

Solange Camilo dos Santos

**FATORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO EM PACIENTE
COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dourados

2021

Solange Camilo dos Santos

**FATORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO EM PACIENTE
COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à banca examinadora do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Atenção Cardiovascular. Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Pamela Staliano

Co-orientadora: Larissa Beatriz Andreatta

Dourados

2021



**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO –
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HU/UGD.**


As 15h horas do dia 5 do mês fevereiro do ano de 2021, na (o) Sala da Telessaúde, compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Pós-Graduação – Saúde (Atenção Cardiovascular) o(a) aluno(a): **Solange Camilo dos Santos**, tendo como Título do Trabalho de Conclusão de Curso: **"FATORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"**.

Constituíram a Banca Examinadora os (as) professores (as): Dra. **Pamela Staliano**, Ma. **Simara de Sousa Elias**, e Esp. **Italo Reuber Oliveira de Menezes**. Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado aprovado com conceito 9,7 (0 a 10 pontos). Eu, **Pamela Staliano**, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.

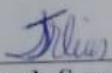
Observações: _____

Assinaturas:

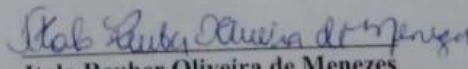
Membros da Banca Examinadora:



Pamela Staliano
Dra.
Orientador (a)



Simara de Sousa Elias
Ma.
Examinador (a)



Italo Reuber Oliveira de Menezes
Esp.
Examinador (a)

Fatores que influenciam o autocuidado em paciente com insuficiência cardíaca

Solange Camilo dos Santos

Pamela Staliano

Larissa Beatriz Andreatta

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbitos em todo o mundo, e junto ao adoecimento surge grande carga emocional, quase sempre negativa. Este estudo foi desenvolvido objetivando identificar e compreender quais fatores influenciam no autocuidado de pacientes que convivem com Insuficiência Cardíaca. O estudo contou com doze participantes cardiopatas em internação na Clínica Médica de um Hospital Universitário em Dourados-MS. Na avaliação desses pacientes foi utilizada a escala de avaliação de autocuidado em insuficiência cardíaca, entrevista semiestruturada a compreensão do diagnóstico, tratamento e cuidados com a saúde, além de dados sociodemográficos. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e por análise de conteúdo de Bardin. Os resultados indicaram baixos índices de adequação no autocuidado desses pacientes, de modo que inúmeros fatores prevalecem frente ao exercício do autocuidado como: sexo, idade, nível socioeconômico, percepção de saúde-doença, autoestima, custo do tratamento, presença ou não de uma rede de apoio entre outros.

Palavras-Chave: Doenças cardiovasculares; adesão ao tratamento; psicologia.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, y junto a la enfermedad hay una gran carga emocional, casi siempre negativa. Este estudio se desarrolló con el objetivo de identificar y comprender qué factores influyen en el autocuidado de los pacientes que viven con Insuficiencia Cardíaca. El estudio incluyó a doce pacientes cardíacos hospitalizados en la Clínica Médica de un Hospital Universitario en Dourados-MS. En la evaluación de estos pacientes se utilizó la escala de evaluación del autocuidado por insuficiencia cardíaca, una entrevista semiestruturada para comprender el diagnóstico, el

tratamiento y la atención de la salud, además de datos sociodemográficos. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y análisis de contenido de Bardin. Los resultados indicaron bajos niveles de adecuación en el autocuidado de estos pacientes, por lo que prevalecen numerosos factores en relación al ejercicio del autocuidado como: sexo, edad, nivel socioeconómico, percepción de salud-enfermedad, autoestima, costo del tratamiento, presencia o no de una red de apoyo entre otros.

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares; adherencia al tratamiento; psicología.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015), as doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morte em todo o mundo. Dentre elas, a Insuficiência Cardíaca (IC) é reconhecida por sua elevada incidência e altas taxas de mortalidade.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018) informa que esta disfunção afeta no mundo, mais de 23 milhões de pessoas, das quais, apenas 35% tem sobrevida após cinco anos de diagnóstico, com prevalência que aumenta conforme a faixa etária, chegando a apenas 17,4% em pacientes com idade maior ou igual a 85 anos.

A IC é uma síndrome em que o coração é incapaz de bombear ou encher-se de sangue adequadamente para atender às necessidades metabólicas. Pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas, caracterizando-se por sinais e sintomas que resultam em débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). O aparecimento da IC possui diversos fatores de risco associados, com destaque para o tabagismo, o sedentarismo, o abuso de álcool e drogas, a obesidade, a presença de diabetes e a hipertensão arterial (JUNQUEIRA; PINA, 2017).

Essa condição pode se demonstrar enquanto crônica ou aguda. A primeira reflete a natureza progressiva e persistente da doença, à medida que o outro termo, fica reservado para alterações rápidas ou graduais de sinais e sintomas resultando em necessidade de terapia urgente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Segundo uma revisão realizada por Freitas e Cirino (2017) dispneia é o principal sintoma da IC, outros sintomas comuns são tosse, taquipneia, ganho de peso, edema periférico, hipotensão, pulso alternante, extremidades frias e cianose, podendo haver inúmeras outras sintomatologias, a depender da fisiopatologia responsável por sua manifestação.

Logo, é perceptível que os sintomas de IC não são específicos, sendo necessário inicialmente, realizar a história médica completa, um exame físico cuidadoso e, também, um eletrocardiograma para identificar a necessidade de uma investigação adicional (FREITAS; CIRINO, 2017).

Assim, a IC se perpetua enquanto o ponto de chegada comum de quase todas as cardiopatias, sendo considerada uma patologia grave, e reconhecida, devido sua elevada incidência e altas taxas de mortalidade (SANTOS; COSTA; SARAIVA, 2004).

Aspectos emocionais da IC

Existem diversos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, dentre eles o tabagismo, o sedentarismo, o abuso de álcool e drogas, a obesidade, a presença de diabetes e a hipertensão arterial. Porém, pouco se debate acerca do impacto dos fatores psicológicos e psicossociais neste adoecimento. A depressão, a ansiedade, as características de personalidade, o isolamento social, o estresse crônico e o estresse mental também se apresentam enquanto fatores de risco à saúde do coração (JUNQUEIRA; PINA, 2017).

Junqueira e Pina (2017) discutem sobre a relação existente entre coração e mente, sendo que um evento que provoque um impacto mental intenso pode produzir, por exemplo, sensações de dor ou de ansiedade, de alegria exagerada ou de otimismo, que se estendem ao coração, alterando o seu ritmo e provocando alterações no sistema nervoso autônomo, o que segundo Grisa e Monteiro (2015), constituem fatores de risco para complicações de ordem cardiológica, e maior mortalidade dos acometidos.

Os principais sentimentos relatados pelos pacientes frente ao processo de adoecimento são: tristeza, medo da morte e preocupação com o estado de saúde, ficando evidente o conformismo relacionado à fé e à religiosidade, bem como, a segurança passada pelo acompanhamento por profissionais de saúde. Esses pacientes, em sua maioria, percebem o aumento dos gastos, o afastamento de seu meio social e das atividades cotidianas, modificações de vida que podem ocasionar maior sensibilidade e tristeza (OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCATI, 2013).

Assim, a depressão, a ansiedade e a negação da doença são manifestações psicológicas consideradas comuns em pacientes cardiopatas, principalmente, quando este se encontra em internação, também pode ocorrer perda da autoestima (GRISA; MONTEIRO, 2015).

Tudo isso se soma aos significados atribuídos ao coração que ultrapassam sua função fisiológica, se tornando mistificado enquanto o órgão central do corpo humano e responsável

pelos sentimentos, emoções e pela vida, essas representações sociais geram uma exacerbação de emoções, fantasias, medos e mecanismos de defesa próprios que podem, por sua vez, dificultar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação destes pacientes (FRAYHA et al., 2014).

Souza e Staliano (2020) ao tratarem sobre a representação deste órgão e seu adoecimento, referem-no como centro das emoções e da vida. As autoras discutem ainda acerca do sentimento de angústia e impotência dos pacientes frente às comorbidades cardíacas, uma vez que, simbolicamente, é um órgão único e insubstituível.

Logo, mesmo que de maneira inconsciente, a presença de uma cardiopatia gera ansiedade e angústia, pois a imagem que o paciente tem de si, além da forma como se coloca no mundo são abaladas ao se deparar com a sua finitude (SOUZA; STALIANO, 2020). Grisa e Monteiro (2015) complementam que o medo do desconhecido como causa para explicar insegurança e ansiedade, devido a vivência de fantasias que se manifestam por projeções imaginativas, improváveis e superdimensionadas em termos de intensidade e significado.

A Psicologia, portanto, se apresenta como fundamental no trabalho de questões associadas à doença cardíaca, procurando desenvolver a resiliência destes pacientes, contribuindo para superar o impacto emocional provocado pelo adoecimento, para modificar hábitos de comportamentos nocivos e para a reintegração do paciente em suas atividades sociais anteriores (JUNQUEIRA; PINA, 2017).

Conhecer as percepções dos pacientes portadores de IC e todos os aspectos subjetivos que envolvem o processo de adoecimento, principalmente, quando se trata de cronicidade, é fundamental para que a assistência seja realizada de forma completa e eficaz, contribuindo efetivamente para seu bem-estar (OLIVEIRA et al., 2013). Os psicólogos, junto aos demais profissionais da equipe multiprofissional, contribuirão no trabalho visando à eliminação de hábitos prejudiciais e a adoção de uma rotina saudável, de forma a contribuir para a manutenção do quadro clínico do usuário do serviço de saúde e seus familiares.

Autocuidado e pacientes com IC

Para pensar e trabalhar com a concepção de autocuidado, é importante recordar que seus fundamentos partem do campo da enfermagem, com a Teoria do Déficit do Autocuidado em Enfermagem (TDAE) postulada por Dorothea Orem. Em sua teoria geral, a autora sugere que a condição que valida a enfermagem frente a um adulto é a incapacidade deste em manter a quantidade e a qualidade de autocuidado, pois são capacidades benéficas na sustentação da

vida e da saúde, bem como, na recuperação da doença ou no enfrentamento de seus efeitos (FOSTER; BENETT, 2000).

A teoria proposta por Orem se subdivide em três outras teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, ou seja, acaba por englobar tanto o autocuidado, a atividade de autocuidado, quanto à exigência terapêutica de autocuidado (QUEIRÓZ; VIDINHA; FILHO, 2014). Ela trata sobre o desempenho e a prática de atividades que os indivíduos praticam para manter a vida, a saúde e o bem-estar e, quando estas práticas são realizadas de maneira efetiva, ajudam a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano (FOSTER; BENETT, 2000).

Nesse sentido, temos a ideia de autocuidado universal que está associada aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento de qualquer indivíduo, como oxigenação, hidratação, alimentação, eliminação, equilíbrio entre atividade e repouso, equilíbrio entre solidão e interação social, risco à vida e ao bem-estar e promoção da saúde.

Temos também os requisitos desenvolvimentais de autocuidado que são derivados de uma condição ou associados a algum evento como a adaptação a um novo emprego ou às modificações do corpo. E, por fim, o autocuidado por desvio de saúde é exigido em condições de doença ou de lesão ou pode resultar das medidas terapêuticas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição de saúde (SANTOS et al., 2004) sendo este último o que nos interessará no contexto deste trabalho.

Assim, o autocuidado por desvio de saúde nos ajuda a compreender as demandas de autocuidado que cada paciente nos mostra dentro de suas individualidades. Para Santos et al. (2004) estas demandas se relacionam diretamente ao processo de adesão e não adesão ao tratamento. O adoecimento representa um rompimento com a pressuposta onipotência em relação às vidas, fazendo com que se entre em contato com sentimentos de vulnerabilidade, surgindo como consequência a percepção da impotência em relação a si mesmo e seu corpo, o que provoca angústia (FRAYHA et al., 2014).

A teoria do déficit de autocuidado é o núcleo dos preceitos de Orem, e se refere sobre o déficit entre o que o indivíduo pode fazer e o que precisa ser feito para que se mantenha o funcionamento ideal da vida, fazendo então o delineamento sobre quando o profissional de saúde se torna necessário para o sujeito, sendo o momento em que o paciente é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado efetivo e continuado, ou mesmo quando se integra no autocuidado conhecimentos e habilidades especializados (FOSTER; BENETT, 2000). Já

na terceira teoria, de acordo com Foster e Bennet (2000), se determina como as necessidades de autocuidado do paciente são preenchidas por ele, pelo profissional ou por ambos.

Detém-se então, o conhecimento de que as doenças crônicas demandam um autocuidado e ajustamento por parte do paciente, pois provocam alterações orgânicas, emocionais e sociais, acarretando a necessidade de adaptação a algumas limitações, frustrações e perdas por parte do sujeito adoecido (OROZCO; ALVES, 2017).

Considerando os pacientes acometidos por IC, é possível constatar o forte impacto da insuficiência cardíaca nas diferentes esferas da vida, além do comprometimento emocional, social e econômico que culminam em certa insatisfação nas modificações que se fizeram necessárias em virtude do processo de adoecimento, dificultando ainda mais, a adesão ao tratamento e a prática do autocuidado (OLIVEIRA et al., 2013).

Santos et al.(2004) apontam que o autocuidado é influenciado por inúmeros fatores, dentre eles: sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, cronicidade da doença, ausência de sintomas, consequências tardias, crenças, hábitos culturais e de vida, percepção da seriedade do problema, desconhecimento do quadro clínico, experiência com a doença, contexto familiar, conceito de saúde-doença, autoestima, custo do tratamento, efeitos adversos, esquemas complexos, qualidade de vida, acesso ao serviço de saúde, distância, tempo de espera e de atendimento, e relacionamento com a equipe de saúde.

Castro et al. (2010) corroboram com este argumento acrescentando ainda questões socioeconômicas e sociodemográficas, grandes quantidades de medicações utilizadas por pacientes cardiopatas e os efeitos indesejáveis que estas ocasionam.

Torna-se crucial pensar a respeito do tratamento desta afecção e do envolvimento ativo do sujeito adoecido nesta terapêutica, uma vez que, aquele ultrapassa os cuidados medicamentosos envolvendo mudanças nos hábitos de vida. Estes pacientes necessitam da orientação multiprofissional, realizada de modo compartilhado com seus cuidadores trabalhando-se as causas da IC, seu tratamento, o potencial de progressão clínica e a importância do autocuidado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Diante das questões apresentadas, o presente estudo foi desenvolvido objetivando identificar e compreender quais fatores influenciam no autocuidado de pacientes que convivem com IC. Buscando realizar uma caracterização sociodemográfica desse sujeito, verificar se possuem informações suficientes sobre o seu diagnóstico e tratamento, para que possam realizar os cuidados que lhes são necessários e, por fim, evidenciar dificuldades que interferem no manejo e manutenção do autocuidado.

MÉTODO

Para a realização dessa pesquisa utilizou-se o delineamento metodológico quanti qualitativo, descritivo, de corte transversal e com referencial teórico-metodológico voltado a Teoria do Autocuidado. Os estudos de métodos mistos realizam uma combinação de abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação (SANTOS et al., 2017), cuja interação fornece melhores possibilidades analíticas (PARANHOS et al., 2016), visando abstrair o melhor de cada uma para responder uma questão específica.

Ainda de acordo com Paranhos et al. (2016), para que a integração seja de fato realizada é necessário que o pesquisador pondere a combinação dos métodos durante as seguintes etapas: a) questão de pesquisa; b) unidade de análise; c) amostra; d) coleta de dados; e, e) estratégias de análise.

Nesse sentido, a questão central da pesquisa, é respondida pelos dois métodos, em um primeiro momento será possível analisar se os pacientes entrevistados têm realizado as práticas de autocuidado necessárias para a manutenção de sua saúde frente ao diagnóstico de IC, e posteriormente, compreender quais variáveis influenciam neste autocuidado e na adesão ao tratamento, além de opiniões, sentimentos, crenças em relação às doenças de base.

Local e Participantes

A pesquisa foi realizada na enfermaria da Clínica Médica (Posto de enfermagem 4) do Hospital Universitário da Grande Dourados HU/UFGD, localizado no município de Dourados, Mato Grosso do Sul. Hospital este que promove, além de internação pelo SUS, assistência à saúde em regime ambulatorial com foco na média e alta complexidade.

A composição da amostra se deu por pacientes acima de 18 anos de idade que possuem o diagnóstico de IC, internados na enfermaria da Clínica Médica do HU/UFGD, unidade que se responsabiliza pelas seguintes especialidades: Cardiologia, Infectologia, Hematologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia e Pneumologia.

Considerando os objetivos e métodos da pesquisa, foram excluídos pacientes com algum déficit cognitivo, transtornos neurológicos ou psiquiátricos, pacientes indígenas e pacientes que não possuem o português como língua materna.

A delimitação da amostra, por sua vez, se estabeleceu de acordo com o número de indivíduos internados no período da realização da pesquisa, que ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2020.

Instrumentos

Na realização da pesquisa, fez-se uso da metodologia qualitativa e quantitativa. Aplicou-se primeiramente o questionário sociodemográfico, contendo questões sobre sexo, idade, renda e afins; em seguida a entrevista semiestruturada, abordando aspectos do adoecimento, tratamento e autocuidado; e por fim a aplicação da Escala de autocuidado em insuficiência Cardíaca responsável por contemplar níveis de manutenção e manejo do autocuidado, além da confiança do paciente em um bom prognóstico.

Já para enquadrar o estudo na metodologia quantitativa, foi empregada a Self Care Of Heart Failure Index (SCHFI) que foi adaptada e validada para uso no Brasil como Escala de autocuidado em insuficiência Cardíaca (ÁVILA, 2012).

O SCHFI é uma medida autocuidado composta por 22 itens divididos em três escalas: manutenção do autocuidado (10 itens), manejo do autocuidado (6 itens) e confiança no autocuidado (6 itens). Os escores para cada domínio variam de 0-100 pontos, calculados a partir da transformação dos escores puros (cada item da escala varia de 1-4).

Leva-se em consideração que “manejo do autocuidado” deve ser aplicado somente aos pacientes que referem dificuldade para respirar ou inchaço nos tornozelos no mês anterior à aplicação do instrumento. Assim, a pontuação obtida pode refletir um autocuidado inadequado (≤ 70 pontos), adequado (70-90 pontos) ou superior (≥ 90 pontos) (CONCEIÇÃO et al., 2015).

Procedimentos para coleta e análise de dados

A presente pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa, Ensino e Extensão (CAPE), que avalia o aspecto ético de toda pesquisa envolvendo seres humanos, antes da mesma ser realizada no HU/UFGD, bem como, pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados registrado pelo CAAE 31670720.3.0000.5160.

Os responsáveis pela instituição autorizaram por escrito a execução dos procedimentos do estudo. Para os participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde, na Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012, inciso II, sobre as considerações éticas na pesquisa.

A pesquisa foi realizada com pacientes IC em hospitalização, executou-se a coleta de dados com uso de questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada, gravada e transcrita, após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), com questões que permeiam o campo do autocuidado, voltando-se também à adesão terapêutica.

As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2008) que é constituída por meio dos seguintes passos: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir de então, elencou-se temas e, por conseguinte, construiu-se categorias de análise.

Na SCHFI foi utilizada a correção proposta por seus criadores, de modo a realizar um compilado dos resultados, para vislumbrar as relações existentes entre os participantes e seus níveis de autocuidado, sendo estes níveis: adequado, inadequado e superior.

Assim, tanto na escala supracitada, quanto nos dados sociodemográficos, foi utilizada análise descritiva, para que se tornasse possível resumir, sumarizar e explorar o comportamento dos dados quantitativos obtidos com estes instrumentos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor conhecer os participantes do estudo, a Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos, que de alguma maneira podem influenciar na relação entre paciente e autocuidado. Assim, é possível visualizar na tabela uma população bastante homogênea, com pouca variância em estado civil, escolaridade e renda.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes.

Paciente	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Nº de moradores
A.D.O	F	82	Viúva	Sem Escolaridade	Pensionista	1 a 3 salários	5
F.V.A	F	68	Casada	Ensino Fundamental	Do lar	1 a 3 salários	3
J.C.S.J	M	37	Solteiro	Ensino médio	Eletricista	1 a 3 salários	4
J.T	M	69	Casado	Ensino Fundamental	Aposentado	1 a 3 salários	3
J.S.L	F	78	Viúva	Ensino Fundamental	Do lar	1 a 3 salários	3
L.M.S	M	75	Viúvo	Sem Escolaridade	Aposentado	1 a 3 salários	5
M.E.O	F	59	Casada	Ensino médio	Do lar	1 a 3 salários	3
M.P.N.S	F	66	Casada	Ensino Fundamental	Aposentada	1 a 3 salários	2
M.A.L	F	54	Casada	Ensino Fundamental	Aposentada	≥3 salários	7

S.G.S	F	68	Divorciada	Ensino Fundamental	Aposentada	1 a 3 salários	1
T.C.S	F	70	Viúva	Ensino Fundamental	Aposentada	1 a 3 salários	3
V.A.G	M	53	Casado	Ensino Fundamental	Fretista	≥3 salários	2

Fonte: Dados da Pesquisa.

Dois terços da população do estudo são compostos por mulheres, sendo 66,7% mulheres para 33,3% homens. Dado refutado pelo estudo apresentado por Poffo et al. (2017) quando informam que o sexo masculino apresenta maior prevalência no grupo de pacientes IC. Freitas e Cirino (2017), por sua vez, mostram que a incidência relativa pode ser menor em mulheres, todavia esclarecem que elas constituem pelo menos metade dos casos de IC, devido a maior expectativa de vida observada no sexo feminino.

Sobre o fator “idade”, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018) nos comunica que o perfil clínico da IC crônica envolve indivíduos idosos portadores de etiologias diversas; que corrobora com o que se evidenciou neste estudo através da média de idade desses sujeitos que é de 64,5 anos, sendo moda e mediana igual a 68 anos. Mas apesar da prevalência em idosos, e devido os inúmeros fatores de risco associados, existem adultos jovens afetados por tal comorbidade, sendo neste estudo a idade mínima de 37.

Ao abordar sobre o nível de instrução dos participantes da pesquisa, identifica-se que a maioria, representada por 66,7% dos participantes estudaram até o ensino fundamental, 16,6% não possuem escolaridade e a mesma porcentagem concluiu o ensino médio. Poucos ainda conseguem exercer uma profissão devido à idade e condições clínicas apresentadas, assim a maioria é de aposentados e pensionistas (58,3%) ou do lar (25%), possuindo de maneira quase unanime uma renda de 1 a 3 salários mínimos, somente 16,7% conseguem manter uma renda acima de 3 salários.

Outro atributo sobre a renda diz respeito à quantidade de moradores no ambiente familiar dos pacientes, que mesmo com uma renda total baixa, dividem-na entre 1 e 7 pessoas com quem residem, sendo uma média de 3,4 moradores por casa, com mediana e moda de 3 moradores.

Deste modo, é possível perceber que fatores econômicos e sociais influenciam diretamente no modo de vida de uma pessoa ou comunidade, não sendo diferente ao tratarmos sobre o adoecimento e a insuficiência cardíaca. Portanto, bem como nos mostram os dados sociodemográficos, maior parte dos pacientes vivem com uma renda familiar básica, de modo

a experimentarem dificuldades na compra das medicações, e, conseqüentemente, a impossibilidade em realizar seu uso corretamente, questões que equivocadamente, podem ser confundidas como má adesão ao tratamento medicamentoso.

Na Tabela 2 será abordado sobre a incidência de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e Diabetes Méliúus (DM) além de outros diagnósticos que influenciam o quadro clínico destes pacientes. É importante investigar se tais comorbidades estão presentes e quais suas implicações no quadro clínico destes sujeitos.

Tabela 2. Comorbidades e tempo de diagnóstico de IC.

Paciente	Comorbidades	Tempo de diagnóstico
A.D.O	HAS, DM.	6 anos
F.V.A	HAS, hipertireoidismo.	10 meses
J.C.S.J	-----	9 meses
J.T	HAS	10 anos
J.S.L	HAS, DM, DRC	4 meses
L.M.S	HAS, DM	12 anos
M.E.O	HAS, DM	3 anos
M.P.N.S	HAS, DM	2 anos
M.A.L	DM , DPOC	2 anos
S.G.S	IRA	5 anos
T.C.S	HAS, DM, Depressão	8 anos
V.A.G	-----	14 anos

* HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); DM (Diabetes Melitus); DRC (Doença Renal Crônica); DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica); IRA (Inuficiênciã Renal Aguda).

Fonte: Dados da Pesquisa.

HAS e DM são muito comuns na IC, a primeira se apresenta enquanto fator de risco para desenvolvimento de IC, tanto por aumentar o risco de infarto do miocárdio quanto por levar a anormalidades na estrutura e na função cardíaca, decorrentes do aumento da pós-carga arterial, por outro lado DM é sabidamente um fator de risco para IC e a incidência de IC é duas a quatro vezes maiores em diabéticos (SBC, 2018).

No Brasil, a IC se manifesta enquanto um problema de saúde pública, pois ainda apresentamos um controle inadequado de HAS e DM, sendo que, a negligência frente a essas doenças é uma das causas mais frequentes do acometimento por IC. Conseqüentemente, ela se mostra entre as principais causas de múltiplas internações e sua má aderência à terapêutica

básica eleva taxa de mortalidade intra-hospitalar, posicionando o Brasil com um dos mais altos índices no mundo ocidental (SBC, 2018).

Neste contexto, percebemos que a incidência HAS e DM são altas, sendo respectivamente de 67,7% e 58,3%, sendo que algumas vezes, estas estão acompanhadas de outras comorbidades importantes como a Doença Renal Crônica (DRC), Insuficiência Renal Aguda (IRA), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e até mesmo distúrbios psiquiátricos como a depressão. A coexistência do diagnóstico de IC, junto a estes apresentados, gera maior dependência de medicações, maior sintomatologia e complicações que interferem diretamente na adesão ao tratamento.

A abordagem, em sujeitos que convivem com IC, se constitui por intervenções medicamentosas e não medicamentosas, sempre acompanhadas por mudanças no estilo de vida. Rabelo et al. (2007) argumentam que neste quadro clínico, o autocuidado, envolve, sobretudo, o conhecimento acerca da restrição de líquidos e de sal na dieta, o monitoramento diário do peso, a atividade física e o uso regular das medicações. A OMS também incentiva a educação do autocuidado, no intuito de prevenir e tratar as doenças crônicas, visando um melhor convívio com a doença e diminuição com gastos em saúde (OROZCO; ALVES, 2017).

Segundo Ávila (2012), o autocuidado na IC é definido como um processo de tomada de decisão que consiste na manutenção da estabilidade fisiológica e em como se dá a reação aos sintomas quando estes acontecem. Assim, para avaliar como o autocuidado se realiza em pacientes IC, foi utilizada a Self Care Of Heart Failure Index (SCHFI), traduzida e validada como Escala de Autocuidado em Insuficiência Cardíaca.

Esta escala aborda a manutenção do autocuidado que envolve: a adesão à medicação; consumo de dieta hipossódica; monitoramento diário de peso e dos sinais e sintomas; além de mudanças de hábitos de vida como cessar o uso de álcool e tabaco, e também manejo do autocuidado que indica o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas; o julgamento se estes são importantes; realização de uma conduta em respostas a estes sinais e sintomas e avaliar se tal conduta se demonstrou eficiente, além da confiança que este paciente apresenta em estar livre dos sinais e sintomas (ÁVILA, 2012).

Tabela 3. Resultados da Aplicação da Escala de Autocuidado em Insuficiência Cardíaca.

Paciente	Manutenção do autocuidado	Manejo do autocuidado	Confiança no autocuidado
A.D.O	Adequado	Adequado	Adequado

F.V.A	Inadequado	Adequado	Adequado
J.C.S.J	Inadequado	Inadequado	Adequado
J.T	Inadequado	Inadequado	Inadequado
J.S.L	Adequado	Inadequado	Superior
L.M.S	Inadequado	Inadequado	Inadequado
M.E.O	Inadequado	Inadequado	Adequado
M.P.N.S	Inadequado	Adequado	Superior
M.A.L	Inadequado	Superior	Adequado
S.G.S	Inadequado	Inadequado	Adequado
T.C.S	Inadequado	Adequado	Adequado
V.A.G	Inadequado	Adequado	Superior

Fonte: Dados da Pesquisa.

Ao visitar a Tabela 3 percebe-se que é alto o percentual de pacientes que não realizam a manutenção do autocuidado de maneira adequada, totalizando 83,3% dos participantes, enquanto os outros 16,7% apresentam índices adequados.

As condições de autocuidado se apresentam melhores quando passamos para a próxima coluna da Tabela 3, uma vez que o manejo inadequado é de 50%, 41,7% atingem uma pontuação adequada e 8,3% superior. Todavia, apesar de admitirem dificuldades em realizar o tratamento de maneira adequada, identificar algumas condições da IC e administrá-las de modo a reduzir agravos, os pacientes demonstram grande confiabilidade quanto seu prognóstico e maneira de realização da terapêutica, sendo que 58,3% responderam adequadamente, 25% apresentam escore superior em confiança do autocuidado, e apenas 16,7% inadequado.

As três categorias avaliadas pelo instrumento: manutenção do autocuidado, manejo do autocuidado e confiança do autocuidado, somadas ao impacto da pandemia no autocuidado, serão norteadoras da discussão dos dados que emergiram ao longo das entrevistas. Evidenciando assim, a complementariedade dos métodos utilizados.

Manutenção do autocuidado

O autocuidado está associado à autonomia, independência e responsabilidade individuais para comportamentos saudáveis, assim como para o desenvolvimento de atividades necessárias para gerenciar e monitorar as condições de saúde. E quando trata-se de doenças crônicas volta-se também à manutenção de nível adequado de bem-estar físico e psicológico, diminuição da morbimortalidade e do uso e custo dos serviços de saúde, aumento da satisfação do paciente, melhora do senso de controle e da qualidade de vida (CONCEIÇÃO et al., 2015).

Assim, nesta categoria buscou-se encontrar no discurso dos entrevistados alguns fatores que influenciam positiva e negativamente a manutenção do autocuidado.

A manutenção, dentro da escala de autocuidado, trata de como o paciente vem seguindo as orientações médicas e a frequência em que realiza as atividades que são recomendadas para os cuidados com a saúde; como realizar pesagem diária, verificar inchaço dos tornozelos, evitar ficar doente, realizar atividades físicas, ser assíduo em suas consultas, ingerir dieta com pouco sal e tomar os medicamentos de maneira correta.

Representação de saúde e doença na manutenção do autocuidado.

A percepção de saúde vem se moldando ao longo dos anos, e na atualidade, a Organização Mundial de Saúde nos comunica que sua conceituação ultrapassa a ausência de doenças, sendo considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Todavia, este significado depende do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido, variando de acordo com a cultura de cada lugar e o momento histórico, de modo que a conceituação de saúde se faz tão difícil de ser fixada, uma vez que está condicionada ao momento histórico e às condições concretas e peculiares de existência (CÂMARA et al., 2012).

Logo, parte-se do pressuposto que a forma de pensar em saúde e doença influenciará diretamente em seu cuidado, uma vez que possuem relação com o imaginário social, com a linguagem, com as ideologias, e, principalmente, com o papel na orientação de condutas e das práticas sociais (VANZ; STALIANO, 2020).

Mesmo com todo o esforço de instituições e pesquisadores na difusão do entendimento de saúde e doença como um processo de modo ampliado, é muito comum a definição de saúde pela ausência da doença e vice-versa, como é possível observar nos trechos das entrevistas a seguir, realizadas com os pacientes portadores de IC.

O que eu entendo por saúde? É a gente não estar doente, não ter dor, nem fraqueza no corpo, não ter que ir no médico o tempo todo né. Já a doença é

horrível né? A gente “tano” doente a gente não tem coragem de fazer nada. (F.V.A; 68 anos; F).

(Saúde) É a gente estar são, não ter doença, é se a gente tiver são né? Eu entendo assim, que a saúde é boa né? Igual eu tô doente né, tô sentindo dor, então a saúde é boa (...). Doença é quando a gente tá doente né? Sentindo dor, sentindo alguma coisa (M.A.L; 54 anos; F).

Nas falas acima, é possível perceber que alguns pacientes compreendem saúde como ausência de doenças/sintomas, bem como em um passado recente, visando questões apenas fisiológicas do modelo biomédico; essas definições não são esclarecedoras (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002), mas pelo contrário, reduzem a complexidade do quadro clínico de cada sujeito, principalmente excluindo aspectos importantes de suas vivências, contextos e emoções.

Segundo Vanz e Staliano (2020) representar a saúde como ausência de sintomas pode influenciar de maneira negativa a adesão ao tratamento e esse comportamento se relaciona a maiores taxas de hospitalizações, consultas de emergências e tratamento das complicações. Isso devido à diminuição de sintomas que ocorre ao uso regular das medicações, que podem gerar a falsa impressão de cura e sentimento de que o uso de medicações é desnecessário.

Outra visão negativa do processo de saúde e doença se trata de quando o paciente percebe a doença enquanto punição divina e saúde como seu oposto, algo dado por uma divindade. No fragmento a seguir temos um exemplo deste pensamento.

Saúde? Saúde é muito bom demais ter saúde. Sem saúde a gente não tem condições pra nada, tem que ter saúde. Saúde é tudo em primeiro lugar. É a mesma coisa, o homem sem Deus ele não é nada, sem saúde também não. Doença é coisa ruim, Deus não dá doença para ninguém. Deus só dá o que é bom. (J.T; 69 anos; M).

Essa ideia de saúde enquanto algo divino corrobora com o período anterior à ciência médica ocidental, onde questões de saúde-doenças eram trabalhadas de maneira mágico-religiosa (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002) condição que pode fazer com que o sujeito se ausente de suas responsabilidades para com seu corpo. Entretanto, Lemos (2019) pontua que houve um significativo aumento de pesquisas que investigam a relação entre

espiritualidade, religiosidade e saúde, estudos que percebem estes domínios enquanto influências positivas na saúde.

Logo, torna-se importante que o profissional de saúde respeite a religiosidade e fé apresentadas pelo paciente, considerando que estas se mostram como uma maneira de enfrentar o sofrimento, a dor, criar valores e encontrar significado para as diversas situações da existência, tornando indispensável abordar sobre sua autonomia e importância de um posicionamento dentro do processo de adoecimento. No entanto, não menos importante é que o paciente se implique e se responsabilize pelo processo saúde-doença, e não acredite que sua condição de saúde atual possa representar algum desígnio divino, algo externo a si.

A representação de saúde que podemos considerar adequada e que influenciará positivamente no autocuidado dos pacientes IC são aquelas que mais se aproximam do que nos é proposto pela OMS, uma vez que engloba em seu corpo questões como alimentação, condições de vida, qualidade de vida, autonomia e saúde mental, de modo que os pacientes em questão ultrapassem os pensamentos biomédicos propostos à priori.

Eu acho que precisamos nos alimentar bem para ter uma boa saúde. Infelizmente vamos dizer assim, o brasileiro ele não come bem, ele come para sobreviver [...] pra ter uma boa saúde a gente precisa se alimentar bem e ter um emprego decente [...] (M.E.O; 59 anos; F).

Saúde? Saúde pra mim é eu estar bem, conseguir fazer minhas coisinhas de casa, cozinhar, limpar, não precisar ficar incomodando os outros, fazer minhas caminhadas estar com a mente sã e o corpo sadio. (A.D.O; 82 anos; F).

Estes discursos trazem consigo representações sociais de sujeitos que elaboraram os processos saúde-doença ancorados nos conceitos biomédicos, sociais, psicológicos e comportamentais. Silva (2015) nos reafirma que as representações sociais do processo saúde-doença fundamentam práticas e atitudes dos seus atores, assim como as relações que eles estabelecem com o seu contexto social e com aquilo que lhes acontece. O que influenciará diretamente no cuidado que este paciente tem para consigo e importância que o mesmo atribui à sua participação no manejo e manutenção da saúde.

Rede de apoio e manutenção do autocuidado.

É importante se atentar aos cuidadores e ambiente familiar do sujeito acometido por IC, pois a influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas é bastante relevante e positiva, em especial no que se refere às diferenças culturais e na forma de aceitar/viver com a doença (BROTTO; GUIMARÃES, 2017), considerando que estes também convivem com o adoecimento e tratamento de seu ente querido.

Sim né, igual no dia a dia, um leva ali, outro vai e limpa a nossa casa arruma a comida que a gente come, isso é cuidado né, com a gente (...) meu marido que me dá meus medicamentos, ajuda a colocar o aparelho de oxigênio, que a gente ganhou da prefeitura né, ai ele que liga, que desliga, que põe as coisas.(M.A.F; 54 anos; F).

(...) Meu esposo também, meu esposo não tem nada de saúde, de problema de saúde, entendeu, a saúde dele é boa, então ele que corria atrás pra mim. (...) Ele fez uma caixinha e coloca o que é de noite, o que é de dia, para me ajudar a lembrar. E tem meus netos também, meus netos me ajudam bastante, são bem atenciosos. (M.P.N.S; 66 Anos; F).

Meu esposo e minha filha ficam parecendo dois sargentos lá, me cuidando (risos). É mais a minha filha, ela me cuida. (M.E.O; 59 anos; F).

A partir destas falas e da retomada da teoria do déficit de autocuidado proposta por Orem (FOSTER; BENETT, 2000), temos a compreensão de que as demandas de autocuidado podem ser supridas não só pelo próprio paciente, mas também por aqueles com quem ele convive. Ao constatarmos que parte da população do estudo é idosa, bem como a população mundial portadora de IC, podemos considerar sua parcial dependência de terceiros, sendo estes familiares e/ou cuidadores que estarão envolvidos em sua rotina e atuam enquanto facilitadores da execução das atividades diárias.

Ao trazer esses sentimentos sobre a família enquanto rede de apoio percebe-se, como proposto no estudo de Broto e Guimarães (2017) quando a família se mobiliza para vivenciar este momento de adoecimento, enfrentar os problemas que se relacionam diretamente com a dinâmica familiar, e criar estratégias para conviver com a doença, para sua aceitação e aceitação das perdas que estas possam acarretar, o sujeito adoecido passa a viver com a doença de maneira mais funcional possível em sua atual realidade.

Junto à unidade familiar, é necessário que a Estratégia de Saúde da Família faça parte da rede de apoio do paciente, investindo no diagnóstico e refletindo sobre a possibilidade de promover ações direcionadas às suas realidades, aproximando o cidadão de políticas públicas e de recursos da comunidade local (COUTINHO; TOMASI, 2020).

É pertinho, não é longe de casa não (referente a unidade de saúde da família), dá pra ir de cadeira de rodas. Quando não, eles vão lá em casa fazer o curativo daquela escara que eu tenho. (T.C.S; 70 anos; F).

A agente de saúde passa em casa também, por causa das receitas que tem eu trocar, me ajuda bastante. (J.S.L; 76 anos; F).

As Unidades Básicas de Saúde e Unidades de saúde da família precisam instrumentalizar o autocuidado por meio da cooperação entre a equipe de saúde e os usuários para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver as intercorrências (COUTINHO; TOMASI 2020).

Segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, é necessário ao trabalhador em saúde exercitar uma escuta com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos para que seja possível que o cuidado se concretize (BRASIL, 2013).

Logo, tem-se o apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde como essencial para que a manutenção do autocuidado se dê com efetividade. Pode-se dizer então, que uma rede de apoio estruturada influenciará de maneira positiva o paciente, já aquela sem bases sólidas, atuará como um dificultador no processo de autocuidado.

Manejo do autocuidado

O manejo do autocuidado é uma categoria que trata sobre a sintomatologia da IC, assim, só é possível aplicar as questões relacionadas a ele, aqueles pacientes que tiveram dispneia e edema em membros inferiores nos últimos 30 dias. A seção trata sobre o reconhecimento dos sintomas por parte dos portadores de doença e também acerca dos

recursos utilizados para diminuir os sintomas, como redução da ingestão de sódio e líquidos, uso de diuréticos e, principalmente, a busca por orientação profissional.

Como caracterizado na Tabela 3, metade dos participantes do estudo apresentam falhas no manejo do autocuidado, pontuando-o como inadequado, e para a outra metade a pontuação é adequada ou superior. Com base nas entrevistas foi possível vislumbrar algumas questões que podem interferir direta e indiretamente nestas pontuações.

Compreensão sobre diagnóstico e o manejo do autocuidado

A maneira com que é dado o diagnóstico e como este é recebido pelos pacientes portadores de IC, reflete a compreensão dos mesmos acerca de seu adoecimento, e isso atua diretamente na percepção do paciente sobre si, bem como, no quanto o adoecimento e o tratamento fará sentido, isso porque, quando se possui informações sobre a doença com que convive, é mais fácil identificar os sintomas e também minimizar seus impactos ou até mesmo os extinguir, além de perceber o momento da necessidade de intervenção médica, sem que ocorra o agravamento do quadro clínico.

Para investigar sobre as orientações dadas aos pacientes envolvidos, foi questionado se “A pessoa que te deu esse diagnóstico realizou uma orientação? Te encaminhou para algum outro serviço?” A partir das respostas relacionadas a este trecho da entrevista, é possível perceber que muitos dos participantes não receberam orientações de maneira adequada e/ou não conseguiram compreender de maneira eficaz.

Não, eu só descobri que eu tinha e pronto (M.A.L; 54 anos; F).

Eu não sei muito bem, mas eu sei que eu sentia muito falta de ar, falta de ar, chegava a vomitar e muita dor no peito também (M.P.N.S; 66 anos; F).

Explicou umas coisas que eu não entendi direito, mas minha filha estava lá comigo. Ai todo mês eu tinha que voltar no médico, depois foi diminuindo para a cada dois meses, mas sempre tomando os remédios (A.D.O; 72 anos; F).

Santos et al. (2004) estabelecem uma relação entre demandas de autocuidado e adesão e não-adesão de condutas terapêuticas e preventivas, pontuando que o tratamento é

influenciado por vários fatores e entre eles se encontram a percepção da seriedade do problema e o desconhecimento do quadro clínico.

Assim, é importante que o profissional de saúde se atente ao que foi passado, para que seja possível significar a doença e seu tratamento, sendo necessário fornecer informações necessárias acerca da patologia e do quadro de saúde do paciente, do seu prognóstico, ajudá-lo na compreensão do processo de adoecimento, incentivar o autocuidado, e sempre que viável, adequar os esquemas terapêuticos ao estilo de vida do cliente (OLIVEIRA et al., 2013). Isso porque compreender sobre a doença com a qual convive, é mais fácil atribuir significado e sentido ao tratamento, facilitando o processo de aceitação e adesão do mesmo.

Confiança no autocuidado

A confiança no autocuidado está intimamente relacionada à confiabilidade que o paciente possui em seu prognóstico, pois quando o paciente acredita em tudo que tem realizado para manutenção e manejo de sua saúde, apresenta melhores perspectivas de qualidade de vida. Esta categoria inclui questões sobre a confiança do paciente em estar livre dos sintomas de IC, seguir o tratamento recomendado, avaliar a importância de seus sintomas, reconhecer as alterações na saúde, fazer algo para aliviar os sintomas, e, avaliar se o medicamento tem o efeito desejado.

Conceição et al. (2015) argumentam que a escala de confiança no autocuidado pode sofrer influência da desajustabilidade social e do sujeito, o que requer cautela na interpretação dos resultados relativos a este item da escala. Isto pode ser observado pelo fato de que apesar das duas primeiras dimensões avaliadas pela escala (manutenção e manejo) apresentarem, na maioria dos pacientes, resultados inadequados, a confiança no autocuidado apresenta índices adequados e superiores elevados, ou seja, mesmo aqueles pacientes que não conseguem executar a manutenção e o manejo adequadamente, tem alta confiança em seu autocuidado.

Porém, mesmo que as respostas tenham refletido, em sua maioria, o desejo do sujeito adoecido e hospitalizado, pode-se perceber que ainda existem aqueles que pontuaram abaixo do esperado nesta categoria. Assim, com a entrevista, foi possível visualizar alguns fatores que influenciam esta visão negativa do prognóstico.

Sentimentos do paciente relacionados à doença cardíaca

Nesta categoria foram evidenciados os sentimentos e sensações vivenciadas pelos pacientes ao serem diagnosticados com IC. Uma vez que, apesar do conhecimento sobre a

função do coração estar relacionada à circulação sanguínea (oxigenação e desoxigenação) este acaba por receber significados que ultrapassam sua função fisiológica, se tornando mistificado enquanto o órgão central do corpo humano e responsável pelos sentimentos, emoções e pela vida (FRAYHA et al., 2014; SOUZA; STALIANO, 2020).

A gente fica com medo né, pensa que não vai conseguir viver bem, o coração é importante “né fia?” (...) ai a gente começa a pensar na família, da um medo grande (A.D.O; 82 anos; F).

(...) E aí o que acontece quando você descobre? Você não dorme por medo de não acordar mais. O meu caso é muito complicado, menos de 30% do coração é pouco e tem os meus netinhos. Eu não posso falar assim que começo a chorar. (M.E.O; 59 anos; F).

De acordo com Oliveira et al. (2013) tristeza, medo da morte, preocupação com o estado de saúde são corriqueiros em pacientes IC. Sendo o medo do desconhecido uma das principais causas para explicar a insegurança e a ansiedade vividas pelo paciente (GRISA; MONTEIRO, 2015). Assim, pode-se pensar no medo enquanto um empecilho para que o paciente tenha uma boa perspectiva sobre seu prognóstico.

Outro sentimento que necessita de atenção neste momento é a inconformidade do paciente frente ao diagnóstico. É necessário, por parte do psicólogo e profissionais de saúde que atuam junto a este sujeito, desmistificar o adoecimento, responsabilizar o indivíduo sobre sua condição, para que possa participar ativamente do tratamento e fazer com ele perceba a influência de seus hábitos de vida no adoecimento, realizando seu autocuidado e se mantendo sem sintomatologias exacerbadas.

(...) Fiquei pensando: “será que é verdade? Logo no coração?”. Mas fazer o que, não tinha outro jeito (T.C.S; 70 anos; F).

(...) Pensei assim: logo no coração, eu que sou novo ainda, que tenho bastante vida pela frente. A gente fica espantado, a gente fica espantado, mas não tem o que fazer ai a gente vai se acostumando (J.C.S.J; 37 anos; M).

As falas dos pacientes corroboram com a literatura sobre sentimentos ocasionados pelo diagnóstico de IC, de modo que cada indivíduo possui uma auto percepção de seu

processo de adoecimento, e muitas vezes, ela se associa à instalação repentina da doença, fazendo emergir os mais diferentes sentimentos, todavia é comum o aparecimento de frustração e perturbação psicológica entre estes pacientes (OLIVEIRA et al., 2013).

Neste sentido, de acordo com Junqueira e Pina (2017) durante o período de reabilitação de doentes cardíacos, uma intervenção psicológica deve contribuir com o manejo do impacto emocional provocado pelo evento cardíaco, considerando que estes influenciam demasiadamente na compreensão da necessidade de mudanças de hábitos, na aceitação de sua doença e adesão ao tratamento.

Percepção do paciente sobre si mesmo e a necessidade de cuidar-se

Foi possível perceber com a condução das entrevistas o quanto a percepção do paciente sobre si se relaciona ao autocuidado. Isto é, como a percepção de si e a capacidade de cuidar-se interferem diretamente no processo de adoecimento e adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na expectativa quanto à melhora dos sintomas da IC.

(...) eu sou uma pessoa que não sou inválido, mas sou invalido. Como é que a gente fala uma palavra dessa? (V.A.G; 53 anos; M).

Tem época que a gente consegue se cuidar, mas tem época que a gente quer jogar a toalha. (M.E.O; 59 anos; F).

A imagem corporal consiste em um importante fator no desenvolvimento do Self, e da saúde mental ao longo da vida, ela também se relaciona diretamente com a autoestima, o autoconceito e o sentimento de competência. Desde modo, como a IC se impõem enquanto uma doença incapacitante, provocando alterações no nível de funcionalidade e capacidade para uma vida ativa, é comum que os indivíduos acometidos apresentem uma percepção negativa de sua imagem corporal (MAXIMINIANO, 2008).

Neste sentido, é comum que os pacientes se queixem do sentimento de impotência que advém de sua condição de saúde atual, muitas vezes, comparando-se ao que fora anteriormente ao diagnóstico de IC, de modo que muitas das vezes, não se sentem dispostos para realizar nenhuma atividade de lazer, cuidado de si, e de sua saúde mental.

Impactos da Pandemia COVID-19 no autocuidado de pacientes IC

De forma abrupta e sem preparação do sistema de saúde brasileiro, seja ele privado ou particular, surgiu o fenômeno SARS-CoV-2, causador da pandemia COVID-19. A doença viral em questão tem como grupo de risco idosos, imunodeprimidos e sujeitos acometidos por doenças crônicas (FREITAS; MISSIAS-MOREIRA, 2020), grupo do qual, pacientes cardiopatas fazem parte, principalmente, aqueles que convivem com outras comorbidades.

Como o vírus se mostrou altamente transmissível por gotículas e contato, o Brasil, que determinou estado de calamidade pública, e tem implantado medidas preventivas adequadas de acordo com o cenário epidemiológico, o isolamento social configura-se como fundamental para a contenção do vírus (MEDEIROS, 2020). Entretanto, frente à necessidade de isolamento, vários serviços foram interrompidos, junto a eles, a assistência ambulatorial de pacientes crônicos, o que associado ao medo de contaminação, ocasionou dificuldade no acompanhamento e tratamento destas enfermidades, aumentando os casos de descompensação e reinternações.

Para Medeiros (2020), dentre os inúmeros desafios para os hospitais, encontra-se a reorganização do atendimento e ampliação dos leitos de unidade de terapia intensiva. Isso, pois há uma crescente dos casos de contaminação, porém não houve a diminuição dos casos das demais patologias.

Perpassando as questões referentes aos problemas no sistema único de saúde, Freitas e Missias-Moreira (2020), abordam sobre como a saúde mental das pessoas tem sido afetada neste período, uma vez que, a urgência em se permanecer isolado para diminuir o risco de contaminação, vai de encontro com a necessidade histórica do ser humano em se socializar e estabelecer a relação Eu-Outro.

Tais condições se demonstram como influenciadoras na realização do autocuidado dos indivíduos em geral, todavia, com capacidade de ocasionar maior déficit junto a pacientes que convivem com IC, uma vez que estes já se encontram fragilizados por sua situação prévia.

Assim, mesmo que a entrevista não direcionasse para as questões do autocuidado na pandemia, este tema emergiu inevitavelmente na fala dos entrevistados e merece ser discutida enquanto categoria de análise.

Só que essa pandemia atrapalhou tudo né, a gente não consegue se cuidar, não consegue ir ao médico, tem que se cuidar em casa, mas nem sempre a gente consegue fazer isso. (J.S.L; 78 anos; F).

(...) Igual agora na pandemia, está difícil receber uma consulta, está difícil. Se não conhecer ninguém da área da saúde a gente perece (M.P.N.S; 66 anos; F).

Durante o período de pandemia ocorreu uma redução drástica do contato social, com o número de visitas aos consultórios diminuindo de forma significativa e afetando os pacientes crônicos, todavia estes pacientes necessitam usualmente de ajustes e adaptações nos tratamentos, no entanto devido à necessidade de isolamento, muitos deixam de buscar ajuda por receio de sobrecarregar o médico e, principalmente, de serem infectados, caso precisem ser encaminhados para um serviço de urgência (FILHO, 2020).

Assim, o surgimento de um novo vírus que se disseminou mundialmente foi um fator inesperado que teve grande influência no autocuidado dos pacientes em questão, pois impossibilitou-o de diversas formas, seja pela necessidade de distanciamento social, uma vez que estes fazem parte do grupo de risco ou pela diminuição de programas de atenção à saúde de doentes crônicos e seus devidos acompanhamentos.

Entretanto, não foram apenas doenças fisiológicas que se agravaram neste período, a saúde mental da população vem sofrendo com isolamento social, o medo da contaminação e o luto pela perda de entes queridos que foram contaminados e a busca por profissionais de saúde mental também tornou-se mais inacessível, principalmente para àqueles que não têm acesso a recursos tecnológicos.

(...) tentei já várias vezes passar pelo psicólogo, por psiquiatra, agora mesmo nessa época da pandemia, teve época que eu tive até meia ansiosa, até procurei o tal do CAPS, não é lá da igreja, esqueci como é que chama, mas só que lá não tem o atendimento e demorou bastante até que veio a psicóloga fazer uma entrevista, deu certo mas entrou a pandemia e não deu pra ir mais (S.G.S; 68 anos; F).

Além de lidar com a cronicidade de seu adoecimento, os pacientes que convivem com IC, bem como o restante da população mundial, vem sofrendo com os impactos ocasionados pela COVID-19, impactos estes que são agravantes em seu quadro de saúde, mesmo quando não são contaminados pelo vírus. Logo, este momento histórico impõem a necessidade de que as pessoas desenvolvam habilidades de aprender, perceber, interpretar e responder, sendo que

a tomada de decisão se configura como um processo importante para o gerenciamento em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao deparar-se com o diagnóstico de IC e sua condição crônica, o paciente pode apresentar grande carga emocional, de modo que inúmeras questões internas e externas podem influenciar no modo com que o sujeito diagnosticado irá lidar com sua condição para conseguir realizar cuidados adequados para com sua saúde. Assim, ao considerar o autocuidado como a execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa com a finalidade de satisfazer as necessidades e contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, percebe-se que ele é extremamente necessário para o manejo e manutenção do adoecimento.

Entretanto nem sempre é possível manter o autocuidado de maneira adequada, como foi possível perceber por meio dos resultados apresentados pelos participantes da pesquisa. São inúmeros os fatores que atuam frente ao exercício do autocuidado nos pacientes portadores de IC, e que ficaram evidentes com a condução desta pesquisa, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, conceito de saúde-doença, autoestima, custo do tratamento, presença ou não de uma rede de apoio e desconhecimento do quadro clínico.

Neste momento, a população mundial se depara com um evento que vem interferindo de sobremaneira no autocuidado destes pacientes, a pandemia Covid-19, que fez com que os atendimentos ambulatoriais fossem interrompidos, aumentando a descompensação do quadro clínico de pacientes crônicos, dos quais pacientes portadores de IC fazem parte. Outras dificuldade vista com frequência é a readaptação suas rotinas de cuidado de si, devido à impossibilidade de atividades como caminhadas, idas ao supermercado e atividades de lazer.

Esta situação, soma-se ao quadro emocional do paciente, que passa por inúmeros processos psíquicos após a descoberta do diagnóstico de IC, necessitando reelaborar suas experiências e atribuir novo sentido a sua vida que passará por drásticas mudanças advindas do processo de adoecimento e suas restrições.

Portanto, apesar de compreender que cuidar-se no adoecimento se entrelaça diretamente à condição de aceitação e cumprimento da abordagem terapêutica proposta ao sujeito adoecido, o psicólogo, juntamente a toda equipe multidisciplinar, necessita auxiliar o paciente a seguir as orientações recomendadas, seja explicando de forma mais eficiente e facilitadora para a melhor compreensão de seu diagnóstico; apontando os caminhos para que o

paciente possa conseguir medicações pelo SUS, ou mesmo, os auxílios prestados por políticas públicas ou, ainda, estabelecer uma contrarreferência com a Unidade Básica de Saúde do paciente para que esta sirva enquanto rede de apoio junto à família.

Mesmo ao considerar a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, muitas pessoas ainda não possuem acesso integral ao mesmo, seja por desconhecimento ou questões burocráticas que envolvem alguns serviços de saúde. Essas questões advêm de peculiaridades sociais, econômicas e culturais vividas em nosso país, com um baixo investimento na saúde, inadequado acesso ao atendimento e acompanhamento insuficiente nos serviços em nível primário ou terciário são potenciais fatores de risco, sendo dever do profissional de saúde, fazer cumprir os princípios do SUS e deixá-lo mais próximo das comunidades.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. **Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança**. Milenium Online, 2002. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm> com acesso em: Novembro de 2020.

ÁVILA, C. W. **Adaptação transcultural e validação da self-care of heart failure index versão 6.2 para uso no Brasil**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em enfermagem. 81f. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013, 24p.

BROTO, A. M.; GUIMARÃES, A. B. P. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 15, n.1, p. 43-68, 2017.

CÂMARA, A. M. C. S.; MELO, V. L. C.; GOMES, M. G. C.; PENA, B. C.; SILVA, A. P.; OLIVEIRA, . M.; MORAES, A. P. S.; COELHO, G. R.; VICTORINO, L. R. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 01, p. 40-50, 2012.

CASTRO, R. A.; ALITI, G. B.; LINHARES, J. C.; RABELO, E. R. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. **Revista gaúcha de enfermagem**. v. 31, n. 2, p 225 – 231, 2010.

CONCEIÇÃO, A. P.; SANTOS, M. A.; SANTOS, B.; CRUZ, D. A. L. M. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 4, p. 578-586, 2015.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Revista Interface**. v. 24, n. 1, 15p. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2020.v24suppl1/e190578/pt> com acesso em Novembro de 2020.

FILHO, J. M. **Doenças crônicas e pandemia da Covid-19**. Conselho Regional de Medicina da Paraíba. 2020. Disponível em http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23113:2020-05-09-00-45-15&catid=3 Com acesso em: Novembro de 2020.

FRAYHA, J. F. C.; GUIDUGLI, S. K. N.; ISMAEL, S. M. C.; BATISTA, J. S. A ausência de sintoma e sua relação com o processo de enfrentamento de pacientes cardiopatas cirúrgicos. **Revista da Associação Brasileira de Psicologia Hospitalar**. v. 17, n.2, p. 1-19, 2014.

FREITAS, A. K. E.; CIRINO, R. H. D. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. **Revista de Medicina UFPR**. v. 4, n. 3, p. 123-136. 2017.

FREITAS, V. L. C.; MISSIAS-MOREIRA, R. O fenômeno corona vírus (COVID-19) nas representações sociais: o isolamento. In: MISSIAS-MOREIRA, R.; COUTINHO, S. M. S.; COLLARES-DA-ROCHA, J. C. C.; FREITAS, V. L. C.; SERVO, M. L. S. **Representações sociais na contemporaneidade**. v. 4, editora CRV, Curitiba, 2020.

FOSTER, P. C.; BENETT, A. M. Dorothea E. Orem. p. 83- 103. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª edição. Ed.Artmed, Porto Alegre, 2000.

GRISA G. H.; MONTEIRO, J. K. Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 1, p.111-130. 2015.

JUNQUEIRA, L.; PINA, M. A psicologia cardíaca e a interação mente-coração: novos paradigmas para a prevenção das enfermidades cardíacas e o tratamento psicológico de pacientes cardíacos. **Revista Brasileira de psiquiatria on-line**. v. 22, n. 03, 07.p. 2017.

LEMOS, C. T. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. **Revista caminhos PUCGOIAS**. v. 17, n. 2, p. 688-708, 2019.

MAXIMINIANO, J. **Avaliação da imagem corporal e depressão em pacientes com Insuficiência Cardíaca**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. 92p. 2008.

MEDEIROS, E. A. S. Desafios para o enfrentamento da pandemia covid-19 em hospitais universitários. **Rev. paul. pediatr**. v. 38, n. 01, p. 1-2. 2020.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Enfermidades Cardiovasculares**. Nota descritiva, 2015. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>. Acesso em: Novembro de 2020.

OLIVEIRA, T. C. T.; CORREIA, D. M. S.; CAVALCANTI, A. C. D. O impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano: percepção do paciente em acompanhamento ambulatorial. **Revista de enfermagem UFPE on-line**, v. 7, n. 6, p. 4497-4504, 2013.

OROZCO, L. B.; ALVES, S. H. S. Diferenças do autocuidado entre pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e 2. **Psicologia, saúde & doenças**. v. 18, n.1, p. 234-247, 2017.

PARANHOS, R.; FILHO, D. B. F.; ROCHA, E. C.; JUNIOR, J. A. S.; FREITAS, D. **Uma Introdução aos métodos mistos**. Sociologias, Porto Alegre, ano 18, n. 42, p. 384-411, 2016.

POFFO, M. R.; ASSIS, A. V.; FRACASSO, M. FILHO, O. M. L.; ALVES, S. M. M.; BALD, A. P.; SCHIMITT, C. B.; FILHO, N. R. A. Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. **Int J Cardiovasc Sci**. v. 30, n. 3, p. 189-198, 2017.

QUEIRÓS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. S.; FILHO, A. J. A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. v.4, n. 3, p. 157-164, 2014.

RABELO, E. R.; ALITI, B. G.; DOMIGUES, F. B.; RUSCHEL, B. K.; BRUM, A. K. O. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n 1, p. 1-7, 2007.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R.. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 3, p. 2-9, 2017.

SANTOS, Z. M. S. A.; COSTA, C. M. V.; SARAIVA, K. R. O. Cliente portador de insuficiência cardíaca - demandas de autocuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 8, n. 2, p. 243-250, 2004.

SILVA, M. C. R. **Representações sociais nos processos de saúde-doença**: um estudo sob a percepção das crianças, adolescentes e dos familiares. EDUCERE: XII Congresso Nacional de Educação. PUCPR, ISSN 2176-1396, p 31718- 31733, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CADIOLOGIA. **Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v.111, n 3, p.436-539, 2018.

SOUZA, T. S.; STALIANO, P. Coração como centro das emoções e da vida: um estudo com pacientes cardiopatas em hospitais gerais. **Vittalle –Revista de Ciências da Saúde**. v. 32, n. 2, p. 140-147, 2020.

VANZ, S.; STALIANO P. Saúde e doença: um estudo sobre as representações sociais de pacientes com doenças crônicas internados em um hospital universitário. In: MISSIAS-MOREIRA, R.; COUTINHO, S. M. S.; COLLARES-DA-ROCHA, J. C. C.; FREITAS, V. L. C.; SERVO, M. L. S. **Representações sociais na contemporaneidade**. v. 4, editora CRV, Curitiba, 2020.