



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM- MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL

Tania Pereira

**Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca**

Florianópolis

2020

Tania Pereira

## **Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, para a obtenção do grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de concentração: Tecnologia em saúde e enfermagem. Linha de Cuidado: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.  
Orientadora: Profa. Dra. Luciara Fabiane Sebold

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Tania

Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca / Tania Pereira ; orientador, Luciara Fabiane Sebold, 2020.

142 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Autocuidado. 3. Teoria de Enfermagem. 4. Educação em Saúde. 5. Tecnologia. I. Sebold, Luciara Fabiane . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Tania Pereira

**Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Lucia Nazareth Amante, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Veridiana Tavares Costa, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Maria Elena Echevarria Guanilo, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

---

Profa. Dra. Jane Cristina Anders  
Coordenadora do Programa

---

Profa. Dra. Luciara Fabiane Sebold  
Orientadora

Florianópolis, 18 de fevereiro de 2020.



*A minha ancestralidade, minha gratidão e  
reverência, porque metade de mim é vocês e a  
outra metade também*

## AGRADECIMENTOS

Vim ao mundo pelas mãos de Deus e agradeço a Ele por esse sopro de luz chamado vida;

Agradeço aos meus avós professores Alexandre e Adelina, meus primeiros educadores, é tanta gratidão que só cabe na alma;

Fui gerada no ventre de uma grande mulher, minha mãe Salvelina, exemplo de luta e dedicação, a ela eu agradeço por ser esse exemplo único de luta e persistência;

Cresci ao lado de dois rapazes tão diferentes entre eles e tão iguais no meu coração, obrigada irmãos por me acompanharem nessa jornada;

Com 20 anos vivendo nesse mundo dou à luz a uma menina para quem dei o nome de Isadora: nenhuma escola ou faculdade no mundo vai me ensinar tanto quanto ser tua mãe, agradeço por ser minha mestra da vida, à você eu desejo todo amor que houver nessa vida;

Agradeço à enfermagem por ter me escolhido;

No caminho trilhado tantas pessoas especiais, assim se fez Dra Cintia Koerich que acreditou em mim e me incentivou a estar aqui e a querida Josimary Silva, tantas risadas, tantos lamentos, tantas noites conversando no corredor do ICSC, quase virei otaku;

Agradeço à sociedade por financiar meu estudo, espero que eu tenha alcançado o objetivo de devolver para vocês um produto transformador;

Agradeço ao Programa de Pós Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem por estar construindo história, fortalecendo o cuidado nas instituições de saúde;

Agradeço às professoras por me receberem de braços abertos e por me ensinarem a mergulhar num mar desconhecido e nele encontrar conhecimento, obrigada por responderem mensagem sábado à noite;

Em especial a minha orientadora Dra Luciara Fabiane Sebold, que me chamou para a dança e me mostrou cada passo, seguimos então, porque “qualquer festa nos diverte”;

Aos meus colegas de Mestrado por compartilharem os conhecimentos, as dúvidas, as caronas, o café e a luta;

Aos meus companheiros de trabalho da UPA Norte por me compreenderem no amor e na dor, em especial a minha querida Roseli Pinheiro que me deu o alívio da escuta e da palavra quando a vida estava pesada;

Aos queridos do plantão da Coronária, que imenso prazer é estar ao lado de vocês, de alguma forma eu devo merecer a bondade de Deus por ter colocado vocês na minha vida;

Agradeço especialmente às colegas e aos pacientes que contribuíram com este estudo, é o conhecimento de vocês que está aqui, eu sou apenas e eternamente uma aprendiz;

Agradeço a mim mesma por ser tão persistente e ter essa imensa vontade de ser diferente e ser muito mais do que aquilo que as pessoas esperam de mim, às vezes não dou conta, mas sigo na luto para me fazer melhor para o mundo!

Gratidão a todos!

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral construir uma cartilha educativa sobre autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca. Para tanto, seguiu-se os específicos objetivos de identificar a capacidade de autocuidado dos pacientes a partir da sua auto percepção e elencar, junto aos enfermeiros, medidas de autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca. Delineou-se um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. A pesquisa foi realizada em um hospital especializado de cardiologia no sul do Brasil, em unidades de internação clínica e cirúrgica que são caracterizadas por atendimentos mistos. Foram incluídos no estudo 15 pacientes internados com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca e sete enfermeiros assistenciais dessas unidades. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas com os pacientes e grupos de discussão com os enfermeiros buscando a composição textual da cartilha, entre agosto e novembro de 2019. As entrevistas com os pacientes foram gravadas e transcritas na íntegra, após os dados foram submetidos à análise de conteúdo e o resultado foi apresentado aos enfermeiros durante os encontros. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e seguiu os princípios legais para a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado com o número de protocolo 3.279.227. Após a análise das entrevistas surgiram quatro categorias temáticas para a discussão: Demandas de autocuidado no conhecimento da doença; Demandas de autocuidado nas ações para o estado de saúde; Demandas de autocuidado no gerenciamento de fatores descompensatórios; Demandas de autocuidado em relação às redes apoio. A análise das categorias foi direcionada pela Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem e com a literatura pertinente e atual. Este resultado foi apresentado aos enfermeiros assistenciais através de encontros que resultaram na elaboração do conteúdo da cartilha educativa. Assim o produto gerado nesta pesquisa foi uma cartilha educativa que contemplou três tópicos: Conhecendo a Insuficiência Cardíaca; Autocuidado na Insuficiência Cardíaca e; Redes de Apoio. A diagramação e a ilustração contaram com o trabalho de especialista *designer* gráfico que ilustrou a cartilha conforme a colaboração da equipe de enfermeiros, com figuras e linguagem acessível que facilitam a compreensão dos pacientes. Conclui-se que a cartilha representa um produto tecnológico que proporcionará uma transformação no cuidado, visto que será uma ferramenta pedagógica que facilitará a comunicação entre os enfermeiros e as pessoas internadas com Insuficiência Cardíaca, capacitando-as para o autocuidado, garantindo a oferta de um serviço de qualidade que tem como objetivo melhorar a vida das pessoas.

**Palavras-chave:** Autocuidado. Teoria de Enfermagem. Enfermagem. Educação em Saúde. Tecnologia.

## ABSTRACT

This study aimed to build an educational booklet on self-care for patients with heart failure. Therefore, the specific objectives of identifying the patients' self-care capacity based on their self-perception and listing, with nurses, self-care measures for patients with Heart Failure, were followed. A qualitative, exploratory and descriptive study was outlined. The research was carried out in a specialized cardiology hospital in southern Brazil, in clinical and surgical inpatient units that are characterized by mixed care. The study included 15 hospitalized patients diagnosed with Heart Failure and seven nursing assistants from these units. Data collection took place through semi-structured interviews with patients and discussion groups with nurses seeking the textual composition of the booklet, between August and November 2019. The interviews with patients were recorded and transcribed in full, after the data they were submitted to content analysis and the result was presented to nurses during the meetings. This study was approved by the Ethics Committee of the Institute of Cardiology of Santa Catarina and followed the legal principles for research with human beings, being approved with the protocol number 3,279,227. After the analysis of the interviews, four thematic categories emerged for discussion: Demands for self-care in the knowledge of the disease; Demands of self-care in actions for the state of health; Self-care demands in the management of decompensating factors; Self-care demands in relation to support networks. The analysis of the categories was guided by the Self-Care Deficit Theory and Orem's Nursing Systems Theory and the pertinent and current literature. This result was presented to nursing assistants through meetings that resulted in the elaboration of the content of the educational booklet. Thus, the product generated in this research was an educational booklet that covered three topics: Knowing Heart Failure; Self-Care in Heart Failure and; Support networks. The diagramming and illustration relied on the work of a specialist graphic designer who illustrated the booklet according to the collaboration of the team of nurses, with figures and accessible language that facilitate the understanding of patients. It is concluded that the booklet represents a technological product that will provide a transformation in care, since it will be a pedagogical tool that will facilitate communication between nurses and people hospitalized with Heart Failure, enabling them to self-care, ensuring the offer of a quality service that aims to improve people's lives.

**Keywords:** Self Care. Nursing theories. Nursing. Health education. Technology.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo construir un folleto educativo sobre autocuidado para pacientes con insuficiencia cardíaca. Por lo tanto, se siguieron los objetivos específicos de identificar la capacidad de autocuidado de los pacientes en función de su autopercepción y listado, con enfermeras, medidas de autocuidado para pacientes con insuficiencia cardíaca. Se describió un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. La investigación se llevó a cabo en un hospital de cardiología especializado en el sur de Brasil, en unidades de hospitalización clínica y quirúrgica que se caracterizan por atención mixta. El estudio incluyó a 15 pacientes hospitalizados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y siete auxiliares de enfermería de estas unidades. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas con pacientes y grupos de discusión con enfermeras que buscaban la composición textual del folleto, entre agosto y noviembre de 2019. Las entrevistas con los pacientes se registraron y transcribieron en su totalidad, después de los datos. fueron sometidos a análisis de contenido y el resultado fue presentado a las enfermeras durante las reuniones. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Cardiología de Santa Catarina y siguió los principios legales para la investigación con seres humanos, siendo aprobado con el protocolo número 3.279.227. Después del análisis de las entrevistas, surgieron cuatro categorías temáticas para discusión: Demandas de autocuidado en el conocimiento de la enfermedad; Demandas de autocuidado en acciones para el estado de salud; Demandas de autocuidado en el manejo de los factores de descompensación; Demandas de autocuidado en relación con las redes de apoyo. El análisis de las categorías se guió por la Teoría del déficit de autocuidado y la Teoría de los sistemas de enfermería de Orem y la literatura pertinente y actual. Este resultado se presentó a los asistentes de enfermería a través de reuniones que dieron como resultado la elaboración del contenido del folleto educativo. Por lo tanto, el producto generado en esta investigación fue un folleto educativo que cubrió tres temas: Conocer la insuficiencia cardíaca; Autocuidado en la insuficiencia cardíaca y; Redes de apoyo. La diagramación y la ilustración se basaron en el trabajo de un diseñador gráfico especializado que ilustró el folleto de acuerdo con la colaboración del equipo de enfermeras, con figuras y lenguaje accesible que facilitan la comprensión de los pacientes. Se concluye que el folleto representa un producto tecnológico que proporcionará una transformación en la atención, ya que será una herramienta pedagógica que facilitará la comunicación entre las enfermeras y las personas hospitalizadas con insuficiencia cardíaca, permitiéndoles autocuidado, asegurando la oferta de un Servicio de calidad que tiene como objetivo mejorar la vida de las personas.

**Palabras clave:** Autocuidado. Teorías de enfermeira. Enfermería. Educación en salud. Tecnología.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definição de insuficiência cardíaca, de acordo com a fração de ejeção de ventrículo esquerdo .....	22
Quadro 2 - Classificação funcional, segundo a <i>New York Heart Association</i> .....	23
Quadro 3 - Estágios da insuficiência cardíaca (IC), segundo <i>American College of Cardiology/American Heart Association</i> .....	23

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC/AHA	<i>American College of Cardiology/American Heart Association</i>
CF	Classe Funcional
DAC	Doença da Artéria Coronária
DC	Débito Cardíaco
DM	Diabetes Melito
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FE	Fração de Ejeção
FEVE	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
HRSJ/HMG	Hospital Regional de São José/Homero de Miranda Gomes
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
ICFep	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada
ICFEi	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária
ICFER	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCTIS	Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde
TDAE	Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
3.1	FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA .....	21
3.2	AUTOUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	25
3.3	TECNOLOGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE .....	27
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>31</b>
4.1	TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICIT DE AUTOUIDADO DE DOROTHEA OREM .....	31
<b>4.1.1</b>	<b>Teoria do autocuidado .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Teoria do déficit do autocuidado .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1.3</b>	<b>Teoria dos sistemas de enfermagem .....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	37
5.2	LOCAL DO ESTUDO .....	38
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
5.4	COLETA DOS DADOS .....	39
5.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	40
5.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	41
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
6.1	MANUSCRITO 1 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: DEMANDAS DE AUTOUIDADO A PARTIR DA TEORIA DE OREM.....	43
6.2	MANUSCRITO 2 - CARTILHA EDUCATIVA PARA AUTOUIDADO DE PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - CONSTRUÇÃO COLETIVA À LUZ DA TEORIA DE OREM.....	67
6.3	PRODUTO - CARTILHA EDUCATIVA PARA O AUTOUIDADO DE PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	79
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>125</b>
	<b>APÊNDICE A - Questionário com Perguntas Abertas para Pacientes.....</b>	<b>132</b>

<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE C - Carta Convite para Enfermeiros.....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Enfermeiros.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXO A - Parecer Consubstanciado.....</b>	<b>140</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*“Afinal, minha posição no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito da história”.*  
Paulo Freire

A ciência em saúde evoluiu em diversos aspectos e vem contribuindo para o diagnóstico precoce e tratamento de diversas doenças. Percebe-se o esforço de pesquisadores em busca de respostas para a cura das doenças, tanto as já conhecidas como novas formas de manifestações. Entender o processo saúde doença e a busca pela cura são questões que acompanham os seres humanos na atualidade. Como consequência disso, tem-se um aumento na expectativa de vida com um aumento no envelhecimento populacional levando à maior prevalência de doenças crônicas (BRASIL, 2013; MOURA, 2015).

As doenças crônicas são definidas como condição médica ou problema de saúde com sintomas ou incapacidades que requerem gerenciamento em longo prazo. Estão, em geral, relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades (BRASIL, 2013; CHEEVER; HINKLER, 2018).

Entre as doenças classificadas como crônicas está a Insuficiência Cardíaca (IC), definida como apresentação clínica consequente de alterações na estrutura e/ou função do coração e que comprometem o enchimento e ejeção de sangue dos ventrículos (CHEEVER; HINKLER, 2018). Pode ser classificada de três formas distintas: de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), podendo ser preservada, intermediária ou reduzida; pela classificação da *New York Heart Association* (NYHA), que utiliza a nomenclatura Classe Funcional I, II, III, IV onde o enquadramento é feito de acordo com a capacidade para o exercício e a gravidade da sintomatologia da doença e; a classificação por estágios da *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA), que abrange desde o risco de desenvolver até a doença em estágios mais avançados (RODHE *et al.*, 2018).

Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial. E por apresentar-se como uma condição crônica e progressiva, deve ser tratada com mudanças de estilo de vida e medicamentos, com vistas a prevenir a descompensação da doença, que levam ao agravamento do quadro de cronicidade. Nesse sentido, ressalta-se a importância de as pessoas

portadoras deste agravo de saúde reconhecer os sinais e sintomas, bem como sua causa e formas de gerenciar o estilo de vida para evitar a descompensação, e isso pode ser realizado por meio do autocuidado.

A IC representa uma das principais causas de internação por doenças do aparelho circulatório sendo responsável por grande parte dos custos de hospitalizações por doenças cardiovasculares chegando a alcançar quase 15% do total (CHEEVER; HINKLER, 2018; WAJNER, 2017).

Um estudo sobre o impacto econômico das doenças cardíacas no Brasil realizado por Stevens e outros autores (2017), mostrou que essas doenças correspondem a aproximadamente 5,5% do total nacional de despesas com a saúde. Esse mesmo estudo avaliou o impacto na produtividade mostrando que a IC é a doença do coração que traz maiores prejuízos gerando mais incapacidades e assim onerando a previdência. A produtividade está diretamente ligada à perda da qualidade de vida, que piora progressivamente a cada quadro de descompensação, principalmente quando este traz a necessidade de internação ou reinternação, o que aumenta o custo com a assistência.

Assim, Poffo e outros (2017) ressaltam a importância de estudar os perfis de pacientes internados e a necessidade de investimentos no aperfeiçoamento da qualidade da assistência, tanto para o tratamento quanto para a prevenção. Corroborando, pode-se citar Fonseca e colaboradores (2018), que após uma análise sobre as estimativas da IC para o século XXI, concluíram que, para que ocorra um impacto positivo sobre a qualidade de vida das pessoas, a redução de custos com manejo e manutenção da doença e as sucessivas reinternações é necessária a conscientização dos profissionais sobre a importância de ser educador no desenvolvimento do autocuidado, isso facilitará o diagnóstico precoce e o encaminhamento das pessoas portadoras de IC intensificando a gestão correta da doença.

O autocuidado está ligado ao estado de autonomia e de se manter independente e responsável por seu próprio bem-estar, se tornando apto a tomar iniciativas para realizar ações positivas visando manter a qualidade de vida (BARREIROS, 2017). Está centrado no diálogo dos profissionais e instituições de saúde com paciente e família com vistas a estabelecer um plano de cuidados prioritário para a condição de saúde que se apresenta, assim, a responsabilidade é bilateral e contínua (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, destaco a minha atuação como enfermeira no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) e as observações realizadas em meu percurso profissional. Assim, registro que os pacientes com IC trazem consigo a incapacidade de cuidar de si e o desconhecimento da sua doença, dificultando o processo de autocuidado. Houve

relatos de muitos pacientes que procuraram o ICSC quando não mais conseguiam realizar atividades simples, como levantar do sofá, por exemplo, e só conseguiam reconhecer sinais de exacerbação da doença quando esses o incapacitavam de realizar qualquer atividade. A partir desses relatos compreendi que estes necessitam de maior atenção às suas necessidades o que não pode se resumir a apenas tomar as medicações no horário correto, mas sim tornar o paciente protagonista do seu cuidado, fazendo com que sejam capazes de reconhecer precocemente os sinais de descompensação e que ainda possam construir sua rotina com hábitos saudáveis para se manterem estáveis e melhorar sua qualidade de vida.

A favor da observação acima se faz alusão a Balsas e outros autores (2018) e Gonçalves e Albuquerque (2014), que afirmam que o conhecimento sobre a doença aumenta a capacidade para gerir o autocuidado e torna as pessoas com IC independentes para o manejo e manutenção evitando exacerbação dos sintomas e possíveis reinternações. Para que isso ocorra é fundamental que as intervenções de enfermagem sejam focadas na educação em saúde, constituindo-se como elemento diferencial para o aumento da adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico com ações voltadas para déficits específicos dessa doença.

Pertinente a isso, Orem (2006), conceitua déficit de autocuidado como o resultado correferente entre a capacidade da pessoa de autocuidar-se e a meta do autocuidado terapêutico, sendo que o produto do déficit acontece quando a demanda terapêutica se sobressai à capacidade. Além disso, essa mesma teórica fez surgir o conceito de autocuidado a partir de reflexões acerca da necessidade das pessoas em receberem auxílio da enfermagem nas suas atividades diárias.

A falta de conhecimento do processo fisiopatológico da doença, a má adesão ao tratamento farmacológico e o desconhecimento de medidas para o tratamento não farmacológico como o controle de ingestão hídrica, sódio e controle de peso diário, o desconhecimento da importância da auto avaliação para a tolerância a atividade física e sexual, as limitações laborais e informações sobre direito do trabalho e ainda reconhecer os sinais de descompensação da doença, são definidos como déficits de autocuidado relacionados à IC (GONÇALVES; ALBUQUERQUE, 2014).

Nesse contexto é possível identificar a fragilidade em relação ao conhecimento e as dúvidas que uma pessoa com IC pode suprimir gerando ansiedades e acelerando o progresso da doença. Identifica-se também que sendo o ICSC referência no atendimento às pessoas com IC, aproximadamente 540 internações ao ano, a equipe de enfermeiros não tem disponível tecnologia que estabeleça a interação profissional/paciente e que auxilie na educação para o autocuidado, ou seja, as orientações oferecidas durante a internação não possuem um formato

que possibilite à pessoa com IC tirar dúvidas acerca de sua doença ou ao menos se remeter ao que foi orientado verbalmente. Observa-se também, que a falta de um instrumento dificulta a proximidade entre as partes e muitas vezes o paciente volta ao domicílio sem acréscimo de informações para melhorar sua qualidade de vida após alta.

A partir da observação desse cenário abre-se a reflexão sobre a importância da produção de tecnologia educativa que favoreça a comunicação entre enfermeiro e paciente que possa ser utilizado como meio de consulta com o objetivo de minimizar a ansiedade, sanar dúvidas ou ainda, apenas lembrar as informações ofertadas durante a internação. Para isso, hoje os enfermeiros contam com o cuidado sistematizado, nele incluído o desenvolvimento e a utilização de tecnologias que possam facilitar o processo de educação em saúde.

A aplicação de tecnologias apresenta-se de forma complexa, e para a enfermagem sua utilização permitiu aperfeiçoar a prática do cuidado nos mais diversos campos de atuação. Para isso se fez necessário trazer para essa profissão a expansão do conceito de tecnologia estabelecendo uma caracterização filosófica no seu desenvolvimento deixando de lado o conceito restrito de tecnologia ligando-a à materialidade e modernidade cibernética, ampliando, assim o conceito para as relações humanas, tornando possível levar a tecnologia para o cotidiano das pessoas a partir de suas necessidades sempre considerando o seu contexto sociocultural.

Isso possibilita à enfermagem usar seu conhecimento para desenvolver tecnologias a partir da compreensão do ser humano em sua individualidade e deste dentro de seu contexto social, assim compreender esse conceito amplo de tecnologia permite ao enfermeiro atender às necessidades básicas das pessoas desvinculando a inovação tecnológica apenas do desenvolvimento de tecnologias materiais e de alto custo (GRAVE *et al*, 2019; NIETSHE, 2012). Santos (2016) oferece sua contribuição discorrendo que na área da saúde as tecnologias constituem todo tipo de intervenção utilizada com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas, prevenindo, tratando e cuidando. Assim, em saúde, as tecnologias não podem ser entendidas apenas como medidas palpáveis, mas como todo tipo de ação com alguma finalidade seja ela concreta ou abstrata.

Nascimento e Teixeira (2017) discorrem sobre tecnologias impressas, e afirmam que para o desenvolvimento dessas tecnologias é necessário que o profissional enfermeiro esteja embasado cientificamente buscando evidências a partir de porque e para quem essa tecnologia será aplicada. Na atualidade, existe no âmbito da saúde uma disposição ao desenvolvimento e utilização de tecnologias impressas que estão enquadradas no conceito de tecnologias

educacionais independentes, ou seja, que não necessitam ou não dependem de material elétrico e eletrônicos para sua utilização na prática. Por sua vez as tecnologias educacionais se mostram como ferramentas facilitadoras na interação profissional/pacientes, facilitando a comunicação e fortalecendo a educação em saúde (TEIXEIRA; MEDEIROS; NASCIMENTO, 2017).

Entre as tecnologias educacionais independentes podemos citar a cartilha, que sem novidades, melhor dizendo, historicamente seu conceito e utilização está ligado às necessidades pedagógicas e de educação. Assim Chrizostimo, Brum e Santos (2018), reafirmam a cartilha como tecnologia educacional que será explorada por profissionais comprometidos com uma mudança cultural uma vez que ações pedagógicas têm essa função e também para os usuários que terão acesso às informações pertinentes a melhoria do seu autocuidado.

A partir dos conceitos de tecnologias educacionais, da contribuição que um material impresso poderá trazer para a fluidez no contato profissional/paciente e no impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas com IC a partir da educação para sua independência para o autocuidado, entendo que a participação dos enfermeiros e das pessoas com IC na construção de uma cartilha para autocuidado pode apresentar-se como um importante fundamento para a construção de uma tecnologia educacional e, assim contribuir para uma mudança de cultura no cuidado e autocuidado. Diante do exposto surge o seguinte questionamento: Quais informações devem conter uma cartilha educativa para autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir uma cartilha educativa sobre autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a capacidade de autocuidado dos pacientes a partir da sua auto percepção;
- Elencar junto aos enfermeiros medidas de autocuidado para pacientes com IC.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As revisões de literatura permitem uma profunda compreensão do tema, identificando conceitos e evidências acerca do estudo para os que os leitores e outros pesquisadores possam ter clara a sua importância (POLIT; BECK, 2019; SAMPIERE *et al.*, 2013).

Para que a revisão da literatura apresentasse uma contextualização que possibilitasse uma ampla contribuição para a solução dos objetivos desta pesquisa realizou-se uma revisão do tipo narrativa. Assim efetivou-se uma busca em livros clássicos amplamente utilizados na academia, nos cursos de graduação e pós-graduação, bem como por profissionais de enfermagem. Também foram utilizadas para consulta as diretrizes atuais acerca do tema, lembrando que as diretrizes são construídas após análise profunda da literatura com envolvimento de inúmeros profissionais e, portanto, apresentam as melhores evidências científicas na área e a busca em artigos científicos publicados em bases de dados nacionais e internacionais. A revisão da literatura narrativa possibilitou um julgamento dos artigos mais relevantes e que contribuíram com maior consistência com o estudo.

Assim, para melhor entendimento acerca do tema a revisão foi dividida em tópicos: Fisiopatologia da insuficiência cardíaca; Autocuidado em insuficiência cardíaca; e Tecnologias em saúde e enfermagem.

#### 3.1 FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O termo insuficiência cardíaca intitula a incapacidade do coração de gerar débito cardíaco suficiente para suprir as exigências nutricionais e de oxigênio do organismo. Essa incapacidade pode ser decorrente de alterações funcionais ou das estruturas do coração que indicam patologia miocárdica onde estão comprometidas a capacidade de contração do coração (disfunção sistólica) ou do enchimento cardíaco (disfunção diastólica) ocorrendo sobrecarga de líquidos e perfusão tissular inadequada. De acordo com a Diretriz de Insuficiência Cardíaca aguda e Crônica (2018) a IC pode ser classificada de três formas: de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), que pode ser preservada, intermediária ou reduzida; pela gravidade dos sintomas, dividido por classe funcional (classificação da *New York Heart Association (NYHA)*): e, por estágios que se faz a partir do tempo de progressão da doença.

A FEVE é a terminologia factualmente empregada para definir a IC (Quadro 1) e engloba desde pessoas com FEVE normal ( $\geq 50\%$ ), intitulada IC com fração de ejeção

preservada (ICFEp) ou IC diastólica, até as pessoas com FEVE (< 40%), denominada IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr) ou IC sistólica, quanto às pessoas com FEVE entre 40 e 49% são classificadas como IC de FEVE intermediária (ICFEi). Distinguir e avaliar as pessoas com IC segundo a FEVE tem expressiva relevância, principalmente no que diz respeito à definição da terapêutica adequada, uma vez que pode haver a recuperação da fração de ejeção e, assim serem reclassificados. O ecocardiograma transtorácico é o exame que permite avaliar a função sistólica e diastólica bem como avaliar as estruturas do coração (CHEEVER; HINKLER, 2018; RODHE, 2018).

Quadro 1 - Definição de insuficiência cardíaca, de acordo com a fração de ejeção de ventrículo esquerdo

<b>Função Ventricular</b>	<b>FEVE</b>	<b>Ecodopplercardiograma</b>
ICFEr	FEVE < 40%	Alteração estrutural e disfunção sistólica
ICFEi	FEVE 40 – 49%	Alteração estrutural e/ou disfunção diastólica
ICFEp	FEVE ≥ 50%	Alteração estrutural e/ou disfunção diastólica

Fonte: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica (2018)

A classificação de acordo com a NYHA se baseia no grau de tolerância ao exercício e varia desde a ausência de sintomas até a presença de sintomas mesmo em repouso (Quadro 2). Essa classificação possibilita analisar a clínica dos pacientes e, ainda estabelecer o prognóstico. Quanto mais alta a classificação da NYHA (Classe funcional III e IV, CF III e CF IV), piores as condições clínicas e maior é a vulnerabilidade à internações e maior é o risco de mortalidade. Mesmo em classificações mais baixas (Classe funcional I e II, CF I e CF II) a doença nem sempre é constante e os riscos podem ser diminuídos pela potencialização terapêutica (RODHE, 2018).

Quadro 2 - Classificação funcional, segundo a *New York Heart Association*.

<b>Classe</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
I	Ausência de sintomas	Assintomático
II	Atividades físicas habituais causam sintomas. Limitação leve	Sintomas Leves
III	Atividades físicas menos intensas que as habituais causam sintomas. Limitação importante, porém confortável no repouso	Sintomas moderados
IV	Incapacidade para realizar qualquer atividade sem apresentar desconforto. Sintomas no repouso	Sintomas graves

Fonte: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica (2018).

A classificação por estágios da IC proposta pela *American College of Cardiology/American Heart Association ACC/AHA* (Quadro 3) salienta o desenvolvimento e a progressão da doença, incluindo tanto o paciente com risco de desenvolver IC, quanto o paciente em estágio mais avançado da doença, que requer terapias características, como transplante cardíaco e/ou dispositivos de assistência ventricular (RODHE, 2018; QUILICI *et al.*, 2014).

Quadro 3 - Estágios da insuficiência cardíaca (IC), segundo *American College of Cardiology/American Heart Association*.

<b>Estágio</b>	<b>Definição</b>
A	Risco de desenvolver IC. Sem doença estrutural ou sintomas de IC
B	Doença estrutural cardíaca presente. Sem sintomas de IC
C	Doença estrutural cardíaca presente. Sintomas prévios ou atuais de IC
D	IC refratária ao tratamento clínico. Requer intervenção especializada

Fonte: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica (2018).

As causas da IC são inúmeras, porém o processo progressivo da doença resulta em manifestações clínicas semelhantes. A compreensão dos mecanismos da IC se faz importante uma vez que é a partir dessa compreensão que se pode definir o estágio ou classificação da doença e então iniciar intervenções e tratamentos. (CHEEVER, HINCKLER, 2018; QUILICI *et al.*, 2014).

Condições clínicas e os fatores de risco causam danos primários que podem ser localizados ou difusos e levam a perda de cardiomiócitos. Em resposta a essa perda celular, na tentativa de manter o débito cardíaco (DC) satisfatório para responder às demandas do organismo, o esforço do coração se eleva num processo adaptativo e conforme isso acontece as fibras musculares miocárdicas perdem força de contração, isso faz com que aconteça um aumento do volume de sangue na diástole final no ventrículo, fazendo distensão das fibras musculares miocárdicas aumentando o tamanho do ventrículo (dilatação ventricular) (CHEEVER; HINCKLER, 2018; CHULAY; BURNS, 2012).

A doença da artéria coronária (DAC) e a cardiopatia isquêmica são encontradas na maioria dos pacientes com IC, o infarto agudo do miocárdio (IAM) que é uma manifestação da doença e que causa necrose do músculo cardíaco e conseqüentemente perda da contratilidade, estando a extensão do IAM correlacionada com a gravidade da IC, a hipertensão sistêmica ou pulmonar que aumenta a pós-carga causa hipertrofia das fibras musculares comprometendo com o passar do tempo a capacidade de enchimento adequado do coração, distúrbios valvares, cardiomiopatia tóxica (por exemplo, cardiomiopatia associada ao uso de quimioterápicos), doença de chagas e disfunção renal com sobrecarga de volume, são condições que predisõem o aparecimento da IC, podendo aparecer isoladas ou sobrepostas. Os fatores de risco associados ao desenvolvimento de IC são: obesidade, tabagismo, infecções virais, exposição a toxinas, consumo excessivo de álcool e o diabetes melito também está fortemente associado ao risco de desenvolvimento de IC, entre outros (FREITAS; CIRINO, 2017).

No contexto da complexidade e do alto índice de morbidade e mortalidade da IC, entende-se que as pessoas acometidas devem dispor de um atendimento organizado e sistematizado. As atribuições dos enfermeiros são amplas e abrangem desde a atenção primária até a especializada, exigindo desse profissional o desenvolvimento de tecnologias com a finalidade de ampliar a adesão ao tratamento e ao autocuidado melhorando a qualidade de vida. Para isso devem considerar sinais e sintomas, exames tanto laboratoriais quanto os de imagem, condição emocional e capacidade de compreensão do processo saúde-doença, educando as pessoas para mudança no estilo de vida, ou seja, o cuidado de enfermagem aos

pacientes com IC envolve o tratamento não farmacológico que vem se mostrando eficaz no tratamento da IC (FREITAS, 2018; RODHE, 2018; FERREIRA *et al.*, 2015; QUILICI *et al.*, 2014).

### 3.2 AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O termo autocuidado, derivado do conceito de cuidado, está relacionado à capacidade de gestão das pessoas sobre sua saúde e para atitude de comportamentos saudáveis. O cuidado que inicialmente era atribuído às mulheres da família, a partir do século XIX passou a ter como referência os profissionais de saúde, médico e, posteriormente, o enfermeiro, sendo que as decisões e escolhas de cuidado partiam dos profissionais sem dar espaço ao protagonismo das pessoas enfermas. A partir de 1978, na Declaração de Alma-Ata, foi reforçada a importância da participação da sociedade nas decisões do seu cuidado, assim houve uma responsabilização das instituições em levar a informação, o conhecimento e recursos necessários para o autocuidado, iniciando um resgate pela humanização e uma relação horizontal entre profissional e população (BRASIL, 2014).

O conceito de autocuidado é relativo a uma responsabilidade pessoal num movimento de saúde onde seja possível conquistar autonomia e independência para empreender e potencializar a capacidade de executar atividades cotidianas. Promover o autocuidado é estimular um processo de tomada de decisão individual, resultando na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica e a resposta para sintomas, assim que eles ocorrem. Portanto o autocuidado em IC diz respeito à capacidade que a pessoa possui em gerir adequadamente os sinais e sintomas de descompensação e seguir um plano manutenção, reduzindo a prevalência da doença, assim como minimizando a sua progressão (MARQUES *et al.*, 2016; BARREIROS, 2018).

O papel do enfermeiro é levar consciência às pessoas acerca da indispensabilidade de assumirem o protagonismo do seu cuidado, para isso esses profissionais podem se fazer valer do uso e do desenvolvimento de tecnologias, agregando confiabilidade e segurança às suas intervenções, assim cabe ressaltar que as abordagens envolvidas no tratamento da IC compreendem intervenções não farmacológicas e farmacológicas. As temáticas no tratamento não farmacológico devem conter estímulo ao enfrentamento de situações relativas à execução de dinâmicas de autocuidado como atividades física, dieta e ingestão hídrica adequadas, acompanhamento dos sinais vitais, correta adesão medicamentosa e segurança quanto à atividade sexual e laboral (MARQUES *et al.*, 2016; TINOCO *et al.*, 2017; MOURA, 2015).

Nesse contexto, se faz necessário alguns apontamentos acerca das temáticas envolvidas no autocuidado das pessoas com IC, abaixo uma breve revisão desse conteúdo.

A supervisão e orientação ao abandono do tabagismo deve ser encorajado por profissionais especializados, entre eles o enfermeiro, este deve utilizar recomendações universalmente aceitas com uma abordagem enfática, buscando as técnicas disponíveis direcionadas aos benefícios de parar de fumar e seus efeitos sobre a diminuição dos riscos e agravos das doenças. Outro fator que traz prejuízo às pessoas com IC é o consumo indiscriminado de bebidas alcoólicas, sobretudo para a IC de etiologia alcoólica, uma vez que a melhora da função do ventrículo está diretamente associada à abstinência alcoólica. A definição pelo consumo ou não, deve ser uma decisão compartilhada entre profissional/paciente, é importante que no planejamento dos cuidados o uso adequado das medicações deva ser salientado, tornando as pessoas lúcidas acerca das ameaças à saúde que o uso concomitante de medicações com o consumo de álcool pode acarretar (BRASIL, 2014; RODHE *et al.*, 2018).

A orientação sobre alimentação saudável precisa compor o conjunto de ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos da IC. Assim, para evitar que imprudências alimentares possam acarretar descompensação da IC é necessário uma dieta bem dirigida e com estímulo à adesão à terapia nutricional prescrita. Embora haja carência de pesquisas que envolvam a avaliação do consumo excessivo de sódio e os efeitos da restrição hídrica, sabe-se que a associação entre sódio e fluidos pode agravar a hipervolemia que se constitui em descompensação da doença. A Diretriz Brasileira de IC Crônica e Aguda (2018) recomenda se evite a ingestão de excessiva de sódio em níveis >70g de cloreto de sódio, sal, por dia (SABINO, 2019; RODHE *et al.*, 2018).

Amaral e autores (2017) destacam a prática da atividade física como uma intervenção importante no autocuidado em IC por serem essenciais para a manutenção capacidade e independência funcional, melhorando os sintomas. O treinamento físico regular e acompanhado por profissional é seguro, aumenta a tolerância aos exercícios melhorando a qualidade de vida e a redução de hospitalizações. Aumentar a capacidade funcional contribui também para manter a qualidade da atividade laboral trazendo como benefício o equilíbrio no estado emocional e a manutenção da autoestima. A importância da intervenção profissional nesse sentido é esclarecer dúvidas sobre as condições de retorno ao trabalho e de medidas para se manter trabalhando. Uma vez que existe relação entre DCV e disfunção sexual, a atividade física assume também importante relevância nesse contexto posto que exercícios físicos são eficazes para ambos. Alguns medicamentos comumente utilizados na IC podem

estar associados com a disfunção da atividade sexual, porém, pacientes relatam que a atividade sexual não é realizada devido à limitação imposta pelos sintomas da doença (RODHE *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2015).

A atribuição dos enfermeiros na recomendação para vacinação na IC é de substancial expressão, uma vez que com esta medida é possível uma redução dos casos de descompensação por infecções respiratórias e significativa redução da mortalidade, sendo recomendada sua administração anual. Quanto à vacinação da pneumococo, não há evidências de benefícios na sua administração para IC, porém é recomendada para portadores de outra doenças crônicas, assim a Diretriz de Insuficiência Crônica e Aguda (2018) recomenda sua administração (RODHE *et al.*, 2018; BRICKS *et al.*, 2015).

Os impactos sobre o autocuidado verificam-se a partir de insuficiências no cuidar de si, dessa forma, se faz fundamental o desenvolvimento de tecnologias que apreciem essas necessidades, com vistas a gerar indicadores e, assim suprir as demandas apresentadas. Nesse contexto, os enfermeiros são considerados profissionais de destaque na composição da equipe multiprofissional na avaliação da capacidade do autocuidado dos pacientes com IC, sendo necessária uma avaliação inicial minuciosa envolvendo as asserções acerca do autocuidado (FONSECA *et al.*, 2017).

### 3.3 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Para entender tecnologia em saúde é necessário compreender que esta se refere a praticar conhecimentos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas. Como exemplos de tecnologias em saúde pode-se citar produtos farmacológicos, artigos para a saúde, métodos, sistemas para as organizações, tecnologias educacionais, de informação e de suporte e os programas e ferramentas e instrumentos assistenciais através dos quais a atenção e os cuidados estão direcionados a melhorar a vida da população (BRASIL, 2016).

O impacto da incorporação das tecnologias na prática dos serviços de saúde vem sendo pauta de discussões e ganhando grande conotação, remetendo à realidade de que nesta área as tecnologias ultrapassaram o padrão que se apresentava comum nas instituições, qual seja o de desenvolvimento de processos para as funções administrativas, desempenhando hoje um papel fundamental no cuidado ao paciente (PINOCHET; LOPES; SILVA, 2014).

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a segunda edição da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), embasada pelos princípios

constitucionais essa política habilita o progresso de novas tecnologias no âmbito da saúde, nos traz a ideia de que a pesquisa em saúde é uma ferramenta importante para a melhoria da saúde nas populações, salienta a importância da participação de todos os setores da sociedade para o desenvolvimento de novas tecnologias no âmbito da saúde, reforçando sua essência que é o compromisso com a sociedade, a superação das desigualdades, a inclusão das diversidades e o respeito à dignidade humana observando princípios éticos (BRASIL, 2008).

Para Santos (2016) na área da saúde as tecnologias constituem todo tipo de intervenção utilizada com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas, prevenindo, tratando e cuidando, assim, em saúde, as tecnologias não podem ser entendidas apenas como medidas palpáveis, mas como todo tipo de ação com alguma finalidade seja ela concreta ou abstrata.

De acordo com Merhy (2002) as tecnologias em saúde podem ser classificadas como tecnologias leves, tecnologias leve-dura e tecnologias duras. As tecnologias leves são marcadas pelo relacionamento profissional-paciente, onde a responsabilidade da equipe de saúde com os usuários permitem estabelecer relações que promovam a autonomia e autocuidado através de informações que estimulem o paciente no processo de recuperação e estabelecimento da qualidade de vida. As tecnologias leve-dura são compreendidas como a utilização de conhecimentos estruturados, que não precisam de um recurso de alta tecnologia para seu desenvolvimento e construção. Nas práticas da enfermagem permitem uma comunicação e troca de informações mais efetivas e direcionadas a um problema específico com o emprego da tecnologia desenvolvida para a dificuldade manifestada. E as tecnologias duras se referem aos maquinários, ferramentas, equipamentos, aparelhos, e estruturas organizacionais (SANTOS, 2016; SABINO, 2016).

Ainda com uma definição mais recente e a partir dos achados de uma pesquisa, Nietzsche (2000) contribui com uma categorização sistemática para a enfermagem, assim denominados: Tecnologias de Administração onde se inserem o corpo dos procedimentos e disposição de equipamentos, formas de realizar o trabalho amparando todas as áreas de atuação da enfermagem; Tecnologias de Concepções que se referem ao planejamento para assistência de enfermagem; Tecnologia de Educação que são aquelas que reúnem informações com vistas a uma maior lucidez para mudanças de hábitos de vida; Tecnologias Interpretativas que são modos tecnológicos que fundamentam os cuidados, ou seja, servirão de base para evidenciar as adversidades de saúde das pessoas ou sociedade; Tecnologias de Modos de Conduta que incluem medidas indicativas de comportamentos dos profissionais e pacientes que posteriormente devem se transformar em protocolos; e, Tecnologias de Processo de



Comunicação que incluem todas as ferramentas e instrumentos utilizados para comunicação entre profissional e paciente (NIETSCHE; PAIM; LIMA, 2018).

Apesar de existirem obstáculos para as políticas aprimorarem e a ainda garantirem a agregação e divulgação das tecnologias em saúde, a enfermagem tem buscado os múltiplos entendimentos nessa temática através do investimento na produção de conhecimentos e dos diversos processos e produtos tecnológicos com a finalidade de atender as necessidades da demanda sejam elas gerenciais, assistenciais ou educacionais (SANTOS, 2016; SILVA; FERREIRA, 2014).

Arruda e colaboradores (2017) em seu estudo acerca de cuidados a pacientes cardíacos através de um grupo de profissionais para trabalhar ações educacionais acerca da adesão ao tratamento não farmacológico, concluiu que os pacientes que receberam informações-educativas do grupo, tanto no período de hospitalização quanto no domicílio num período de 6 meses, demonstraram redução de 27% nas internações, atendimentos de emergência, ou a morte, comprovando que as tecnologias educacionais promovem melhor compreensão da doença associada à implementação de ações para o autocuidado.

Assim, a educação em saúde ganha papel importante nesse cenário, pois auxilia as pessoas com IC na aceitação da sua situação de saúde e também na orientação de como realizar os cuidados necessários para sua manutenção e recuperação (SILVA *et al.*, 2018). Porém a maneira convencional de educação em saúde, onde o enfermeiro é detentor do conhecimento e ações não é mais conveniente nos dias atuais, portanto o desenvolvimento de tecnologias educativas para a saúde deve ser direcionado a manter cooperação com os pacientes, mantendo uma comunicação contínua para que ele possa conquistar sua autonomia e fazer melhores escolhas para gerenciar sua saúde (SCHIER; GONÇALVES; ALVAREZ, 2017).

Nesse contexto é possível afirmar que na área da saúde o objetivo da geração de tecnologia é acentuar a competência das pessoas para cuidar de si, assim a função da enfermagem no progresso das produções vem sendo primordial, uma vez que para essa profissão os procedimentos são estruturados no desenvolvimento de ferramentas tecnológicas, oferecendo preservação da prática baseada em evidências, acrescentando ainda a utilização das classificações/categorizações das tecnologias desenvolvidas por enfermeiros (SILVINO, 2018; TEIXEIRA; MEDEIROS; NASCIMENTO, 2017).

Dentre os produtos tecnológicos produzidos com função pedagógica, pode-se conduzir o conceito de cartilha, que tem como finalidade a transformação social, tornam contínua a relação enfermeiro/paciente e nesse sentido tornam as pessoas autônomas no seu cuidado.

Assim, entende-se que as cartilhas quando desenvolvidas de forma metodológica e direcionadas a um público alvo, contribuem com os fazeres da equipe de saúde na comunicação com os pacientes e direcionam o conhecimento das pessoas, família e comunidade, padronizando a comunicação não verbal e subsidiando orientações verbais, com a possibilidade de elaboração coletiva, o que facilita a troca de experiência entre os sujeitos envolvidos (CHRIZOSTIMO; BRUM; SANTOS, 2018).

Contribuindo com essa reflexão, Rocha e Esteves (2017), num estudo metodológico para a construção e validação de uma tecnologia educativa intitulada “Cartilha educativa para familiares e acompanhantes de crianças com leucemia linfocítica aguda sobre cuidados com isolamento protetor”, trazem que um dos fatores relevantes para a construção de tecnologia educativa deve ser a facilidade de compreensão, a dimensão e a aparência da temática exposta. Corroborando, Farias e outros (2017) apontam que na construção de tecnologias educativas, a percepção dos usuários deve ser considerada e ainda concluem que a educação em saúde pode ser realizada a qualquer momento e as tecnologias educacionais podem ser produtos finais das ações da enfermagem.

A IC é uma doença de tratamento complexo, sendo a gestão do autocuidado o eixo principal para aprimorar a qualidade de vida, assim define-se como recomendação para educação em saúde com a finalidade de remodelar as metas de autocuidado das pessoas com IC proposições como: alimentação saudável, restrição de sódio e líquidos, uso correto das medicações, prática de atividade física, identificação de sintomas de exacerbação da doença e orientação relações sociais (SOUZA *et al.*, 2017). Assim, entende-se a cartilha como um instrumento moderador entre o enfermeiro e o paciente com IC, uma vez que através dela pode-se abarcar informações pertinentes a modificação de hábitos para um autocuidado efetivo e assim tornar as pessoas com IC independentes e aptas a fazer escolhas saudáveis.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (TDAE), desenvolvida por Dorothea Orem, emergiu a partir da necessidade da construção de um currículo para a prática de enfermagem. Orem publicou seu primeiro livro em 1971 e continuou trabalhando em seus conceitos por quase trinta anos. Negou princípios da filosofia no desenvolvimento de sua teoria, apenas referiu-se à estrutura social e a teoria de sistemas de Parson e de Von Bertalanfy respectivamente. A TDAE é uma teoria atual utilizada largamente como citação e marco teórico para trabalhos científicos (MCEWEN; WILLS, 2015).

As teorias de enfermagem vêm, durante anos, contribuindo de forma expressiva para o desenvolvimento científico dessa profissão, dominando as literaturas e servindo como base teórica para as pesquisas nessa área. Queirós e autores (2014) afirmam que a enfermagem se expandiu como arte se manifestando na forma de cuidar e possibilitando ao enfermeiro compreender o significado do encontro com os pacientes, não sendo uma ciência exata, mas antes, uma ciência que se enquadra no grupo disciplinar das ciências humanas, mais acertadamente no das ciências humanas práticas. A enfermagem utiliza um movimento fundamentado entre conceber e aplicar, indo e vindo nessa mobilidade, organizando e reorganizando o conhecimento.

Assim, a enfermagem enquanto ciência é uma resposta às exigências do trânsito de vocação para profissão e a teoria é entendida como a consequência da compreensão da realidade, da concepção dos conceitos e dos elos entre eles (QUEIRÓS; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014; VITOR; LOPES; ARAÚJO, 2013). Orem (1985) utilizou conceitos para delinear sua concepção de que a competência de percepção do ambiente e de adaptação a ele, a aptidão em relatar o que vivem e a capacidade de realizarem ações em benefício próprio ou para os outros é o que diferencia o ser humano dos outros seres vivos (BUB *et al.*, 2009).

Nesse contexto é apropriado trazer os conceitos de Orem, que foram base para o desenvolvimento da sua teoria: o conceito de **ambiente** para Orem (1991) está atrelado à proposição de que as pessoas que necessitam de ajuda para restituir sua autonomia são formadoras de grupos sociais; assim, cabe trazer o conceito de **ser humano**, que para Orem (1991) se distinguem dos outros seres por sua habilidade de aprender e se desenvolver, pensando sobre si e seu ambiente; a habilidade de perceber os estímulos ambientais

resultantes do convívio com outras pessoas no meio cultural e social é definido como o conceito de **percepção**; a condição de estabilidade ou a falta dela que as pessoas vivenciam em sua rotina e a habilidade de adaptar-se à terapêutica demonstrando sua capacidade de autocuidado é definido por Orem (1991) como o conceito do processo **saúde-doença**; o **autocuidado** por sua vez são ações praticadas pelas pessoas em prol de si mesmas na gestão de uma vida saudável influenciadas e influenciando os ambientes social, cultural e científico; por fim, Orem (1991) conceitua **enfermagem** como sendo uma ação humana direcionada a auxiliar as pessoas a recuperarem sua capacidade de autocuidado (RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

Assim entende-se que as teorias são capazes de expandir as disciplinas e a ciência da enfermagem. A TDAE de Orem, como outras, sustenta a formação do cerne da enfermagem. Para esta teórica, o cuidar é realizado com o objetivo de conservar o curso da vida e manter a normalidade das funções das pessoas, orientando-as a crescerem, se desenvolverem, se prevenirem e também dar suporte ao processo de cura das doenças, assim o cuidado é particularmente uma atitude assertiva com direção terapêutica (LEOPARDI, 2006). Dessa forma, assistência produzida e instituída pelo enfermeiro para atender as necessidades das pessoas e ainda orientar o autocuidado só se fará necessária quando as pessoas não se encontram aptas e quando estão aptas produzem autocuidado deliberadamente. Ainda pode-se afirmar que o papel da enfermagem é preparar a pessoa para cuidar de si, ou seja, tornar as pessoas capazes de estabelecerem metas de autocuidado (OREM, 1980; ALENCAR; *et al.*, 2016).

A TDAE Orem é uma teoria geral é amparada por três teorias inter-relacionadas, que são: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (QUEIRÓS *et al.*, 2014, BUB, 2009).

#### 4.1.1 Teoria do autocuidado

A Teoria do Autocuidado é uma teoria comumente utilizada na enfermagem tanto na prática quanto nas pesquisas e pode ser definida como ações instituídas e desempenhadas pelas pessoas com o objetivo de preservar o próprio bem-estar (TORRES, 1999; ALENCAR *et al.*, 2016).

A Teoria do Autocuidado de Orem contempla os conceitos de autocuidado, capacidade de autocuidado e requisitos ou exigências de autocuidado. É conveniente reforçar o conceito de **autocuidado** a partir da concepção de Orem (1981) de que as pessoas trazem em si

habilidades para desempenhar ações para manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar em equilíbrio. A vivência de uma alteração entre a capacidade de gerenciar e definir suas necessidades e para elaborar respostas adaptativas pode, por um período estar alterada, assim é necessário um espaço de adaptação, para que assim as pessoas possam afirmar sua **capacidade para o autocuidado** e as ações deliberadas em benefício próprio são denominadas **requisitos ou exigências de autocuidado**.

Bub e colaboradores (2006) discorrendo acerca da teoria de Dorothea Orem, apontam três requisitos de autocuidado ou exigências, que são: os universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os **requisitos universais** estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, como por exemplo, as atividades do cotidiano. **Os requisitos de desenvolvimento** são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento, por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas. **Os requisitos de desvio de saúde** são exigidos em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição. Portanto, a teoria do autocuidado de Orem, tem como premissa básica, a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo (ALENCAR *et al.*, 2016; QUEIRÓS; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014).

#### 4.1.2 Teoria do déficit do autocuidado

O déficit de autocuidado consiste no resultado deficitário após a relação entre as capacidades de autocuidado e a demanda de autocuidado terapêutico. Nesta relação às capacidades de autocuidado são inferiores às demandas, demonstrando com isso a necessidade da pessoa em obter conhecimento, habilidades e experiências para nivelar ou superar as demandas próprias daquele momento ou período de vida (OREM, 1991).

Queirós e outros (2014) apontam a essência da Teoria do Déficit do Autocuidado como o desequilíbrio ou as limitações das pessoas em relação ao seu cuidado que faz com que seja fundamental as intervenções de enfermagem. Esse desequilíbrio ou limitações podem ser entendidos como a incapacidade de autocuidar-se em determinadas situações, porém não o incapacita, sendo necessária orientação e educação em saúde. O déficit de autocuidado pode ser visto como um conceito abstrato que expressa barreiras no autocuidado, porém ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e direciona a seleção das intervenções de

enfermagem que o auxiliem (TOMEY; ALLIGOOD, 2002). Dessa forma, o princípio da Teoria do Déficit do Autocuidado é que a incapacidade é temporária, que os indivíduos são competentes para se adaptarem às limitações, ou seja, todas as pessoas possuem potencial para cuidar de si mesmas (CAETANO; PAGLIUCA, 2003).

Nesse contexto, se a Teoria do Déficit do Autocuidado determina quando a pessoa está em desequilíbrio, ela aponta também, instintivamente a necessidade de uma intervenção de enfermagem, assim Orem (1991), aponta as atribuições da Teoria do Déficit do Autocuidado que são: determinar quais situações relacionadas às pessoas são mais apropriadas à enfermagem; salientar o prisma de enfermagem mais apropriado; designar expressões representativas; indicar limites para dirigir a compreensão, as ações, a análise e a educação; restringir o peso cognitivo, possibilitando sustentação ao pensamento para adquirir informações e conceder às pessoas a classificação dos conceitos de forma a relacionar *insights* sobre características de situações concretas de enfermagem; permitir o entendimento sobre os vínculos da enfermagem com outros setores da atividade humana; gerar nos estudantes e nos enfermeiros um estilo de pensamento e comunicação padronizados; e inserir os enfermeiros no âmbito acadêmico (VITOR; LOPES; ARAÚJO, 2013). As atribuições desta teoria sustentam as práticas de enfermagem, ou seja, fornecem subsídios para ações em formato de tecnologia.

A Teoria do Déficit de Autocuidado prescreve que o propósito de tornar as pessoas integralmente ou parcialmente capacitadas para realizar cuidados para si dedicando-se ao seguimento da execução de tais medidas para moderar ou, de alguma forma, gerenciar fatores que influenciam no funcionamento e desenvolvimento próprios são fatores que motivam às práticas de enfermagem. Para tanto, são estabelecidas quatro atividades gerais: ajudar a iniciar e manter relacionamentos das pessoas com indivíduos, famílias ou grupos até que esse possa se desligar dos cuidados de enfermagem; determinar se e como os pacientes podem ser auxiliados pela enfermagem; responder aos questionamentos, anseios e necessidades do paciente por contato e assistência de enfermagem; prescrever, prover e regular ajuda direta na rotina de vida diária do paciente, nas necessidades social, educacional e de cuidado. É válido incluir no contexto que a utilização das atividades descritas podem ser feita ou não na sua totalidade ou ainda não existe uma ordem estabelecida, portanto a forma como serão aplicadas dependerá das necessidades das pessoas ou ainda da avaliação do enfermeiro (OREM, 1991).

Para Orem (1991), assim que a necessidade das atividades é identificada e relacionada, é possível estabelecer um planejamento para ações de enfermagem que serão compartilhadas com as pessoas para que o déficit de autocuidado seja atendido, são cinco, a saber:

desenvolver e manter um relacionamento enfermeiro, pessoa, família ou comunidade até que o paciente possa ser liberado da enfermagem; determinar o que as pessoas necessitam e como podem ser auxiliados pela da enfermagem; responder às solicitações, desejos e necessidades do paciente em relação ao contato e à assistência de enfermagem; prescrever, proporcionar e regular ajuda direta aos pacientes; coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do paciente, outro atendimento de saúde necessário ou que esteja recebendo e os serviços sociais e educacionais necessários ou sendo recebidos.

#### 4.1.3 Teoria dos sistemas de enfermagem

Os Sistemas de Enfermagem referem-se ao planejamento das ações visíveis ou reais, produzidas de maneira planejada entre enfermeiros e pessoas em condição de cuidado. Isso acontece após a identificação dos déficits e podem ser planejadas para uma pessoa individualmente, família ou para um grupo que possui as mesmas características deficitárias. Assim, pode-se dizer que na Teoria dos Sistemas de Enfermagem o enfermeiro é o agente das ações de enfermagem e a pessoa na condição de cuidado é quem desencadeia as demandas terapêuticas, ou seja, é o agente do autocuidado. Na prática, é esse aspecto que consolida essa teoria (OREM, 1991).

Ora já descrito o autocuidado, segundo Orem (1981) é o comportamento ou atividades que a pessoa realiza em benefício próprio para manter a vida e a saúde. Os déficits de autocuidado são identificados quando a demanda terapêutica se sobressai em relação a capacidade de autocuidado. Cada vez que um déficit é identificado é ativada uma necessidade de ação de enfermagem, estas ações devem apresentar como um movimento compensatório para os requisitos de autocuidado, assim apresenta-se a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que pode ser **sistema totalmente compensatório** quando a pessoa em situação de cuidado se encontra incapaz de realizar atividades de autocuidado; **sistema parcialmente compensatório**, quando a pessoa é capaz de praticar algumas ações de autocuidado, porém é dependente para outras; e o **sistema de apoio-educação** quando a pessoa está capaz de cumprir ações de autocuidado, porém se encontra dependente de orientações para a realização dessas ações (CAETANO; PAGLIUCA, 2003; QUEIRÓS *et al.*, 2014).

A aptidão para gerenciar o cuidado; a capacidade argumentativa; a apreensão de decisões; o alcance de conhecimento e o agir operacionalmente; a organização de ações de autocuidado de ampliação para alcance de objetivos; para realizar e incorporar no cotidiano condutas de autocuidado no cotidiano; para utilização de habilidades nas tarefas diárias e grau

de motivação são os elementos de influência que o enfermeiro precisa reconhecer a partir da identificação de um ou mais dos sistemas, lembrando que cada pessoa em situação de cuidado pode necessitar de mais de um dos sistemas para suprir seus déficits (MENEGUESSI *et al.*, 2013).

Neste estudo considera-se déficit de autocuidado a incapacidade que a pessoa com IC apresenta em realizar as ações necessárias para a gestão da qualidade de vida e dos fatores descompensatórios da IC no ambiente domiciliar, esses estão relacionados a hábitos alimentares, tabagismo, bebidas alcoólicas, à prática de atividade física, relações sociais e outros cuidados que são necessários para manter estável do seu quadro clínico. As ações educativas de enfermagem devem iniciar no momento da admissão e seguir até a alta, para que haja tempo hábil para a pessoa inferir e relatar seus déficits e assim o enfermeiro definir quais elementos serão necessários para atender suas demandas.



## 5 MÉTODO

O termo metodologia é aplicado para definir método utilizado para buscar e produzir novos conhecimentos Minayo (2014), considera teoria e método termos inseparáveis devendo ser tratados de maneira agregada e adequada a partir do momento em que a proposição ou problema de investigação é definido, encabeçando uma abundante argumentação de ideias (MINAYO, 2014).

A metodologia traz em sua natureza o propósito de validar a construção do conhecimento e a seu emprego na prática através da aplicação de processos e técnicas. Examinar, descrever e avaliar métodos e técnicas da pesquisa que trazem a possibilidade de realizar coleta e processar informações é característica de um nível mais aplicado da metodologia (PRODANOV; FREITAS, 2013). E é nessa perspectiva que será delineado este estudo.

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A abordagem deste estudo é qualitativa, que segundo Sampiere e autores (2013), tem como foco a compreensão e o aprofundamento dos fenômenos e que é a partir das perspectivas dos participantes com ambiente e contexto delineados que esse fenômeno é explorado. Esses mesmos autores colocam que as produções qualitativas são planejamentos da ação exploratória da maneira do outro vivenciar sua realidade.

A pesquisa qualitativa exige uma penetração nas relações sociais humanas, com um envolvimento profundo dos pesquisadores nessas realidades, levantando dados sobre crenças, valores e atitudes. É flexível durante a aplicação na coleta de dados e se utiliza de diferentes métodos e abordagens para orientar seus estudos (POLIT; BECK, 2018; MINAYO, 2014).

A técnica utilizada para o estudo foi a pesquisa exploratório-descritiva, definida como delineamento ideal para alcançar as propostas dos objetivos previamente determinados no estudo. Buscar referências bibliográficas, inquirir pessoas com experiência prática com a problemática levantada e analisar exemplos que estimulem a compreensão está envolvida na pesquisa exploratória que tem como característica um delineamento flexível permitindo assim a análise do tema sob distintos ângulos e aspectos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Associada à técnica exploratória, foi também utilizada a técnica da pesquisa descritiva, pois com o estudo foi possível coletar, registrar e analisar fatos utilizando-se de técnicas padronizadas, como formulários, questionários, entrevistas para coletar dados, ou seja,

buscando informações sob forma de levantamento, elucidando de que forma, com que frequência, como surgem, porque acontecem os fatos e ainda sua relação com outros já analisados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O local para o desenvolvimento do estudo foi o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina ICSC, hospital público localizado na Grande Florianópolis, vinculado à Secretaria do Estado da Saúde, inaugurado em 19 de abril de 1963, pelo governador Celso Ramos, não possui sede própria e ainda divide espaço físico com o Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes - HRSJ/HMG. Tem como missão atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares, através de promoção e recuperação da saúde (SANTA CATARINA, 2013).

O ICSC conta com 130 leitos divididos em Unidades de Internação A e B onde internam pacientes clínicos e cirúrgicos da cardiologia e Unidade C onde internam pacientes da clínica e cirúrgica vascular, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Coronariana dividida em leitos de clínica e cirúrgica, unidade semi-intensiva e repousos I e II da emergência, atendendo somente pacientes do Sistema único de Saúde (SUS) (ICSC, 2007).

Para fins deste estudo, as unidades nas quais foram coletados os dados foram as A e B com um total de 55 leitos onde atuam 13 enfermeiros (ICSC, 2007). Essas unidades foram elencadas por se tratarem de unidades nas quais encontram-se internados os pacientes com as características exigidas para a inclusão no estudo.

## 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo os pacientes com IC internados nas unidades A e B do ICSC e enfermeiros. Foram selecionados 15 pacientes por amostragem intencional, onde os pacientes variaram com relação à idade, sexo e progressão da doença, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, ou seja, a seleção foi feita de forma deliberada e através consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes internados nas unidades A e B

Assim foi possível selecionar e convidar a participar do estudo os que atenderam os seguintes critérios de inclusão: adultos maiores de 18 anos, internados para tratamento por IC, independente da CF ou FEVE. Foram excluídos os pacientes que possuíam diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), por se tratar de uma patologia na qual os

sintomas respiratórios podem ser facilmente confundidos com os da IC e pacientes que possuíam déficit cognitivo ou qualquer outra dificuldade de comunicação.

O tamanho da amostra foi limitado pela saturação dos dados, que segundo Polit e Beck (2019), implica em agrupar dados até que sejam alcançados a recorrência das informações.

Com relação aos enfermeiros foram incluídos aqueles com mais de seis meses de atuação na instituição e excluídos os enfermeiros que, no momento da coleta de dados, se encontravam em férias, licença maternidade, para tratamento de saúde ou licença prêmio.

#### 5.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados aconteceu em duas etapas, a saber:

A primeira etapa se deu por entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) que de acordo com Polit e Beck (2018), são usadas pelos pesquisadores como um guia de tópicos ou questões amplas que precisam ser abordados durante a entrevista, deixando o entrevistado à vontade para discorrer livremente acerca dos tópicos abordados. Os pacientes com IC foram questionados sobre as dificuldades acerca do autocuidado, sendo relacionados aos eixos de investigação baseados na TDAE de Orem: conhecimento sobre a doença, ingestão alimentar e consumo de sódio, ingestão de líquido, balanço hídrico e controle do peso, controle de sinais vitais, consumo de álcool e tabagismo, vacinação, atividade física, laboral e sexual, tratamento farmacológico e redes de apoio.

Para a realização da entrevista os pacientes foram contatados previamente, informados acerca dos objetivos da entrevista e após explicados os aspectos éticos a aceitação da participação se deu por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e agendado local e horário para a entrevista, respeitando-se as condições clínicas do paciente. O registro das entrevistas se deu por gravações em aparelho digital de áudio.

Após a organização dos dados das entrevistas com os pacientes, foram categorizados os itens de relevância os quais foram apresentados aos enfermeiros em forma de encontros. Dando início a segunda etapa da coleta de dados.

A segunda etapa foi caracterizada por encontros com os enfermeiros das unidades de internação A e B, que foram agendados previamente e aconteceram durante a passagem de plantão do período matutino para o vespertino, horário definido com a equipe por se tratar de um espaço aonde se reúnem o maior número de enfermeiros. Dos 13 enfermeiros, dois não participaram por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, dois estavam de férias e dois

não aceitaram participar por inviabilidade de horário. Assim, sete enfermeiros participaram dos encontros, sendo cinco do período diurno e dois do período noturno.

Foram realizados quatro encontros com uma duração média de 40 minutos. No primeiro encontro foi apresentado o projeto da pesquisa, e os objetivos da elaboração do produto (a cartilha). Foram ainda, apresentados aos enfermeiros os objetivos de sua participação no grupo e definidos mais três encontros. Aos enfermeiros que aceitaram participar da elaboração do produto foi entregue o TCLE (APÊNDICE D). Neste primeiro encontro foram apresentados também os dados preliminares da pesquisa junto aos pacientes. Para seguir os próximos encontros as temáticas foram divididas por domínios para guiar as contribuições dos enfermeiros: Conhecimento da doença, Atitudes para qualidade de vida e Gerenciamento dos sintomas.

No segundo, terceiro e quarto encontros foram apresentados os dados já analisados e discutidos encontrados nas entrevistas com os pacientes. No segundo encontro foi aberta a discussão sobre o conteúdo acerca do conhecimento dos pacientes sobre a IC e registradas as contribuições dos profissionais para o que dessa temática deveria compor a cartilha. No terceiro encontro o debate foi aberto com o objetivo de obter a contribuição dos enfermeiros acerca das melhores atitudes para qualidade dos pacientes com IC, incluindo as redes de apoio e assim definir quais os pontos essenciais a fazerem parte de uma tecnologia educativa. No quarto encontro, a partir dos dados analisados e do conhecimento dos enfermeiros ficaram definidas as orientações que constariam na cartilha relativas ao gerenciamento dos sintomas.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para este estudo a análise dos dados obedeceu aos passos da análise de conteúdo indicadas por Bardin (2011):

**1) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes:** nesta fase foram realizadas leituras do conteúdo das entrevistas, com o intuito de entender as informações prestadas, deixar fluir as impressões, porém sem intenção de sistematizar os dados, no sentido de se obter uma visão global das respostas fornecidas pelos participantes.

**2) A seleção das unidades de análise (ou unidades de significados):** nesta fase iniciou-se a seleção das respostas que contribuíram para a elaboração da cartilha, agrupando as dificuldades que os pacientes encontram no seu cotidiano de autocuidado. Os temas selecionados foram frases ou textos das respostas dos entrevistados que indicaram a necessidade de serem incluídos para facilitar o autocuidado do paciente com IC.

**3) O processo de categorização e subcategorização:** as categorias foram constituídas a partir das respostas dadas, agrupadas e analisadas e assim forneceram subsídios para elaboração da cartilha. Nesta fase, é importante considerar o que relata Campos (2004) de que pode haver polêmica no momento do agrupamento das categorias quando há temas que se repetem com frequência ou em todas as respostas, ou quando há importância velada, relato importante que não é reproduzido em outras falas, mas que resguarda subsídios relevantes para o estudo.

As categorias principais foram discutidas de acordo com a TDAE de Dorothea Orem, identificando quando o paciente apresenta condições para realizar o autocuidado, quando tem condições, mas apresenta déficit de autocuidado ou quando precisa de assistência de enfermagem para o autocuidado, relacionando também com a literatura atual e pertinente sobre a temática, assim foi possível fazer o levantamento das informações que compõem a cartilha educativa para o autocuidado de pacientes com IC.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, por envolver seres humanos, respeitando o indivíduo, a coletividade, os referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética do ICSC, sendo aprovado sob número do parecer nº 3.279.227 (Anexo A). Posterior à aprovação, foi anunciado junto à equipe do cenário do estudo, relatando os objetivos da pesquisa e o método que seria seguido.

Aos participantes da pesquisa foi garantido o sigilo, a privacidade, a impessoalidade, além da assinatura do TCLE (apêndices A e B), além da garantia de liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo. Para garantir o anonimato foram atribuídos códigos aos participantes. Os pacientes foram identificados no estudo pelos códigos E1; E2; E3 (entrevistados) e, assim sucessivamente; da mesma forma os enfermeiros participantes como P1; P2; P3 (profissionais) e, assim sucessivamente. Não foram pressupostos prejuízos, porém em se tratando de pacientes que apresentam facilmente fadiga aos esforços, foi antecipado que poderiam interromper a entrevista e reiniciar no momento em que se sentissem aptos para tal.

Aos profissionais foi previsto também interromperem suas contribuições em caso de constrangimento e o livre retorno após serem atendidas suas necessidades. Os encontros com

a equipe contribuíram para a discussão da atuação na prática, uma vez que se abriu um espaço para discussão e troca de experiências e vivências trazendo assim, contribuições fundamentais para a composição da cartilha.

## 6 RESULTADOS

Os resultados da presente dissertação seguiram a Normativa 03/MPENF/2011 do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina e serão apresentados neste capítulo através de dois manuscritos e um produto em respostas aos objetivos do estudo:

Manuscrito 1 - Insuficiência Cardíaca: demandas de autocuidado a partir da Teoria de Orem

Manuscrito 2 - Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com Insuficiência Cardíaca - construção coletiva à luz da Teoria de Orem.

Produto: Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com Insuficiência Cardíaca.

### 6.1 MANUSCRITO 1 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: DEMANDAS DE AUTOCUIDADO A PARTIR DA TEORIA DE OREM

**RESUMO:** A pesquisa objetivou identificar as demandas terapêuticas de autocuidado dos pacientes com insuficiência cardíaca a partir da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório-descritivo que envolveu a participação de 15 pacientes com insuficiência cardíaca internados em unidades clínicas e cirúrgica de hospital especializado em cardiologia. A coleta de dados deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada entre maio a agosto de 2019. Os dados foram analisados e agrupados em quatro categorias: Demandas de autocuidado a partir do conhecimento da doença; Demandas de autocuidado nas ações de promoção da saúde; Demandas de autocuidado no gerenciamento de fatores descompensatórios; Demandas de autocuidado em relação às redes de apoio. Os conhecimentos relatados pelos pacientes acerca da sua condição de saúde permitiram estabelecer os déficits do autocuidado e as devidas ações de enfermagem para suprir essa demanda.

**Descritores:** Insuficiência Cardíaca. Autocuidado. Dorothea Orem. Teorias de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018), a IC é conceituada como uma síndrome clínica multifária, onde o coração está inapto a levar sangue aos tecidos ou necessita de alta pressão para o enchimento. Pode ocorrer devido às disfunções nas estruturas e/ou nas funções do coração, podendo ser identificado por sinais e sintomas múltiplos e característicos. Definida com uma doença crônica de curso progressivo e com períodos de exacerbação ou agudização com desfecho em internações e reinternações trazendo acentuados impactos psicossociais e socioeconômicos.

Etiologicamente a IC é uma patologia multifatorial podendo ser identificada por causas distintas nas diversas regiões do mundo, sendo que encontrar suas causas é extrema relevância, uma vez que o seguimento do tratamento depende dessa elucidação. A Doença da artéria coronária (DAC), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a hipertensão sistêmica ou pulmonar, distúrbios valvares, cardiomiopatias, doença de chagas são condicionantes ao desenvolvimento de IC. E a obesidade, o tabagismo, as infecções virais, a exposição às toxinas, o consumo excessivo de álcool, o diabetes melito (DM) são fatores de risco altamente associados ao surgimento da IC (RODHE *et al.*, 2018; FREITAS; CIRINO, 2017).

Apesar da ascensão nos tratamentos para IC, esta ainda se apresenta como patologia crítica e segue acometendo mais de 23 milhões de pessoas no mundo. As peculiaridades socioeconômicas e culturais na América Latina trazem uma característica epidemiológica diferenciada para esta região, os investimentos insuficientes em saúde, o precário acesso às Redes de Atenção no Sistema único de Saúde (SUS) são indiscutivelmente fatores de risco que favorecem o progresso da doença (FREITAS; CIRINO, 2017). O *I Brazilian Registry of Heart Failure* (BREATHE, 2015), aponta que o Brasil ainda é o país com uma das mais altas taxas do mundo ocidental de reinternações e mortalidade intra-hospitalar, apresentando, além disso, deficiência no controle de hipertensão arterial e diabetes, a prevalência de doenças como a reumática e de Chagas que geram situações críticas acometendo inclusive pacientes jovens (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Investimentos em medidas preventivas ou para estimular as pessoas com IC a administrar de maneira confiante os sintomas de exacerbação da doença podem trazer efeitos positivamente expressivos para a qualidade de vida e, ainda diminuir a onerosidade ao sistema (STEVENS *et al.*, 2017). Para tanto, estudar o perfil das pessoas com IC se torna um importante avanço para o desenvolvimento de tecnologias que auxiliem as pessoas no gerenciamento e manutenção do autocuidado (POFFO *et al.*, 2017; CONCEIÇÃO, 2015).

Linn, Azolin e Souza (2015) enfatizam ser indispensável relacionar as taxas de hospitalização e reinternação com a capacidade de autocuidado, assim, em seu estudo, utilizaram duas escalas de avaliação de autocuidado para pessoas com IC, uma escala europeia e outra americana, ambas validadas para o uso no Brasil, com isso chegaram aos resultados de que quanto menor a pontuação maior o número de internações por IC comprovando a necessidade de ações educativas para o autocuidado. Contribuindo, através de uma pesquisa nacional, Oliveira e Lima (2017), construíram e validaram uma escala para avaliação do autocuidado de pacientes com IC relacionando o uso desse instrumento à



importância de um cuidado individualizado e o empoderamento das pessoas com IC no seu autocuidado.

Assim, Orem (2006) reflete sobre a necessidade das pessoas em receberem auxílio da enfermagem para cumprir suas funções diárias, chegou ao conceito de autocuidado e ao relacionar capacidade de autocuidado e as demandas terapêuticas de autocuidado chegou ao conceito do déficit de autocuidado como sendo o desfecho onde as demandas terapêuticas assinalam-se maior do que a capacidade e nesse contexto a enfermagem tem o papel de auxiliar as pessoas através de métodos para proporcionar sua contribuição com o autocuidado, ou seja, as pessoas cuidam de si mesmas quando estão aptas e quando não, a enfermagem auxilia no cuidado e educa para o autocuidado, assim emerge a Teoria dos sistemas de Enfermagem. Um sistema de enfermagem nada mais é que os cuidados projetados por enfermeiros para que de forma planejada possam auxiliar as pessoas a atingir ou restabelecer metas terapêuticas de autocuidado (TAYLOR; RENPENNING, 2011).

A análise científica em enfermagem deve ser norteadas pelas teorias o que estabelece rigor científico à pesquisa para o desenvolvimento de tecnologias que trarão sustentação a sua atuação nos mais diversos campos: gerencial, assistencial e de educação. Assim evidencia-se a relevância das pesquisas em enfermagem em utilizarem teorias como fundamento, por fortalecer essa profissão enquanto área científica além de ter sempre com pretensão a independência e o reconhecimento da participação do indivíduo na sua saúde, promovendo assim o autocuidado (SILVA; SILVA; RABELO; 2015; COSTA *et al.*, 2019).

Na perspectiva da contextualização, acredita-se que definir o perfil de autocuidado dos pacientes com IC pode ser de importante contribuição para a continuidade do cuidado, para melhorar a qualidade de vida das pessoas e para o desenvolvimento de tecnologias educacionais voltadas para o estímulo ao processo de independência das mesmas. Por se tratar de uma doença progressiva e de etiologia múltipla, o desenvolvimento de tecnologias para pessoas com IC exige o conhecimento da história progressiva, avaliando as condições clínicas que levaram à evolução da doença, que na maioria envolvem cardiopatias isquêmicas, IAM, hipertensão sistêmica, doença de chagas e a disfunção renal, e os fatores de risco como tabagismo, obesidade, consumo excessivo de álcool (FREITAS, 2018; RODHE, 2018; FERREIRA *et al.*, 2015; QUILICI *et al.*, 2014). Assim, o estudo tem como objetivo identificar as demandas de autocuidado dos pacientes com insuficiência cardíaca a partir da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa exige uma preparação conjuntural e uma exploração dos cenários sociais para a definição das medidas durante o seu desenvolvimento, assim, a autenticidade é apontada como sendo a totalidade de realidades que aprecia a diversidade humana direcionando uma conjectura holística no objetivo da compreensão integral do ser humano (POLIT; BECK, 2019).

A pesquisa deu-se nas Unidades de Internação A e B de um hospital do sul do país, que se caracteriza como hospital de médio porte, de alta complexidade, sendo referência em doenças cardiovasculares (DCV) para todo o Estado de Santa Catarina. As Unidades de Internação A e B caracterizam-se como unidades mistas e, portanto, atende pacientes de ambos os sexos, em tratamento clínico e/ou pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Os setores juntos são compostos por 55 leitos, sendo destinados cinco leitos para pacientes com arritmia, dois para pacientes do ambulatório e o restante dos leitos são ocupados conforme a demanda das unidades coronariana e de emergência (ICSC 2007). No estudo participaram 15 pacientes internados em tratamento clínico e/ou cirúrgico com diagnóstico de IC.

Os participantes foram selecionados através da consulta dos prontuários eletrônicos na unidade para e atenderam os seguintes critérios de inclusão: maiores de dezoito anos; de ambos os sexos; com diagnóstico de IC. Os critérios de exclusão ficaram definidos: pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) por haver coincidências em alguns sintomas que forneçam possíveis confusões nas respostas aos questionamentos e pacientes com dificuldades de comunicação.

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, que continham questionamentos acerca das metas terapêuticas para autocuidado das pessoas com IC ao gerenciar sua doença. A entrevista ficou assim disposta: conhecimento da doença, conhecimento relacionado às ações do estado de saúde e redes de apoio. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e transcritas para análise em arquivo doméstico o que permitiu uma leitura minuciosa do material. A saturação dos dados deu-se a partir da repetição das informações fornecidas pelos participantes do estudo, considerando que a amostra qualitativa ideal é aquela que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (MINAYO, 2017).

A análise dos dados deu-se por meio da análise de conteúdo de Bardin dirigida (2011). Empregadas a isso foram utilizadas obras científica para a discussão e classificadas a partir da Teoria do Déficit do Autocuidado e da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem e da literatura atualizada e pertinente à temática do estudo.

Este estudo preenche as normas da resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do ICSC sob o número: 3.279.227. O anonimato dos participantes foi garantido e a identificação foi através do emprego de códigos dispostos com a letra E, seguido por número em ordem crescente: E1, E2 (entrevistado 1, entrevistado 2). A aceitação da participação foi feita através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Dentre os participantes do estudo 12 eram do sexo masculino e três do sexo feminino; a média de idade foi 67 anos, sendo que um paciente apresentou idade entre 30 e 45 anos, três entre 46 e 60 anos, seis com idade entre 61 e 80 anos e cinco maiores que 81 anos. Quanto ao estado civil sete eram casados, um vivia em uma união estável, um separado judicialmente e seis eram viúvos. Em relação à atividade laboral 10 afirmaram ser aposentados, um empresário, um trabalhador autônomo, um desempregado, um ser trabalhador formal ativo e uma trabalhadora do lar. Acerca da escolaridade 10 declararam ter o ensino fundamental incompleto, dois com ensino fundamental completo, um completou o ensino médio, um possui o ensino superior incompleto e um afirmou ser analfabeto.

Em relação à evolução da doença treze participantes foram classificados conforme a classificação por tolerância ao exercício da *New York Heart Association (NYHA)*, houve predominância da CF III com sete dos entrevistados estando classificados nesse estágio, três classificados na CF IV e apenas três participantes do estudo foram classificados como sendo CF II, e os outros dois não tinham ainda classificação. Todos possuíam comorbidades como Diabetes, Hipertensão Arterial, Tabagismo, Etilismo; um deles era acometido por IC Chagásica, um deles realizaria procedimento cirúrgico para correção de disfunção valvar e apenas dois se encontravam em sua primeira internação por IC.

Os depoimentos dos participantes foram avaliados e compilados por afinidade de onde emergiu o desenvolvimento de categorias temáticas que foram apreciadas para a discussão: **Demandas de autocuidado no conhecimento da Doença; Demandas de autocuidado nas ações para o estado de saúde; Demandas de autocuidado no gerenciamento dos Fatores descompensatórios; Demandas de autocuidado em relação as redes de apoio.**

### **Demandas de autocuidado no conhecimento da Doença**

Nessa categoria os pacientes forneceram apontamentos para responder à questão sobre o conhecimento, sinais e sintomas da IC e ainda sobre os sinais e sintomas de descompensação da doença. Abaixo alguns depoimentos:

[...] eu tenho muita coisa, mas não sei dizer o que é. (E5)

Não sei responder [...] eu tenho o coração grande [...] a médica me mostrou como são as duas válvulas que não estão mandando sangue. (E12)

Não sei, acho que meu coração é grande [...] pode ser aquele mal de Chagas. (E13)

Não sei, eu sou muito leigo nisso [...] o médico falou que tenho só 15% do coração. (E14)

Na verdade eu não sei nada [...] sei que tem uma veia do coração entupida e que uma válvula do coração não está funcionando bem. (E15)

De forma geral foi possível observar que os pacientes desconhecem o significado da IC, não se mostrando capazes de verbalizar um conceito simples acerca da doença. Porém, ainda que dos 15 dos participantes, 13 tenham utilizado o termo “não sei” em suas respostas, percebe-se nas falas de alguns que em certo momento eles receberam informações de algum profissional de saúde acerca da sua doença, entretanto as informações apresentam-se incompletas, vagas ou fragmentadas. Alguns relataram suposições sobre a etiologia da sua doença, sem relatos concisos, outros arriscam, inclusive, a informar valores referentes à Fração de Ejeção (FE) e sobre supostas disfunções estruturais como “problema na válvula”, por exemplo, no entanto não demonstraram saber quais as consequências e/ou sinais e sintomas que podem se apresentar no organismo.

Ainda acerca do conhecimento da doença os participantes do estudo responderam sobre os sintomas que uma pessoa com IC pode apresentar, abaixo, nas respostas a esses questionamentos observa-se que os pacientes se referem a sintomas da doença que foram vivenciados por eles sem citar outros possíveis sintomas que a IC pode causar.

[...] além da dor no peito, eu lembro que eu cansava muito fácil. (E1)

[...] meu coração ficou acelerado, eu fico muito cansado, não posso mais fazer nada. (E3)

O peito parece que está amarrado, falta o ar, pé inchado. (E5)

Eu canso para qualquer coisa, pra me vestir, colocar calça, principalmente para botar um tênis, pra baixar no meu fogão e pegar uma panela, qualquer caminhadinha, de uns dez metros. (E6)

[...] cansaço, eu não consigo andar. Inchaço também, estava muito inchado, as pernas muito inchadas. (E12)

Quando o questionamento foi sobre os sinais de descompensação da IC a maioria dos participantes do estudo não soube responder e um dos que responderam chegou a mostrar desinteresse em saber sobre essa informação outros da mesma forma como na pergunta anterior forneceram informações sobre sintomas que apresentaram quando em algum momento sua doença estava descompensada e os levou a internação.

Falta de ar [...] mas quem sabe disso mesmo é o médico. (E2)

Não sei dizer. (E5)

Uma coisa trancando a garganta [...] não passa o ar, falta de ar, inchaço na região dos olhos e do pescoço. (E6)

O médico disse que é de comer gordura, então eu acho que é uma veia entupida. (E07)

Falta de ar, cansaço, até para colocar uma roupa cansa. (E13)

Os depoimentos dos participantes reforçaram tanto o desconhecimento sobre o IC quanto os sinais e sintomas da descompensação remetendo a falta de informações no sistema de saúde relacionado à comunicação dos profissionais a estas pessoas e mais investimentos na educação em saúde.

### **Demandas de autocuidado nas ações para o estado de saúde**

Nessa categoria as perguntas foram direcionadas para avaliar a capacidade que os participantes possuem para compreender as medidas importantes para preservar a estabilidade da doença e saber quais hábitos de vida são necessários para isto, assim foram questionados sobre ingestão alimentar, consumo de sódio, balanço hídrico, controle de sinais vitais e tratamento farmacológico.

Com relação à alimentação, alguns chegam a citar alimentos que não podem consumir, mas nenhum dos participantes relata seguir uma rotina nutricional específica para pessoas que vivem com IC, a maioria segue rotina alimentar cultural. Na questão sobre o consumo de sódio a maior parte demonstra consciência de que a utilização do sal deve ser moderada inclusive estratégias para o controle do sal nos alimentos, porém não fazem uso, a

maior dos participantes declarou não receber informações nutricionais precisas sobre a quantificação do sal nos alimentos.

Polenta, pão de milho [...] quem mora no sítio come isso [...] desde pequeno comendo isso, agora não dá mais para fazer essa coisa de dieta. (E5)

Eu sei que eu não posso comer muito tempero, industrializados, salsicha, embutidos. (E13)

[...] minha esposa que já teve AVC [...] adora salgar um pouco a mais a comida. Eu comprei um sal especial que encontrei pesquisando na internet, mas, ainda assim, ela mistura os dois. (E4)

Não controlo, pego com a colher e jogo ali dentro [...] se eu sinto que ficou muito salgado, aí já foi, eu como assim mesmo. (E5)

Aqui são dois pacotinhos que são dois gramas, em casa a minha esposa coloca pouco sal [...] ela pegou um pacotinho daquele para ver onde podemos comprar. (E14)

O desconhecimento sobre a necessidade do balanço hídrico, ou seja, ingesta e eliminação líquida equilibrada, é observado nos depoimentos e o que chamou mais a atenção no quesito ingesta de líquidos é que nenhum dos participantes soube dizer exatamente, e nem por suposição, quantidade exata que deve ser ingerido diariamente e, que também não utilizam estratégia para controlar o que ingerem. Com relação à eliminação os participantes se posicionaram de forma diferente, mostraram que sabem da necessidade e importância da eliminação de líquidos pela urina, alguns responderam como se observassem a quantidade de urina eliminada e inclusive sentem as oscilações no volume da eliminação e sabem que não urinar é um fator que agrava a exacerbação da doença.

Durante a minha vida eu tomei pouca água, mas agora de uns tempos pra cá eu tenho tomado mais, tenho tomado bastante água [...] Eu vou pelo paladar, só tomo água quando estou com sede. (E5)

O médico disse para mim que não é pra eu tomar muita água, porque eles querem tirar água do meu corpo, é pra eu tomar duas garrafinhas de água por dia, aí já teve outro médico que disse que a gente tem que tomar dois litros de água por dia. (E7)

O meu problema é a urina. Quando eu não urino, eu fico inchada. (E9)

Não meço, mas eu urino bastante! Pelo que ingiro de água parece que elimino até mais, parece. (E13)

Eu sei que eu deveria fazer um controle bom, mas isso eu ainda não fiz, eu sinto quando tranca, eu tento urinar e não sai nada. (E14)

Com relação ao controle de sinais vitais foi possível constatar que dos quinze participantes três declararam possuir aparelho para verificação da pressão arterial (PA) em casa. Os outros doze participantes verificam a PA na unidade básica de saúde (UBS), porém não têm o costume de anotar por desconhecerem a necessidade de fazer um controle, assim, só fazem essas anotações por curtos períodos quando o médico solicita.

Eu meço quando eu vou ao médico [...] no Posto de saúde às vezes também [...] eu anoto num caderninho, mas só quando o médico pede, aí anoto por uma semana ou duas. (E1)

Eu vou ao Posto. Acho que foi mês passado, eu fui todos os dias, uma vez ao dia, eu anotei pra levar pra médica, fora isso eu não anoto. (E6)

A pressão eu verifico três, quatro vezes na semana, eu moro pertinho do posto de saúde e eu tenho bastante amizade com o pessoal de lá [...] a minha pressão é muito baixa [...] eu não anoto nada. (E13)

Sabe-se que os hábitos de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas são fatores de risco para as DCV e ainda podem agravar a progressão dessas doenças, entre elas a IC. Abaixo alguns relatos dos entrevistados acerca desses hábitos de vida.

Não fumo mais, mas já fumei 19 anos e deixei, bebia só final de semana, agora nem isso [...] não foi feito tratamento, larguei sozinho, disse: não quero mais e deu [...] e não sei dizer quais os riscos, mas se eu continuasse não estaria mais aqui [...] lá minha cidade tem tratamento pelo AA [Associação dos Alcoólicos Anônimos]. (E2)

[...] quando bebia era socialmente [...] mas o cigarro é meu maior problema, fumei até internar e estou ansioso [...] já me mandaram ir ao Posto, porque todos têm tratamento, mas quando eu quiser parar eu paro, eu tenho controle sobre mim. (E4)

A maior parte deles conhece serviços que auxiliem no tratamento para cessar o tabagismo, um participante inclusive estava em tratamento ativo na Unidade Básica de Saúde (UBS), outros, porém, deixaram o hábito do tabagismo sem tratamento específico por se sentirem capazes. Dois dos participantes relatam etilismo, ambos pararam de consumir bebidas alcólicas, um deles não realizou tratamento e o outro ficou internado em clínica particular para desintoxicação. Destaca-se o hábito de beber socialmente entre os outros participantes, porém relatam que após o diagnóstico de IC não consumiram nem mais nessa condição.

As limitações causadas pela IC são evidentes nos depoimentos dos participantes quando questionados com relação à prática de atividade física, laboral e sexual. A maior parte não compreende que deve praticar atividade física de acordo com suas limitações, relatam que receberam orientações de profissionais de saúde para a prática, porém sem êxito por

apresentarem sintomas limitantes. Assim também foi com relação à atividade sexual, os participantes do estudo demonstraram intolerância ao esforço durante a atividade sexual. Outros confundem atividades diárias de trabalho e rotinas domésticas com atividade física e uma pequena parte relatou fazer atividades com menos esforços.

[...] minha rotina é cuidar da casa [...] agora vou esperar um pouco, me “enfraqueci” e emagreci muito, fiquei quinze dias sem comer, mas agora vou me recuperar e vou pegar minha magrela (bicicleta) e vou me mandar. (E2)

[...] a médica me mandou fazer caminhadas [...] é muito difícil eu conseguir dar uma volta na quadra, é como se eu tivesse andado uns dez quilômetros, a cada dez quinze passos é uma parada, uma respirada, uma falta de ar e uma dor no peito. (E6)

[...] caminhar eu caminho, às vezes vou no posto, eu paro mais de cinquenta vezes, tem gente que até me oferece ajuda na rua. (E9)

Não, não faço. Alguns médicos até falaram já, mas eu não faço, porque eu vou daqui ali ao banheiro e fico cansado. (E14)

[...] eu até desisti de ter relação sexual, porque eu não consigo, já fui três vezes tentar, só que eu não consigo, a falta de ar, a dor no peito, saio do quarto deixo bater um ar na minha cara, simplesmente eu não dá. (E6)

Sexo? Está ruim agora, estou muito cansado [...] está fraco. (E12)

Nesta categoria pode-se observar através dos depoimentos o quão a equipe de saúde precisa avançar no quesito orientação e acompanhamento destas pessoas, pois rotinas de cuidado de saúde são negligenciadas podendo de certa forma descompensar o quadro da IC promovendo internações e custos ao sistema de saúde.

### **Demandas de autocuidado no gerenciamento dos fatores descompensatórios**

Com base nos dados apresentados em outras categorias, por exemplo, dificuldades para relatar sinais e sintomas inerentes à IC, era esperado que ao serem questionados acerca das medidas para gerenciar os fatores de descompensação, os participantes trouxessem as revelações das suas dificuldades para administrar situações de exacerbação. Assim essa categoria apresenta os depoimentos dos participantes com relação à medida que praticam quando estão diante de sinais e sintomas de exacerbação e como agem em possíveis intercorrências. Abaixo os participantes, em sua totalidade, responderam que quando os sinais e sintomas da descompensação aparecem devem procurar o hospital.

Acho que tem que ir para o hospital [...]. (E5)

Quando eu passei mal foi a minha vizinha que me ajudou. Ela me levou para UPA. (E6)



Tenho que chamar alguém pra me levar no hospital [...] mas o hospital é longe. (E7)

Quando eu passo mal tu queres dizer? Eu venho aqui para o hospital. (E13)

Uma das intercorrências que podem aparecer durante o processo de manutenção do autocuidado é o esquecimento de tomar medicamentos de uso contínuo, isso pode trazer episódios de hipertensão, dispneia, edemas, ortopneia e arritmias. Assim os participantes trouxeram depoimentos consideráveis inerentes aos horários dos medicamentos prescritos.

Eu tomo sozinho, não uso lembrete porque não esqueço, eu tenho hábito de tomar. (E4)

Eu que controlo mesmo sozinha e meu filho de 8 anos que as vezes me lembra de tomar, ele vê meu celular despertar e corre para me dizer que está na hora do medicamento. (E6)

Tomo treze comprimidos por dia, Losartana, furosemida e um bem caro que custa 300 reais, e não lembro o nome de todos, quem me ajuda a lembrar é a minha esposa. (E8)

[...] na receita estão os horários, aí eu separo numa caixinha que a minha mulher me deu. (E2)

Dos 15 entrevistados seis utilizam medidas, como o despertar de aparelho celular, caixinhas para separar por horários ou anotações na receita, cinco recebem ajuda de familiares para tomar as medicações na hora certa, entre os outros cinco participantes três relatam que lembrar dos horários é processo tranquilo por já ter se tornado um costume ou uma rotina, um participante toma medicamento somente quando se sente mal, porém sabe que deveria tomar todos os dias e outra relatou não tomou medicação para o IC. Entende-se que todos os pacientes utilizam métodos para lembrar-se de tomar medicamentos, velado em seus relatos encontra-se a informação de que não se depararam com episódios de esquecimento.

Um dos fatores que desencadeiam os sintomas de exacerbação da IC são as infecções respiratórias que são responsáveis por internações e reinternações hospitalares. Portanto, medidas para prevenir são necessárias, entre elas a vacinação. Com relação à vacinação seguem os depoimentos dos participantes:

Olha a última que eu tomei foi essa da febre amarela, não sei, eu sei que eu tomei a da gripe [...] tomei três e mais uma que eu não me lembro o nome [...]. (E6)

[...] e eu até agora não tomei nenhuma vacina. (E7)

Não tenho, nunca tomei vacina com carteira. Eu nunca tinha tomado vacina, daí tomei a da gripe, quase morri, nunca mais. (E9)

[...] essas vacinas tudo que estão dando para idosos eu tomo tudo, e essas outras, sarampo, varicela, varíola, essas coisas eu tomei quando eu era novo e tomei aquela também aquela da pneumonia. (E10)

Constata-se a partir dos depoimentos dos participantes que esses desconhecem a necessidade de fazer vacinação por serem pessoas que vivem com IC, apenas os idosos relataram fazer a vacinação para influenza, ainda assim um participante idoso relatou ter recebido a vacina uma vez apenas e por ter apresentado sintomas de reação não quis mais vacinar-se. Outros desconhecem os nomes das vacinas que receberam, a maior parte deles não tem comprovação através de cartão de vacina e apenas um dos participantes relatou ter recebido a vacina pneumococo.

Parece existir uma relação entre episódios de infecção respiratória e internações e reinternações hospitalares por descompensação da IC, assim fez-se importante questionar os pacientes com relação ao seu comportamento diante dos sintomas de infecção respiratória, gripes ou resfriados. Abaixo algumas explicações:

[...] eu tomo aquela vacina da gripe todo ano, depois disso, pra falar a verdade eu não tive mais gripe. (E1)

[...] quando eu fico com gripe, tosse, qualquer coisa assim, eu tomo chá, se não melhora daí eu vou no posto. (E2)

Quando me dá gripe ou fico com tosse, qualquer coisa eu vou na farmácia. (E5)

Quando eu fico doente eu tomo chá e remédio em casa mesmo. (E10)

Seis deles responderam que fazem uso de medicamentos sem prescrição médica, outros quatro participantes responderam que tomam chá e quando não resolve, procuraram algum atendimento, outros participantes ou relataram não ficarem gripados após tomarem a vacina ou que procuram atendimento médico imediatamente por orientação do próprio médico.

Quando há desequilíbrio positivo no balanço hídrico, ou seja, quando a pessoa ingere líquido e não elimina na mesma proporção, pode apresentar ganho de peso rápido que acaba se tornando um sinal de extrema relevância de descompensação da IC. Os participantes revelaram que não possuem clareza quanto à importância do controle de peso. Apenas um dos participantes tem balança em casa, alguns deles se pesam semanalmente ou quinzenalmente e a maior parte uma vez no mês ou menos, mas nenhum deles associa o ganho ponderal ao excesso de líquidos por congestão cardíaca.

[...] eu sempre estou a par do meu peso [...] eu me peso na farmácia, mas não é toda semana [...] as enfermeiras do Posto me pesam [...] lá uma vez por mês. (E2)

Me peso na farmácia bem pouco, lá às vezes, nem toda semana e nem todo mês. (E5)

Sim, me peso em casa, eu tenho balança. (E10)

[...] eu me peso no posto, uma vez na semana ou a cada 15 dias. Acho que está bom assim. (E15)

Mediante os relatos dos participantes do estudo acerca do gerenciamento dos fatores que podem levar à descompensação da IC, percebe-se que os participantes não fazem as relações de seus hábitos cotidianos e de autocuidado com a descompensação da IC e, portanto não conseguem gerenciar de forma eficaz a doença.

### **Demandas de autocuidado em relação às redes de apoio**

Essa categoria expõe a forma como os participantes do estudo encontram apoio social para suporte da IC. Para tanto, foram questionados acerca do apoio familiar, profissional e das unidades de saúde para continuidade do tratamento, este último como suporte para o autocuidado foi citado durante toda a entrevista em outros questionamentos tais como: nutrição, sinais vitais e controle de peso, por exemplo.

Questionados quanto ao apoio profissional, os participantes, na sua maioria, relataram que recebem informações dos médicos, apenas três entrevistados citaram nutricionista, enfermeiro e técnico de enfermagem, mesmo quando a pergunta insistiu em saber de outros profissionais as respostas afirmaram que a orientação sobre a IC veio nos atendimentos que tiveram com médicos. Ficou evidente nos depoimentos que a maioria tem o médico como referência de profissional de saúde.

Quem me fala sobre a minha doença é minha médica particular, ela que descobriu meu problema e me internou, porque eu já tive uns quantos médicos [...]. (E12)

O cirurgião, que colocou meu marcapasso e o médico particular, eles que falam da minha doença do coração. (E13)

Eu já passei por todos esses médicos que estão aí [...] a nutricionista aqui do hospital me falou sobre algumas coisas. (E14)

Os médicos e todo o pessoal aqui do hospital. E tem o pessoal lá do posto de saúde também, as meninas enfermeiras de lá. (E15)

O apoio familiar se mostra essencial em todo o processo do autocuidado, nas atividades diárias, nas descompensações, no acompanhamento com profissionais. Os longos depoimentos dos participantes revelam a importância que dedicam ao suporte familiar e revelam a segurança que sentem no cuidado. Outro ponto importante que foi observado foi

que o participante mais jovem com precário suporte familiar apresentou estágio mais avançado da doença em relação a outros participantes mais idosos com apoio eficaz da família.

Aqui para a Cardiologia geralmente eu venho sozinho, ou o meu cunhado me acompanha, porque minha esposa trabalha [...] meu cunhado só vem me trazer, algumas vezes ele entrou junto, mas geralmente sou eu sozinho, não agora, porque tem que ter acompanhante para receber as informações sobre a cirurgia e quando eu fico pior é a minha esposa que me acompanha. (E1)

Meu filho tem 23 anos, ele é instalador de internet e ele agora casou [...] ele vai lá em casa, toda tarde para ver como eu estou [...] quando dá ele vem em casa de manhã antes de ir pro trabalho [...]às vezes eu faço almoço e ele almoça um lá [...] de agora em diante vai mudar porque eu não vou poder fazer mais isso [...] eu vou ter que dar um jeito, reunir a família, conversar, porque eu não vou conseguir agora ficar fazendo comida, vou ter que manejar [...] eu tenho seis filhos, quando esse não pode me acompanhar vem as meninas. (E2)

A minha filha que trabalha em hospital [...] ela é muito certinha e come uma comida muito saudável, então ela nos orienta muito sobre a questão da alimentação [...] todas minhas filhas e a minha esposa que não me larga para nada, é mútuo, porque ela também tem o problema dela e eu acompanho também [...] tem o Cilostazol [...] é a minha filha que consegue para mim, às vezes eu chego em casa e o remédio está lá em cima do meu armário. (E4)

Enquanto eu posso vou fazendo tudo sozinho, depois não sei vou ver. (E13)

Dos 15 participantes quatro residem sozinhos e um deles mora sozinho na casa e os filhos dividem o terreno, os outros residem ou com cônjuges ou com filhos, desses cinco todos apresentam maior progressão da doença em relação aos que vivem com cônjuges ou outros familiares.

Eu não vou em médico [...] quando eu passo mal eu vou ao hospital de Rio do Sul ou Itajaí porque eu moro em Leoberto Leal [...] eu só vou na farmácia, tem um posto de saúde lá onde eu moro mas é bem longe. (E5)

[...] são uns quinze minutos a pé até o posto [...] eu ia todos os dias medir a pressão, mas agora vou só uma vez por semana para fazer o tratamento do tabagismo. (E6)

Quando eu estava com o pulmão encharcado eu fui na UPA [...] daí eu vim no Regional, mas médico assim, para ir todo mês, faz tempo que eu não vou. (E9)

Eu vou sempre no posto para medir pressão e me pesar, mas ultimamente ando meio cansado, aí só vou quando tem consulta. (E14)

A partir dos depoimentos foi possível averiguar que a totalidade dos participantes utiliza em algum momento a Unidade Básica de Saúde, seja para acompanhamento médico, verificação de sinais vitais, vacinação, para tratamento de tabagismo ou para pegar medicações de uso contínuo. Alguns deles têm a farmácia como sua referência de

atendimento e não fazem consulta médica de rotina, dois deles referem fazer tudo no posto e só procuram a cardiologia quando apresentam sintomas de descompensação da IC. Quando questionados sobre qual serviço é sua referência na descompensação da doença, os participantes na sua maioria referiram o ICSC, com exceção de um por ser morador de um município que conta com hospital de referência e próximo a sua residência.

A IC é uma doença crônica que exige dos profissionais uma relação contínua na educação para o autocuidado, porém no decorrer dessa categoria foi possível perceber que existe uma omissão da equipe multiprofissional no estabelecimento de vínculo o que pode gerar insegurança e ansiedade nos portadores de IC e suas famílias, evidenciou-se nas falas dos participantes a dependência da saúde pública coletiva, levando a considerar a importância da referência e contrarreferência.

## **DISCUSSÃO**

O escopo do estudo foi delinear o conhecimento das pessoas com IC sobre sua doença fornecendo subsídios para que seja possível suprir os requisitos de autocuidado. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), identificar o conceito e as causas das DCV se estabelece como um dos procedimentos globais essenciais para a diminuição do impacto dessas doenças nas pessoas e na sociedade (WHO, 2009). Entende-se então que o conhecimento acerca da doença surge como uma mudança de cultura.

A partir da informação da OMS é possível estabelecer a meta do autocuidado para os pacientes com IC acerca do conhecimento sobre a sua doença. Conhecer a doença aumenta as chances de o paciente fazer escolhas corretas para autogestão, podendo gerar uma remodelagem na qualidade de vida dos indivíduos (BONIN, 2016). Consolidando essas informações, um estudo realizado com um grupo de pessoas com fatores de risco para desenvolver DCV apresentou o conhecimento sobre a doença como um fator primordial para a prevenção e que a enfermagem deve empregar métodos para promover a saúde das pessoas (OLIVIERA, 2017).

Corroborando, o estudo de Lima e outros (2016) que avaliou, através de uma escala, o conhecimento dos pacientes sobre a IC, concluiu que quanto maior o nível de escolaridade maior o nível de conhecimento sobre a doença, repetindo essa informação na avaliação de outros domínios da escala, como tratamento não farmacológico e farmacológico, qualidade de vida e prevenção de fatores de risco. Este mesmo estudo concluiu que a possibilidade de manter contato com os profissionais de saúde é um fator que mantém as pessoas em programas educacionais, nos levando a compreender que a aplicação desses métodos vai além

de educação em saúde, podem servir, também como moldes para estabelecer vínculos entre profissional/paciente e gerar educação contínua que se faz essencial nas doenças crônicas.

Firmado nesse contexto o presente estudo mostra que a falta de conhecimento sobre IC apresenta-se de forma mais evidente nas pessoas com nível de escolaridade mais baixo, os participantes com ensino fundamental incompleto e completo e o participante analfabeto foram os que trouxeram informações menos consistentes sobre os conceitos, causas e cronicidade. Com relação aos sinais e sintomas e fatores que levam a descompensação da sua doença, os entrevistados demonstraram que conseguem identificar em si mesmos sinais e sintomas de exacerbação da doença, porém não conseguem informar as causas dessas descompensações.

Nesse contexto, é condizente afirmar que a falta de conhecimento sobre a doença atrelada à baixa escolaridade, é um requisito do conceito de ambiente de Orem (1991), pois as pessoas pertencem a grupos sociais distintos de acordo com necessidades também distintas. E, embora o conceito de ser humano também esteja associado à aprendizagem e ao desenvolvimento, o ambiente e a estrutura social podem interferir de forma significativa na aquisição de conhecimentos sobre a doença (RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

Esse dado apresenta-se como um déficit no autocuidado que exige do enfermeiro ações educativas que ofereçam informações claras e que possam estabelecer um vínculo entre profissional/paciente e ainda demonstra a necessidade que a enfermagem tem em se dedicar a desenvolver produtos com informações claras e consistentes, ou seja, informações educativas que considerem a diversidade do nível de escolaridade das pessoas acometidas por IC (ALVES; COSTA; FERREIRA, 2017).

Na perspectiva de avaliar os requisitos de autocuidados os pacientes foram questionados acerca da capacidade de assumir uma postura diante dos fatores que levam a uma melhor qualidade de vida.

É indispensável salientar que conhecer a rotina alimentar dos participantes do estudo representou uma etapa reflexiva, porque independentemente do nível de escolaridade, de forma geral as pessoas com IC não possuem uma dieta balanceada, não fazem acompanhamento nutricional ambulatorial e desconhecem os alimentos que devem consumir diariamente, a maior parte deles apresentou essa limitação por motivos de cultura alimentar familiar, mostrando-se, portanto, impossibilitados de realizar ações de autocuidado devido a limitações de orientações educativas e acompanhamento de profissionais habilitados, gerando necessidade de apoio e educação.

Diferente dos achados da rotina alimentar, onde se evidenciou uma limitação dos participantes do estudo, na questão sobre a importância da restrição sódio, os participantes mostraram dominar as informações inerentes a esse cuidado, todos demonstraram que sabem da necessidade da restrição salina nos alimentos, porém foi possível observar que a maioria é dependente de familiares no preparo dos alimentos, o que representa uma barreira na adesão à restrição do consumo de sódio na dieta, com essa informação é possível afirmar que, não só conhecer a importância da restrição salina é importante para os portadores de IC, mas também orientação aos cuidadores e familiares, com isso espera-se uma maior adesão à restrição no consumo de sódio.

Um estudo retrospectivo realizado entre os anos de 2011 e 2017 que teve como propósito avaliar o estado nutricional de pessoas cardiopatas mostrou grande prevalência de desnutrição em pessoas miocardiopatas e valvopatas, indicativos diretos para o desenvolvimento de IC e que o sobrepeso e a obesidade leve são preditores de menores índices de mortalidade (SABINO, 2019). Dessa forma a avaliação nutricional dos pacientes com IC deve ser individualizada e cuidadosa, uma vez que existe uma diversidade de características relacionadas ao peso corporal e ainda, deve respeitada a cultura alimentar para que haja uma facilidade na adesão às dietas prescritas, assim se faz necessário mais estudos que utilizem métodos de avaliação clínica da obesidade para garantir uma nutrição adequada e evitar perda ou ganho ponderal acentuados (DOMINGUES, 2016; RODHE *et al.*, 2018).

Legitimando os dados desse estudo, dirige-se a uma pesquisa de caso-controle, realizada com o objetivo de identificar o ponto de corte para determinar a adesão adequada à restrição salina em pacientes com IC, para isso utilizaram uma escala desenvolvida nos Estados Unidos com validação para uso no Brasil e intitulada “Questionário de Restrição Salina na Dieta” (QRSD), com isso chegaram a escores elevados que indicaram que os pacientes possuem conhecimento acerca da relevância da adesão à restrição de sódio na dieta e ainda revelaram-se capazes de associar sinais e sintomas ao uso excessivo de sódio e as vantagens de balancear o seu consumo. Esse mesmo estudo atesta a informação da importância da participação da família na adesão à restrição de sódio na dieta (D’ALMEIDA *et al.*, 2018).

Ainda a respeito da restrição salina, essa se faz como uma das medidas propostas para evitar a descompensação da IC por restrição hídrica. Recomenda-se que pacientes com sintomas mais acentuados consumam até dois gramas de sódio diariamente, evitando alimentos que contenham sódio embutido e não adicionando sal nos alimentos após o preparo. Produtos que substituam o sal devem ser usados com prudência, por conterem potássio na sua

composição e seu consumo pode resultar em hipercalemia. A sugestão é utilizar temperos naturais que apurem sabor dos alimentos, uma vez que o consumo excessivo de sódio está ligado ao paladar (SOUZA *et al.*, 2015; QUILICI *et al.*, 2014).

A ingesta hídrica em demasia na IC também aparece como não adesão à terapia nutricional e juntamente com a ingesta excessiva de sódio pode causar retenção de líquidos e congestão pulmonar ou sistêmica. A recomendação é que pessoas com IC moderada a grave, ou seja, CF III e IV controlem a ingestão líquida em até 1,5 litros/dia. Essas argumentações afirmam os achados neste estudo que mostra que a restrição hídrica, independentemente da CF a qual os participantes estavam enquadrados, apareceu como uma fragilidade uma vez que os participantes não possuem uma rotina de ingesta hídrica adequada (SOUZA *et al.*, 2015).

A obesidade está relacionada com alterações hemodinâmica e anatômica do sistema do coração e estudos recentes apontam sua relação com alterações metabólicas, inflamatórias e hormonais, como a resistência à insulina, que de alguma forma podem reforçar a ligação entre obesidade e IC. Porém sabe-se que o ganho de peso acelerado pode ser um sinal de que o balanço hídrico não se encontra em equilíbrio. A orientação é que as pessoas com IC façam controle diário do seu peso ou ao menos duas a três vezes na semana. Caso ocorra ganho 1 a 2 quilos de peso em dois à três dias o paciente deverá procurar atendimento profissional. O controle do peso deve ser minuciosamente discutido com a pessoa e família, uma vez que esse se apresenta como um sinal que pode vir ou não acompanhado de outros sinais e sintomas de descompensação. Não deixando de ser menos ou mais importante em nenhum dos dois casos (QUILICI *et al.*, 2014; SOUZA, 2018).

Nesse contexto é factível admitir que, não só levar os pacientes a conhecer as metas para o autocuidado são importantes, mas também orientar paciente e família a atitudes positivas para alcançar bons resultados, assim é plausível conceber que a ingesta alimentar, o balanço hídrico e o controle de peso apresentam-se como déficits de autocuidado onde paciente e família estão aptos a realizar ações positivas necessitando dos enfermeiros ações para educação em saúde para que as pessoas alcancem suas metas de autogestão.

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença que pode ocorrer por diversos fatores e é caracterizada por altos e sustentados níveis pressóricos. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCV, entre elas as cardiopatias hipertensiva e isquêmica que se apresentam com etiologia da IC. Raymundo e Pierini (2014) realizaram estudo longitudinal retrospectivo onde utilizaram uma amostra de 283 pacientes hipertensos e ingressaram os participantes do estudo em programa educacional sistematizado realizado por enfermeiros, esse estudo mostrou



37,1% dos pacientes hipertensos eram portadores também de insuficiência cardíaca e que a adesão ao controle de pressão arterial teve um aumento significativo após o programa e atribuem os resultados à participação ativa do enfermeiro no programa.

Esses dados ratificam e orientam os achados do presente estudo, em primeiro lugar o alto índice de pessoas com IC hipertensas, depois, ao mesmo tempo que os participantes relatam não receberem orientação de outro profissional além do médico. Quando os pacientes mencionam que o médico é sua referência de profissional evidencia-se uma falha na atuação de equipe multiprofissional sendo enfermeiro elemento medular dessa equipe, uma vez que está em contato constante com o paciente, tanto nas dependências hospitalares quanto nas UBS. Os dados trazem, também a falta de adesão à uma rotina de verificação da pressão arterial, independentemente do nível de instrução, apesar de terem conhecimento da necessidade do controle. Outro dado importante é a limitação física imposta pela IC, alguns pacientes utilizam a UBS para verificar a pressão arterial e tem que se deslocar caminhando, representando uma barreira no controle de sinais vitais para essas pessoas. Essas informações apresentam-se como um déficit de autocuidado, evidenciando a necessidade de intervenções educativas de enfermagem para controle da pressão arterial em pessoas com IC.

Percebem-se as limitações físicas impostas pela IC como um dado de extrema relevância neste estudo, uma vez que aparecem como barreira para deslocamento dificultando o alcance de recursos essenciais para o autocuidado, como o acompanhamento da pressão arterial, peso, glicemia capilar, realização de um programa de atividade física, atividade laboral e atividade sexual. Assim, limitação física aparece como um déficit de autocuidado que merece atenção especial dos enfermeiros, já que, todos os participantes do estudo relataram utilizar a UBS para alguma finalidade exigindo sendo muitas vezes impedidos pela limitação física.

As dificuldades no deslocamento obrigam as pessoas a se adaptarem à essa barreira, utilizando transporte para se deslocarem, seja próprio, de familiares ou ainda com transporte privado urbano, produzindo mais sedentarismo. Com relação a realização de atividade física a maior parte dos participantes mostraram não seguir uma rotina de atividade física, nem mesmo as mais simples como caminhada, apesar desse ser orientado por profissionais médicos, que foi o profissional mais mencionado no estímulo à atividade física, porém sem avaliação, orientação e acompanhamentos primorosos.

Estudos mostram que os programas de atividade física podem diminuir as limitações impostas pela IC. Enfermeiros portugueses realizaram um estudo de caso onde foram avaliados os valores hemodinâmicos e a tolerância à atividade de um paciente com

insuficiência cardíaca descompensada, desde o momento da admissão seguindo às sessões de treino, com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança do exercício físico. A intervenção implementada revelou-se segura, sendo eficaz tanto para a capacidade funcional quanto para melhora no padrão hemodinâmico no repouso e durante o treino (DELGADO *et al.*, 2019). Com o objetivo de identificar que o exercício aeróbico moderado atua no restabelecimento dos valores dos marcadores de remodelação cardíaca, Medeiros (2016), realizou uma revisão sistemática onde observou a diminuição da massa cardíaca e aumento da FEVE nos grupos onde foram associados o tratamento farmacológico à exercícios de moderada e alta intensidade.

Ainda afirmando os dados obtidos acerca das limitações consequentes da IC, Oliveira, Hohl e Hino (2019) avaliaram as barreiras associadas à atividade física em pessoas com IC, sendo que as condições clínicas dessa doença apresentaram-se como barreiras mais prevalentes, enquadrando essas pessoas como inativos fisicamente, por não aderirem às atividades físicas, nem mesmo as de padrão mais leve e simples como a caminhada por exemplo. Essas limitações se estendem para outras atividades que exigem esforço físico das pessoas com IC.

Neste estudo os participantes relataram o cansaço como fator limitante para realização da atividade sexual. Um estudo observacional de validação clínica do diagnóstico de disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca observou com uma das principais características definidoras as “limitações reais impostas pela enfermidade” (SILVA *et al.*, 2014). Na educação sexual ao paciente com IC é importante que o parceiro esteja presente para agregar e entender todo o contexto que envolve atividade sexual na IC e que assim possa contribuir para uma vida sexual saudável. A avaliação deve ser individualizada já que depende das condições clínicas e características psicossociais, dessa forma, os profissionais devem explicar aos pacientes e parceiros as limitações impostas pela IC, porém reforçar as consequências positivas de uma vida sexual ativa (PONIKOWISK, 2016; FERREIRA, 2018).

Outra limitação causada pela falta de tolerância aos esforços é a capacidade física para o trabalho. A maior parte dos participantes deste estudo era aposentada, mesmo assim relataram práticas de atividade laboral no lar dentro das suas condições clínicas, os mais jovens com menos de 50 anos apresentaram mais limitações para funções que exigem esforço físico. Avaliar a capacidade funcional para que as pessoas se mantenham ativas nas suas funções laborais é uma forma de prevenir isolamento social e para a manutenção da autoestima até mesmo por questões sociais. Explica-se a atividade laboral estar ligada à idade ao caso desses indivíduos serem aposentados, não sendo imperativo o esforço físico. Assim

deve ser considerada a troca de função de pessoas que atuem em atividades que exijam força, com avaliação periódica programada da capacidade física (CAVALCANTE *et al.*, 2017; RODHE *et al.*, 2018).

As restrições causadas pela falta de condicionamento físico apresentam-se como déficit no autocuidado que merecem um olhar atento dos enfermeiros, uma vez que os pacientes não aderem a uma rotina de atividade física e não permitem um condicionamento do coração, acelerando a progressão da doença e tornando essas pessoas cada vez mais restritas fisicamente e socialmente. Assim, entende-se que embora a avaliação física seja individual, mais uma vez os pacientes apresentam capacidade para realização da ação de autocuidado necessitando do acompanhamento e educação para realização de tais ações.

Doenças respiratórias estão entre as causas mais comuns de internação por descompensação da IC e a associação entre elas e a piora do prognóstico e mortalidade também se apresentam em taxas elevadas. Ações preventivas como a vacinação são necessárias para prevenir casos de infecção e consequentes internações, reinternações ou óbitos por descompensação da IC. No tocante à vacinação, os participantes do estudo não possuem registro das vacinas administradas, porém houve um predomínio da vacinação da influenza anualmente entre os participantes e apenas um deles recebeu a vacina do pneumococo. Apesar de não haverem estudos que comprovem a eficácia da vacina pneumococo os protocolos nacionais recomendam a administração dessa vacina (BREATHE, 2015; TINOCO, 2018; RODHE *et al.*, 2018; CARDOSO *et al.*, 2018).

Os achados deste estudo mostraram que os participantes procuram atendimento hospitalar quando identificam sinais de descompensação, porém nenhum deles faz correlação entre infecção respiratória e risco de descompensação da IC, uma vez que relatam não procurarem atendimento médico quando apresentam sinais de infecção respiratória. Uma informação importante, ainda nesse contexto, é a automedicação, que no caso dos pacientes com IC se mostra como um dado preocupante por conta da retenção líquida e da vasoconstrição periférica causadas por antiinflamatórios, por exemplo, e, também o risco das interações medicamentosas em qualquer situação de medicações de uso contínuo (RODHE *et al.*, 2018; PROZZI *et al.*, 2018). Esse quadro revela-se como um déficit na orientação acerca do comportamento que as pessoas com IC devem ter diante dos quadros de infecção ou até de sintomas gripais, sendo necessário desaconselhar a automedicação e reforçar os efeitos negativos dessa prática na saúde dessas pessoas.

Destarte percebe-se uma omissão na orientação aos pacientes com IC, mesmo que exista uma grande adesão à vacinação da influenza, esse dado ainda assim se apresenta como

um déficit. A vacinação da influenza além de fazer parte do calendário vacinal é parte da campanha anual de vacinação do MS, já a Pneumococo é uma vacina que previne pneumonia, otite, meningite e outras infecções causadas pelo pneumococo, é aplicada em grupos-alvo específicos como idosos com 60 anos ou mais, principalmente os que vivem acamados e institucionalizados, portanto, uma vez que há predominância de pessoas idosas com IC, é necessário que o enfermeiro faça avaliação individualizada de cada paciente sobre a situação vacinal e oriente acerca do calendário disponível no SUS.

Mesmo que as orientações durante a internação hospitalar sejam eficientes, quando internados os pacientes e suas famílias se encontram, geralmente, num estado de ansiedade, principalmente quando chega o momento da alta hospitalar. O ideal então é que paciente e família recebam orientações para continuidade do cuidado, ou seja, que possam voltar para casa seguros de que conseguirão dar continuidade ao seu tratamento. Assim, expandindo essas informações para a Teoria de Orem, o enfermeiro aparece com o sistema de enfermagem de apoio e educação, que para Orem (1991), é quando a pessoa consegue realizar práticas de autocuidado, porém necessita de apoio educacional para executar essas ações (RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na IC o conhecimento da doença é onde tudo começa. As informações sobre a doença devem vir de forma simples e completa, para que o paciente entenda de onde veio e para onde vai, ou seja, o motivo pelo qual a doença manifestou-se e o que pode acontecer a partir do diagnóstico. Isso se reforça pelo fato de as pessoas possuírem um baixo nível de escolaridade.

Através da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem foi possível elencar as carências na educação em saúde das pessoas com IC no decorrer dos seus depoimentos e, assim dentro da Teoria dos Sistemas de Enfermagem foi possível estabelecer o sistema de apoio e educação como ação de enfermagem para suprir as demandas de autocuidado dos pacientes com IC.

Vale ressaltar que o estudo permitiu afirmar que a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem tem aplicabilidade no âmbito da IC uma vez que esta doença é extremamente limitante tornando as pessoas incapazes para realizar seu autocuidado. Se para cada déficit identificado uma ação de enfermagem é exigida, também segundo este estudo, é adequado adotar a Teoria dos Sistemas de Enfermagem desta mesma teórica no desenvolvimento de tecnologias para educação em saúde dos pacientes com IC.

A partir da análise dos resultados sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos com a temática sejam desenvolvidos, bem como a criação de tecnologias de educação em saúde com pacientes com insuficiência cardíaca e suas famílias que contemplem suas reais necessidades do cotidiano.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, E. et al. Conhecimento sobre doenças cardiovasculares. In: FERREIRA, P.M.; LUNET, N.; SILVA, S. (Orgs.). **A Informação sobre Saúde dos Portugueses: Fontes, Conhecimentos e Comportamentos**. Lisboa: Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2017. p. 121-144.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BONIN, C.D.B. et al. Conhecimento Sobre a Insuficiência Cardíaca em Participantes e não Participantes de Reabilitação. **Int. j. cardiovasc. sci.**, v. 29, n. 6, p. 453-459, 2016.
- CARDOSO, J.N. et al. Infecção em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: mortalidade hospitalar e evolução. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 110, n. 4, p. 364-370, Apr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180037>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- CAVALCANTE, L.M. et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2604-2611, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- COSTA, M.B. et al. Intervenções de enfermagem para redução do edema de pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados. **Nursing**, São Paulo, p. 2745-2750, 2019.
- D'ALMEIDA, K.S.M. et al. Ponto de corte para adesão satisfatória do questionário de restrição de sódio na dieta em pacientes com insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 112, n. 2, p. 165-170, 2019.
- DELGADO, B. et al. Modulação cardíaca pelo exercício físico na pessoa com insuficiência cardíaca descompensada—relato de caso. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 2, n. 2, p. 65-73, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/19938>. Acesso em: 09 jan. 2020.
- DOMINGUES, B. et al. Influência do Estado Nutricional na Insuficiência Cardíaca. **Acta Port Nutr**, Porto, n. 5, p. 18-22, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2016.0504>. Acesso em: 03 jan. 2020.
- FREITAS, A.K.E.; CIRINO, R.H.D. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. **Revista de Medicina da UFPR**, v. 4, n. 3. P. 123-136, jul./set., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i3.56397>. Acesso em: 15 dez. 2019.
- LIMA, S.C. et al. Conhecimento sobre doença arterial coronariana e barreiras para adesão à reabilitação cardíaca. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 7, n. 2, p. 45-56, 2016.

LINN, A.C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E.N. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 500-506, 2016.

MEDEIROS, C.E.B. **Efeito da atividade física aeróbica moderada na remodelação reversa do miocárdio em pacientes com insuficiência cardíaca: revisão sistemática de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1960>. Acesso em: 09 jan. 2020.

MESQUITA, E.T. Infecções na insuficiência cardíaca - seu impacto na mortalidade. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 110, n. 4, p. 371-372, apr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180067>. Acesso em: 10 jan. 2020.

OLIVEIRA, B.G.; HOHL, M.; HINO, A.A.. Barreiras associadas à prática de atividade física no tempo livre de idosos com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-7, 2018. Disponível em: 10.12820/rbafs.23e0051. Acesso em: 10 jan. 2020.

OLIVEIRA, D.C. et al. Educação em saúde na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de intervenção. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 5, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, S.K.P.; LIMA, F.E.T. Validação de conteúdo da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p. 148-155, 2017.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 3. ed. Traduzido por Fernando Volkmer. New York: McGrawHill Company, 1980.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. Sant Louis: Mosby, 1991.

POLIT, D.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a práticas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PROZZI, G.R. et al. Riesgo cardiovascular de los antiinflamatorios no esteroideos. **Medicina (B. Aires)**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 78, n. 5, p. 349-355, oct. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2017.07.004>. Acesso em: 10 jan. 2020.

RIBEIRO, W.A.; ANDRADE, M. O autocuidado em pacientes com estomia intestinal à luz de Dorothea Orem: da reflexão ao itinerário terapêutico. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, 2018.

ROHDE, L.E.P. et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 01 jan. 2020.

SABINO, A. et al. Temporal tendency of the nutritional status of cardiopathy patients: result of 7 years of evaluation, **Rev. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, 2019. Disponível em: 10.12873/393sabino. Acesso em: 01 jan. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Instituto de Cardiologia de Santa Catarina**. Disponível em: <http://icsc.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 25 nov. 2018.

SILVA, F.V.F.; SILVA, L.F.; RABELO, A.C.S. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. **Aquichan**, v. 15, n. 1, p. 116-128, 2015.

SOUSA, M.M. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com insuficiência cardíaca descompensada Nursing diagnoses and interventions for people with decompensated heart failure. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5025-5031, oct. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v8.4952>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SOUZA, T.C.T.O. et al. **Avaliação do autocuidado em indivíduos em diferentes estágios de insuficiência cardíaca na atenção primária:** apoio para intervenções não farmacológicas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/9053>. Acesso em: 08 dez. 2020.

## 6.2 MANUSCRITO 2 - CARTILHA EDUCATIVA PARA AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - CONSTRUÇÃO COLETIVA À LUZ DA TEORIA DE OREM

### RESUMO

A pesquisa objetivou construir coletivamente uma cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com IC a partir das Teorias do Déficit do Autocuidado e da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital especializado em cardiologia do sul do Brasil. Participaram 15 pacientes e sete enfermeiros assistenciais. A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2019 e deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada com os pacientes e através de encontros com os enfermeiros para discussão. Os dados organizados apontaram para três categorias para compor a cartilha: Conhecendo a Insuficiência Cardíaca; Autocuidado na Insuficiência Cardíaca; e Redes de Apoio. Utilizou-se as teorias do Déficit de Autocuidado e dos Sistemas de Enfermagem de Orem para subsidiar as discussões. Através dos conhecimentos relatados pelos pacientes, o encontro para discussão com os enfermeiros, a revisão da literatura e a utilização das Teorias de Orem foi possível construir a Cartilha Educativa contendo as principais informações que as pessoas com IC precisam para contribuir com seu autocuidado e qualidade de vida. Hábitos de vida e adoção de atividades que remetem e estimulam o autocuidado, por meio de ilustrações e linguagem acessível, torna a cartilha um instrumento de suma importância na prevenção de agravos e melhor qualidade de vida aos pacientes com insuficiência cardíaca.

**Descritores:** Insuficiência Cardíaca. Autocuidado. Teorias de Enfermagem. Enfermagem. Tecnologia. Educação em Saúde.

### INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença epidêmica, progressiva, etiologicamente vasta, com sintomas diversos e limitantes e descompensação clínica recorrente sendo responsável por grande parte das internações e reinternações e com significativos índices de mortalidade, apresentando altos custos com hospitalizações, causando grande impacto na

qualidade de vida das pessoas e prejuízo para os sistemas de saúde (RODHE *et al.*, 2018; CHEEVER; HINKLER, 2018; WAJNER, 2017).

Com vistas à solução desses problemas, salienta-se a importância de estudar as características das pessoas que vivem com IC com o propósito de aprimorar a qualidade do cuidado e conseqüentemente a qualidade de vida das pessoas (POFFO *et al.*, 2017). Nesse sentido enfatiza-se a importância de desenvolver e implementar estratégias para o tratamento não farmacológico da IC, visto que essas estratégias operam fundamentalmente no controle da progressão da doença, deixando de ser apenas um complemento à terapia medicamentosa passando a ser terapia essencial. (SOUZA, 2018, BOCCHI *et al.*, 2013, RODHE *et al.*, 2018).

No contexto da IC, aderir ao tratamento está ligado à elaboração e escolha de ações positivas relacionadas à adesão a uma dieta saudável, controle hídrico e atividade física também ao conhecimento da doença e identificações de sinais de alerta relacionados à descompensação. Essas escolhas, num sentido mais abrangente, chamamos de capacidade para o autocuidado (LINN; AZZOLIN; SOUZA, 2015).

Para Orem (1980; 1991) o autocuidado se refere à natureza e a competência que as pessoas carregam para exercer comportamentos saudáveis, por sua vez as intervenções praticadas em benefício próprio são denominadas requisitos, exigências ou demandas de autocuidado. Quando existe um desequilíbrio entre a capacidade e as demandas, onde as demandas se sobressaem à capacidade identificam-se os déficits de autocuidado.

Levando esses conceitos para as intervenções de enfermagem, Orem (1991) afirma que planejar de forma sistemática intervenções para compensar esses déficits é característica dos sistemas de enfermagem que se referem ao planejamento das ações visíveis ou reais, produzidas de maneira planejada entre enfermeiros e pessoas em condição de cuidado.

Diante do cenário com vistas a incentivar as pessoas com IC para escolhas saudáveis, observando-as como um todo individual e coletivo e entendendo que as práticas de autocuidado precisam estar cada vez mais consolidadas, os enfermeiros podem lançar mão de práticas metodológicas de educação em saúde. As intervenções educativas de enfermagem através do aprofundamento nas pesquisas e a geração de tecnologias tem demonstrado efeito positivo sobre as ações de autocuidado de pacientes com IC e conseqüente redução no número de reinternações hospitalares por descompensação (SOUZA, 2018; LINN; AZZOLIN; SOUZA, 2015).

A educação em saúde representa um método para a adesão das pessoas nas ações de autocuidado para um estilo de vida saudável sendo, ainda, afirmada por sua potencialidade de reduzir os gastos com a saúde nos mais diversos campos da assistência. As práticas educativas



em saúde cumprem sua função quando acontece transição de conhecimento entre profissional e pessoas em situação de cuidado sendo ainda que as tecnologias aplicadas nesse processo devem libertadoras para ambos (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

A qualidade do atendimento em saúde depende de equipamentos tecnológicos para solucionar distúrbios de ordem biológica, no entanto se não houver a preocupação em estabelecer uma forma de vínculo entre o profissional e as pessoas em situação de cuidado os equipamentos se tornam insuficientes. Assim pode-se dizer que as obras tecnológicas em saúde são construídas a partir do planejamento e racionalização dos profissionais envolvidos através de conhecimentos e métodos sistematizados sem esquecer que são ativadas pelo cuidado, ou seja, é por meio da observação e explanações dos pacientes que se percebe as necessidades de produção de tecnologias (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016; SILVINO; SOUZA, 2018).

Entre os recursos tecnológicos que facilitam a comunicação e estabelecem vínculos entre profissionais e pessoas em situação de cuidado estão as cartilhas que, para Chrizostimo, Brum e Santos (2018), no contexto da saúde se configuram como solução de demanda por se tratarem de atividade pedagógica e artefato educativo que estabelecem troca de conhecimento entre profissional de saúde e pessoa em situação de cuidado. Ainda para essas autoras as cartilhas se traduzem em tecnologia educativa de aplicação prática simples e ainda se caracteriza como uma ferramenta de construção coletiva e participativa.

Levando em consideração o que dizem Chrizostimo, Brum e Santos (2018), a cartilha é um instrumento tecnológico que agrega valores e possibilita transformação social, necessita ser cuidadosamente construída, seguindo um rigor metodológico e que apresente linguagem clara e objetiva e tenha adequação às características do público alvo. Assim justifica-se a utilização das teorias de Orem para a construção de uma cartilha educativa, por serem teorias que exigem a comunicação entre enfermeiro e pessoa em situação de cuidado para ativar ações de enfermagem onde se incluem as tecnologias educacionais.

Surge assim, a indagação de como construir uma cartilha educativa para agregar conhecimentos acerca do autocuidado das pessoas que vivem com IC?

Assim torna-se possível traçar o objetivo do estudo: construir coletivamente uma cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com IC a partir das Teorias do Déficit do Autocuidado e da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem.

## **MÉTODO**

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, para o desenvolvimento de um produto em forma de cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. A pesquisa deu-se nas Unidades de Internação A e B de um hospital do sul do país, que se caracteriza como sendo hospital de médio porte, de alta complexidade, sendo referência em doenças cardiovasculares (DCV) para todo o Estado de Santa Catarina. As Unidades de Internação A e B caracterizam-se como unidades mistas e, portanto, atendem pacientes de ambos os sexos, em tratamento clínico e/ou pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Os setores juntos são compostos por 55 leitos, sendo destinados cinco leitos para pacientes da com quadro de arritmia, dois para pacientes do ambulatório e o restante dos leitos são ocupados conforme a demanda das unidades coronariana e de emergência (ICSC 2007). Participaram do estudo 15 pacientes internados em tratamento clínico e/ou cirúrgico com diagnóstico de IC e sete enfermeiros assistenciais da unidade de atendimento em estudo.

Os participantes foram selecionados através da exploração dos prontuários eletrônicos na unidade e atenderam os seguintes critérios de inclusão: maiores de dezoito anos; de ambos os sexos; com diagnóstico de IC. Os critérios de exclusão ficaram definidos: pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) por haver coincidências em alguns sintomas que forneçam possíveis confusões nas respostas aos questionamentos e pacientes com dificuldades de comunicação.

Quanto aos enfermeiros participaram do estudo aqueles com mais de seis meses atuando no cenário do estudo e que aceitaram participar dos encontros. Foram excluídos os que se encontravam em férias, licenças prêmio, para tratamento de saúde ou maternidade no período da coleta de dados.

A construção da Cartilha deu-se por etapas relatadas a seguir:

**1) Coleta de dados com os paciente e análise dos conteúdos:** Os dados com os pacientes foram coletados no período de maio a agosto de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, na qual foram contemplados questionamentos acerca das metas terapêuticas para autocuidado com o objetivo de identificar a capacidade das pessoas com IC de gerenciar sua doença. A entrevista ficou assim disposta: conhecimento da doença, conhecimento relacionado aspectos de saúde, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e redes de apoio. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e transcritas para análise em arquivo doméstico o que permitiu uma leitura minuciosa do material. A análise dos dados deu-se por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011), assim como os dados foram

discutidos a partir da literatura científica pertinente, atualizada e baseada na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem.

**2) Encontros com os enfermeiros:** foram realizados quatro encontros com os enfermeiros que se deram no período de agosto a novembro de 2019 nos horários de passagem de plantão do período matutino para o vespertino, esse momento foi definido junto com a equipe por ser um horário onde se encontrava reunido o maior número de enfermeiros. O objetivo do primeiro encontro foi apresentar o projeto e a análise do conteúdo coletado junto aos pacientes. Os encontros subsequentes tiveram o objetivo de coletar as contribuições dos enfermeiros para a composição da Cartilha, assim a cada categoria apresentada era disponibilizado depoimento dos pacientes participantes do estudo e cada enfermeiro contribuiu para aquela categoria de forma escrita.

**3) Elaboração dos conteúdos da Cartilha:** amparada pela Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem e pela literatura científica, onde foi realizada uma revisão narrativa consultando livros, artigos publicações nacionais e internacionais, diretrizes que abordassem o autocuidado em IC. Reunido à isso, com os achados anteriores foi possível elaborar os conteúdos da Cartilha.

Este estudo preenche as normas da resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do ICSC sob o número: Número do Parecer: 3.279.227.

O anonimato dos participantes foi garantido e a identificação foi através do emprego de códigos dispostos com a letra E, seguido por número em ordem crescente: E1, E2 (entrevistado 1, entrevistado 2) para os pacientes e com com a letra P, seguido por número em ordem crescente: P1, P2 (profissional 1, profissional 2). A aceitação da participação foi feita através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Os depoimentos dos participantes, no caso os pacientes do estudo, foram avaliados e compilados por afinidade de onde emergiu o desenvolvimento de categorias temáticas que foram apreciadas para a discussão: **Demandas do autocuidado no conhecimento da Doença:** nessa categoria os pacientes forneceram apontamentos relacionados ao conhecimento da doença, sobre o reconhecimento dos sinais e sintomas da IC e ainda sobre os sinais e sintomas de descompensação da doença; **Demandas de autocuidado nas ações para o estado de saúde:** nessa categoria os participantes do estudo forneceram informações onde foi possível avaliar a capacidade que possuem para compreender as medidas importantes para

preservar a estabilidade da doença e saber quais hábitos de vida são necessários para isto, assim foram questionados sobre ingestão alimentar, consumo de sódio, balanço hídrico, controle de sinais vitais e tratamento farmacológico; **Demandas do autocuidado no gerenciamento dos fatores descompensatórios da IC:** essa categoria apresentou os depoimentos dos participantes com relação às medidas que praticam quando estão diante de sinais e sintomas de exacerbação e como agem em possíveis intercorrências; **Demandas do autocuidado em relação às redes de apoio:** essa categoria expôs a forma como os participantes do estudo encontram apoio social para suporte da IC, assim, apresentaram depoimentos acerca do apoio familiar, profissional e das unidades de saúde para continuidade do tratamento. Para essa categoria, ainda foi possível resgatar depoimentos fornecidos em toda a entrevista.

Aplicado a isso foram utilizadas obras científicas para a análise e os depoimentos garantiram que fossem elencados os déficits dos pacientes a partir da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. Os déficits elencados ativaram necessidade da intervenção de enfermagem, assim a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de apoio e Educação foi a teoria que por conceito se ajustou melhor para suprir as demandas de autocuidado dos pacientes.

Apoiando-se nessa análise, se fez necessária a contribuição dos enfermeiros que elencaram principalmente a composição textual da Cartilha, no que se refere às ilustrações, orientações, ideias para contribuir com os cuidados diários, reforçar conteúdos amplamente contemplados na literatura com relação à importância de conhecer a doença e seus sinais de alerta para descompensação e ainda recomendaram a importância de fortalecer os vínculos familiares com as unidades de saúde. A seguir são apresentadas algumas contribuições dos enfermeiros participantes do estudo acerca da categoria **Demandas do autocuidado no conhecimento da Doença:**

Explicar de uma maneira simples que o paciente consiga entender, mostrar imagens (não imagens reais, mas sim ilustrativas, lúdicas, para não causar ansiedade). (P2)

Trazer linguagem simples bem como imagens ilustrando, alguns pacientes não sabem ler. (P3)

Utilizar informações com imagens, pois acredito que fixa melhor. (P4)

Com as contribuições dos enfermeiros participantes do estudo foi possível definir que além da linguagem simples, também é necessário que se use imagens para fixação do conteúdo, para melhorar a compreensão dos textos e para o entendimento de pacientes que não sabem ler.

Na categoria **Demandas do autocuidado para a promoção do estado de saúde**, os enfermeiros participantes do estudo apresentaram as seguintes contribuições:

Verificar a carteira de vacinação, observar as que faltam e orientar a importância da imunização.”(P1)

Colocar imagens do que pode e o que não pode comer, utilizando o X de proibido. (P2)

Estimular o paciente a mudar o paladar e se adaptar a temperos naturais, substituindo o sal. (P3)

Deixar claro que pode haver limitações (na atividade sexual) para que o paciente não ache que isso só está acontecendo com ele, orientar começar aos poucos e deixar um espaço na Cartilha como um recado ao companheiro. (P4)

Deixar um espaço na cartilha para anotar a pressão arterial explicando a importância do controle diário. (P6)

Nesta categoria além de reforçarem a utilização de imagens ilustrativas, os enfermeiros ainda trouxeram ideias para o autocuidado, como controlar o sal nos alimentos, espaço para controle da pressão arterial e sobre como orientar a atividade física e sexual.

Na categoria **Demandas do autocuidado no gerenciamento dos fatores descompensatórios da IC** os enfermeiros deram as seguintes contribuições:

Falar sobre os sinais e sintomas da descompensação e o que pode levar a surgirem, orientar qual serviço de saúde procurar para que o paciente se sinta mais seguro. (P1)

Orientar a vacinação como forma de prevenir infecções. (P2)

Avaliar os pacientes que necessitam da vacina da pneumonia e orientar a vacinação anual da influenza. (P3)

Demonstrar os períodos do dia para identificar os horários das medicações com imagens ilustrativas que os represente, por exemplo, a manhã com um sol, [...], assim quem lê e quem é analfabeto vai usar o mesmo material. (P4)

Orientar o uso de frasco graduado para quantificar a urina eliminada. (P5)

Informar ao paciente e familiares todas as possíveis causas da descompensação da IC. (P7)

Nesta categoria os enfermeiros enfatizaram a importância de orientar paciente e família a reconhecer os sinais de descompensação da IC, reforçaram a importância de medidas que previnam a descompensação como balanço hídrico e vacinação e ainda sugeriram buscar serviços de saúde quando reconhecerem os sintomas.

A última categoria permitiu aos enfermeiros contribuírem com seus conhecimentos acerca das **Demandas do autocuidado em relação às redes de apoio:**

Orientar os pacientes a não faltarem consultas para não atrasar a mudança no tratamento. (P1)

Acredito que aqui cabe um recado dirigido aos familiares com orientações sobre as mudanças nos hábitos de vida e reforçar que esses hábitos beneficiarão a todos. (P4)

Importante que os pacientes idosos tenham acompanhantes durante as orientações para que se estabeleça vínculos entre o paciente e a família, uma vez que a família vai tomar conhecimento da complexidade dos cuidados. (P5)

Orientar a busca de assistência profissional no Posto de Saúde local, UPA 24 horas ou emergência do hospital mais próximo sempre que achar necessário. Estimular o vínculo do paciente e família com o Posto de Saúde local. (P7)

Nesta categoria os enfermeiros sugerem estimular a criação de vínculos para continuidade do cuidado, reforçam a necessidade de conhecer a UBS e ainda reforçam que a família deve fazer parte do processo de educação em saúde.

A partir do contexto do estudo foi possível definir o título da cartilha: “Cartilha educativa para autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca”, e os tópicos utilizados para incluir de forma completa e organizada os conteúdos necessários para ações educativas: “Conhecendo a Insuficiência Cardíaca”, “Autocuidado na Insuficiência Cardíaca” e “Redes de Apoio”. Ficou definido que a os fatores de descompensação deveriam estar na mesma categoria do autocuidado para que as pessoas entendam que um processo é ligado ao outro, ou seja, os bons hábitos levam a preservar sua saúde estável diante do diagnóstico de IC.

## **DISCUSSÃO**

A IC é uma doença crônica, progressiva e limitante e para que se minimizem as situações em que as pessoas se encontrem em impedimento para realizar atividades da vida diária são necessárias ações para autocuidado. O processo de escolha de uma teoria teve como objetivo fortalecer o estudo e ao mesmo tempo comprovar a aplicabilidade desta no desenvolvimento de tecnologias. Orem (1991) ao esclarecer o processo que leva a excelência no autocuidado, traçou o caminho que leva os enfermeiros a desenvolver projetos, bem como tecnologias para suplantarem essas barreiras.

Consolidando a utilização da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem, o estudo trouxe a análise das entrevistas com as pessoas com IC, para que fosse possível a interpretação dos sentimentos e incertezas das pessoas com relação ao autocuidado e, assim os

entrevistados contribuíram ricamente com a elaboração da cartilha. O enfermeiro, por ter conhecimento científico, deve considerar o saber do senso comum no desenvolvimento de tecnologias educativas, assim justifica-se o uso da utilização da técnica de coleta e análise de dados com as pessoas com IC (SCHIER; GONÇALVES; ÁLVAREZ, 2018).

O propósito da participação dos enfermeiros foi abrir um espaço para discussão acerca da IC e para troca de conhecimentos entre os profissionais e a contribuição para composição da cartilha. Um estudo realizado com 51 enfermeiros de dois hospitais do sul do Brasil demonstrou resultados positivos com relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre a IC após o uso de um questionário de avaliação. Esse mesmo estudo mostra a importância de os enfermeiros possuírem conhecimento sobre a IC para a qualidade no atendimento com vistas a melhorar a qualidade de vida das pessoas (MACHADO *et al.*, 2014).

O estudo que colocou em processo de validação e adaptação transcultural o *Nurses's Knowledge of Heart Failure (NKHF)* para a versão em português Questionário de Conhecimento de Enfermeiros sobre Insuficiência Cardíaca (Q-CENIC), reforçou a importância de avaliar o conhecimento dos enfermeiros com o objetivo de prestar um cuidado de qualidade visto que a IC é uma doença crônica e prevalente, assim com base nos resultados do questionário torna-se possível avaliar a necessidade de se criar espaços de discussão e educação em saúde com o objetivo de aprimorar o conhecimento dos enfermeiros e consequentemente melhorar a qualidade do cuidado (KLEIN *et al.*, 2012).

Levar a análise dos depoimentos dos pacientes participantes do estudo para os enfermeiros teve a intenção de colocá-los diante de situações em que teriam que atuar como educadores e assim assinalar as contribuições como a solução de uma adversidade que já é realidade naquele serviço. A educação é processo próprio do cuidado, delibera a favor do conhecimento e da liberdade pessoal. Quando o cuidado é relacionado com a educação esta passa a ser ofertada pelo profissional de modo intencional e requer seu conhecimento para ações valiosas no cuidado que podem ser representadas por meio de tecnologias que auxiliem na busca pela emancipação dos envolvidos nesse processo, tanto das pessoas em situação de cuidado quanto dos enfermeiros (LEOPARDI; PAIM; NIETSCHE; 2018).

Silvino e Souza (2018), afirmam que existe uma inferência de que as ações de enfermagem com a produção de informações através do cuidado sustentam as produções tecnológicas e as inovações nessas áreas, trazendo transformação e qualidade no cuidado. E ainda vale ressaltar que a inserção desses profissionais no corpo social da ciência e da tecnologia afirma a enfermagem como profissão e ciência.

Além da participação das pessoas com IC e da contribuição dos enfermeiros com este estudo, construir a cartilha exigiu também uma busca minuciosa na literatura acerca do tema demonstrando as melhores evidências para sua construção, a partir desse contexto entende-se que, a cartilha passa a ser um exímio recurso tecnológico educativo em saúde e é oportuno que se utilize esse recurso visando à melhoria da qualidade de vida e o autocuidado.

Para Chrizostimo, Brum e Santos (2018) a cartilha se configura como uma atitude pedagógica, é um instrumento voltado para os processos educativos, fortalece os vínculos entre os profissionais e orienta as pessoas para o autocuidado. Possui uma forte influência progressista que transforma o comportamento através do conhecimento tanto no contexto individual quanto no coletivo.

Diante dos resultados deste estudo e com base nas formulações elaboradas pelos enfermeiros, as informações da cartilha englobam todos os conceitos levantados por Orem (1991). A partir do conceito de autocuidado, de ser humano e ambiente, pode se afirmar que as pessoas trazem em si, sim, pré disposição para adquirir conhecimentos sobre sua situação de saúde doença, outro conceito levantado, mas que, em especial, o ambiente influencia demasiadamente no sucesso do desenvolvimento, do bem-estar e do equilíbrio.

Por isso, um tempo de adaptação para a nova situação de saúde e doença é necessário, haja vista as inúmeras consequências que a insuficiência cardíaca trás consigo. Portanto, o conceito de percepção deve ser constantemente estimulado, para desenvolver a habilidade de perceber as mudanças e saber conviver com elas. E, nada melhor e mais eficaz do que as ações de enfermagem, humanas e sistematizadas, para estimular novas rotinas de cuidados e de adaptação à terapêutica para melhor gestão da vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Teoria de Orem adotada para a elaboração da cartilha enriqueceu o estudo uma vez que possibilitaram a contribuição de pessoas com IC e dos enfermeiros assistenciais e ainda seu arcabouço metodológico orientou o diagnóstico de uma adversidade situacional e, sucessivamente, a busca de recurso para a solução de problemas. Assim acredita-se que a elaboração da cartilha a partir da problematização contribuirá para apresentar uma tecnologia com informações completas para as pessoas que vivem com IC, com informações adequadas e com linguagem clara através de textos e imagens.

Nesse sentido foi extremamente contributivo para conhecer os possíveis déficits de autocuidado dos pacientes internados no cenário do estudo, pois foi a partir dessa análise que se pode entender as necessidades de desenvolvimento e implantação de tecnologias.



Destaca-se a participação dos enfermeiros como um ponto forte do estudo, uma vez que estes apresentaram informações embasadas e completas sendo possível perceber em suas falas o conhecimento que possuem acerca da IC e ainda contatar relevância que depositam na educação em saúde e como vinculam o movimento educacional ao cuidado prestado.

Acreditando que trazer a participação dos sujeitos do estudo agregado à busca das melhores evidências é claro perceber que a tecnologia educativa em forma de cartilha é um método assertivo na compreensão sobre aspectos da IC e sobre as ações que podem ser realizadas com vistas a melhorar o autocuidado das pessoas que vivem com essa doença.

Como limitação do estudo apresenta-se a não validação da tecnologia junto às pessoas com IC e com os enfermeiros, limitação esta que se torna uma sugestão para um estudo futuro.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BOCCHI, E.A. *et al.* The reality of heart failure in Latin America. **J Am Coll Cardiol**. v. 62, n. 11, p. 949-958, 2013.

CHEEVER, K.H.; HINKLE, J.L. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. Tradução de Brunner & Suddarth. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

CHRIZOSTIMO, M.M.; SANTOS, M.J. Manuais administrativos em enfermagem. In: SILVINO, Z.R. (Org.). **Gestão baseada em evidências: recursos inteligentes para solução de problemas da prática da saúde**, Curitiba 2018, 160p.

MACHADO, C.G.D. *et al.* Conhecimento do enfermeiro sobre insuficiência cardíaca em hospital geral. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 710-717, jan. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211633>. Acesso em: 17 jan. 2020.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 3. ed. Traduzido por Fernando Volkmer. New York: McGrawHill Company, 1980.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. Sant Louis: Mosby, 1991.

POFFO, M.R.; ASSIS, A.V.; LONDERO-FILHO, O.M. Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca em hospital terciário. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 3, p. 189-198, 2017.

POLIT, D.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a práticas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ROHDE, L.E.P. *et al.* Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 01 jan. 2020.

SANTOS, Z.M.S.A. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado.** Fortaleza: EdUECE, 2016.

SILVINO, Z.R. (Org.). **Gestão baseada em evidências: recursos inteligentes para soluções de problemas da prática em saúde.** Curitiba: CRV, 2018.

SCHIER, J.; GONÇAVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Tecnologia socioeducativa de enfermagem hospitalar. In: NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Orgs.) **Tecnologia cuidativo-educacionais.** Porto Alegre: Moriá Editora, 2017.p. 151-164.

SOUZA, T.C.T.O. et al. **Avaliação do autocuidado em indivíduos em diferentes estágios de insuficiência cardíaca na atenção primária: apoio para intervenções não farmacológicas.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/9053>. Acesso em: 08 dez. 2020.

WAJNER, A. **Causas e preditores de mortalidade em pacientes que internam com ou por insuficiência cardíaca em hospital terciário no Brasil.** Tese (Doutorado em Cardiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2017.

### 6.3 PRODUTO - CARTILHA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

O desenvolvimento deste estudo viabilizou a construção de uma cartilha educativa para o autocuidado de pessoas que vivem com IC. Foi elaborada com base nas demandas de autocuidado das pessoas acerca de sua doença e de seus sinais e sintomas, demandas de autocuidado para a promoção do estado de saúde e, controle da descompensação da doença e ainda demandas de redes de apoio.

O estudo ainda contou com a contribuição dos enfermeiros, que trouxeram informações para a composição da cartilha no que diz respeito a ações para o autocuidado e na apresentação da cartilha de forma a facilitar o entendimento das pessoas e famílias que farão uso desse produto. Assim os assuntos foram divididos nos seguintes itens: Conhecendo a Insuficiência Cardíaca; Autocuidado na Insuficiência Cardíaca; e Redes de Apoio.



# INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Orientações para o autocuidado  
de pessoas com Insuficiência Cardíaca



## **Tania Pereira**

Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva  
do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina  
Especialista em Cardiologia para Enfermeiros  
Mda. Gestão do Cuidado em Enfermagem

## **Luciara Fabiane Sebold**

Doutora em Enfermagem  
Docente do Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina e do Programa de  
Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem  
Modalidade Mestrado Profissional

## **Jéssica Roussenq**

Responsável Gráfica



# APRESENTAÇÃO

Este material é produto de uma pesquisa do Mestrado Profissional intitulado “Cartilha Educativa para o Autocuidado de Pessoas com Insuficiência Cardíaca” e foi elaborada para que você e sua família possam conhecer sobre a doença e como enfrentar as limitações causadas por ela.

Nesta cartilha você encontrará informações e orientações para otimizar sua capacidade de autocuidado e acreditamos que será útil para que você e sua família possam conviver de forma mais consciente e saudável com a sua doença.





# ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	03
ÍNDICE	04
1. INTRODUÇÃO	05
2. CONHECENDO A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	07
3. AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	15
4. REDES DE APOIO	34
5. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	39
6. CONTROLE DAS MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO	40
7. REFERÊNCIAS	41
8. AGRADECIMENTOS	42
9. CONTATO	43

# 1. INTRODUÇÃO

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) é um hospital especializado em doenças cardiovasculares (DVC) e oferece os mais diversos serviços para melhor atendê-lo. Entre eles estão: serviços ambulatoriais, hospitalares, serviço de enfermagem, médico, nutricional, reabilitação cardíaca, exames e intervenções cirúrgicas.

As doenças cardiovasculares podem aparecer de forma lenta e progressiva ou de forma rápida ou aguda.

Em qualquer um dos casos o tratamento exige, além de apoio dos profissionais, a dedicação das pessoas que tem a doença.



Assim, um dos objetivos do cuidado dos profissionais dessa instituição é a educação em saúde para o autocuidado, ou seja, para que as pessoas atendidas nesta instituição possam aprender a cuidar de si e assim juntamente com seus familiares ou cuidadores possam retornar para seus lares seguros para atender suas próprias necessidades.

Dessa maneira, com o objetivo de auxiliar na educação para autocuidado, elaboramos uma Cartilha Educativa com dados importantes para esclarecer dúvidas e melhorar a compreensão sobre ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias que vivem com Insuficiência Cardíaca.



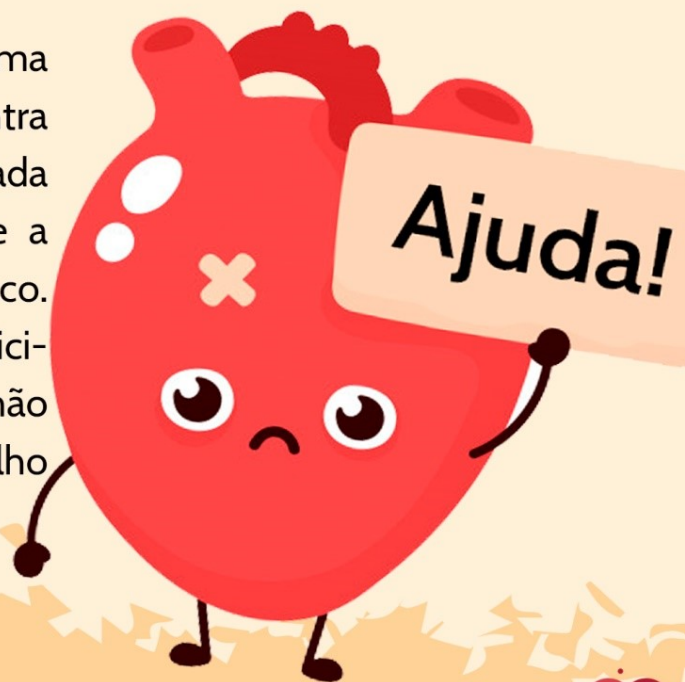
## 2. CONHECENDO A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

### O QUE É A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

A insuficiência cardíaca é uma doença crônica resultado de outras doenças anteriores que causaram danos ao coração, tornando este incapaz de bombear sangue suficiente para os outros tecidos e órgãos do corpo.

+++

Num coração saudável, uma quantidade de sangue entra no coração e é bombeada para o corpo novamente a cada batimento cardíaco. Numa pessoa com insuficiência cardíaca o coração não consegue fazer esse trabalho de forma adequada.



## QUAIS AS PRINCIPAIS CAUSAS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?



Infarto agudo do miocárdio (ataque do coração)



Doenças das válvulas do coração



Hipertensão



Diabetes



Doenças Congênitas (de nascença)



Doença de Chagas



Doenças da Tireóide



Tratamento para câncer (quimioterapia e radioterapia)



Uso abusivo de álcool, cocaína e outras drogas ilícitas



HIV/AIDS



Tabagismo

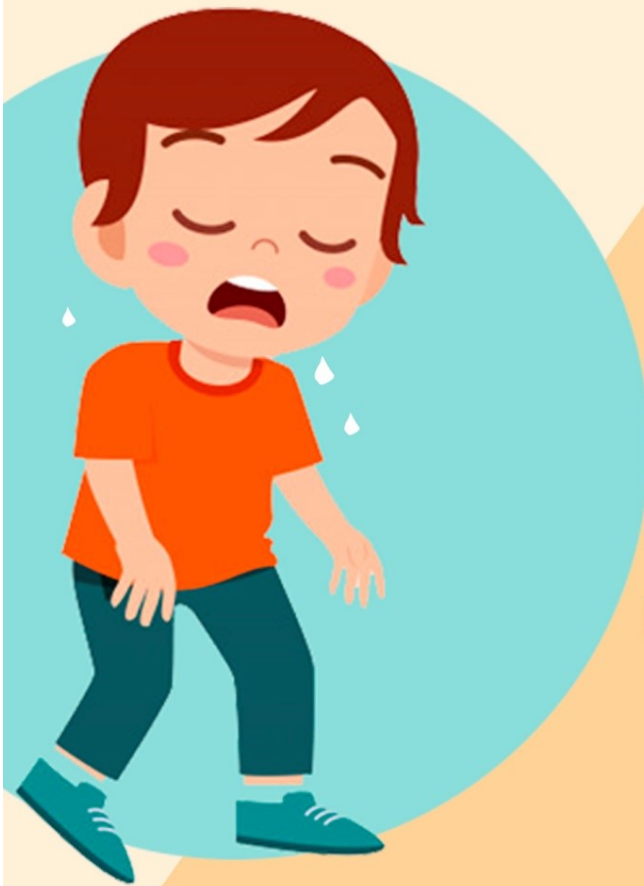


Doença Renal



## QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

A Insuficiência Cardíaca pode acontecer de duas formas: uma é quando o coração não faz a contração como o esperado, não bombeando sangue o suficiente para o organismo.



**ISSO  
CAUSA  
FADIGA  
(CANSAÇO)**



## QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

A outra é quando o coração não se encontra capaz de relaxar o suficiente para dar espaço à entrada de sangue, que fica esperando para entrar no coração acumulando-se nos pulmões, abdome e pernas. Isso causa:

**FALTA DE AR**



**DOR ABDOMINAL**

**EDEMA (INCHAÇO) NOS PÉS E TORNOZELOS**



## ATENÇÃO

Procure orientação de um profissional de saúde, pois medidas que melhoram a qualidade de vida podem evitar a piora desses sintomas.



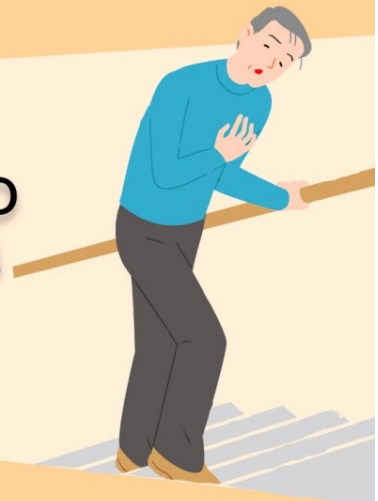
# SINTOMAS DE DESCOMPENSAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

EDEMA (INCHAÇO) NOS TORNOZELOS E PERNAS



ASCITE (INCHAÇO NA BARRIGA)

FALTA DE AR DURANTE ESFORÇO FÍSICO LEVE OU ATÉ MESMO EM REPOUSO



GANHO DE PESO DEVIDO AO EDEMA

PERDA DE APETITE E/OU NÁUSEAS





# SINTOMAS DE DESCONPENSÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**TOSSE E TONTURA**



**DIMINUIÇÃO NA QUANTIDADE DE URINA ELIMINADA**



**AUMENTO DA FREQUÊNCIA E DA NECESSIDADE DE URINAR A NOITE**



**PALPITAÇÕES (CORAÇÃO ACELERADO)**



**NECESSIDADE DE VÁRIOS TRAVESSEIROS PARA CONSEGUIR UMA POSICAÇÃO CONFORTÁVEL PARA DORMIR**





## ATENÇÃO

Se você apresentar um ou mais desses sintomas, procure um profissional de saúde na instituição mais próxima de sua casa para reavaliar seu tratamento. Seguir corretamente as orientações dos profissionais é a medida mais importante para manter estável a sua doença.



### 3. AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Com algumas medidas você pode ajudar seu coração a não perder mais força e se manter estável. Para isso você pode aderir a dois tipos de tratamento: o **tratamento farmacológico**, que se trata de tomar corretamente as medicações prescritas pelo médico e o **não farmacológico**, que é a correta adesão aos cuidados diários para melhorar sua qualidade de vida.

## VAMOS CONHECER ESSAS MEDIDAS?



Seguir corretamente uma rotina alimentar é fundamental para não desencadear sintomas de descompensação da Insuficiência Cardíaca.

Alimentos que podem ser consumidos de forma equilibrada: feijão, lentilha, ervilha, cereais, frutas e legumas frescos, sucos naturais, peixes, aves e carne fresca, a água gaseificada pode substituir o refrigerante, café e chás.



## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Alimentos que devem ser evitados: frituras com excesso de sódio (sal) como os alimentos industrializados enlatados ou embutidos que em geral possuem um alto teor de sódio e gordura animal, como bacon, salame, carne seca, bacalhau, cachorro-quente, molhos prontos, batata frita, refrigerantes e sucos artificiais.





**ATENÇÃO:** o sal nos alimentos deve ser usado cuidadosamente, assim algumas opções para controlar o sal nos seus alimentos estão descritas abaixo:

- Você ou a pessoa que prepara seus alimentos pode não colocar sal no cozimento e adicionar temperos naturais como ervas, cebola, alho, limão como forma de proporcionar mais sabor aos alimentos. **NUNCA USE CONDIMENTOS INDUSTRIALIZADOS.**



- Consultar a sua nutricionista para que esta oriente a quantidade correta de sal que pode ser consumido na sua alimentação diariamente e além da opção acima você pode usar formas de medir o sal como os sachês (saquinho usado no hospital) para seu consumo diário.



- Utilize o sal de um sachê de dois gramas e coloque dentro de um recipiente, como uma colher de chá, por exemplo, ou uma tampa de caneta, para que você tenha mais uma opção de medida caso não tenha acesso ao sachê.



- Ou ainda você pode simplesmente diminuir a quantidade de sal no cozimento e não acrescentar sal para consumi-los.



**ATENÇÃO:** as orientações nutricionais são feitas individualmente, a indicação de alimentos específicos dependerá de condições como: peso, capacidade de mastigação, estágio da doença que influencia na absorção de nutrientes pelas células, por isso é importante seguir as recomendações da Nutricionista e fazer avaliação periódica para reavaliar sua dieta.

# ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

## INGESTÃO E ELIMINAÇÃO DE LÍQUIDOS

É recomendado que você ingira líquidos de forma equilibrada, ou seja, não se deve tomar líquidos em excesso, porém não se deve deixar de ingeri-los. Assim é aconselhado a ingestão de 1,0 à 1,5 litros de líquido diariamente.

**ATENÇÃO:** quando se fala em líquidos a medida da quantidade inclui café, chá, chimarrão, sucos, gelatinas e água para tomar os medicamentos.





## INGESTÃO E ELIMINAÇÃO DE LÍQUIDOS

Assim é recomendado que você utilize ações para medir o líquido que ingere diariamente. Uma forma de fazer isso é utilizar um copo graduado para quantificar os líquidos ingeridos durante o dia.

Outra medida que deve ser tomada é a observação da quantidade de urina eliminada. Se você sentir diminuição na quantidade de urina associado a outros sintomas como edema (inchaço) ou ganho rápido de peso, você pode quantificar a urina eliminada em 24 horas também através de um frasco graduado. Se a quantidade eliminada for muito menor que a ingerida você deve procurar um profissional de saúde para avaliação.





## CONTROLE DE PESO

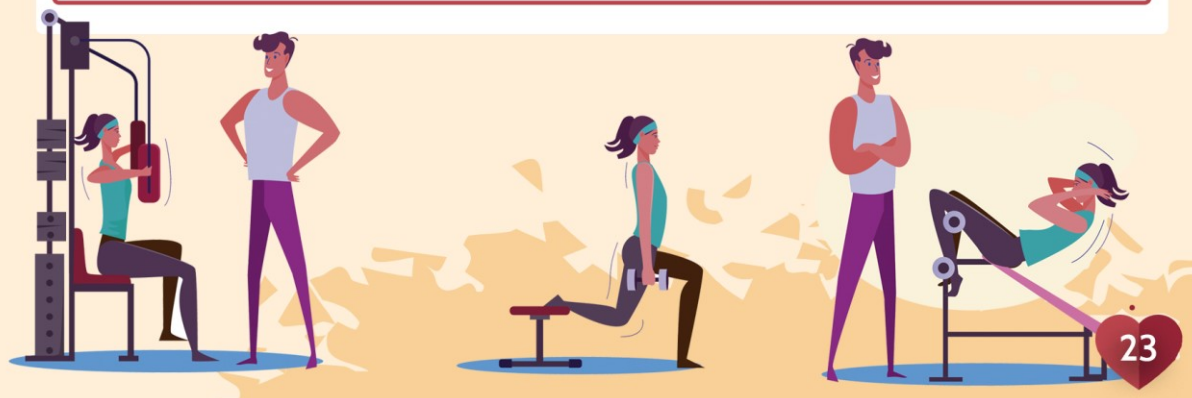
O controle do peso é uma ação que deve ser realizada diariamente, o ideal para isto é que se tenha balança em casa e seja feito sem roupa ou com roupas leves, na impossibilidade de fazer essa medida diariamente aconselha-se faça ao menos três vezes na semana. O ganho rápido de peso (dois quilos ou mais em uma semana) pode indicar retenção líquida se constituindo em um sinal de descompensação da Insuficiên-



## PRATIQUE ATIVIDADE FÍSICA

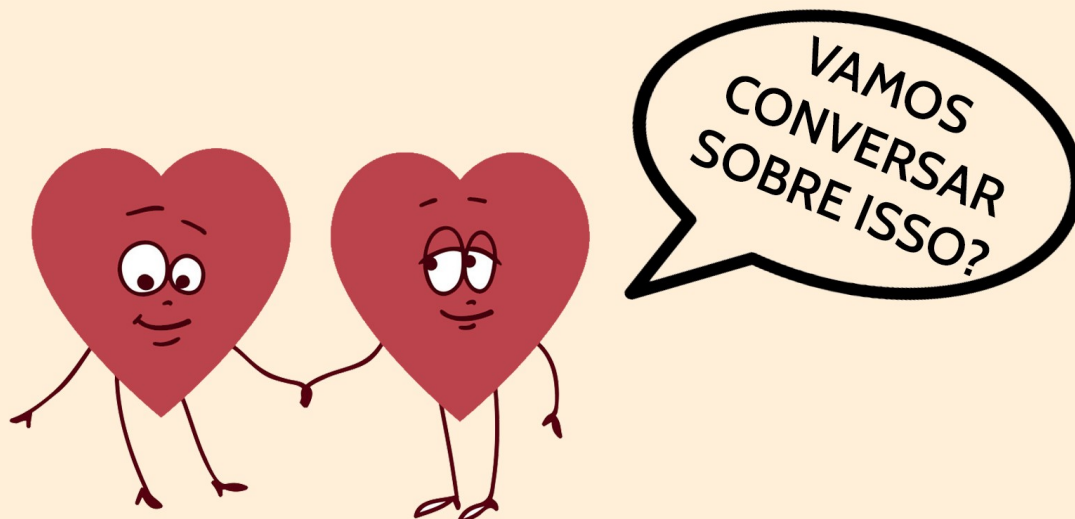
A prática de atividade física promove reabilitação do coração, melhorando sua capacidade funcional, ou seja, melhora a capacidade do coração de bombear sangue, promovendo melhora dos sintomas e evitando descompensação da doença. É importante que a prática de atividade física seja regular e orientada por um profissional de saúde (profissional de educação física, enfermeiro, médico, fisioterapeuta). Ainda pode ser realizada avaliação da tolerância ao exercício num serviço de reabilitação cardíaca orientado por profissional especializado (médico ou profissional de educação física), este serviço está disponível no Instituto de Cardiologia, solicite para o enfermeiro ou o médico um encaminhamento .

**ATENÇÃO:** a prática da atividade física regular melhora a capacidade do seu coração e você se sentirá mais apto a realizar atividades da vida diária como ir ao supermercado, visitar familiares, ir à igreja, ir ao posto de saúde, viajar e ainda melhora sua capacidade para o trabalho e sua capacidade para atividade sexual.



## ORIENTAÇÕES PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

## ATIVIDADE SEXUAL



As pessoas com Insuficiência cardíaca podem deixar de realizar atividade sexual devido a dois problemas principais: um são os sintomas de cansaço e falta de ar e outro é por disfunção erétil (dificuldade de ereção) total ou parcial causada por alguns medicamentos para Insuficiência Cardíaca. Para os sintomas de cansaço e falta de ar, além da atividade física que é recomendada para melhorar a capacidade do coração para os esforços é recomendado que o paciente converse com seu parceiro para adaptarem as posições que exigirão menos esforço, prefira momentos em que você se encontre relaxado, procure horários longe das refeições, utilize as preliminares como forma de ativar e adaptar o corpo para atividade sexual.



## ATIVIDADE SEXUAL

No caso da disfunção erétil o correto é conversar com o médico para que ele possa avaliar uma forma de como enfrentar esse problema, substituir as medicações ou ainda inserir outra que possa auxiliar na ereção.

**VAMOS  
CONVERSAR  
SOBRE ISSO?**



## ATIVIDADE LABORAL

Pessoas com Insuficiência Cardíaca podem ter dificuldades para executar atividades laborais que exijam força e condicionamento físicos, assim se faz necessário uma avaliação da condição clínica das pessoas e sua capacidade para realizar suas atividades no trabalho.

É recomendado que a primeira opção seja manter as atividades com adaptações que podem ser ajustadas com o empregador a partir de recomendações médicas. Isto porque o trabalho é um vínculo social que colabora com a estabilidade da auto estima e trazendo benefícios ao estado emocional da pessoa até mesmo pelo ganho financeiro.

Porém, quando necessário, o médico ou o enfermeiro poderão encaminhar as pessoas para o serviço social para avaliar direitos à benefícios sociais ou previdenciários.



## CIGARROS



A abstinência do cigarro e de bebidas alcoólicas é fundamental para manter a Insuficiência Cardíaca estável. O cigarro é prejudicial para qualquer pessoa sendo fator de risco para diversas doenças entre elas a Insuficiência cardíaca.



Assim, é aconselhável que se abandone o hábito de fumar e para quem tem Insuficiência Cardíaca é **rigorosamente proibido**, uma vez que o cigarro possui substâncias tóxicas que aumentam o esforço do coração.

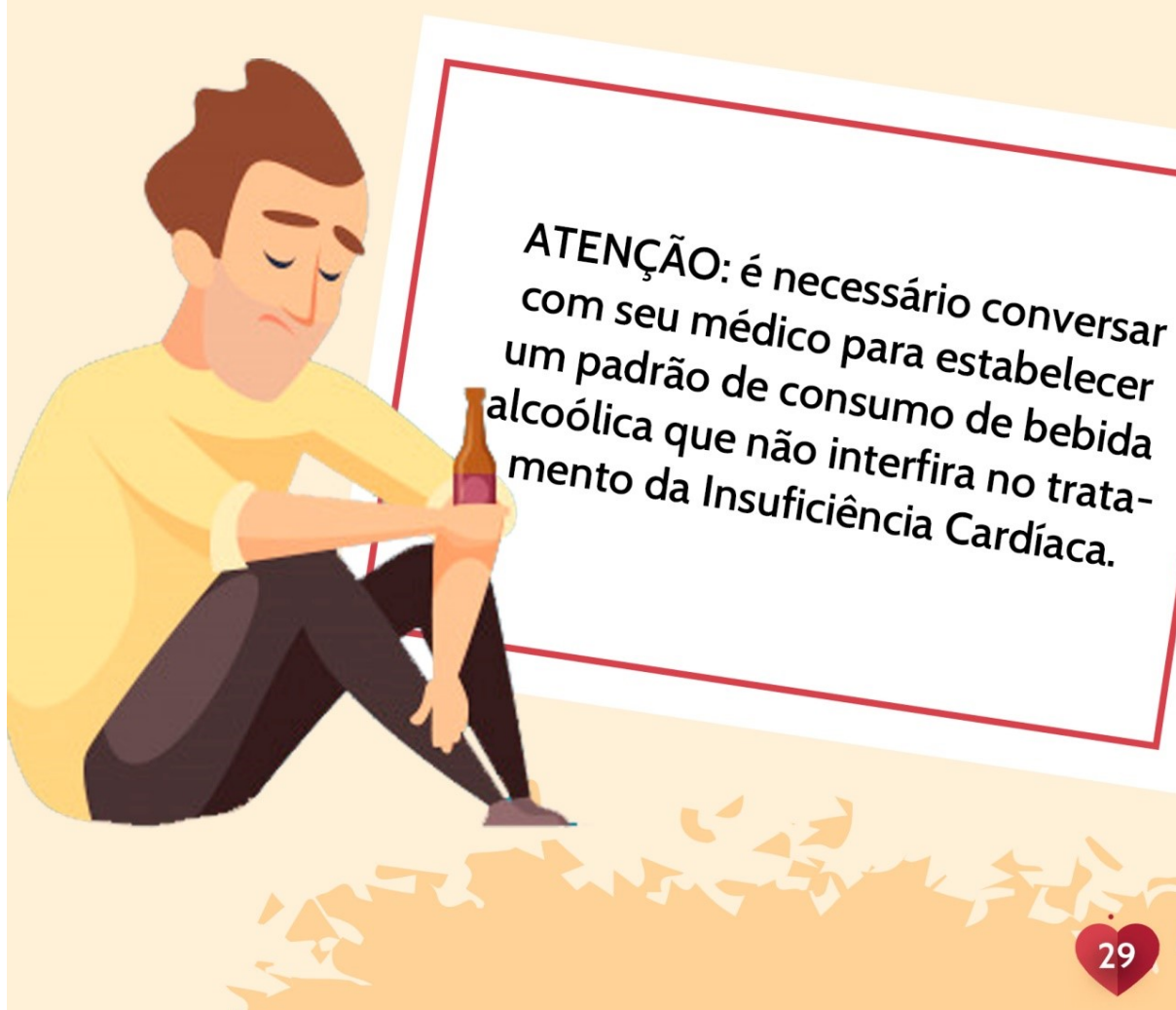
**ATENÇÃO:** Durante a internação ou na consulta ambulatorial você pode solicitar ao enfermeiro ou médico um encaminhamento para o tratamento especializado na cessação do tabagismo no posto de saúde mais próximo da sua residência.





## BEBIDAS ALCOÓLICAS

O hábito de ingerir bebidas alcoólicas também deve ser eliminado ou rigorosamente controlado, o uso abusivo de álcool assim como o cigarro também é fator de risco para doenças cardíacas. O uso excessivo de álcool sobrecarrega o coração podendo causar arritmias e interações com algumas medicações.





# VACINAÇÃO



A vacina Influenza (vacina da gripe) faz parte do calendário da vacinação do idoso e deve ser realizada anualmente nas campanhas de vacinação do Ministério da Saúde. Porém pessoas não idosas portadoras de Insuficiência Cardíaca são igualmente orientadas a tomar a vacina da gripe anualmente.



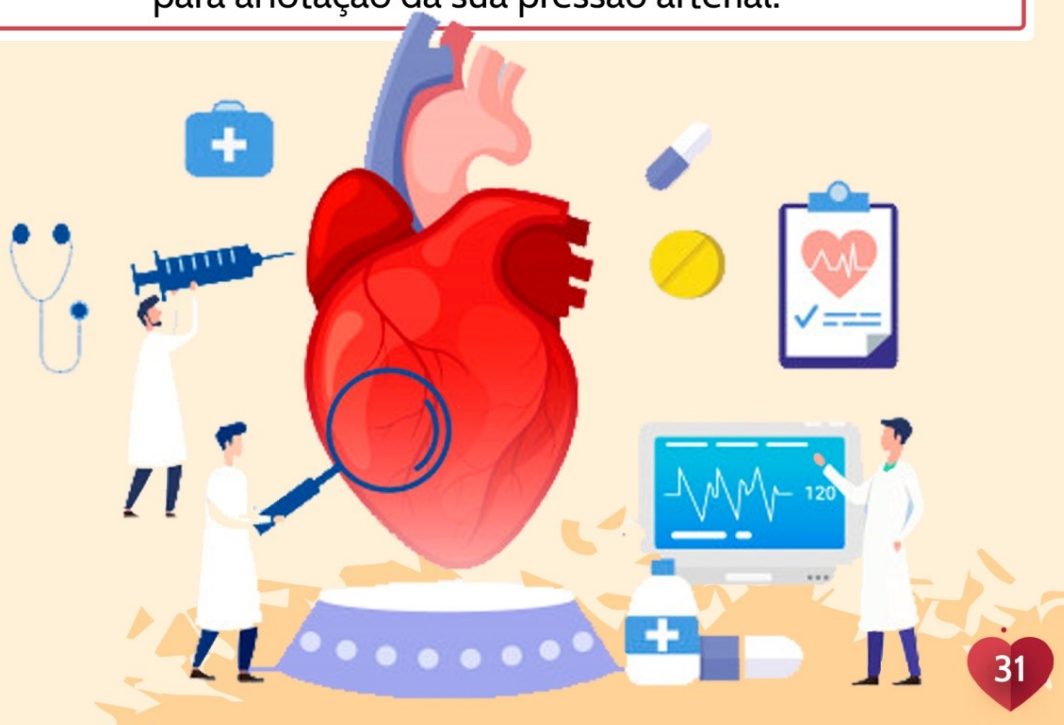
A vacina da pneumonia também deve ser realizada por pessoas portadoras de Insuficiência Cardíaca em casos especiais, para isso necessitam de encaminhamento médico com justificativa da necessidade.

**ATENÇÃO:** infecções respiratórias podem desencadear sintomas de descompensação da Insuficiência Cardíaca, assim a vacinação apresenta-se como medida preventiva de sinais descompensatórios.

## CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

A hipertensão ou pressão alta é um fator de risco para desenvolver doenças cardiovasculares e no caso de pessoas com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca ela pode ser um fator que influencie na progressão da doença, uma vez que quando se mantém em valores altos sobrecarrega o coração aumentando seu esforço. Assim é recomendado que se estabeleça uma rotina de verificação da pressão arterial, ao menos três vezes na semana ou conforme recomendação profissional e que se faça anotação dos valores para verificação da eficácia dos medicamentos.

**ATENÇÃO:** no final desta Cartilha está disponível um espaço para anotação da sua pressão arterial.



## USO DE MEDICAÇÕES

O uso correto das medicações é parte essencial do tratamento para Insuficiência Cardíaca, assim se faz necessário seguir rigorosamente a prescrição (receita) médica, para isso você pode adotar medidas que façam lembrar dos horários das medicações, como por exemplo, despertadores, caixinhas para separar as medicações por horário, anotações nas caixas das medicações, procurar estabelecer uma rotina para tomar as medicações em horários que você não esteja realizando outras atividades, o que facilita o esquecimento e compartilhar os horários da sua medicação com familiares e/ou cuidadores para que essas também possam ajudar lembrando dos horários.

**ATENÇÃO:** mesmo com medidas que façam com que você lembre de tomar as medicações nos horários corretos, o esquecimento e as doses extras podem acontecer, por isso é importante que você converse com seu médico sobre qual a melhor forma de contornar essas situações. No final desta Cartilha está disponível um espaço para anotações dos nomes e horários das medicações.





## USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS

O uso de anti-inflamatórios não esteroidais como o ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, não são recomendados para pessoas com Insuficiência Cardíaca por fazerem retenção de líquidos podendo levar a descompensação da doença. Em caso de dores ou sintomas gripais procure atendimento médico e informe ser portador de Insuficiência Cardíaca, assim o profissional poderá avaliar os riscos e os benefícios de utilizar anti-inflamatórios.

**ATENÇÃO:** não se tome remédios por conta própria, procure atendimento na unidade de saúde mais próxima da sua casa.



## 4. REDES DE APOIO

A Insuficiência Cardíaca é uma doença limitante e que por isso pode trazer problemas emocionais para as pessoas e suas famílias. Sintomas depressivos afetam grande parte das pessoas com essa doença. Por isso existe necessidade de manter os vínculos sociais. A convivência com amigos na realização de atividades prazerosas e saudáveis trazem benefícios para saúde emocional das pessoas com Insuficiência Cardíaca.

O apoio familiar nas ações que previnem as descompensações da Insuficiência Cardíaca é essencial, uma vez que traz segurança e conforto às pessoas tornando-as mais confiantes na adesão ao autocuidado.



## APOIO FAMILIAR

É importante que um familiar o acompanhe nas consultas e exames, que auxilie nas atividades domésticas que exigem esforço físico extremo, que ajude a lembrar dos horários das medicações, que o familiar ou cuidador que prepare os alimentos tenha conhecimento das ações para alimentação saudável e de forma geral saiba reconhecer e quais as medidas para prevenir a descompensação da Insuficiência Cardíaca.

**ATENÇÃO:** é muito importante que o seu familiar ou cuidador leia com atenção as informações contidas nesta cartilha e que participe das orientações dos profissionais para que assim possa compartilhar com você as medidas para o seu autocuidado.





## APOIO PROFISSIONAL

O acompanhamento periódico pelos profissionais de saúde é essencial para avaliar e reavaliar o tratamento e realizar possíveis mudanças de conduta. Por isso não falte nas consultas com enfermeiros, médicos, nutricionistas, sessões de reabilitação e fisioterapia. Se você realizar seus exames pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não deixe de cumprir os exames nas data agendadas, por se tornar difícil um reagendamento e resultar na demora para realizar exames que são importantes para mudanças no tratamento.



## APOIO PROFISSIONAL

É importante que você saiba quais unidades de saúde você pode procurar para que você possa dar continuidade ao seu tratamento quando ganhar alta do hospital. Você precisará do posto de saúde para acompanhar sua pressão arterial e seu peso, tomar suas vacinas, pegar medicamentos de uso contínuo, fazer consultas com enfermeiro e com médico, encaminhar pedidos de exames para agendamento. Então é importante que você saiba quem são os profissionais responsáveis por sua área de abrangência e tê-los como referência para quaisquer necessidades no posto de saúde.





## APOIO PROFISSIONAL

Tão importante quanto saber qual sua referência para o autocuidado é saber qual a sua referência para quando você identificar sinais de descompensação. Alguns municípios têm disponíveis as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, as emergências de hospitais podem também atender as descompensações por Insuficiência Cardíaca e ainda se você se encontrar em situação que não tenha condições de deslocamento pode acionar o SAMU no número 192.



## 5. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

Data:  
Hora:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg





## 7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Wolney; VILLACORTA, Aline Sterque; CAVALCANTI, Ana Carla. Departamento de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DEIC/SBC). **Prevenindo a Insuficiência Cardíaca**. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-deic/publico/prevenindo/control.asp>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CAVALCANTE, Luiza Marques et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2604-2611, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MEDEIROS, Carlos Eduardo Bezerra de. **Efeito da atividade física aeróbica moderada na remodelação reversa do miocárdio em pacientes com insuficiência cardíaca: revisão sistemática de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1960>. Acesso em: 09 jan. 2020.

MESQUITA, Evandro Tinoco. Infecções na insuficiência cardíaca - seu impacto na mortalidade. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 110, n. 4, p. 371-372, apr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180067>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PROZZI, Guillermo R. et al. Riesgo cardiovascular de los antiinflamatorios no esteroideos. **Medicina (B. Aires)**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 78, n. 5, p. 349-355, oct. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2017.07.004>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ROHDE, Luis Eduardo Paim et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 01 jan. 2020.

SILVA, Fabíola Vlória Freire; SILVA, Lúcia de Fátima; RABELO, Ana Cleide Silva. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. **Aquichan**, v. 15, n. 1, p. 116-128, 2015.



## 8. AGRADECIMENTOS

Gratidão aos pacientes por se disponibilizarem a contribuir de forma tão carinhosa com o desenvolvimento deste material;


Aos colegas enfermeiros das unidades A e B que contribuíram de forma científica e técnica, mas também de forma tão amigável para a construção desta cartilha;


Ao ICSC por ser uma instituição que incentiva os profissionais a se especializarem e fornece espaço para inovações no cuidado;

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina pelo processo pedagógico que conferiu conhecimento para o desenvolvimento deste produto.

## 9. CONTATO


**Tania Pereira**

 taniapereira1979@gmail.com

 48 99194-6828

**Luciara Fabiane Sebold**

 fabisebold@gmail.com

 48 98836-9036

**Jéssica Roussenq**

 jessicaroussenq@gmail.com

 48 99618-5612

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo foi possível, através de entrevistas, identificar um número expressivo de déficits no autocuidado das pessoas com IC e a partir da análise dos conteúdos das entrevistas foi possível elencar quais cuidados de enfermagem se fazem necessários para suprir essas demandas, revelando-se a educação em saúde como o método apropriado para a transformação na qualidade de vida dessas pessoas. Esses déficits quando não recebem interferência dos cuidados de enfermagem podem levar à descompensação e permitir a progressão da doença levando ao aumento de internações e reinternações.

Essas constatações foram possíveis através da utilização do arcabouço teórico de Dorothea Elizabeth Orem com suas Teorias do Déficit de Autocuidado e dos Sistemas de Enfermagem, constatou-se assim a importância das teorias de enfermagem nas pesquisas científicas e neste estudo especificamente as teorias levaram a inferir a necessidade da educação para o autocuidado das pessoas com IC.

Uma vez que a IC se trata de uma doença crônica e progressiva com alto risco de descompensação, a educação em saúde deve iniciar desde o diagnóstico da doença, passando pelas possíveis internações, seguindo ao domicílio e unidades de contrarreferência.

Como comprovado em outros estudos os déficits apresentados pelas pessoas com IC podem estar atrelados aos baixos níveis de escolaridade, apresentados também, pelos participantes desse estudo, ficando reforçado aqui a necessidade da aproximação dos enfermeiros para a identificação dos déficits e para o desenvolvimento de medidas contínuas de educação em saúde.

Assim a participação dos enfermeiros proporcionou a aproximação desses com as demandas do autocuidado das pessoas internadas com IC através da apresentação final da análise das entrevistas. O conteúdo das contribuições dos enfermeiros considerou o conhecimento destes acerca da IC e a relevância que essa constatação carrega para a transformação para o autocuidado. Isso se deve à gama de informações prestadas por esses profissionais para a composição da cartilha, que demonstrou que além de compreenderem as necessidades das pessoas, compreendem a necessidade de desenvolver uma tecnologia educativa para facilitar o vínculo com os internados.

Foi elaborada então uma tecnologia intitulada “Cartilha Educativa para o Autocuidado de Pessoas com Insuficiência Cardíaca” e a sua composição contou com informações relevantes que responderam às contribuições das pessoas com IC, dos enfermeiros e da revisão da literatura, que foram divididas em tópicos assim: Conhecendo a Insuficiência

Cardíaca, aqui se discorreu sobre a fisiopatologia da doença, conceito, sinais e sintomas iniciais até os de alerta e de descompensação; Autocuidado na Insuficiência Cardíaca que compreenderam as ações para qualidade de vida e para controlar os sintomas da doença; e, Redes de Apoio onde foi reforçado a essencialidade da participação da família a importância de conhecer as redes de atendimento e os profissionais que darão suporte após a alta.

Entende-se que a cartilha representa um produto tecnológico que proporcionará uma transformação no cuidado, visto que será uma ferramenta pedagógica que facilitará a comunicação entre os enfermeiros e as pessoas internadas com IC capacitando-as para o autocuidado, garantido a oferta de um serviço de qualidade que tem como objetivo melhorar a vida das pessoas. Assim a construção deste produto configura-se como a efetivação do compromisso firmado com o Mestrado Profissional que é o desenvolvimento de produto tecnológico que promova a saúde das pessoas no processo saúde-doença.



## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D.C. et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arq Bras Cardiol**, v. 104, n. 6, p. 433-42, 2015.
- ALENCAR, S.R. et al. Teoria do autocuidado na assistência materno-infantil: uma revisão sistemática. **Hígia Revista de Ciências da Saúde do Oeste Baiano**, v. 1, n. 01, 2016. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/110>. Acesso em: 14 jan. 2020.
- ALVES, E. et al. Conhecimento sobre doenças cardiovasculares. In: FERREIRA, P.M.; LUNET, N.; SILVA, S. (Orgs.). **A Informação sobre Saúde dos Portugueses: Fontes, Conhecimentos e Comportamentos**. Lisboa: Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2017. p. 121-144.
- AMARAL, D.R.; ROSSI, M. B.; LOPES, C.T. et al. Intervenções não farmacológicas para melhor qualidade de vida na insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n.1, p. 198-209, jan./fev., 2017.
- ANDRADE, Wolney; VILLACORTA, Aline Sterque; CAVALCANTI, Ana Carla. Departamento de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DEIC/SBC). **Prevenindo a Insuficiência Cardíaca**. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-deic/publico/prevenindo/controlado.asp>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ARAÚJO, M.D.; SIQUEIRA, M.L.F.; MARTINS, A.R. et al. teoria do autocuidado de Dorothea Orem. **Cadernos de Pesquisa e Extensão**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 11-12, 2014.
- ARRUDA, C.S.; PEREIRA, J.M.V.; FIGUEIREDO, L.S. et al. Efeito do grupo de orientação em pacientes com insuficiência cardíaca crônica: ensaio clínico randomizado. **Revista latino Americana de Enfermagem**, n. 25, p. e2982, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2982.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2982.pdf). Acesso em: 16 fev. 2019.
- BALSAS, A.M. et al. Gestão do autocuidado do doente com insuficiência cardíaca: intervenção enfermagem revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 2, p. 967, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARREIROS, A.M.C. **O comportamento no autocuidado da pessoa com patologia cardíaca**. Tese (Doutorado) - Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal, 2018.
- BOCCHI, E.A. et al. The reality of heart failure in Latin America. **J Am Coll Cardiol**. v. 62, n. 11, p. 949-958, 2013.
- BONIN, C.D.B. et al. Conhecimento Sobre a Insuficiência Cardíaca em Participantes e não Participantes de Reabilitação. **Int. j. cardiovasc. sci.**, v. 29, n. 6, p. 453-459, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/12**. Brasil, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252\\_19\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html). Acesso em 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRICKS, L.F. et al. Influenza em pacientes com doenças cardíacas crônicas: o que há de novo. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 3, n. 3, p. 165-171, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.200.p165-171.2015>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BUB, M.B.C.; MEDRANO, C.; SILVA, C.D. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. esp, p. 152-157, 2006.

CAETANO, J.A.; PAGLIUCA, L.M.F. Análise descritiva da teoria dos sistemas de enfermagem de OREM: aplicabilidade no ensino do autoexame ocular dos portadores do HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 89-96, abr. 2003.

CARDOSO, J.N. et al. Infecção em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: mortalidade hospitalar e evolução. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 110, n. 4, p. 364-370, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180037>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CARVALHO, G.M.D. et al. Exercício físico e sua influência na saúde sexual. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 16, n. 1, jul. 2015. ISSN 2177-4005. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v16i1.6090>. Acesso em: 05 jan. 2020.

CAVALCANTE, L.M. et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2604-2611, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CHEEVER, K.H.; HINKLE, J.L. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. Tradução de Brunner & Suddarth. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

CHRIZOSTIMO, M.M.; SANTOS, M.J. Manuais administrativos em enfermagem. In: SILVINO, Z.R. (Org.). **Gestão baseada em evidências: recursos inteligentes para solução de problemas da prática da saúde**, Curitiba 2018, 160p.

CHULAY, M.; BURNS, S. M. **Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos de AACN**. Tradução de Maiza Ritony Ide. Porto Alegre: AMGH, 2012.

COSTA, M.B. et al. Intervenções de enfermagem para redução do edema de pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados. **Nursing**, São Paulo, p. 2745-2750, 2019.

D'ALMEIDA, K.S.M. et al. Ponto de corte para adesão satisfatória do questionário de restrição de sódio na dieta em pacientes com insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 112, n. 2, p. 165-170, 2019.

DELGADO, B. et al. Modulação cardíaca pelo exercício físico na pessoa com insuficiência cardíaca descompensada—relato de caso. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 2, n. 2, p. 65-73, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/19938>. Acesso em: 09 jan. 2020.

DOMINGUES, B. et al. Influência do Estado Nutricional na Insuficiência Cardíaca. **Acta Port Nutr**, Porto, n. 5, p. 18-22, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2016.0504>. Acesso em: 03 jan. 2020.

FERREIRA, F. et al. Estudo de necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade, proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. **Journal of Aging & Innovation**, v. 6, n. 3, p. 32-42, 2017.

FEIJÓ, M.K.; ÁVILA, C.W.; SOUZA, E.N. et al. Adaptação transcultural e validação da *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* para o português do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, 09 telas, set./out. 2012.

FONSECA, C. et al. Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 37, n. 2, p. 97-104, 2018.

FREITAS, A.K.E.; CIRINO, R.H.D. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. **Revista de Medicina da UFPR**, v. 4, n. 3. P. 123-136, jul./set., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i3.56397>. Acesso em: 15 dez. 2019.

FREITAS, E.M.M. **Adesão ao tratamento medicamentoso em insuficiência cardíaca**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2018.

GADELHA, C. A. G. et al. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema Nacional de Inovação em saúde. **Revista Brasileira de Inovação**, v. 12, n. 2, p. 251-282, 2013.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARIANA (ICSC). **Histórico**, 2007.

Disponível em:

&lt;[http://icsc.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=13&Itemid=28](http://icsc.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=28)&gt;. Acesso em: 20 nov. 2018.

JOAQUIM, L.F.; VOLPE, G.J.; FIGUEIREDO, A.B. Condutas no paciente com insuficiência cardíaca internado em enfermarias de medicina interna. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 43, n. 2, p. 93-106, 2010.

- LEOPARDI, M.T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.
- LIMA, S.C. et al. Conhecimento sobre doença arterial coronariana e barreiras para adesão à reabilitação cardíaca. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 7, n. 2, p. 45-56, 2016.
- LINN, A.C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E.N. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 500-506, 2016.
- LOPES, B.E.M. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v. 3, n. 2, p. 482-492, ago./dez. 2014.
- LORENZETTI, J. et al. Technology, technological innovation and health: a necessary reflection. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012.
- MACHADO, C.G.D. et al. Conhecimento do enfermeiro sobre insuficiência cardíaca em hospital geral. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 710-717, jan. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211633>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- MACHADO, W.D. et al. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 3, n. 2, p. 445-451, 2017.
- MANTOVANI, V.M. et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 1, p. 41-7, 2015.
- MARQUES, N.C.M.P.; LOPES, M.J.; REBOLA, E. Autocuidado no doente com Insuficiência Cardíaca. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n. 1, p. 439-452, abr., 2016.
- MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MEDEIROS, C.E.B. **Efeito da atividade física aeróbica moderada na remodelação reversa do miocárdio em pacientes com insuficiência cardíaca**: revisão sistemática de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1960>. Acesso em: 09 jan. 2020.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec, 2002.
- MESQUITA, E.T. Infecções na insuficiência cardíaca - seu impacto na mortalidade. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 110, n. 4, p. 371-372, apr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180067>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO, M.C.S.; GUERRIERO, I.C.Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1103-1112, 2014.

MOURA, S. **A avaliação do impacto da insuficiência cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado.** Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2015.

NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. **Tecnologia cuidativo-educacionais.** Porto Alegre: Moriá Editora, 2017.

OLIVEIRA, B.G.; HOHL, M.; HINO, A.A.. Barreiras associadas à prática de atividade física no tempo livre de idosos com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-7, 2018. Disponível em: 10.12820/rbafs.23e0051. Acesso em: 10 jan. 2020.

OLIVEIRA, D.C. et al. Educação em saúde na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de intervenção. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 5, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, S.K.P.; LIMA, F.E.T. Validação de conteúdo da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p. 148-155, 2017.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice.** 3. ed. Traduzido por Fernando Volkmer. New York: McGraWHill Company, 1980.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice.** 6. ed. Sant Louis: Mosby, 1991.

PINOCHET, L.H.C.; SOUZA, A.S.; SILVA, J.S. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 11-29, 2014.

POFFO, M.R.; ASSIS, A.V.; LONDERO-FILHO, O.M. Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca em hospital terciário. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 3, p. 189-198, 2017.

POLIT, D.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a práticas de enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

POWELL, R.A.; SINGLE, H.M. Focus groups. **International Journal of Quality in Health Care**, v. 8, n. 5, p. 499-504.1996. Disponível em: 10.1093/intqhc/8.5.499. Acesso em 12 ago. 2019.

PRODANOV, C.C.; REITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Editora Feevale, 2013.

PROZZI, G.R. et al. Riesgo cardiovascular de los antiinflamatorios no esteroideos. **Medicina (B. Aires)**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 78, n. 5, p. 349-355, oct. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.07.004>. Acesso em: 10 jan. 2020.

QUEIROS, P.J.P.; VIDINHA, T.S.S.; ALMEIDA FILHO, A.J. Autocuidado: la contribución teórica de Orem para la disciplina y profesión de Enfermería. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 3, p. 157-164, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>. Acesso em: 13 jan. 2020.

QUILICI, A.P.; BENTO, A.M.; FERREIRA, F.G. et al. **Enfermagem em Cardiologia**. Rio Janeiro: Atheneu, 2014.

RABELO, E.R. et al. 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. 165-170, 2007.

RIBEIRO, W.A.; ANDRADE, M. O autocuidado em pacientes com estomia intestinal à luz de Dorothea Orem: da reflexão ao itinerário terapêutico. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, 2018.

ROHDE, L.E.P. et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 01 jan. 2020.

ROTHER, E.T. Editorial: pesquisa sistemática X pesquisa narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.2, p. v-vi, 2007.

SABINO, A. et al. Temporal tendency of the nutritional status of cardiopathy patients: result of 7 years of evaluation, **Rev. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, 2019. Disponível em: 10.12873/393sabino. Acesso em: 01 jan. 2020.

SAMPIÉRI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.D.P.B. **Metodologia da pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Instituto de Cardiologia de Santa Catarina**. Disponível em: <http://icsc.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 25 nov. 2018.

SANTOS, Z.M.S.A. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016.

SCHIER, J.; GONÇAVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Tecnologia socioeducativa de enfermagem hospitalar. In: NIETSCH, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Orgs.) **Tecnologia cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2017. p. 151-164.

SCHMITT, C.A.; COELHO, E.B.S; **Planejamento familiar: conhecer para prevenir uma gravidez indesejada utilizando a teoria do autocuidado de Dorothea Orem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2011.

SILVA, C.T.S.; CARVALHO, J.M.; QUEIRÓZ, F.L. **Tecnologias voltadas para educação em saúde: o que temos para a saúde dos idosos**. In: seminário de tecnologias aplicadas à educação e saúde, 2. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/download/1615/1091>. Acesso em: 11 fev. 2019.

SILVA, F.V.F.; SILVA, L.F.; RABELO, A.C.S. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. **Aquichan**, v. 15, n. 1, p. 116-128, 2015.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, 2014.

SILVA, S.M.L.; CARREIRO, F.A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, [online] v. 11, supl 2, p. 1044 a 1051, fev. 2017.

SILVINO, Z.R. (Org.). **Gestão baseada em evidências: recursos inteligentes para soluções de problemas da prática em saúde**. Curitiba: CRV, 2018.

SOUSA, M.M. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com insuficiência cardíaca descompensada Nursing diagnoses and interventions for people with decompensated heart failure. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5025-5031, oct. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v8.4952>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SOUZA, S.C. et al. Número de internações hospitalares, custos hospitalares, média de permanência e mortalidade por insuficiência cardíaca nas regiões brasileiras, no ano de 2017. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 3, p. 376-380, 2018.

SOUZA, T.C.T.O. et al. **Avaliação do autocuidado em indivíduos em diferentes estágios de insuficiência cardíaca na atenção primária: apoio para intervenções não farmacológicas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/9053>. Acesso em: 08 dez. 2020.

STEVENS, B. et al. Os custos das doenças cardíacas no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 111, n. 1, p. 29-36, julho de 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180104>. Acesso em: 13 set 2019.

TEIXEIRA, E.; SABOIA, V.M.; VIANA, V. P. Tecnologia educativo-participativo com grupo de pessoas diabéticas. In: NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org.) **Tecnologia cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2017. p. 165-180.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5. ed. Loures/Portugal: Lusociência, 2002.

TORRES, G.V.; DAVIM, R.M.B.; NÓBREGA, M.M.L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 47-53, abr. 1999.

WAJNER, A. **Causas e preditores de mortalidade em pacientes que internam com ou por insuficiência cardíaca em hospital terciário no Brasil**. Tese (Doutorado em Cardiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2017

## APÊNDICE A - Questionário com Perguntas Abertas para Pacientes



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL**

### **QUESTIONÁRIO COM PERGUNTAS ABERTAS PARA PACIENTES**

#### **CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA**

1. Qual o seu entendimento sobre insuficiência cardíaca?
2. Você conhece as causas da insuficiência cardíaca?
3. Como você descreveria os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca?
4. Na sua opinião, por que IC é feita em atendimento hospitalar e até internação?
5. Você no decorrer de seu tratamento recebeu orientação de algum profissional de saúde? Quais?
6. Você sabe qual profissionais e/ou serviço de saúde você foi deve procurar caso aconteça alguma descompensação da IC?

#### **INGESTA ALIMENTAR E CONSUMO DE SÓDIO**

7. Você sabe ou já foi orientado sobre quais os alimentos uma pessoa com insuficiência cardíaca pode consumir?
8. Um das recomendações para pacientes IC é controlada ingesta de sal. Você sabe como fazer este controle e qual a quantidade diária você pode consumir?
9. De que maneira você pode controlar a quantidade de sal nos alimentos?
10. Você já recebeu orientações sobre a importância da ingesta alimentar e controle do consumo de sódio? Se sim, quem o orientou?



### **INGESTÃO DE LÍQUIDO, BALANÇO HÍDRICO E CONTROLE DO PESO**

11. Qual a quantidade de líquido você deve consumir diariamente?
12. Como você faz para controlar a quantidade de líquido ingerido e eliminado?
13. Você conhece a importância do controle de peso para quem tem insuficiência cardíaca?
14. Você sabe qual ganho de peso semanal é sinal de que você deve procurar atendimento profissional?
15. Você sabe que deve fazer o controle semanal de peso?
16. Que locais há disponíveis para que você possa fazer o controle de peso?
17. Você sabe a quais profissionais podem fornecer orientações sobre ingestão de líquido e controle de peso?

### **CONTROLE DE SINAIS VITAIS**

18. Você sabe como verificar a sua pressão arterial?
19. Além da pressão arterial quais outros sinais vitais você verifica?
20. Você anota seus sinais vitais?
21. Já recebeu orientações sobre a importância do controle de sinais vitais? De quem?

### **CONSUMO DE ÁLCOOL E TABAGISMO**

22. Você conhece os riscos do consumo ou a não cessação do álcool para um paciente com IC?
23. Você é fumante? Se sim. Você conhece a importância de parar de fumar?
24. Você conhece algum serviço de saúde ou grupos podem dar suporte no abandono do álcool e cigarro?

### **VACINAÇÃO**

25. Você foi orientado da importância das vacinas por ser portador de IC?
26. Que conhecimento e o que você faz no caso de adquirir gripe ou outras inflamações ou infecções?

### **ATIVIDADE FÍSICA, ATIVIDADE LABORAL E SEXUAL**

27. Você pratica alguma atividade física? Qual?
28. No caso de realizar atividades físicas, de quem recebeu as orientações para a prática correta?

29. Em relação à atividade laboral, você recebeu orientações sobre limitações e direitos no Trabalho? Quem lhe orientou?
30. Em relação a atividade sexual, você foi orientado se há limitações?

#### **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

31. De forma você organiza os medicamentos para não esquecer horários?
32. Você recebeu orientações acerca do uso das medicações? Por quem?

#### **PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA**

33. Você tem algum membro da família que o acompanha nas consultas com profissionais de saúde?
34. No cotidiano de sua casa, tem alguém que lhe cuidados em relação a sua doença?
35. Se você precisar de ajuda em relação a sua doença, tem alguém que pode lhe prestar esta ajuda.

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos convidamos o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “**CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**”, vinculada ao Laboratório de Pesquisa em Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico (LAPETAC) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a coordenação da Prof<sup>a</sup> Dra Luciara Fabiane Sebold.

Sua participação tem como objetivo responder perguntas sobre o conhecimento do autocuidado no ambiente domiciliar acerca da Insuficiência Cardíaca. Ressalta-se que em nenhuma hipótese seu nome será divulgado. Preservaremos seu anonimato e o sigilo das informações. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo recusar-se a participar em qualquer momento do estudo não tendo com isso nenhum prejuízo. A pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e, caso, comprovadamente exista, garantimos ressarcimento financeiro, bem como, diante de eventuais danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa garantimos indenização. Prevemos risco de constrangimento no fornecimento de informações, mas estaremos disponíveis para lhe confortar e parar os questionamentos até sua afirmativa para continuidade, porém, existe ainda a possibilidade do (a) senhor (a) não participar ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar. O senhor (a) terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória. Se o Senhor (a) se sentir lesados de alguma forma podemos tentar resolver seus desacordos, disponibilizando apoio caso achar necessário. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados em literatura científica.

O presente documento será assinado em duas vias, uma ficara à guarda da pesquisadora e a outra deverá ser guardada pelo Senhor (a). Caso tenha qualquer dúvida pode entrar em contato com a pesquisadora coordenadora da Pesquisa Dr<sup>a</sup> Luciara Fabiane Sebold. (RG 3085604 SSP/SC e CPF 983.993.739-15). Fone: (48) 88369036/ 37213436. E-mail: fabiane.sebold@ufsc.br – Endereço: Rua das Roseiras, 685. Roçado – São José/SC – CEP – 88108460, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite.

O Senhor (a) também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, Rua Adolfo Donato da Silva, s/n, Praia Comprida – São José, Santa Catarina. Fone: 3271 -9000

Registramos que este estudo segue as diretrizes para pesquisas com seres humanos no Brasil – Resolução 466/2012.

#### **CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar, na pesquisa “**CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Declaro ainda, que tenho conhecimento do apoio que deve ser prestado pelas pesquisadoras, caso eu tenha necessidades físicas, mentais ou emocionais. Autorizo uso de gravador para o registro da entrevista, registro fotográfico e autorizo a divulgação das imagens registradas.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Luciara Fabiane Sebold

- Pesquisadora Responsável-

\_\_\_\_\_  
Tânia Pereira

- Pesquisadora -

## APÊNDICE C - Carta Convite para Enfermeiros



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

São José, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2019

Aos Enfermeiros do ICSC

Venho por meio desta, convidar a todos os enfermeiros do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina a participar da pesquisa intitulada “**CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**” referente ao desenvolvimento da Dissertação de Mestrado Programa de Pós- Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional da aluna **Tânia Pereira** orientada pela Prof<sup>a</sup> **Dr<sup>a</sup> Luciara Fabiane Sebold**.

Este estudo tem como **questão norteadora** da pesquisa: Quais informações devem conter em uma cartilha para autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca

**Objetivo geral:** Construir, em conjunto com os enfermeiros, uma cartilha para autocuidado de pacientes com Insuficiência Cardíaca.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória descritiva. A coleta dos dados será realizada por meio entrevista junto a paciente internados no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e que apresentem diagnóstico de Insuficiência Cardíaca e sua participação será no Grupo para avaliação e discussão sobre os resultados encontrados em relação déficits de autocuidado destes pacientes. .

Certa de que posso contar com a colaboração de todos, agradeço.

---

Dr<sup>a</sup> Luciara Fabiane Sebold

- Pesquisadora Responsável-

---

Tânia Pereira

- Pesquisadora -

**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Enfermeiros**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos convidamos o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada **CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**, vinculada ao Laboratório de Pesquisa em Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico (LAPETAC) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a coordenação da Prof<sup>a</sup> Dra Luciara Fabiane Sebold.

Sua participação tem como objetivo a participação no grupo focal para validação da análise dos dados que farão parte da cartilha de orientação ao paciente com insuficiência cardíaca. Ressalta-se que em nenhuma hipótese seu nome será divulgado. Preservaremos seu anonimato e o sigilo das informações. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo recusar-se a participar em qualquer momento do estudo não tendo com isso nenhum prejuízo. A pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e, caso, comprovadamente exista, garantimos ressarcimento financeiro, bem como, diante de eventuais danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa garantimos indenização. Prevemos risco de constrangimento no fornecimento de informações, mas estaremos disponíveis para lhe confortar e parar os questionamentos até sua afirmativa para continuidade, porém, existe ainda a possibilidade do (a) senhor (a) não participar ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar. O senhor (a) terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória. Se o Senhor (a) se sentir lesados de alguma forma podemos tentar resolver seus desacordos, disponibilizando apoio caso achar necessário. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados em literatura científica. O presente documento será assinado em duas vias, uma ficara à guarda da pesquisadora e a outra deverá ser guardada pelo Senhor (a). Caso tenha qualquer dúvida pode entrar em contato com a pesquisadora coordenadora da Pesquisa Dr<sup>a</sup> Luciara Fabiane Sebold. (RG 3085604 SSP/SC e CPF 983.993.739-15). Fone: (48) 88369036/ 37213436. E-mail: fabiane.sebold@ufsc.br – Endereço: Rua das Roseiras, 685. Roçado – São José/SC – CEP – 88108460, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite.

O Senhor (a) também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, Rua Adolfo Donato da Silva, s/n, Praia Comprida – São José, Santa Catarina. Fone: 3271-9000

Registramos que este estudo segue as diretrizes para pesquisas com seres humanos no Brasil – Resolução 466/2012.

## CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar, na pesquisa “**CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO DE AUTOUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Declaro ainda, que tenho conhecimento do apoio que deve ser prestado pelas pesquisadoras, caso eu tenha necessidades físicas, mentais ou emocionais. Autorizo uso de gravador para o registro da entrevista, registro fotográfico e autorizo a divulgação das imagens registradas.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019

.

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

---

Dr<sup>a</sup> Luciara Fabiane Sebold  
- Pesquisadora Responsável -

---

Tânia Pereira  
- Pesquisadora -



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**Pesquisador:** Luciana Fabiane Sebold

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11410019.7.0000.0113

**Instituição Proponente:** Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.279.227

#### Apresentação do Projeto:

As doenças crônicas em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com

longa ou indefinida duração. A IC apresenta-se como uma condição crônica e progressiva sendo tratada com mudança de estilo de vida e medicamentos com vistas a prevenir descompensação da doença, que levam ao agravamento do quadro crônico. A atuação dos enfermeiros apresenta-se com um importante impacto nos resultados para os pacientes com IC, assim a avaliação de enfermagem para o cliente com essa encontra-se na observação em relação à eficácia da terapia e a capacidade do paciente para compreender e implementar estratégias para o autocuidado. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória que busca responder a questão de pesquisa: Quais informações devem conter em uma cartilha para autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca? Com o objetivo de Construir, em conjunto com os

enfermeiros, uma cartilha educativa para autocuidado de pacientes com Insuficiência Cardíaca a partir dos déficits de autocuidado apontados pelos pacientes. Espera-se que a cartilha possa orientar os pacientes portadores de IC sobre seu auto cuidado, para minimizar as descompensações e conseqüentemente as sucessivas internações hospitalares

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Rua Adolfo Donato Silva s/n  
**Bairro:** Praia Comprida **CEP:** 88.103-901  
**UF:** SC **Município:** SAO JOSE  
**Telefone:** (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br





Continuação do Parecer: 3.279.227

Construir uma cartilha educativa sobre autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca

Objetivo Secundário:

Identificar a capacidade de autocuidado a partir da percepção dos pacientes com Insuficiência Cardíaca.

Elencar as medidas de autocuidado elencadas a partir dos enfermeiros para paciente com Insuficiência Cardíaca

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Preveremos risco de constrangimento no fornecimento de informações, tanto para os pacientes quanto para os enfermeiros.

Benefícios:

Os benefícios para os pacientes referem-se aos possíveis esclarecimentos sobre a própria doença.

E para os enfermeiros os benefícios referem-se a melhoria do cuidado de enfermagem

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevância para os pacientes com insuficiência cardíaca

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem comentários

**Recomendações:**

Aprovação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

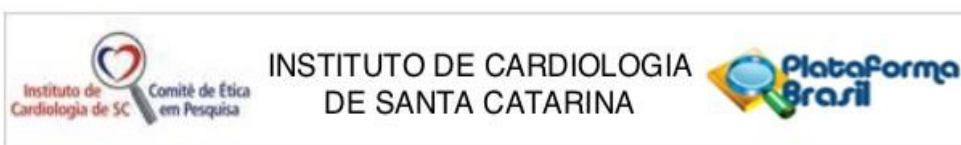
Sem comentários

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1327042.pdf	09/04/2019 10:58:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1.docx	09/04/2019 10:57:52	Luciara Fabiane Sebold	Aceito
Folha de Rosto	FRosto.pdf	09/04/2019 10:52:58	Luciara Fabiane Sebold	Aceito

**Endereço:** Rua Adolfo Donato Silva s/n  
**Bairro:** Praia Comprida **CEP:** 88.103-901  
**UF:** SC **Município:** SAO JOSE  
**Telefone:** (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 3.279.227

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpcte.pdf	02/04/2019 10:16:07	Luciara Fabiane Sebold	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEnf.pdf	02/04/2019 10:15:45	Luciara Fabiane Sebold	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO JOSE, 23 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**Amândio Rampinelli**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Adolfo Donato Silva s/n  
**Bairro:** Praia Comprida **CEP:** 88.103-901  
**UF:** SC **Município:** SAO JOSE  
**Telefone:** (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br