



**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIAS
CONGÊNITAS SUBMETIDAS À CIRURGIA CARDÍACA**
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CHILDREN WITH CONGENITAL HEART
DISEASE SUBMITTED TO CARDIAC SURGERY**
**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS SOMETIDOS A
CIRUGÍA CARDIACA**

Luciana Faria Bastos¹, Thiago Moura de Araújo², Natasha Marques Frota³, Joselany Áfio Caetano⁴

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil clínico e epidemiológico de crianças com cardiopatias congênitas submetidas à cirurgia cardíaca. **Método:** estudo prospectivo e documental realizado em um hospital de referência em cardiologia do Ceará/Brasil. A coleta de dados se deu por meio de formulário em 178 prontuários, no período de 2009 a 2010, armazenados em planilha Excel para análise estatística descritiva, cálculo da média e frequência relativa e absoluta, distribuídos em tabelas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, Protocolo nº 715/10. **Resultados:** a maioria era do sexo feminino (55,1%), no período de vida lactente (44,94%) e com diagnóstico prévio e sem tratamento (47,2%). A cardiopatia congênita mais presente foi a comunicação interatrial com 100 casos (56,2%), seguido da comunicação interventricular em 40,4%. **Conclusão:** o perfil de crianças com cardiopatias congênitas submetidas à cirurgia contribui na verificação de casos mais prevalentes em determinada região. **Descritores:** Doença Crônica; Criança; Doença das Coronárias; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to identify the clinical and epidemiological profile of children with congenital heart disease undergoing cardiac surgery. **Method:** a prospective and documentary study performed in a hospital of cardiology reference in Ceara/Brazil. Data collection occurred through Form 178 records in the period 2009-2010, stored in Excel spreadsheet for descriptive statistical analysis, calculating the mean and relative frequency and absolute tabulated. The research project was approved by the Ethics Committee, Protocol No. 715/10. **Results:** the majority were female (55.1%) in the period of life infants (44.94%) previously diagnosed and untreated (47.2%). Congenital heart disease was more prevalent atrial septal defect with 100 cases (56.2%), followed by ventricular septal defect in 40.4%. **Conclusion:** the profile of children with congenital heart disease undergoing surgery helps in checking cases more prevalent in a given region. **Descriptors:** Chronic Disease; Child; Coronary Disease; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: identificar las características clínicas y epidemiológicas de los niños con cardiopatía congénita sometidos a cirugía cardíaca. **Método:** estudio prospectivo y documental realizado en un hospital de referencia en cardiología de Ceará/Brasil. Los datos fueron recolectados a través de la Forma 178 registros en el período 2009-2010, se almacena en la hoja de cálculo Excel para el análisis estadístico descriptivo, el cálculo de la media y la frecuencia absoluta y relativa tabulados. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética, el Protocolo N ° 715/10. **Resultados:** la mayoría eran mujeres (55,1%) en el período de vida los bebés (44,94%) previamente diagnosticados y no tratados (47,2%). La cardiopatía congénita era frecuente defecto septal atrial más de 100 casos (56,2%), seguido por el defecto septal ventricular en el 40,4%. **Conclusión:** el perfil de los niños con cardiopatía congénita sometidos a cirugía ayuda en el control de los casos más frecuentes en una determinada región. **Descriptores:** Enfermedad Crónica; Niño; Epidemiología de las Enfermedades Coronarias.

¹Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Neonatal, Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lufarias@bol.com.br; ²Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Maranhão. Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFCE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: thiagomouraenf@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFCE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: enfanatashafrota@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFCE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: joselany@ufc.br

INTRODUÇÃO

A etiologia das cardiopatias congênitas (CC) ainda é complexa e sem conhecimento total sobre suas causas pelos pesquisadores da área. Podemos considerar que as CC têm origem na associação de fatores de natureza genética e a certos fatores ambientais predisponentes. Certas alterações cromossômicas produzem síndromes, como as síndromes de Down, de Turner e de Klinefelter, que frequentemente são acompanhadas de cardiopatias congênitas. Sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores ambientais, genéticos, medicamentosos e drogas, diabetes gestacional, lúpus e infecções como a rubéola e a sífilis. Esses fatores podem agir nas primeiras oito semanas de gravidez, momento que ocorre a formação do coração do conceito.¹⁻²

A incidência de CC varia entre 0,8% nos países mais desenvolvidos a 1,2% nos países subdesenvolvidos. No Brasil, de cada grupo de 100 nascidos vivos, um é portador de CC. Desde 2001, as anomalias congênitas são a segunda causa de mortalidade em menores de um ano, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM). O número estimado é de 22.386 recém-nascidos e lactentes, a cada ano, que necessitam de identificação, diagnóstico e eventual tratamento de suas cardiopatias, sendo estes dados aplicados exclusivamente aos nascidos vivos. Se considerarmos o número de concepções, a incidência de CC passa a ser 5 a 10 vezes maior.³

A malformação cardíaca é a anomalia congênita isolada mais comum e responsável por 3 a 5% das mortes no período neonatal. Seu reconhecimento é extremamente importante e fascina pela indiscutível implicação prognóstica, dada à rápida deterioração clínica e alta mortalidade. Cerca de 20 a 30% das crianças morrem no primeiro mês de vida, por insuficiência cardíaca ou crises de hipóxia.³

A extensão da sobrevida após o nascimento depende do tipo de cardiopatia. Os óbitos mais precoces correspondem às alterações anatômicas mais severas. As crianças que sobrevivem ao primeiro ano de vida estão expostas à progressão da sua cardiopatia e aos seus riscos inerentes, como: déficit de desenvolvimento físico, hipertensão arterial pulmonar, fibrose e disfunção miocárdica, acidentes vasculares cerebrais, trombozes vasculares e acidentes hemorrágicos; todos capazes de deteriorar substancialmente a qualidade de vida.⁴

A realização da anamnese, exame físico acurado, radiografia do tórax e eletrocardiograma subsidiam o diagnóstico, que, quando precoce e preciso, pode mudar a história natural da criança, permitindo tratamento adequado e, por vezes, cura definitiva em fase precoce da vida. As técnicas cirúrgicas evoluíram de tal forma que corrigem desde CC simples às mais complexas, chegando ao transplante cardíaco pediátrico.⁴

Recentemente, muito se tem discutido sobre a importância do diagnóstico no pré-natal das malformações congênitas. Com a melhora da qualidade dos aparelhos de ultrassonografia nas duas últimas décadas e com o treinamento de profissionais habilitados a realizarem a análise morfológica fetal, a sensibilidade do exame tem alcançado valores próximos a 83% de diagnóstico precoce. Contudo, a dificuldade na aquisição de imagens com o órgão em movimento e o grande conhecimento anatômico são apontados como os principais fatores que dificultam o diagnóstico das cardiopatias. Assim, a análise do coração fetal depende muito da experiência do examinador, e a sensibilidade do exame ultra-sonográfico, para a detecção de alterações morfológicas, pois pesquisas apontam uma variação de 40% a 90%, mesmo quando realizado por especialistas em ecocardiografia.^{2,5}

Com a constante evolução da cirurgia cardíaca, novas técnicas e tecnologias vêm sendo aplicadas com o objetivo de tornar os procedimentos cirúrgicos cada vez mais seguros e menos invasivos. Um novo capítulo começa a ser escrito com a introdução da cirurgia cardíaca minimamente invasiva videoassistida, tornando-se possível a abordagem cirúrgica de diversas doenças cardíacas através de incisões cada vez menores, diminuindo a agressão ao organismo.⁶

A identificação, o diagnóstico e o tratamento das cardiopatias congênitas são resultados do trabalho conjunto de uma equipe multidisciplinar e o grau de comprometimento e participação de cada especialista tem relação direta com a qualidade do resultado final obtido. O conhecimento sobre o perfil da realidade local pode ajudar esses profissionais na elaboração de planos de cuidados e intervenções de prevenção e detecção precoce da anormalidade cardíaca. Tivemos como objetivo identificar o perfil clínico epidemiológico das crianças portadoras de cardiopatia congênita internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pós operatória cardiológica pediátrica, no período de 2009 a

2010, de um hospital de referência do Norte e Nordeste brasileiro, na cidade de Fortaleza-CE.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo e documental com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na UTI Pós-operatória Infantil do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, que possui seis leitos, com uma média mensal de 15 admissões pediátricas para tratamento pós-cirúrgico relacionado a CC.

O hospital estudado é uma instituição quaternária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. Dispondo de todos os procedimentos de alta complexidade nestas áreas e destacando-se no transplante cardíaco de adultos e crianças. A instituição é gerenciada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e atende pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do país, quando referenciados.

A população foi os prontuários de crianças portadoras de CC internadas na unidade pós-operatória pediátrica da referida instituição, que já receberam tratamento cirúrgico e medicamentoso. Constituíram a amostra prontuários de crianças internadas entre janeiro de 2009 a janeiro de 2010. Foram excluídos prontuários de crianças com outras malformações sistêmicas e prontuários com dados incompletos. A amostragem final foi constituída de 178 prontuários.

Para realização da pesquisa utilizou-se um formulário, considerando as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, procedência), clínicas (peso, prematuridade,

presença ou não de doenças genéticas e mentais) e sanitárias (data da admissão, origem do encaminhamento, situação em relação ao diagnóstico, tratamentos prévios, critérios de internação, os tipos de cardiopatias, o tratamento recebido). Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2010, pela consulta ao prontuário. Os prontuários impressos foram obtidos junto ao serviço de Arquivo Médico da instituição. Ressalta-se que o instrumento de coleta de dados foi previamente testado (teste-piloto) e as modificações necessárias para adequação.

Após a coleta de dados, os dados foram armazenados em planilha Excel para análise estatística descritiva, cálculo da média e frequência relativa e absoluta, distribuídos em tabelas e analisados de forma descritiva.

O estudo foi realizado de acordo com os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da referida instituição com protocolo nº 715/10.

RESULTADOS

Dos 178 casos estudados, 90 (50,55%) eram provenientes do interior do estado, 82 (46%) são da capital e seis (3,5%) vieram de outros estados em busca de tratamento. Quanto ao sexo, identificou-se a prevalência do sexo feminino, totalizando 55,1% da amostra. Mais de 90% dos pacientes vieram encaminhados de outros serviços públicos, com alguns poucos casos de origem em serviços privados não especializados.

Tabela 1. Distribuição das crianças com cardiopatias congênitas submetidas à cirurgia cardíaca segundo o período de vida (2009-2010). Fortaleza/CE, 2010.

Período de Vida	n=178	%
Neonato	18	10,11
Lactente	80	44,94
Toddler	20	11,23
Pré-Escolar	8	4,49
Escolar	38	21,34
Adolescente	14	7,86
Total	178	100

Na distribuição do período de vida (Tabela 1), a maioria era lactente (44,94%), seguido das crianças na fase escolar (21,34%). Tivemos casos de pacientes admitidos com baixo peso, porém não foram associados tais dados com a cardiopatia, devido à variabilidade dos tipos de cardiopatias encontradas. Considerou-se o fato de mais de 70% já encontrar-se com o peso normal quando realizado a coleta de dados, sendo um pré-requisito para a

realização do procedimento cirúrgico a normalidade do peso corporal.

Em relação aos diagnósticos e tratamentos prévios foi identificado em 84 dos casos (47,2%) com o diagnóstico prévio, porém ainda sem tratamento, 54 (30,3%) não possuíam diagnósticos e tratamento. Somente 40 (22,5%) já possuíam o diagnóstico e iniciado tratamento em outro hospital.

Quanto ao tipo de CC apresentada, notamos maior frequência no tipo acianótica.

A comunicação interatrial apresentou 100 casos (56,2%), seguida da comunicação interventricular com 72 casos (40,4%) e persistência do canal arterial com 66 casos (37%). Algumas crianças apresentavam associação em duas CC.

Tabela 2. Distribuição das cardiopatias congênitas identificadas no prontuário de crianças submetidas à cirurgia cardíaca (2009-2010). Fortaleza/CE, 2010.

Cardiopatias	n=178	%*
Comunicação Interatrial	100	56,17
Comunicação Interventricular	72	40,44
Persistência do canal arterial	66	37,07
Dupla via de saída do ventrículo Direito	30	16,85
Transposição dos grandes vasos	20	11,23
Atresia tricúspide	14	7,86
Tetralogia de Fallot	12	6,74
Defeito do septo átrio-ventricular Total	12	6,74
Estenose Pulmonar	12	6,74
Drenagem venosa anômala pulmonar total	8	4,49
Coarctação da Aorta	8	4,49
Insuficiência mitral	6	3,37
Insuficiência Cardíaca Congestiva	6	3,37
Ventrículo único	6	3,37
Atresia Pulmonar	6	3,37
Anomalia de Ebstein	4	2,24
Síndrome da Hipoplasia do coração esquerdo	4	2,24
Hipoplasia da artéria pulmonar	4	2,24
Miocardiopatia Dilatada	2	1,12
Disfunção ventricular	2	1,12
Cor triatrium	2	1,12
Total	396	100

*O cálculo da porcentagem foi realizado com base nas 178 crianças.

Quanto aos sinais e sintomas apresentados, atuais ou passados, observamos que mais de 50% das crianças manifestavam sinais de insuficiência cardíaca, o restante manifestava cianose leve ou eram assintomáticos. Quanto ao tratamento recebido todos passaram por tratamento cirúrgico e medicamentoso (100%).

Tabela 3. Distribuição das crianças com cardiopatias congênitas quanto aos tipos de correções cirúrgicas realizadas (2009-2010). Fortaleza/CE, 2010.

Procedimento cirúrgico	n=178	%
Atriosseptoplastia	35	19,66
Ligadura de canal arterial	28	15,73
Blalock Taussing	22	12,35
Ventriculoseptoplastia	20	11,23
Coartectomia	8	4,49
Plastia Mitral	8	4,49
Cirurgia de Glenn	6	3,37
Correção de Defeito do septo átrio-ventricular forma total	6	3,37
Correção de Defeito do septo átrio-ventricular forma total	6	3,37
Bandagem Pulmonar	5	2,80
Correção total de Tetralogia de Fallot	5	2,80
Cirurgia de Jatene	5	2,80
Plastia tricúspide	5	2,80
Blalock Hanlon	5	2,80
Valvuloplastia	2	1,12
Anastomose Aórtica	2	1,12
Implante de marcapasso	2	1,12
Outros	8	4,49
Total	178	100

Todos os pacientes foram submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico (Tabela 3), e destes, os mais realizados foram Atriosseptoplastia (35 pacientes), Ligadura de canal arterial (28 pacientes), Blalock Taussing (18 pacientes) e Ventriculoseptoplastia (20 pacientes). Alguns procedimentos só foram identificados uma vez entre todos os sujeitos, a saber: cirurgia de Sano, Comissurotomia Pulmonar, Correção de Cor Triatrium, Correção de Coronária Anômala, Atriossetorrafia, Correção de dupla via de saída do ventrículo direito, Cirurgia de Senning e Ressecção do ventrículo esquerdo.

O tempo de internação hospitalar dessas crianças variou de 10 a 15 dias (28,08%), 15 a 30 dias (20,22%), acima de 30 dias (31,46%) e acima de 60 dias (20,22%). Dos casos analisados, quase a totalidade dos pacientes atendidos receberam assistência ventilatória em seu período pós-operatório (87,6%). Em relação à infecção hospitalar, observamos 86 casos (48,3%) de sujeitos com infecção.

DISCUSSÃO

As CC são comuns em nascidos vivos e ainda mais freqüentes em fetos, apresentando uma alta mortalidade no primeiro ano de vida. Sua prevalência oscila, dependendo da população

estudada. A maioria dos pacientes recebeu o diagnóstico com poucos meses de vida, salientando a importância do tratamento e contribuindo também para o aumento da incidência de CC. Na África, na cidade de Moçambique, um estudo realizado com escolares para detecção de CC, observou uma prevalência de 2,3% após uma avaliação clínica e ecográfica, o estudo também ressalta que o país apresenta uma falha na cobertura diagnóstica em 80% dos nascidos vivos, fato que dificulta na avaliação e prognósticos dessas crianças.^{7,9}

Um estudo realizado no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, em março de 2010, apontou que em relação à história familiar, 2% das crianças tinham pais consanguíneos, 18,4% tinham familiares com cardiopatia congênita e 9,2% tinham familiares com síndromes genéticas, sendo a maioria síndrome de Down. Prematuridade ou presença de doenças genéticas e mentais foi descartada pela pouca consistência e confiabilidade dos dados encontrados, apesar do número considerável de cardiopatias acianóticas associadas à Síndrome de Down. Esses dados podem ser mais bem avaliados no início da gestação e por especialista e assim proporcionar maior sobre vida dessa criança ao nascer.¹⁰

A comunicação interatrial (CIA) como lesão isolada representa 7% de todas as anomalias CC e tem grande predomínio no sexo feminino, como mostrou o estudo. A CIA é uma cardiopatia congênita caracterizada por uma abertura entre os átrios, que permite a passagem do sangue do átrio esquerdo para o átrio direito. Pode ser causada por defeitos no Ostium secundum (forame oval), no seio venoso, no Ostium primum, seio coronário ou por átrio único (quando não há nenhuma septação interatrial). A CIA usualmente é assintomática até a terceira ou quarta décadas de vida quando a falta de ar (dispnéia) aos esforços costuma surgir, além de fadiga e palpitações (percepção anormal dos batimentos cardíacos). Estes sintomas estão associados ao aumento da pressão na circulação do pulmão (hipertensão pulmonar). Ao exame físico, geralmente encontramos um desdobramento fixo, ou seja, que não varia com a respiração, da segunda bulha do coração, além de um sopro sistólico na área pulmonar e um diastólico na área tricúspide (ambos causados pela hipertensão pulmonar).¹¹⁻²

A comunicação interventricular (CIV) é a CC mais frequente com cerca de 30% dos casos. Observamos uma frequência de 40,4% de CIV, sendo a segunda CC mais frequente. Metade

dos pacientes portadores de CIV apresenta fechamento da lesão espontaneamente, enquanto 28% apresentam redução das dimensões da malformação. Aproximadamente 12% falecem em consequência de malformações associadas à prematuridade e apenas 10% dos pacientes necessitam de fechamento cirúrgico.¹²⁻¹³

A cirurgia de Blalock Taussig é um procedimento paliativo no tratamento de diversas cardiopatias, entre elas a Tetralogia de Fallot. Neste procedimento é realizada uma ponte com enxerto (sintético ou biológico), entre a aorta e a artéria pulmonar, com o intuito de aumentar o fluxo de sangue para os pulmões e consequentemente a oxigenação sanguínea. Para crianças maiores, é realizada uma avaliação do caso e das condições clínicas, bem como da gravidade da doença cardíaca, onde se pode admitir a correção paliativa ou total.^{2,3}

Atualmente, procura-se fazer a correção cirúrgica da CIV o mais precocemente possível. Os pacientes que respondem pouco à terapia medicamentosa e que continuam com sinais de grande shunt da esquerda para a direita, com diminuição do desenvolvimento e infecções pulmonares, devem ser operados no primeiro ano de vida. A idade e o peso do paciente não devem ser levados em conta como fatores proibitivos para uma eventual correção cirúrgica.²⁻³

A eficácia da função cardíaca (débito cardíaco), imediatamente após a operação, depende da qualidade da correção intracardíaca e da proteção do miocárdio. O acesso às estruturas internas do coração implica na interrupção da sua atividade de bombeamento; o coração precisa ser parado, realizado sua abertura e analisada e corrigida as lesões. Durante o tempo necessário à correção das lesões do interior do coração, a oxigenação e a circulação do sangue são desempenhados pela circulação extracorpórea.¹⁴

A mortalidade operatória em prematuros varia de 20 a 41%. O tratamento do recém-nascido prematuro é mais complexo. Essas crianças serão tratadas com uma terapêutica que inclui transfusão sanguínea, suporte nutricional, restrição de volume, diurético, inotrópico, redução da pós-carga e manuseio pulmonar com suporte mecânico ventilatório.³

Outro fator importante diz respeito à assistência ventilatória do recém-nascido, que comporta vias aéreas pequenas, peculiares, com volume minuto elevado e alterações importantes na complacência pulmonar em sua dependência da doença que o acomete. Esse fato impõe uma atenção especial no

ajuste dos parâmetros do ventilador, já que estes ajustes para recém-nascidos poderão ser diferentes mesmo em indivíduos de mesmo peso. Essa assistência se mostra fundamental em um paciente pós-cirúrgico, devido a fatores inerentes do próprio procedimento, como analgesia e circulação extra-corpórea, bem como fatores que irão determinar sua evolução clínica, como uma boa ventilação e oxigenação nas primeiras horas após a correção cirúrgica. A alta prevalência de suporte ventilatório nessas crianças submetidas à cirurgia requer atenção dos profissionais para um desmame precoce.¹⁵

Ao ser admitido na UTI em Pós-operatório Imediato (POI), as crianças são submetidas à ventilação mecânica e monitorização, sendo realizada uma avaliação clínica com destaque para a função respiratória e hemodinâmica, beneficiada pelo uso de aparatos tecnologicamente avançados.

Apesar das UTI representarem cerca de 5 a 10% dos leitos hospitalares, estima-se que nelas ocorra cerca de 25% das infecções hospitalares. A média da taxa de infecção em UTI varia conforme a especialidade, país e topografia. Em UTI pediátrica, a taxa média é de 4,9 a 9,7%. Dados do International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) que reportam dados de 98 UTIs de hospitais da América Latina, Ásia, África e Europa descrevem taxas três vezes maiores do que aquelas descritas em unidades norte-americanas, conforme o National Healthcare Safety Network (NHSN). No Brasil, as taxas globais de infecção variam de 23,8 a 60,8%.¹⁶

Alguns fatores de risco são descritos para infecções adquiridas em UTI, tais como tempo de permanência superior a 48 horas, ventilação mecânica, acesso venoso central, cateter de artéria pulmonar, cateterismo vesical, suscetibilidade do paciente, idade, doença de base, condições nutricionais e procedimentos com quebra da técnica asséptica.

Dentro desse entendimento, podemos atribuir o elevado número de pacientes com infecção hospitalar a fatores inerentes ao próprio paciente e seu quadro clínico, como a alta permanência em ventilação mecânica, debilidade causada pela doença, múltiplos medicamentos e procedimentos invasivos, bem como o manuseio do paciente realizado por diversos profissionais. Também podemos atribuir essa alta taxa ao ambiente hospitalar, já colonizado com diferentes tipos de microorganismos, que se alia ao descuido dos profissionais com as medidas de controle de infecção e as precauções padrão. Para tanto, os profissionais que lidam com crianças

portadoras de doença crônica, principalmente no ambiente da UTI, deve ter habilidades específicas, conhecimento da doença, dos sinais, sintomas e das demais características, peculiares para cada tipo de enfermidade, para que possa minimizar os riscos e danos que a criança encontra-se susceptível.¹⁶

CONCLUSÃO

A avaliação das crianças com CC, a partir dos prontuários, pode mostrar a similaridade dos indivíduos com esse problema no Brasil e em outros países. A demanda de serviços de referência para atender essa população ainda deve crescer, tendo em vista a incidência relatada em outros estudos e ao número significativo de crianças submetidas a cirurgia em apenas um anos. A prevalência do sexo feminino é semelhante a outros estudos, reforçando uma maior sensibilidade e especificidade na avaliação clínica realizada pelos profissionais da área da saúde ao perceberem algum sinal ou sintoma da CC em crianças desse sexo.

A avaliação retrospectiva e documental mostrou-se uma fonte importante de informação, mas reforça a fragilidade da documentação dos profissionais da área da saúde, devido a falta de informações que não puderam ser coletadas numa entrevista ou avaliação clínica mais detalhada. A falta de diagnóstico e tratamento prévio observado no estudo pode gerar novos questionamentos e identificar as possíveis razões da demora no tratamento.

Com a prevalência da CIV em grande parte das crianças, podemos identificar associações dessa alteração com os casos clínicos já relatados na literatura. Outro apontamento seria a prevalência de CIV e CIA na fase adulta, gerando questionamento para uma avaliação mais precoce para detecção dessas alterações na fase adulta ou ainda na adolescente.

A identificação dos procedimentos mais realizados está associada ao tipo de CC da criança, logo a busca de novas técnicas ou protocolos de atendimento pode ser gerada com as informações desse estudo e de outros com a avaliação do perfil clínico e epidemiológico. O tempo de permanência no hospital foi alarmante, devido à associação da hospitalização com as complicações do pós-operatório e a dependência de tecnologias avançadas para o prolongamento da vida

REFERÊNCIAS

1. Amaral F, Manso PH, Granzotti JA, Vicente WVA, Schmidt A. Cardiopatia congênita no

adulto: perfil clínico ambulatorial no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 May [cited 2012 June 29];94(6):707-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n6/aop04510.pdf>.

2. Allen HD, Driscoll DJ, Shaddy RE. Moss and Adams' heart disease: in infants, children, and adolescents: including the fetus and young adult. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.

3. Santana MVT. Cardiopatias Congênitas no recém-nascido: diagnóstico e tratamento. 5ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.

4. Souza P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2012 July 01];15(4):163-9. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racsol/vol-15-4/IDB%20288.pdf>.

5. Bruns RF, Moron AF, Murta CGV, Gonçalves LFA, Zamith MM. O Papel da Translucência Nucal no Rastreamento de Cardiopatias Congênitas. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2006 Sept [cited 2012 June 29];87(3):307-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n3/a13v87n3.pdf>.

6. Poffo R, Pope RB, Selbach RA, Mokross CA, Fukuti F, Silva Junior I, et al. Cirurgia cardíaca videoassistida: resultados de um projeto pioneiro no Brasil. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2009 May/June [cited 2012 July 01];24(3):318-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v24n3/v24n3a10.pdf>.

7. Wu MH, Chen HC, Lu CW, Wang JK, Huang SC, Huang SK. Prevalence of congenital heart disease at live birth in Taiwan. J Pediatr [Internet]. 2010 Feb [cited 2012 June 29];156(5):782-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20138303>.

8. Marijon E, Tivane A, Voicu S, Vilanculos A, Jani D, Ferreira B, et al. Prevalence of congenital heart disease in schoolchildren of sub-saharan África, Mozambique. International Journal of Cardiology [Internet]. 2006 Oct [cited 2012 June 02];133(3):440-41. Available from: [http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(06\)00788-1/abstract](http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(06)00788-1/abstract).

9. Amorim LFP, Pires CAB, Lana AMA, Campos AS, Aguiar RALP, Tibúrcio JD, et al. Apresentação das cardiopatias congênitas diagnosticadas ao nascimento: análise de 29.770 recém-nascidos. J Pediatr [Internet].

2008 Jan/Feb [cited 2012 June 29];84(1):83-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000100014.

10. Boas LTV, Albernaz EP, Costa RG. Prevalência de cardiopatias congênitas em portadores da síndrome de Down na cidade de Pelotas (RS). J Pediatr [Internet]. 2009 jun [cited 2012 June 29];85(5):403-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n5/v85n5a06.pdf>.

11. Wechsler SB, Wernovsky G. Distúrbios Cardíacos. In: Cloherty JP, Stark AR. Manual de Neonatologia. 4th ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2000.

12. Zanetta RAC, Afiune JY, Stape A. Abordagem das cardiopatias congênitas no recém-nascido. In: Knobel E. Pediatria e Neonatologia. 5th ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.

13. Cingolani HE. Organização geral do sistema circulatório e leis que regem o deslocamento dos líquidos. In: Cingolani HE, Houssay AB. Fisiologia Humana de Houssay. 7th ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

14. Kopelman B, Miyosshi M, Guinsburg R. Distúrbios respiratórios no Período Neonatal. 8th ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2000.

15. Moura MEB, Campelo SMA, Brito FCP, Batista OMA, Araújo TME, Oliveira ADS. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital geral público de ensino. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 July/Aug [cited 2012 July 01];60(4):416-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a11.pdf>.

16. Marques DKA, Nascimento EP, Cruz DSM, Lacerda ORM, Souza IVB, Collet N. Family's experience of living with a child's chronic renal disease. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 June [cited 2012 July 01];6(6):1338-45. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2513/pdf_1237.

Submissão: 06/07/2012

Aceito: 28/05/2013

Publicado: 01/08/2013

Correspondência

Thiago Moura de Araújo
Rua Conselheiro da Silva, 708
Bairro Jardim Violeta
CEP: 60862-610 — Fortaleza (CE), Brasil