

O difícil cotidiano dos pacientes com insuficiência cardíaca

The Difficult Daily Life of Heart Failure Bearing Patients

El difícil cotidiano de los pacientes con insuficiencia cardiaca

Thereza Cristina Terra de Oliveira de Abreu e Souza^{1*}; Dayse Mary da Silva Correia²; Daiana Cordeiro Nascimento³; Barbara Pompeu Christovam⁴; Deyse Conceição Santoro Batista⁵; Ana Carla Dantas Cavalcanti⁶

Como citar este artigo:

Souza TCTOA, Correia DMS, Nascimento DC, *et al.* O difícil cotidiano dos pacientes com insuficiência cardíaca. *RevFundCareOnline*.2019.out./dez.;11(5):1340-1346.DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1340-1346>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to assess the main limitations reported by heart failure bearing patients. **Methods:** It is a secondary analysis of an exploratory study with a qualitative approach. This study was performed with 15 patients with heart failure, out of the 167 undergoing ambulatory care, and over the period from March to July 2011. The collection of primary data was based on semi-structured interviews with subsequent analysis according to the Bardin's perspective. The secondary analysis was performed according to the retrospective interpretation strategy. **Results:** There were female predominance (73.3%); incomplete elementary school (80.2%); hypertensive patients (80.2%); dyslipidemic patients (53.4%); and diabetics patients (33.3%). Concerning the daily limitations, the following stand out: impaired walking, precarious sleep pattern, fatigue, dyspnea, loss of autonomy, dependence on others, poor sleep pattern, low sexual activity. **Conclusion:** By taking into consideration the heart failure, a chronic disease, it is fundamental for nurses to look for guidelines and strategies that are able to develop the capacity for self-care, prevention and health promotion.

Descriptors: Heart Failure, Nursing, Self-Care.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (PACCS/UFF).Especialista em Cardiologia para Enfermeiro pela Universidade Estácio de Sá. Membro do GEPHAS CNPq, Niterói (RJ), Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Ciências Cardiovasculares. Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). Líder do Grupo de Enfermagem e Pesquisa em Hipertensão Arterial Sistêmica (GEPHAS) CNPq, Niterói (RJ), Brasil.

³ Graduanda em Enfermagem do Curso de Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). Membro do GEPHAS CNPq, Niterói(RJ), Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).

RESUMO

Objetivo: Analisar as principais limitações relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca. **Método:** análise secundária de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 15 pacientes portadores de insuficiência cardíaca no período de março a julho de 2011, dentre os 167 em atendimento ambulatorial. A coleta de dados primários deu-se a partir de uma entrevista semi-estruturada, com posterior análise de Bardin, e para presente análise secundária foi utilizada como estratégia a interpretação retrospectiva. **Resultados:** predominância do sexo feminino (73,3%); ensino fundamental incompleto (80,2%); hipertensos (80,2%); dislipidêmicos (53,4%); diabéticos (33,3%). Quanto às limitações no cotidiano, destacam-se: deambulação prejudicada, padrão de sono precário, fadiga, dispneia, perda de autonomia, dependência de terceiros, padrão de sono precário, baixa frequência da atividade sexual. **Conclusão:** na insuficiência cardíaca, uma doença crônica, é fundamental que o enfermeiro busque por orientações e estratégias, as quais possam desenvolver a capacidade de autocuidado, prevenção e promoção da saúde.

Descritores: Insuficiência Cardíaca, Enfermagem, Autocuidado.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las principales limitaciones relatadas por pacientes con insuficiencia cardiaca. **Método:** análisis secundario de un estudio exploratorio, de abordaje cualitativo, realizado con 15 pacientes portadores de insuficiencia cardiaca en el período de marzo a julio de 2011, entre los 167 en atención ambulatoria. La recolección de datos primarios se dio a partir de una entrevista semiestructurada, con posterior análisis de Bardin, y para el presente análisis secundario se utilizó como estrategia la interpretación retrospectiva. **Resultados:** predominio del sexo femenino (73,3%); educación básica incompleta (80,2%); hipertensos (80,2%); dislipidémicos (53,4%); diabéticos (33,3%). En cuanto a las limitaciones en el cotidiano, se destacan: deambulación perjudicada, patrón de sueño precario, fatiga, disnea, pérdida de autonomía, dependencia de terceros, patrón de sueño precario, baja frecuencia de la actividad sexual. **Conclusión:** en la insuficiencia cardíaca, una enfermedad crónica, es fundamental que el enfermero busque orientaciones y estrategias, que puedan desarrollar la capacidad de autocuidado, prevención y promoción de la salud.

Descriptores: Insuficiencia cardíaca, Enfermería, Autocuidado

INTRODUÇÃO

No Brasil, no ano de 2013, ocorreram 1.138.670 óbitos, onde 29,8% (339.672) foram decorrentes de doenças cardiovasculares (DCV). No mundo, essas doenças continuarão no ranking das mais letais, e em 2030, serão responsáveis pela morte de 23,6 milhões de indivíduos.¹

Dentre as doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) é motivo de aproximadamente 4% das internações em geral e 31% das internações por doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. O período médio de hospitalização é de 5,8 dias, e a mortalidade hospitalar varia entre 5,6 a 6,0%, gerando um custo superior a 200 milhões de reais, segundo dados do Ministério da Saúde.²

A IC é uma doença crônica, constituindo uma complexa síndrome clínica, de caráter sistêmico, provocada por disfunção no músculo cardíaco levando a uma inapropriada oferta sanguínea para suprimento das necessidades

metabólicas dos tecidos. A estimativa é de que aproximadamente 6,4 milhões de brasileiros sejam portadores da doença, sendo a mais significativa etiologia da IC, a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial.³

Contudo, no contexto mundial, estima-se que haja 27 milhões² de indivíduos com a doença, por exemplo, aproximadamente 6,5 milhões na Europa, 5 milhões nos Estados Unidos e 2,4 milhões no Japão, e ainda de 1 milhão de novos casos diagnosticados anualmente⁴. Portanto, tornando-a um caso grave de saúde pública em diversos países, onde o cuidado de enfermagem em diferentes níveis de atendimento ao paciente com IC deve ser diferenciado, buscando identificar as necessidades individuais de saúde.

Estudos evidenciam que dentre as causas de internação por IC normalmente há uma associação de práticas insuficientes de autocuidado, que decorrem principalmente de uma gestão ineficaz do regime terapêutico.⁵ Além disso, a IC como uma doença crônica, poderá ao longo do tempo apresentar um conjunto de limitações relatadas e sentidas pelos os pacientes trazendo impacto o autocuidado.

Bub e cols⁶ descrevem que as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Na IC, a manutenção do autocuidado engloba principalmente, a adesão às recomendações farmacológicas, consumo de dieta com pouco sal, cessação do uso de tabaco, consumo limitado de álcool, monitoração diária do peso e de sinais ou sintomas de descompensação da doença. Nesse sentido, autocuidado é um processo de tomada de decisão que os pacientes usam na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica, e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem.⁷

O desenvolvimento de intervenções de enfermagem tem como propósito atender satisfatoriamente as necessidades do paciente. As ações realizadas pelo enfermeiro requerem um planejamento adequado visando uma melhor abordagem individual bem como uma avaliação rigorosa de sua eficácia na otimização da prática do autocuidado e de sua tradução em resultados clínicos.⁸

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar as principais limitações relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo de análise secundária, a partir de uma pesquisa exploratória realizada com 15 pacientes, no período de março a julho de 2011, em um ambulatório especializado, de um hospital universitário, com 167 pacientes sob diagnóstico clínico, e média de 8,7 anos desde o diagnóstico de insuficiência cardíaca.⁽⁹⁾ A amostra foi do tipo intencional, não probabilística, para qual utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada

elaborado pela pesquisadora principal e um gravador MP3 para coleta dos dados. Em média, os relatos duraram 30 minutos, os quais foram transcritos na íntegra para Análise de Bardin.¹⁰

A pesquisa original foi aprovada no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob parecer nº 026 A/2011.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, e excluídos aqueles com déficit cognitivo e instáveis hemodinamicamente. E para o anonimato dos participantes, a identificação foi por meio de pseudônimos referentes a pedras preciosas.

Das 05 categorias apontadas na pesquisa original, destacou-se para esta análise, aquela cuja denominação foi “As limitações impostas pela insuficiência cardíaca crônica”, devido a expectativa de impacto no autocuidado.

Para esta análise secundária, utilizou-se como estratégia a interpretação retrospectiva do relato de todos os pacientes referente a pergunta “O que você fazia antes, e que não faz mais após o diagnóstico da doença?”, com posterior associação das características sociodemográficas e dos relatos às evidências científicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 15 pacientes, houve uma predominância do sexo feminino, formada por 11 (73,3%) mulheres, com idade média de 51 a 60 anos. Enquanto, no sexo masculino (26,7%), a média de idade manteve-se entre 61 a 70 anos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi encontrada isoladamente em cinco (33,3%) pacientes. E em sete (46,7%) indivíduos a hipertensão estava associada a outras comorbidades.

A dislipidemia foi observada isoladamente em dois (13,3%) pacientes, enquanto o diabetes mellitus não foi autorreferida como única comorbidade nessa amostra, sendo encontrado apenas em associação com outras doenças. E foi observado que um (6,6%) paciente relatou ser portador das três principais comorbidades (HAS, diabetes mellitus e dislipidemia), enquanto outro referiu não possuir nenhuma doença associada a insuficiência cardíaca.

Tabela 1. Distribuição das características clínico-sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em atendimento ambulatorial no ano de 2011. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

Características clínico-sociodemográficas	Total (%)	Sexo	
		Feminino (n (%))	Masculino (n (%))
	15 (100)	11 (73,3)	4 (26,7)
Idade			
40 a 50 anos	1 (6,6)	1 (9,1)	-
51 a 60 anos	7 (46,7)	6 (54,5)	1 (25)
61 a 70 anos	4 (26,7)	2 (18,2)	2 (50)
71 a 90 anos	3 (20)	2 (18,2)	1 (25)
Situação Conjugal			
Casado(a)	8 (53,4)	4 (36,4)	4 (100)

Viuvo(a)	3 (20)	3 (27,2)	-	-
Separado(a)	2 (13,3)	2 (18,2)	-	-
Solteiro(a)	2 (13,3)	2 (18,2)	-	-
Religiosidade				
Católico(a)	7 (46,7)	4 (36,4)	3 (75)	
Evangélico(a)	6 (40)	5 (45,4)	1 (25)	
Não segue uma religião	2 (13,3)	2 (18,2)	-	-
Escolaridade				
Ensino Médio Completo	1 (6,6)	1 (9,1)	-	-
Ensino Fundamental Completo	1 (6,6)	-	-	1 (25)
Ensino Fundamental Incompleto	12 (80,2)	9 (81,8)	3 (75)	
Analfabetismo	1 (6,6)	1 (9,1)	-	-
Comorbidades				
Diabetes Mellitus	5 (33,3)	3 (27,2)	2 (50)	
Dislipidemia	8 (53,4)	5 (45,4)	3 (75)	
Doença Arterial coronariana	4 (26,7)	3 (27,2)	1 (25)	
Infarto Agudo do Miocárdio	2 (13,3)	1 (6,6)	1 (25)	
Hipertensão Arterial Sistêmica	12 (80,2)	9 (81,8)	3 (75)	

Quanto às modificações e limitações no cotidiano, as quais impostas pela doença e sua sintomatologia, o relato da maioria dos pacientes destaca-se principalmente para: deambulação prejudicada, padrão de sono precário, fadiga dispneia, dependência de terceiros, padrão de sono precário e baixa frequência da atividade sexual. Ainda sob relato, a perda da autonomia e a dependência de terceiros, apontam para o autocuidado deficiente.

É uma inferência importante, pois estima-se que nos próximos anos ocorra um aumento na incidência e na prevalência de IC, principalmente, em indivíduos com idade entre 60 e 80 anos, elevando o número de casos novos e tornando o número de casos existentes em cerca de 10 vezes¹¹. Entretanto, neste estudo, há o aparecimento da doença a partir dos 51 anos. A IC representa uma das principais causas de morbimortalidade entre os idosos e ainda uma das principais causas de internação e utilização dos serviços de emergência por essa população, no Brasil e no mundo.¹¹

A associação das características sociodemográficas com a Insuficiência Cardíaca

Com 53,4% de casados, este dado constitui-se em uma informação importante associada ao autocuidado. Pois, de acordo com o estudo¹² norte - americano publicado em 2008, em que os autores avaliaram a percepção do suporte social através de instrumento específico comparando os resultados com o perfil de autocuidado nos pacientes com IC, concluíram que indivíduos portadores de IC que vivem na companhia de alguém próximo apresentam melhor e maior desempenho nas atividades de autocuidado.

Quanto a religiosidade, aqui entendida como espiritualidade, foi recentemente estudada no contexto das doenças crônicas que avançam com baixa qualidade de vida e desfechos sinistros e previsíveis. O bem-estar espiritual mostrou que pode trazer benefícios na forma como pacientes portadores de IC lidam com sua enfermidade, bem como impactar positivamente a mortalidade pela doença¹³. Tal fato foi observado, visto que os participantes serem católicos ou evangélicos e terem crenças pessoais, ainda que uma porcentagem menor de pacientes tenha dito não seguir

uma religião específica.

Para o grau de escolaridade, observamos que a maioria dos participantes o referiu baixo, identificado por “ensino fundamental incompleto”, fato que pode interferir na compreensão das orientações e adesão ao tratamento, comprometendo a qualidade de vida e o autocuidado. Logo, as características sócio-demográficas, aspectos culturais, nível de educação e clínicas específicas, para acompanhamento de portadores de IC são descritos na literatura como variáveis que influenciam no autocuidado desses pacientes⁷. Portanto, quanto maior a escolaridade do indivíduo, maior é a facilidade deste para compreender sua patologia, sintomatologia e melhor aptidão na tomada de decisões para a promoção, recuperação e proteção da saúde.¹⁴

Com frequência, a IC é acompanhada de diferentes comorbidades que afetam o tratamento e a evolução natural da doença. O registro americano ADHERE¹⁵ reuniu informações de mais de 100.000 indivíduos hospitalizados em virtude da descompensação da doença, e mostrou que 90% dos pacientes eram portadores também de hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana crônica e diabetes mellitus. Essa pesquisa atesta a evidência das principais doenças associadas a insuficiência cardíaca, com destaque para a hipertensão arterial isquêmica, encontrada em 80% dos pacientes da amostra.

Pacientes portadores de IC apresentam manifestações clínicas importantes, progressivas e altamente limitantes, que afetam não só a dimensão física, mas também a psicológica. O convívio com a doença crônica implica em modificações nos hábitos do binômio indivíduo / família e muitas vezes não podem ser colocadas em prática de forma paulatina, trazendo significativo impacto na rotina desses clientes.

A partir destas características sociodemográficas, foi selecionada a categoria referente às “limitações impostas pela insuficiência cardíaca crônica”, a qual consequentemente trouxe impacto ao autocuidado dos investigados.

Análise secundária das limitações no cotidiano do paciente com insuficiência cardíaca e o autocuidado

Inicialmente, foi feito o seguinte questionamento: O que você fazia antes, e que não faz mais após o diagnóstico da doença?

Os depoimentos apontaram para a diminuição do ritmo das atividades bem como a dificuldade de locomoção associada ao cansaço extremo. Uma vez, que os pacientes precisam se adaptar as limitações que acompanham a doença e não raramente isso envolve o abandono do trabalho e não realização de atividades corriqueiras.

As alterações provenientes da IC não se limitam ao âmbito cardíaco, já que os principais sintomas, a fadiga e a dispneia, podem prejudicar a tolerância ao exercício físico. A evolução desses sintomas acarreta uma diminuição do nível da atividade física que favorece o agravamento do

quadro clínico e aumenta a intolerância a atividade, reduzindo progressivamente a capacidade funcional e qualidade de vida desses pacientes¹⁶ como mostram os depoimentos a seguir:

“Hoje eu não posso fazer é nada. Assim, por exemplo, não posso mais lavar roupa abaixada. Pra mim tudo tem que ser no tanque ou em cima de uma mesa né. Eu não posso varrer casa que me cansa. Hoje eu não posso mais fazer. Há 15 anos que eu não trabalho mais pra ninguém. Trabalho por conta própria porque no dia que eu não puder ir eu não vou, no dia que eu sentir que eu tô mal eu não vou.” (Safira)

“Eu fazia tudo, assim num dia só. Fazia faxina na casa, encerava a casa, fazia tudo no mesmo dia[...]. Agora não, tem que fazer tudo devagar, cada dia eu faço uma coisa.” (Água Marinha)

“Assim, pra mim sair, pra mim andar. Eu não posso andar muito porque me cansa.” (Pérola)

Este quadro de sinais e sintomas de congestão como dispneia, dispneia paroxística noturna, cansaço e edema são evidências encontradas em um estudo que identificou as principais manifestações clínicas em pacientes admitidos por episódio de descompensação da IC¹⁷.

A fadiga é a expressão de inúmeras sensações referidas pelos pacientes como cansaço e falta de energia¹⁸ e a dispneia é sensação de dificuldade respiratória, sendo o principal sintoma da insuficiência cardíaca. Desta forma, é importante a atuação da equipe de enfermagem frente ao paciente, pois além da fisiopatologia que desencadeia, também agrega o fator emocional como: ansiedade e nervosismo, por exemplo, podendo acarretar uma crise ou agravar o sintoma, consequentemente, dificultando mais ainda, o controle da dispneia¹⁷.

A dispneia é um achado clínico originário da hipertensão venocapilar pulmonar e normalmente provoca da quando o paciente realiza esforço físico superior à sua capacidade. Essa falta de ar pode ocorrer, algumas vezes, associada a um desconforto respiratório durante a noite, ainda que deitado. A posição horizontal favorece o deslocamento de líquido para o interior dos pulmões. Os pacientes com IC podem ser “obrigados” a dormir na posição sentada para evitar que o fenômeno aconteça¹⁹, como mostram os depoimentos abaixo:

“Às vezes eu tenho que colocar muito, às vezes eu tenho até que tirar o travesseiro, quando tá com muita falta de ar assim, muita coisa assim. Ai eu tenho que ficar assim, um pouco assim. [paciente demonstra suspendendo o corpo]. É, sentada. Pra poder melhorar.” (Pérola)

“Ultimamente eu não tenho acordado com falta de ar não porque eu voltei a tomar um remédio. Mas aí, há uns 15 dias atrás, eu acordava com uma falta de ar que

eu sentava na cama e ficava parado. Deitava de novo, voltava.” (Topázio)

Esta situação desencadeia um sono de má qualidade, e isto pode prejudicar a cognição e as práticas de autocuidado. Ou seja, um padrão de sono comprometido pode reduzir a adesão ao regime terapêutico e aumentar o risco de hospitalização não planejada. A compreensão dos distúrbios do sono na IC é importante para elaborar pertinentemente o plano terapêutico englobando a multidimensionalidade da doença e oferecer um melhor atendimento as pessoas com IC.²⁰

Os pacientes com IC, além do comprometimento físico, impacto em suas atividades pessoais e profissionais, é possível que tenham a necessidade de receber cuidados ou apoio de terceiros, resultando na perda de autocuidado e autoestima. Essa dependência produz sentimentos desconfortáveis como: constrangimento, sensação de inutilidade e tristeza, como dito por uma participante:

“Às vezes fico dependendo dela (esposa). Tudo isso me agonia, me dá uma tristeza, e ao mesmo tempo nervoso, tudo depender dela.” (Jaspe)

“Eu gostava assim, de tirar as coisas de um lugar para outro e não ficar pedindo a ninguém, né. É muito ruim a gente ficar pedindo ‘tira isso, faz isso’. A minha vontade é de fazer.” (Rubi)

O indivíduo acometido por uma doença crônica, como a insuficiência cardíaca, vivencia modificações nos seus hábitos de vida decorrentes da própria patologia, como alterações referentes ao uso de medicações (horário, quantidade, troca de remédio), consultas frequentes e/ou reinternações²¹. A cronicidade de uma doença pode levar, em casos mais extremos, o cliente a perder totalmente sua capacidade autonomia e autocuidado.

O enfermeiro desempenha importante papel frente aos pacientes com IC a medida que promove o conhecimento desses indivíduos sobre sua doença e tratamento. Quando a doença já está instalada, a atuação do profissional deve estar direcionada para a orientação sobre os benefícios do tratamento farmacológico e não farmacológico, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis²². O enfermeiro deve ajudar o paciente a criar mecanismos de adaptação a um estilo de vida ainda desconhecido bem como encorajá-lo, dentro de suas possibilidades, a continuar executando atividades que estimulem sua independência.

Outra limitação relatada refere-se a vida sexual, a qual foi citada por grande parte dos pacientes como muito comprometida pela IC e acredita-se que o fato esteja relacionado basicamente a dois fatores: surgimento de sentimentos como ansiedade, medo da morte e restrição da atividade física, bem a utilização de medicamentos que provoquem disfunção erétil e perda da libido²³, como mostram os de-

poimentos a seguir:

Ah, cansaço. Ah, atrapalha. Atrapalha (as relações sexuais). Porque cansa, dá cansaço na gente também. Cansa, dá muita dor assim no peito, a gente fazer muita coisa assim. Deus me livre. Aguento não.” (Pérola)

“E se força uma barra quase que morre. Às vezes até quero, mas até evito. Não dá mais, não dá. A gente até faz. A mulher nem sabe como é que você ficou. Nossa mãe! Falta ar. Coisa que nunca foi assim.” (Quartzo)

Diversos fatores, incluindo as mudanças fisiológicas já esperadas e decorrentes do processo de envelhecimento, disfunções induzidas por medicamentos e alterações vasculares associadas a fatores de risco (por exemplo, diabetes, hipertensão e dislipidemias), somadas ao impacto emocional da doença cardíaca, podem influenciar a vida sexual dos pacientes²³.

Apesar de não estar bem estabelecida a influência dos fármacos na atividade sexual do portadores de IC, sabe-se que pesquisas continuam sendo realizadas, e os inibidores da fosfodiesterase tem sido estudados como possíveis causadores de disfunção erétil nesses pacientes. As orientações e os esclarecimentos devem ser dados visando a não progressão dos sintomas e o desempenho está diretamente ligado aos temores do cliente e parceiro⁵.

Os depoimentos apontam que, além das reações adversas possivelmente causadas pelos fármacos e o impacto psicológico da doença, a fadiga é um forte componente na alteração dos hábitos sexuais.

A abordagem da equipe de enfermagem, sobre o tema sexualidade frente ao paciente, deve se manter frequente em todas as rotinas. Pois, a disfunção sexual está relacionada a inúmeras patologias, ressaltando que é um marcador precoce de doenças cardiovasculares. Logo, o enfermeiro deve reservar um momento específico para a abordagem do assunto e buscar manter um olhar holístico em relação ao paciente. Não raramente, o enfermeiro está preso aos seus medos e tabus sobre sexualidade, obstruindo um exercício profissional criativo e sensível²⁴.

Quando destacamos aspectos importantes no cotidiano de um paciente com IC, como dificuldades de locomoção, autocuidado deficiente, dependência de terceiros, e frequência da atividade sexual, ampliamos o contexto no qual o indivíduo se encontra e as diferentes formas de abordagem que precisam ser implementadas pelo enfermeiro.

Em virtude das características da doença e das amplas implicações impostas ao doente, é importante que a IC seja abordada de forma multidisciplinar. Os profissionais de saúde que dedicam à assistência a esses pacientes precisam estar atentos não só ao estilo de vida que foi modificado, mas também ao estado emocional e psicológico dos clientes.

CONCLUSÕES

Na análise do impacto trazido pela doença e as principais modificações de vida dos pacientes com IC, vislumbram-se as dificuldades de adaptação em curto espaço de tempo. Pois, se antes “saudável e independente”, com poder de decisão, controle no cotidiano, autocuidado satisfatório, de repente impõe-se a necessidade de aprender a conviver com as limitações trazidas pela insuficiência cardíaca, e os aspectos da cronicidade e sintomatologia.

A avaliação, o acompanhamento e a prevenção dos fatores precipitantes de descompensação da doença são aspectos indispensáveis para o melhor controle da insuficiência cardíaca e prevalência. Logo, é fundamental que o enfermeiro promova estratégias que capacitem os pacientes para manutenção da condição de saúde, autonomia no autocuidado e aumento da qualidade de vida.²⁵

REFERÊNCIAS

- 1- Manual de prevenção cardiovascular / [editores Ricardo Mourilhe Rocha, Wolney de Andrade Martins]. --1. ed. -- São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em : https://socerj.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascular_SOCERJ.pdf
- 2- Andrade JP, Piva e Mattos LA, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral de Doenças Cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(3): 203-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n3/v100n3a01.pdf>
- 3- Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1 supl.1):3-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1s1/abc93_1s1.pdf
- 4- Bocchi EA; Arias A; Verdejo H; Diez M; Gómez E; Castro P, Interamerican Society of Cardiology. The reality of Heart Failure in Latin America. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(11):949-58. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109713025278?via%3Dihub>
- 5- Silva AF, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, Fé A et al. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas. *Rev Latino-Am Enf.* 2015; 23 (5): 888-94. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/106155/104814>
- 6- Bub MBG, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss P, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto contexto - enferm;* 2006;15:152-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>
- 7- Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(4):578-86. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00578.pdf
- 8- Boisvert S, Proulx-Belumeur A, Gonçalves N, Doré M, Francoeur J, et al. Revisão integrativa sobre intervenções de enfermagem voltadas para a promoção do auto-cuidado entre pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev Latino- Am Enfermagem.* 2015;23(4):753-68. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00753.pdf
- 9- Oliveira TCT, Correia DMS, Cavalcanti ACD. O impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano: Percepção do paciente em acompanhamento ambulatorial. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013;7(6):4497-504. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11692/13887>
- 10- Bardin L. Análise das relações. In: Análise de conteúdo. Lisboa - Portugal: Edições 70, 1979 (Coleção Persona). p. 197 - 203.
- 11- Xavier SO, Ferreti-Rebustini REL, Santana-Santos E, Luchessi PAO, Hohl KG. Insuficiência Cardíaca como preditor de dependência funcional em idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(5):790-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49n5/pt_0080-6234-reusp-49-05-0790.pdf
- 12- Sayers SJ et al. Social Support and Self Care of patients with Heart Failure. *Annals Behavioral Medicine, United Kingdom.* 2008; 35(1):71-9. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article/abstract/35/1/70/4430758?redirectedFrom=fulltext>
- 13- Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC et al. Associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 106(6): 491-501. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160076.pdf
- 14- Medeiros J, Medeiros CA. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e51082. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51082>
- 15- Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, LeFemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100.000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J.* 2005;149(2):209-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846257>
- 16- Carvalho LA, Rattes C, Brandão DC, Andrade AD. Eficácia do suporte ventilatório não invasivo no incremento da tolerância ao exercício em pacientes com insuficiência cardíaca: uma revisão sistemática. *Fisioter Pesq.* 2015;22(1):3-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00003.pdf>
- 17- Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online).* 2011; 32(3): 590-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300022
- 18- Fin A, Cruz DALM. Características da Fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. *Rev Latino – Am Enfermagem.* 2009;17(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_19
- 19- Araujo AA, Nobrega MML, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE*. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(2):385-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200016
- 20- Santos, MA. Cruz DALM, Barbosa RL. Fatores associados ao padrão de sono de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(5):1105-102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500011&script=sci_abstract&tlng=pt
- 21- Lacerda MS, Cirelli MA, Barros ALBL, Lopes JL. Ansiedade, estresse e depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100403&script=sci_arttext&tlng=pt
- 22- Freitas MTS, Puschel VAA. Insuficiência Cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(4):922-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000400922&script=sci_abstract
- 23- Stein R, Hohmann CB. Atividade sexual e coração. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 86(1):61-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000100010
- 24- Branca SBP, Coelho DMM, Costa AVV, Nascimento CRO, Sousa ESD. Abordagem do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a sexualidade do idoso. *Rev Enferm UFPE on line.* 2012;6(5):994-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7162/6463>
- 25- Pereira FAC. A utilização de escalas para avaliar o autocuidado na insuficiência cardíaca: revisão sistemática de literatura. *Revista Estação Científica.* 2014;(11):1-14. Disponível em: <http://portal.estacio.br/media/4452/artigo-07-fernanda-%C3%A1vila-da-costa-pereira.pdf>

Recebido em: 05/09/2018
Revisões requeridas: Não houve
Aprovado em: 21/09/2018
Publicado em: 05/10/2019

***Autor Correspondente:**
Thereza Cristina Terra de Oliveira de Abreu e Souza Av.
Rua Barão do Amazonas, 360, Bloco 2, apto 1102
Niterói, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP: 24.030.110