeito antidepressivo com cautela devido aos conhecidos efeitos anticolinérgicos.⁴⁰ A duloxetina, um inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina (SNRI), associada à pregabalina, pode ser benéfica para dor neuropática nestes pacientes, devendo-se atentar para a possibilidade de insônia, sedação, tontura, retenção urinária, sudorese e aumento discreto da pressão arterial, náusea.

Depressão

A prevalência de depressão e de sintomas depressivos na população aumenta com o avançar da idade. A prevalência de depressão maior em

pessoas com mais de 75 anos é de cerca de 7%. Os sintomas depressivos estão presentes em 17,1 % das pessoas com idade > 75 anos, 20-30% dos > 85 anos, e em 30-50 % do > 90 anos.^{40,41} A prevalência de depressão em pacientes portadores de IC varia conforme a metodologia empregada. Uma meta-análise constatou uma prevalência de 21,6%, cerca 2 a 3 vezes maior que na população geral.⁴² A prevalência de depressão especificamente em idosos não está bem estabelecida.¹³

Alguns fatores inerentes ao quadro depressivo podem contribuir para o pior prognóstico observado nos portadores de IC. A depressão está associada a aumento da produção de citocinas inflamatórias, à piora da qualidade de vida, à baixa adesão ao tratamento, piora do desempenho cognitivo (especialmente, nos muito idosos), menor reconhecimento de sintomas iniciais de descompensação e outros sintomas, dieta inadequada, diminuição do autocuidado e ao isolamento social.⁴³

Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas o tratamento de depressão em idosos portadores de IC é um desafio à parte. O tratamento através de terapia cognitivo comportamental e exercícios podem ser benéficos quando há o suporte de uma equipe multiprofissional. O tratamento medicamentoso é outro desafio porque há escassez de estudos neste grupo e nos demais grupos etários com os diversos medicamentos antidepressivos em pacientes portadores de IC. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRIs) são considerados mais seguros nos pacientes com IC. A preferência é por drogas de menor interação medicamentosa dada a polifarmácia a que os portadores de IC são submetidos. Portanto, fluoxetina e paroxetina devem ser evitadas, preferindo-se a sertralina ou citalopram. A melhor resposta ocorre nos portadores de depressão maior. A resposta de sintomas depressivos é variável. A droga mais segura e mais estudada é a sertralina; contudo o estudo SADHART-CHF que alocou um grupo de 469 portadores de IC para receber sertralina na dose de 50 a 200 mg ao dia ou placebo não demonstrou superioridade da sertralina nos desfechos psiquiátricos ou cardiovasculares. O ponto positivo do estudo é

que pelo menos não houve mais efeitos adversos cardiovasculares da sertralina em relação ao placebo.⁴⁴ O citalopram é outra alternativa dos SSRIs mas pode prolongar o QT ao eletrocardiograma e facilitar a ocorrência de arritmias ventriculares. Outro SSRI de menor interação medicamentosa estudado em pacientes com IC foi o escitalopram no estudo MOOD-HF. Em uma amostra de 372 pacientes alocados aleatoriamente para receber escitalopram ou placebo, duplo-cego, não houve demonstração de melhora dos desfechos de melhora da depressão, de redução da mortalidade global ou de redução de desfechos cardiovasculares e o estudo foi interrompido com 24 meses pelo comitê de segurança do estudo.⁴⁵ Um cuidado especial deve ser tomado em relação ao desenvolvimento de hiponatremia com o uso de antidepressivos, especialmente os SSRIs. Entre os SNRIs, a venlafaxina deve ser evitada porque pode aumentar a pressão arterial e causar mais arritmia quando comparada à sertralina. A duloxetine pode ser uma alternativa, especialmente nos portadores de dor neuropática associada, mas foi pouco estudada em pacientes com IC. Entre os antidepressivos tricíclicos, nortriptilina e desipramina são preferidas porque têm maior seletividade para os receptores de noradrenalina menos efeito anticolinérgicos. Contudo, devem ser reservados somente aos pacientes intolerantes ao SSRIs devido aos seus efeitos sobre o prolongamento de QT e seus efeitos anticolinérgicos inerentes ao grupo farmacológico.

Em cuidados de fim de vida o metilfenidato pode ser usado isolado ou associado (citalopram ou mirtazapina) a um SSRI na parte da manhã nas doses de 2,5 a 20 mg por seu início de ação em 48 horas em casos selecionados por sua relativa segurança em casos de doenças avançadas, mas não há estudos específicos em pacientes portadores de IC. O metilfenidato pode causar taquiarritmias ventriculares, aumentar a pressão arterial e a frequência cardíaca.³¹

Anorexia, Caquexia

Anorexia e caquexia podem estar presentes no portador de IC avançada. Enquanto a anorexia é definida como redução do apetite, o diagnóstico de

caquexia segue critérios estabelecidos.⁴⁶ (Tabela 4)

A síndrome de anorexia-caquexia (SAC) ocorre em pessoas de idade avançada, portadores de câncer, AIDS, DPOC, e está presente em 10 a 15 % dos pacientes com IC avançada, sendo reconhecida como caquexia cardíaca neste contexto. A fisiopatologia é complexa e compreende um estado pro-inflamatório com alterações imunológicas, endócrinas, metabólicas e neurológicas a alterar a sinalização central e periférica dos mecanismos de controle da saciedade e do peso corporal. Possui mecanismos fisiopatológicos em comum com a síndrome de fragilidade do idoso que tem critérios diagnósticos próprios (Tabela 3) e pode evoluir para caquexia. Na IC avançada há, ainda, mal absorção de nutrientes pela má perfusão do trato digestivo, edema de alças intestinais, aumento do conteúdo colágeno. Adicionalmente, o paciente longevo tende a apresentar sarcopenia, menor reserva funcional de seu trato digestivo, redução de apetite e gastroparesia independente de SAC. Clinicamente, o paciente apresenta perda de apetite, fraqueza, e grave perda de peso por perda desproporcional de massa muscular e de tecido adiposo com redução de capacidade funcional.^{47,48} Tanto a anorexia como a caquexia isoladamente agravam o prognóstico dos pacientes com IC.

A SAC está presente em fase avançada da IC e é marcador de mal prognóstico e de terminalidade. Medidas não farmacológicas como estímulo ao consumo de pequenas refeições servidas à temperatura ambiente, preferindo-se alimentos de alto valor proteico-calórico, evitando-se líquidos e sólidos de baixo ou valor proteico nulo, utilização de suplementos alimentares vendidos em farmácias são recomendadas, oferecimento de alimentos preferidos pelo paciente segundo sua cultura alimentar e as tradições alimentares familiares.⁴⁹ O *finger-food* aliado às preferências do paciente oferecido com frequência ao paciente pode ajudar na alimentação tendo-se em vista que somente pequenas porções podem contribuir para manutenção da alimentação do paciente com SAC.

Em relação à intervenção farmacológica, não há tratamento eficaz. Foi demonstrado que o acetato de megestrol aumenta o apetite e aumenta o ga-

ndo ponderal de portadores de câncer, mas não foi estudado em portadores de IC. A retenção de líquido é uma limitação dessa droga em pacientes com IC. Outras drogas testadas (corticosteroides, mirtazapina, dronabinol) em portadores de câncer ou AIDS para aumentar o apetite e promover aumento de massa muscular não foram testadas em pacientes com IC e preocupam por seus efeitos deletérios sobre o sistema cardiovascular.³¹

TABELA 3 – Caquexia no paciente adulto: critério diagnóstico.

Doença subjacente e perda de peso ≥ 5 % em ≤ 12 meses (ou IMC < 20)	Além de 3 dos 5 critérios:
	-Redução de força muscular
	-Fadiga
	-Anorexia
	-Baixo índice de massa corporal magra
	-Bioquímica anormal
	.Inflamação
	.Anemia
	.Albumina sérica baixa

IMC= índice de massa corporal.

Fonte: Adaptado de Evans et al, 2008.⁴⁶

Não é conhecido o benefício da alimentação artificial de pacientes idosos portadores de IC avançada. O tratamento ideal para anorexia de pacientes em estágio avançado de IC é o tratamento otimizado da própria IC.⁴⁷

A SAC exige uma avaliação geriátrica ampla associada à minuciosa compreensão do estágio da IC para melhor estabelecimento de metas de cuidados e de planejamento avançado de cuidados, compartilhado com o paciente e/ou familiares de forma individualizada.

Náusea e vômitos

O paciente longevo está mais sujeito aos efeitos laterais de medicamentos utilizados para IC e outras comorbidades. Em pacientes em uso de digitalico por exemplo, a intoxicação pode se manifestar primeiramente por náuseas e vômitos. É necessária sua suspensão em caso de suspeita antes da comprovação de níveis séricos elevados de digoxinemia. O ácido acetilsalicílico (AAS) mesmo em doses baixas pode causar náusea e vômito sem que haja queixa de epigastralgia e pode ser

necessária sua suspensão provisória ou permanente em alguns pacientes que são ou passam a ser intolerantes ao AAS. Pode ser necessária a troca para outro antiagregante (ex.: clopidogrel) se a forma tamponada em doses de 75 a 81 mg associada a inibidor de bomba de prótons não melhorar os sintomas. É necessário rever toda a medicação utilizada pelo paciente para doença cardiovascular e outras comorbidades. Além de medicamentos, a gastroparesia aliada a refeições em volumes excessivos para o paciente individual pode contribuir para ocorrência de vômitos. A abordagem das náuseas e vômitos baseia-se na identificação e manejo das causas. Reduzir volume de cada alimentação pode reduzir a ocorrência de vômitos e desconforto. O uso de procinéticos e antieméticos como domperidona, bromoprida, metoclopramida, ondansetrona podem ser utilizados com atenção aos efeitos colaterais de cada um destes medicamentos individualmente.²⁶

Constipação

A prevalência de constipação é alta entre idosos. Alimentação pobre em fibras, sedentarismo e baixa ingestão alimentar podem ser as causas. Medicamentos como estatinas e anti-hipertensivos podem ser a causa também. Outras vezes, medicamentos para outras comorbidades, como medicamentos para dor (ex.: opioides). O aumento no uso de alimentos ricos em fibras e de boa hidratação podem ajudar. Medicamentos contendo sene ou lactulose ou bisacodil, assim como enemas e até extração manual de fezes impactadas podem ser necessários conforme os casos individuais.²⁶

Distúrbios do sono

O tempo e a qualidade do sono dos pacientes idosos tendem a ser reduzida. É frequente o paciente portador de IC ter seu sono prejudicado pela necessidade de micção no período noturno por causa do uso de diuréticos, outros medicamentos que causam insônia (estatinas à noite por exemplo), tosse ou dispneia por congestão pulmonar ou mesmo ansiedade por receio de passar mal no período noturno ou depressão. A causa pode ser também relacionada a hábitos inadequados para

higiene do sono. A síndrome de apneia ou hipopneia obstrutiva do sono ou apneia central causada pela IC com baixo débito pode estar presente e reduzir intensamente a qualidade do sono. O manejo consiste em medidas de higiene do sono, de controle da ansiedade (técnicas de relaxamento, uso de benzodiazepínico de curta duração, se necessário), tratamento da depressão, uso de CPAP conforme o caso individualmente.^{26,43,49}

Distúrbios de comportamento

Distúrbios comportamentais agudos são mais frequentes nos pacientes idosos portadores de IC avançada em domicílio e, principalmente, nos hospitais podendo gerar hospitalização ou prolongamento da hospitalização, respectivamente. Distúrbios agudos de comportamento podem se manifestar tanto como delírium hipoativo com importante déficit de atenção, como agitação e importante confusão trazendo riscos para descompensação do quadro cardiológico. Medidas preventivas devem ser adotadas: manutenção do paciente em seu ambiente, disponibilidade de calendários, relógios, preservação da alternância de dia e noite, estímulo cognitivo a chamar atenção para orientação espacial e temporal por parte de cuidadores e profissionais de saúde, utilização das próteses auditivas e oculares do paciente individual. Em caso de necessidade, utilização de haloperidol ou quetiapina nas menores doses eficazes podem ser utilizadas para proteger o paciente, com atenção para possíveis efeitos extrapiramidais, sedação excessiva e prolongamento do intervalo QT em pacientes que já estão em uso de outras drogas que podem propiciar o advento de arritmias ventriculares.^{26,49}

Desligamento de aparelhos implantáveis

Muitos idosos portadores de IC tiveram algum aparelho implantado em algum momento de suas vidas. Questões relacionadas ao desligamento de marcapasso, ressinchronizador cardíaco implantável, cardioversor-desfibrilador implantável (CDI) e *Left Ventricular Assist Devices (LVADs)* são levantadas por familiares ou pacientes tardiamente. O ideal é que essas questões sejam levantadas à época

do implante quando o paciente encontra-se em condições de tomar suas decisões autonomamente com a consciência de que suas decisões podem ser alteradas por ele nos anos seguintes.⁵⁰ É importante especialmente para pessoas em cuidados de fim de vida que paciente lúcido e familiares sejam esclarecidos que o marcapasso e o ressinchronizador têm importância na amenização e controle dos sintomas ao manter o ritmo cardíaco ou manter o melhor desempenho da contratilidade miocárdica possível respectivamente. Sintomas como dispneia, fadiga, confusão mental e síncope serão agravados, piorando ainda mais a qualidade de vida nos momentos finais. O desligamento de CDI pode ser apropriado para evitar manutenção da vida em caso de arritmia maligna em paciente sem perspectiva e sob risco de receber vários choques inapropriados antes de sua morte.⁵¹

Suporte ao cuidador

A responsabilidade de cuidar de um idoso portador de IC confere uma sobrecarga física e psicossocial importante ao cuidador. É importante que toda a equipe de saúde responsável pelo paciente considere abordar a questão da sobrecarga do cuidador familiar ou cuidador pago. O estresse do cuidador pode interferir com a qualidade dos cuidados ao paciente e propiciar descompensações e hospitalizações que poderiam ter sido evitadas. É importante que o cuidador seja esclarecido sobre a natureza progressiva da IC e os riscos de morte súbita do paciente. Uma conversa sobre a finitude da vida pode amenizar sentimento de culpa. Fazer o melhor pelo paciente não é fazer acima de suas condições físicas e psicológicas. Se faz importante a conscientização da necessidade do cuidador de dedicar tempo para si para que se prepare para estar mais apto a lidar com o paciente nos momentos de demandas mais críticas.^{13,49}

Planejamento de cuidados avançados

A IC é uma síndrome de prognóstico ruim, pior que a maioria dos tipos de câncer, excetuando-se o câncer de pulmão.³⁶ A conversa acerca de planejamento de cuidados avançados não tem sido

travada por cardiologistas assistentes por razões que envolvem a existência de tratamentos que prolongam a vida (betabloqueador, IECA, BRA, espironolactona), a cultura da especialidade cardiológica associada à cura e ao salvamento de vidas por procedimentos (angioplastias, cirurgias), a dificuldade de se prognosticar uma condição clínica associada também à morte súbita e pelo receio de tirar a esperança do paciente. Contudo, paciente portador de IC e familiares devem estar cientes da possibilidade de deterioração clínica nos próximos anos após o diagnóstico. Uma conversa realística, franca e sem promover falsas esperanças é especialmente importante frente a um longo portador de IC e seus familiares.

O planejamento deve ser fundamentado nas preferências do paciente em relação ao local de recebimento de seus cuidados em fim de vida (hospital de preferência, serviço especializado em *hospice* ou em residência), a nomeação de uma pessoa responsável para o caso do paciente não poder mais tomar decisões terapêuticas compartilhadas, preferências por opções de tratamento, preferência por desligamento de aparelhos implantados, ordem de não ressuscitação no estado atual de saúde em que se encontra, preferência pelo foco na qualidade de vida e morte ou para que se faça todo o possível para manutenção da vida até o último momento.⁵²

Considerações finais

A IC é uma causa importante de morbidade e de mortalidade em pessoas com idade ≥ 60 anos e causa importante acometimento da qualidade de vida do paciente, familiares e cuidadores. É difícil prognosticar pacientes com IC em todas as idades devido ao risco de morte súbita no curso da síndrome. A presença de fragilidade em idade avançada piora o prognóstico de pacientes internados. É nos idosos em que mais se deve individualizar a tomada de decisões no plano de cuidados. Os cuidados paliativos devem ser incorporados por todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos idosos com IC nos seus diferentes estágios e capacidades funcionais. Enquanto cardiologistas precisam considerar outros domínios e sintomas

não cardiovasculares do paciente idoso, médicos geriatras, de atenção primária e de cuidados paliativos precisam desenvolver habilidades específicas no campo do controle hemodinâmico cardiovascular e todos precisam trabalhar em conjunto com outras disciplinas para melhorar a qualidade de vida e amenizar o sofrimento do idoso que padece de IC. É necessário que a equipe multidisciplinar se empenhe para prevenir e amenizar os sintomas, reduzir exames, procedimentos e medicamentos desnecessários, manter uma comunicação clara e sustentada com paciente, familiares e cuidadores acerca do tratamento não farmacológico e farmacológico para amenizar os sintomas, reduzir o estresse de todos os envolvidos nos cuidados ao paciente, desenvolver um plano de cuidados com objetivo de respeitar e valorizar os valores e preferências de cada paciente individualmente, dar suporte psicológico, social e espiritual ao paciente, familiares e cuidadores, e considerar todos como uma unidade de educação, apoio e tratamento continuados.

Referências

1. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135: e146-603. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000491>.
2. United Nations [homepage na internet]. Profiles of aging 2017 [capturado 2018 Ago 10]. Disponível em: <https://population.un.org/ProfilesOfAgeing2017/index.html>.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK., Blaha MJ, Cushman M. et al. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2016;133: e38–360.
4. Gerber Y, Weston SA, Redfield MM, Chamberlain AM, Manemann SM, Jiang R, Killian JM, Roger VL. A contemporary appraisal of the heart failure epidemic in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010. *JAMA Intern Med.* 2015; 175: 996–1004. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0924
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas- DP, Coordenação de População e Indicadores Sociais [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [capturado 2019 Nov 10]. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965>
6. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Planejamento, Orçamento e gestão. Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul [Internet]. Rio Grande do Sul: Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul; 2019. Pirâmides etárias e envelhecimento da população. [capturado 2019 Nov 10]. Disponível em: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/coeficiente-de-mortalidade-geral-e-por-causas>

7. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues Dde A, et al. [Updating of the Brazilian guideline for chronic heart failure – 2012]. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1 Suppl. 1):1-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012001000001>.
8. DATASUS [homepage na internet]. Indicadores e dados básicos- Brasil 2011 [capturado 2018 Ago 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi>
9. Bierman AS, Tinetti ME. Precision medicine to precision care: managing multimorbidity. *Lancet.* 2016; 388: 2721-23. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32232-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32232-2).
10. Murad K, Goff DC Jr, Morgan TM, Burke GL, Bartz TM, Kizer JR, Chaudhry SI, Gottdiener JS, Kitzman DW. Burden of comorbidities and functional and cognitive impairments in elderly patients at the initial diagnosis of heart failure and their impact on total mortality: The Cardiovascular Health Study. *JACC Heart Fail.* 2015; 3:542-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2015.03.004>.
11. McNallan SM, Singh M, Chamberlain AM, Kane RL, Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, Roger VL. Frailty and healthcare utilization among patients with heart failure in the community. *JACC Heart Fail.* 2013 April; 1(2):135-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2013.01.002>.
12. Gorodeski EZ, Goyal P, Hummel SL, Krishnaswami A, Goodlin SJ, Hart LL, et al. Domain Management approach to heart failure in the geriatric patient. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 71(17): 921-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.059>.
13. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet.* 2015 Feb 7;385(9967):549-62. doi: 10.1016/S0140-6736.
14. World Health Organization [homepage na internet]. WHO Definition of Palliative Care [capturado 2018 Jul 30]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/e>.
15. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2016; 18(8):891-975. doi: <https://doi.org/10.1002/ehfj.592>.
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56(3):M146-156. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.
17. Aprahamian I, Cezar NOC, Izbicki R, Lin SM, Paulo DLV, Fattori A, et al. Screening for frailty with the FRAIL Scale: a comparison with the phenotype. *J Am Dir Assoc.* 2017; 18(7):592-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.01.009>.
18. Martínez Martín ML, Gnzález Montalvo JI, Otero Pruime A. Anciano frágil: hablamos todos de lo mismo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007; 42: 357-60. doi: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73575-8](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73575-8).
19. Martinez-Selles M, Vidán MT, López-Palop R, Rexach L, Sánchez E, Datino T et al. End-Stage heart disease in the elderly. *Rev Esp Cardiol.* 2009; 62(4):409-21. doi: [https://doi.org/10.1016/S1885-5857\(09\)71668-8](https://doi.org/10.1016/S1885-5857(09)71668-8).
20. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of a patient for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12(3): 189-98. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
21. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963; 185(12):914-19. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9(3):179-86. doi: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
23. Yelnik A, Bonan I. Clinical tools for assessing balance disorders. *Clin Neurophysiol.* 2008; 38(6):439-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2008.09.008>.
24. Almeida OP, Almeida SE. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) Versão Reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421-26. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.
25. Guigoz Y. The Mininutritional Assessment (MAN®). What does it tell us? *J Nutr Health Aging.* 2006; 10(6):466-87.
26. Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, Heidenreich PA, Jaenicke C, Stough WG, et al. End-of-life care in patients with heart failure. *J Cardiac Fail.* 2014; 20(2):121-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.12.003>.
27. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med.* 2000; 3(1):129-37. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>.
28. Luchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8(2):154-58.
29. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Colvin MM. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* 2017 Aug 8;70(6):776-803. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.025>.
30. Ahmed A, Rich MW, Love TE, Lloyd-Jones DM, Aban IB, Colucci WS, et al. Digoxin and reduction in mortality and hospitalization in heart failure: a comprehensive post hoc analysis of the Dig trial. *Eur H Journal.* 2006; 27(2):178-86. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi687>.
31. Stewart D, McPherson ML. Symptom Management challenges in Heart Failure: pharmacotherapy considerations. *Heart Fail Rev.* 2017 Sep;22(5):525-34. doi: <https://doi.org/10.1007/s10741-017-9632-5>.
32. Morélot-Panzini C. Fooling the brain to alleviate dyspnea *Eur Respir J.* 2017 Aug 17;50(2):1701383. doi: 10.1183/13993003.01383-2017.
33. Borges JA, Quintão MMP, Chermont SSMC, Mendonça Filho HT, Mesquita ET. Fadiga: um sintoma complexo e seu impacto no Câncer e na Insuficiência Cardíaca. *Int J Cardiovasc Sci.* 2018; 31(4):433-42.

34. Mücke M, Mochamat, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 30(5):CD006788. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006788.pub3>.
35. Tanguy-Goarin C, Cogulet V. Administration des médicaments par voie sous-cutanée en soins palliatifs. *Thérapie.* 2010 Nov-Dec;65(6):525-31. <https://doi.org/10.2515/therapie/2010066>.
36. Solano JP, Gomes B, Higson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and renal disease. *J Pain Symptom Manag.* 2006;31:58-69. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>.
37. Goodlin SJ, Wingate S, Albert NM, Pressler SJ, Houser J, Kwon J. et al. Investigating pain in heart failure patients: The Pain Assessment, Incidence, and Nature in Heart Failure (PAIN-HF) Study. *J Cardiac Fail.* 2012; 18(10):776-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2012.07.007>.
38. Goodlin SJ. Palliative care in congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2009; 54(5): 386-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.02.078>.
39. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ. Palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70(15):1919-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.08.036>.
40. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late life depression? *Psychiatr Clin North Am.* 2013;36(4):497-516. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.001>.
41. Luppa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in late life- systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2012 Feb;136(3):212-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>.
42. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure- a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcome. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 48(8): 1527-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.06.055>.
43. Abete P, Testa G, Della-Morte D, Gargiulo G, Galizia G, de Santis D, et al. Treatment for Chronic heart failure in the elderly: current practice and problems. *Heart fail Rev.* 2013; 18(4): 529-51. doi: <https://doi.org/10.1007/s10741-012-9363-6>.
44. O'Connor CM, Jiang W, Kutchibhatla M, SADHART-CHF investigators et al. Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure: results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) trial. *J Am Coll Cardiol.* 2010; 56(9): 692-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.068>.
45. Angermann CE, Gelbrich G, Stork S, et al. Effect of escitalopram on all-cause mortality and hospitalization in patients with heart failure and depression: the Mood-HF randomized clinical trial. *JAMA.* 2016; 315(24): 2683-93. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.7635>.
46. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr.* 2008; 27(6):793-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.013>.
47. Saitoh M, dos Santos MR, Emami A, Ishida J, Ebner N, Valentova M, et al. Anorexia, functional capacity, and clinical outcome in patients with heart failure: results from the Studies Investigating Co-morbidities Aggravating Heart Failure(SICA-HF). *ESC Heart Fail.* 2017 Nov;4(4):448-57. doi: 10.1002/ehf2.12209. Epub 2017 Sep 27.
48. Fudim M, Wagman G, Altschul R, Yucel E, Bloom M, Vittorio TJ. Pathophysiology and treatment options cardiac anorexia. *Curr Heart Fail Rep.* 2011;8(2):147-53. doi: <https://doi.org/10.1007/s11897-011-0049-5>.
49. Lowey S. Palliative care in the management of patients with advanced heart failure. *Adv Exp Med Biol.* 2018; 1067: 295-311. doi: https://doi.org/10.1007/5584_2017_115.
50. Barrett T. Cardiac palliative care. 2017 Oct;14(5):428-433. doi: 10.1007/s11897-017-0357-5. Published online: 6 september 2017.
51. Spiess JL. Hospice in heart failure: why, when, and what then? *Heart Fail Rev.* 2017; 22(5): 593-604. doi: <https://doi.org/10.1007/s10741-017-9595-6>.
52. Denvir MA, Murray AS, Boyd KJ. Future care planning: a first step to palliative care for all patients with advanced heart disease. *Heart.* 2015; 101: 1002-07. doi: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2014-306724>.

Wellington Bruno Santos

Doutor em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luiz Carlos Bodanese

Professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) em Porto Alegre, RS, Brasil.

Newton Luiz Terra

Professor Da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Wellington Bruno Santos

Rua Cel. Moreira César, 426/501

Icaraí, CEP: 2423005255

Niterói, RJ, Brasil