

## CONHECIMENTO DAS MULHERES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

### KNOWLEDGE OF WOMEN WITH HEART FAILURE

### CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Natália Pinheiro Braga Sposito <sup>1</sup>  
Rika Miyahara Kobayashi <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora. Universidade Cidade de São Paulo, Curso de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Natália Pinheiro Braga Sposito. E-mail: nataliapbraga@gmail.com

Submetido em: 20/04/2016

Aprovado em: 27/12/2016

## RESUMO

A insuficiência cardíaca é responsável por numerosas internações e elevados custos hospitalares. Este estudo descritivo realizado em hospital cardiológico de São Paulo objetivou caracterizar mulheres com insuficiência cardíaca e seu conhecimento sobre doença e identificar diagnósticos e prescrições de enfermagem durante a internação. Os dados foram coletados com 44 mulheres internadas por insuficiência cardíaca. A maioria apresentava ensino fundamental incompleto (26; 59,1%), menopausa (32; 72,7%) e hipertensão (26; 59,1%). Das que tinham conhecimento sobre a doença, a maioria das orientações foi realizada por médicos (16; 84,2%) e enfermeiras (13; 68,4%). Os diagnósticos de enfermagem prevalentes foram intolerância à atividade, mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado para banho/higiene. As prescrições de enfermagem relacionavam-se ao cuidado com higiene e alimentação, requerendo mais intervenções relativas a ações educativas para o cuidado à saúde, com ampliação da atuação preventiva.

**Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca; Saúde da Mulher; Autocuidado; Enfermagem.

## ABSTRACT

Heart failure is responsible for many hospitalizations and high costs in the hospital. This descriptive study was developed in the cardiologic hospital and aimed to characterize women with heart failure, their knowledge about the disease and to identify nursing diagnoses and prescription. Data was collected with a sample of 44 hospitalized for Heart Failure. The most of the women have incomplete elementary school level (26; 59.1%), and their prevalent factor of risk was menopause (32; 72.7%) and hypertension (26; 59.9%). Among those who reported having knowledge of their disease (24; 54.5%), most (16; 84.2%) were orientated by a doctor (16; 84.2%) and by nurses (13; 68.4%). The prevalent nursing diagnoses were activity intolerance, impaired physical mobility and self-care deficit for bathing/hygiene. The nursing prescriptions were related to hygiene and meal, and it is necessary more intervention related to education for health care.

**Keywords:** Heart Failure; Women's Health; Self Care; Nursing.

## RESUMEN

La insuficiencia cardíaca es responsable de una gran cantidad de internaciones y de altos costos hospitalarios. El presente estudio descriptivo se llevó a cabo en un hospital de cardiología de San Pablo con miras a caracterizar a las mujeres con insuficiencia cardíaca, su conocimiento sobre la enfermedad e identificar los diagnósticos y prescripciones de enfermería durante la internación. Los datos se recogieron con 44 mujeres internadas por insuficiencia cardíaca. La mayoría (26) tenía enseñanza básica incompleta (59,1%), 32 estaban en la menopausia (72,7%) y 26 tenían hipertensión (59,1%). La mayoría de las orientaciones de aquéllas (16) que tenían conocimiento sobre la enfermedad había sido transmitida por médicos (84,2%) y a 13 por enfermeros (68,4%). Los diagnósticos de enfermería más prevalentes fueron intolerancia a la actividad, movilidad física perjudicada y déficit en el autocuidado para el baño y la higiene. Las prescripciones de enfermería se referían al autocuidado con la higiene y la alimentación. Se requieren otras intervenciones relacionadas con las actividades educativas para cuidar de la salud, con énfasis en la actuación preventiva.

**Palabras clave:** Insuficiencia Cardíaca; Salud de la Mujer; Autocuidado; Enfermería.

### Como citar este artigo:

Sposito NPB, Kobayashi RM. Conhecimento das mulheres com insuficiência cardíaca. REME – Rev Min Enferm. 2016[citado em \_\_\_\_ \_\_\_\_]; 20:e982. Disponível em: \_\_\_\_\_ DOI: 10.5935/1415-2762.20160052

## INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 26 milhões de pessoas da população mundial possuam diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC)<sup>1</sup> e, segundo o Ministério da Saúde<sup>2</sup>, essa doença é a nona principal causa de óbito no Brasil, representando a sexta posição quando considerado apenas o sexo feminino.

É uma doença progressiva, de caráter sistêmico, considerada a via final comum da maioria das doenças cardíacas, bem como a condição clínica mais onerosa.<sup>3</sup> Está associada à piora da capacidade funcional, qualidade de vida e aumento da morbimortalidade, consistindo em grande desafio na área da saúde.<sup>3</sup> Além disso, consiste na principal causa de hospitalização em maiores de 65 anos.<sup>4</sup> Assim, as altas taxas relacionadas à IC, somadas ao aumento progressivo da população idosa, revelam que esse tema merece atenção por parte dos profissionais e órgãos de saúde.

Adicionalmente, 36,7% das mortes de mulheres por causas definidas na região Sudeste foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório<sup>5</sup>, o que reflete a importância assumida pelas doenças cardiovasculares em situação de morbimortalidade brasileira, configurada no contexto feminino.

Em relação às doenças cardiovasculares em mulheres, vale ressaltar que, quando comparadas aos homens, demoram cerca de 10 anos a mais para desenvolver as manifestações da doença.<sup>6</sup> Isso está relacionado à perda da proteção estrogênica ocasionada pela menopausa. Assim, as mulheres vivenciam significativo aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares conforme o envelhecimento, especialmente após os 50 anos.<sup>3,5</sup>

Mulheres com IC demonstram menos qualidade de vida, mais comprometimento da capacidade funcional e mais sintomas de depressão do que homens, além de apresentarem sinais clínicos mais graves e sinais e sintomas mais frequentes.<sup>6</sup> Outro aspecto que não pode ser ignorado é o reduzido envolvimento das mulheres nos ensaios clínicos em insuficiência clínica, que corresponde a 17-23%, sendo significativamente menor que homens.<sup>7</sup>

Segundo a *American Heart Association*<sup>8</sup>, o autocuidado no caso dos pacientes portadores de IC exige diversas ações, como o seguimento correto das medicações, dieta com baixo teor de sódio, comportamentos preventivos e atenção aos sinais e sintomas apresentados. Portanto, é necessário que o paciente e seu cuidador estejam engajados e sejam atores de todo o processo relacionado à doença, cenário este mais comumente encontrado em ações da mulher no seu autocuidado e de sua família.

Dessa forma, justifica-se a escolha pela população feminina neste estudo e mostram-se imprescindíveis o conhecimento do perfil, conhecimento e atuação sobre IC da população atendida, a fim de permitir o desenvolvimento de medidas educativas que visem à redução das hospitalizações por meio da promoção do conhecimento do paciente sobre a doença e de seu autocuidado, além da melhoria de sua qualidade de vida.

Portanto, este estudo teve como objetivos: caracterizar o perfil das mulheres adultas internadas em enfermarias de um hospital público cardiológico localizado na cidade de São Paulo, Brasil, que tinham como diagnóstico médico de internação a IC; identificar o conhecimento dessas pacientes sobre a doença e seu tratamento; e descrever os diagnósticos de enfermagem e prescrições de enfermagem relacionados à IC durante a internação.

## METODOLOGIA

Foi realizado estudo exploratório e descritivo em enfermarias de um hospital público de médio porte, referência na área de Cardiologia, localizado na cidade de São Paulo.

As pacientes adultas do sexo feminino internadas nas enfermarias no período entre outubro de 2010 e setembro de 2011 e que apresentavam IC como diagnóstico de internação foram convidadas a participar do estudo. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: ser menor de 18 anos, não ter condições físicas e/ou psicológicas para responder ao questionário ou já ter participado da pesquisa, para aquelas que tiveram mais de uma internação no período de coleta. Para estas, foi realizada apenas uma coleta referente à primeira internação.

Desse modo, do total de 50 mulheres que atendiam aos critérios descritos, houve uma exclusão por recusa e cinco por terem mais de uma internação ao longo do período da pesquisa. Portanto, a amostra foi constituída por 44 pacientes.

Previamente ao início da coleta de dados, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº 3.975, em conformidade com os princípios éticos.

Foi definido como variável dependente o conhecimento sobre IC. Dados sociodemográficos (sexo, idade, naturalidade e estado conjugal), socioeconômicos (escolaridade e renda familiar) e fatores de risco para doença cardiovascular foram as variáveis independentes.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de formulário elaborado pela própria pesquisadora e por meio de consulta ao prontuário. Os dados coletados no prontuário foram: diagnóstico médico atual e outros diagnósticos descritos na evolução clínica médica, diagnósticos e prescrições de enfermagem identificados nos impressos da sistematização da assistência de enfermagem.

A entrevista foi composta de perguntas abertas e fechadas, as quais foram agrupadas em quatro tópicos principais: caracterização do perfil sociodemográfico, reconhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular e IC, conhecimento sobre IC e autocuidado.

Os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19. Para análise descritiva foi utilizado

valor de média e mediana para as variáveis contínuas e para as variáveis discretas foi realizado estudo de frequência.

Foi aplicado o teste exato de Fisher para verificar associação entre as variáveis categóricas analisadas, para o qual foi adotado nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Foi analisada a relação entre as seguintes variáveis: conhecimento sobre IC e escolaridade; conhecimento sobre o diagnóstico e ter recebido orientação durante a internação; conhecimento sobre IC e ter recebido orientação durante a internação; fazer tratamento e conhecimento sobre o diagnóstico; fazer tratamento para IC; e ter conhecimento sobre o que é IC.

## RESULTADOS

As principais características sociodemográficas das mulheres estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres internadas com insuficiência cardíaca. São Paulo, SP – Brasil, 2011

Características	N (%)	Média (DP)
Idade (anos)		56,7(11,27)
Renda familiar (reais)		1.497(1.148)
Ensino fundamental incompleto	26 (59,1)	
Provenientes do Sudeste	22(50)	
Aposentadas	20 (45,4)	

Além da IC, os diagnósticos descritos em prontuário com mais frequência foram a hipertensão arterial (29;59,1%), miocardiopatia (27; 61,4%), diabetes *mellitus* e insuficiência renal (17;38,6%), dislipidemia (16;36,4%) e fibrilação atrial (13;29,5%).

## FATORES DE RISCO PARA CARDIOPATIAS CONHECIDOS E APRESENTADOS PELAS MULHERES

A maioria das mulheres informou ter conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular (37; 84%) e 31 delas referiram prevenir sua família, enquanto as outras seis não conseguem preveni-los devido à ausência de parentes próximos, vivos ou devido aos familiares não darem importância às informações.

Os fatores de risco apresentados pelas mulheres foram: menopausa (72,7%), história familiar de doenças cardiovasculares (68,2%), hipertensão arterial (59,1%) e diabetes (40,9%).

Ao serem questionadas sobre quais fatores acreditavam contribuir para o surgimento ou agravamento da IC, entre os listados no formulário utilizado, 42 mulheres (95,4%) citaram hipertensão arterial e tabagismo, 40 (90,9%) obesidade, 38 (86,4%) etilismo, 36 (81,8%) dislipidemia e 35 (79,5%) diabetes e história familiar de doença cardiovascular. O fator de risco menos conhecido foi a menopausa, citado por 25 (56,8%) mulheres.

## CONHECIMENTO SOBRE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Entre as mulheres, 28 (63,6%) informaram ter conhecimento do seu diagnóstico de internação. Dessas, 24 (85,7%) declararam que o diagnóstico consistia na IC e 17 (60,7%) disseram ter conhecimento sobre IC. O conhecimento sobre IC era vago, descrito em termos dos sintomas da doença. Assim, foram citados o cansaço, a falta de ar, inchaço, fraqueza, dificuldade em realizar algumas atividades e em ficar deitada/dormir.

Além disso, foi encontrada relação estatisticamente significativa entre escolaridade e conhecimento sobre IC ( $p=0,013$ ). Contudo, a relação entre conhecimento sobre IC e fazer tratamento para essa mesma doença apresentou valor  $p$  equivalente a 0,075.

Chama a atenção que 16 (36,4%) mulheres não conheciam seu diagnóstico de internação, das quais 14 gostariam de aprender “tudo sobre a doença”, como surge, quais os sintomas e o que fazer para evitar, enquanto duas disseram não ter interesse em saber.

## CONHECIMENTO SOBRE O TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Quando questionadas se estavam ou não fazendo tratamento para IC, 36 (81,8%) responderam afirmativamente, seis (13,6%) negativamente e duas (4,6%) não sabiam. Das 36 que faziam tratamento, as respostas foram diversificadas ao solicitar que o especificassem. Foram identificados: terapêuticas medicamentosas, comparecimento às consultas médicas, realização de exames, mudança de hábitos alimentares/ter hábitos alimentares saudáveis e a diminuição da ingesta hídrica.

Não foi encontrada relação estatística significativa entre fazer tratamento para IC e ter conhecimento sobre seu diagnóstico de internação ( $p=0,383$ ).

Com o tratamento instituído, 23 (63,9%) mulheres esperavam “ficar melhor, ficar boa, ter alguma evolução”, seis (16,7%) esperavam conseguir retomar suas atividades diárias, domésticas e/ou de lazer, quatro (11,1%) esperavam obter o transplante cardíaco e três (8,3%) possuíam a expectativa de ter sua doença curada.

Quando questionadas sobre os cuidados com a saúde, 43 (97,7%) referiram tomar as medicações corretamente, 42 (95,4%) não fumar, 38 (86,4%) cuidar da alimentação por meio de menos ingesta de sal e/ou alimentos gordurosos, 30 (68,2%) observar aparecimento de sinais e sintomas da doença, 29 (65,9%) manter as vacinas em dia, quatro (9,1%) praticar exercício físico e quatro (9,1%) restrição hídrica/ redução da ingesta hídrica.

## ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

Das 19 (43,3%) mulheres que receberam orientações durante a internação, as principais categorias profissionais men-

cionadas foram: médicos (84,2%), enfermagem (68,4%) e nutricionistas (36,8%).

Os temas de orientação mais citados foram a redução da ingestão hídrica (11; 57,9%), mudança dos hábitos alimentares (oito - 50%) e adesão ao tratamento medicamentoso (cinco - 26,3%). Além desses, foram feitas orientações relacionadas ao repouso, atividade física, transplante cardíaco, sintomas da doença e outras de cunho emocional com o intuito de promover o enfrentamento da doença e terapêutica.

No que se refere à análise estatística, não foi encontrada relação entre conhecimento sobre o diagnóstico de internação e ter sido orientado durante a internação ( $p=0,113$ ) ou, ainda, conhecimento sobre IC e ter sido orientado durante a internação ( $p=0,766$ ).

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem descritos em prontuário e que estavam relacionados ao diagnóstico IC foram: risco de débito cardíaco diminuído (97,7%), intolerância à atividade (61,4%), mobilidade física prejudicada (40,9%), déficit no autocuidado para banho e higiene (34,1%), volume de líquido excessivo (20,4%) e déficit no autocuidado para alimentação (15,9%).

Considerando os diagnósticos citados, as prescrições de enfermagem mais frequentes estavam relacionadas ao cuidado direto, como encaminhar para o banho, colocar colchão piramidal, registrar aceitação de dieta e condições de higiene.

Para nenhuma das pacientes foram identificados diagnósticos ou prescrições de enfermagem relacionados ao seu conhecimento sobre a doença e cuidados com a saúde.

## DISCUSSÃO

O perfil das mulheres era de idade média de 56,7 anos, próximo da média encontrada em outro estudo nacional<sup>9</sup> e inferior às médias observadas em países desenvolvidos, como consequência da mais exposição aos fatores de risco e do padrão de vida.<sup>10</sup> A renda média era de R\$ 1.293 e 50% eram provenientes de estados do Sudeste e 43% do Nordeste.

As mulheres eram, em sua maioria, aposentadas ou do lar, pós-menopausadas (72,3%), hipertensas (59,1%) e com histórico familiar prévio de doenças cardiovasculares (68,2%), corroborando a literatura.<sup>3</sup> Além disso, cerca de 40% tinham diabetes e dislipidemia. Esses dados mostram que grande parte dos fatores de risco prevalentes e dos fatores reconhecidos como agravantes da doença é modificável, sendo necessária a adoção de medidas de intervenção e educação da população.

Em publicação referente a estudo de seguimento com 84.537 mulheres norte-americanas pós-menopausadas, foi relatado que o aumento do estilo de vida saudável esteve asso-

ciado à diminuição dos riscos de desenvolver IC.<sup>10</sup> Portanto, o conhecimento dos fatores de risco somado ao conhecimento da população atendida é aspecto imprescindível ao desenvolvimento de estratégias de prevenção da doença, bem como de suas complicações.

Este é um campo no qual o enfermeiro pode ter grande atuação por meio da elaboração e execução de atividades de educação em saúde, as quais não devem ficar restritas ao atendimento ambulatorial e pré-hospitalar, podendo também ser desenvolvidas durante o período de internação, a fim de permitir a continuidade do cuidado e melhor qualidade de vida pós-alta.

Em relação à baixa escolaridade apresentada pelas mulheres incluídas neste estudo, a relação estatisticamente significativa entre escolaridade e conhecimento sobre IC reforça ainda mais a importância dos esforços e investimentos públicos na diminuição dos índices de analfabetismo e aumento do nível de educação.

No presente estudo, cerca de 40% das mulheres que disseram ter conhecimento sobre seu diagnóstico não sabiam o que era a IC. Isso pode estar relacionado ao nível de escolaridade apresentado por essa população e à fragilidade na atuação da equipe de saúde em explicar o diagnóstico ao paciente, seja por uso de linguagem inadequada, demasiadamente técnica, levando ao não entendimento por parte do paciente ou mesmo à ausência de orientação.

Vale ressaltar que foi encontrada relação estatisticamente significativa entre escolaridade e conhecimento sobre IC ( $p=0,013$ ), o que permite inferir que o conhecimento sobre a doença aumenta conforme os anos de estudo. Este resultado, juntamente com o dado de que entre 30 e 50% das reinternações desses pacientes são atribuídos à falta de informação ou compreensão, bem como baixa adesão aos regimes prescritos<sup>8</sup>, evidencia a necessidade de uma comunicação efetiva entre equipe de saúde e o paciente. Essa comunicação deve ser revestida de adequação do conhecimento técnico-científico a uma linguagem simples e de fácil entendimento, seja durante o exame físico diário, nas orientações verbais ou em folhetos/cartazes de orientação. Além disso, os profissionais devem validar o entendimento do que foi falado, pois a prática clínica permite perceber que alguns pacientes sentem-se envergonhados ou, até mesmo, desprovidos do direito de questionar o profissional de saúde.

É interessante o contraste entre os fatores mais conhecidos e os realmente apresentados. Os valores citados provavelmente refletem a difusão do conhecimento por parte da mídia e o resultado de campanhas educativas governamentais. Entretanto, apesar de grande parte das mulheres reconhecer os principais fatores de risco para doença cardiovascular, ao se analisar as respostas fornecidas às questões abertas percebe-se que é um conhecimento que, em sua maioria, encontra-se em um patamar superficial. Talvez isso se atribua a mui-

tas dessas campanhas possuir caráter meramente informativo, em vez de trabalhar a percepção de si próprio como ator do processo de saúde-doença.

Contudo, a literatura revela que estratégias educativas como medida única não são suficientes para obtenção de um impacto positivo, mas devem fazer parte de um conjunto de intervenções.<sup>8,11</sup> Quando somadas às medidas de suporte social, estratégias comportamentais e reforço das orientações levam a resultados melhores no que se refere à adesão e comportamentos de autocuidado.<sup>9,11</sup> Outro estudo reforça essa ideia ao defender que são necessárias intervenções educacionais, comportamentais e psicossociais para que se consiga mais adesão às medidas de autocuidado.<sup>12</sup>

A disseminação do gerenciamento da doença e programas de autocuidado, bem como a combinação de intervenções, consiste na abordagem aceitável para efetivamente melhorar a adesão a comportamentos de autocuidado, reduzir custos e a utilização de recursos.<sup>12</sup>

No presente estudo, foi identificada divergência entre o que as pacientes referiram que gostariam de saber e as orientações recebidas durante a internação, uma vez que a maioria gostaria de saber assuntos referentes à doença em si, enquanto as orientações enfocaram, em sua maioria, a alimentação e ingesta hídrica.

Percebe-se que, muitas vezes, há divergência entre pacientes, enfermeiros e médicos quanto às necessidades educacionais.<sup>11</sup> Será necessária elucidação de quais motivos levam à divergência, bem como estruturação de um programa educacional baseado em demandas relatadas pela população afetada, visando mais sucesso na intervenção. Contudo, isso só será possível caso o enfermeiro estabeleça comunicação clara e efetiva e esteja disposto a escutar o paciente.

Entretanto, não foi encontrada relação entre conhecimento sobre o diagnóstico e ter sido orientado durante a internação ( $p=0,113$ ) ou ainda conhecimento sobre IC e ter sido orientado durante a internação ( $p=0,766$ ). Além das questões já mencionadas relativas à linguagem e temática abordada, esses valores permitem que os profissionais de saúde reflitam sobre a receptividade do paciente em relação às orientações realizadas e quanto à existência de um momento mais adequado para realizá-las. Desse modo, é de grande valia que o enfermeiro realize o “diagnóstico situacional” de cada paciente no momento da admissão na unidade, identificando quais os conhecimentos e deficiências apresentados, nos quais irá pautar suas intervenções.

A promoção do autocuidado é um campo de importante inserção do enfermeiro, o que é corroborado por estudos que informam que sua atuação resulta em melhora da evolução clínica, redução do número de internações, conhecimento sobre a doença, autocuidado e, conseqüentemente, melhora de sua qualidade de vida.<sup>13-19</sup> Em estudo brasileiro realizado

com pacientes em tratamento para IC acompanhados ambulatorialmente foi observado autocuidado inadequado. Todavia, pacientes que possuíam o diagnóstico há mais tempo e eram acompanhados por médico e por enfermeira tinham melhores índices de autocuidado.<sup>9</sup> Assim, a taxa encontrada neste estudo, onde apenas 43% das pacientes referiram ter recebido orientação, está muito aquém do desejado, tendo em vista a significativa contribuição que a atuação da equipe multidisciplinar pode trazer para pacientes com IC.

Outra maneira de promover o conhecimento e o autocuidado do paciente é a identificação do déficit de conhecimento no diagnóstico de enfermagem, com base no qual o enfermeiro pode prescrever ações voltadas para a orientação e educação do paciente. Segundo estudo de revisão, apesar de os pacientes com IC manifestarem dificuldades em adaptar as orientações de autocuidado à vida cotidiana, eles desenvolvem estratégias para tal com base nas experiências prévias.<sup>20</sup>

Gonçalves<sup>21</sup> defende a educação para o conhecimento da doença como sendo a chave para o enfrentamento das adversidades na IC. Assim sendo, torna-se indispensável a valorização de medidas educativas levando-se em conta as necessidades identificadas pelos pacientes, voltadas também para a promoção do autocuidado e, principalmente, extrapolando o cenário hospitalar de modo a abranger ações de suporte à educação em domicílio. Além disso, há de se considerar as estratégias educativas mais adequadas para cada abordagem realizada.

Estudos mostram a realização de visitas domiciliares e contatos telefônicos como métodos eficientes na promoção do conhecimento sobre a doença e adesão ao tratamento, a fim de obter redução das internações e melhora da qualidade de vida de pacientes com IC.<sup>13-18</sup> Deste modo, a existência de inter-relação e continuidade entre o trabalho desenvolvido na atenção básica e no contexto intra-hospitalar mostra-se fundamental para o alcance de avanços na assistência e autocuidado em IC.

As respostas obtidas em relação ao que é esperado do tratamento no que se refere à expectativa de cura indicam um campo onde a atuação do enfermeiro é imprescindível, pois é inadmissível que pacientes portadores de IC desconheçam que é uma doença crônica e com as quais terão que conviver durante o resto de suas vidas. Cabe ao enfermeiro, portanto, mostrar ao paciente que o autocuidado consiste em peça fundamental na facilitação dessa convivência.

Quanto às mulheres que disseram que queriam ficar boas, era devido a poder voltar a fazer atividades de lazer e domésticas e não sobrecarregar familiares. Esse cenário retrata uma realidade muito mais presente no universo feminino, de sentimento de responsabilidade pela manutenção da casa organizada e do bem-estar da família e até mesmo o sentimento de culpa diante da percepção de que as incapacidades e dificuldades geradas pela doença prejudicam seus familiares.

Ressalta-se, ainda, a importância de se considerar a particularidade das mulheres, população do presente estudo, pois foi descrito em estudo de revisão que elas possuem visão mais pessimista do futuro e que contam com menos suporte familiar no desempenho de medidas de autocuidado.<sup>22</sup> Estão, portanto, em situação ainda mais vulnerável e que merece atenção por parte dos profissionais de saúde no que tange à implementação de estratégias para o autocuidado em domicílio, trabalhadas durante a internação. Logo, pacientes do sexo feminino podem requerer abordagens distintas daquelas voltadas para a população masculina por parte dos profissionais de saúde. Nesse aspecto, consistiu em limitação do estudo, além da coleta em uma única instituição, a não inclusão da população masculina, uma vez que a comparação dos resultados entre homens e mulheres contribui para o entendimento das diferenças de sexo relacionadas à IC.

Ainda em relação ao tratamento da IC, não se pode ignorar o transplante cardíaco como uma possibilidade para pacientes portadores de IC avançada refratária ou que atendam aos critérios para tal. Como foi visto nas respostas obtidas no estudo em questão, a expectativa pelo transplante foi mencionada por quatro pacientes, demonstrando que este é um assunto que também deve ser abordado pelo enfermeiro, até mesmo quanto à proposição de diagnósticos e prescrições de enfermagem específicos.

Considerando os diagnósticos e prescrições de enfermagem levantados durante a internação, nota-se que estão muito concentrados nos sintomas da doença, ou seja, apenas nas limitações físicas apresentadas no momento observado, de internação hospitalar. Os diagnósticos de enfermagem prevalentes para IC foram a intolerância à atividade, mobilidade física prejudicada e volume de líquido excessivo e déficit no autocuidado para banho, higiene e alimentação. As prescrições de enfermagem, por sua vez, relacionavam-se ao cuidado direto como encaminhar para o banho, colocar colchão piramidal, registrar aceitação de dieta e condições de higiene.

A importância da sistematização da assistência de enfermagem é inegável. Contudo, é fundamental que o enfermeiro amplie sua avaliação de forma que não a limite aos sintomas apresentados no período de internação, e as intervenções prescritas e realizadas possam abarcar não só as questões relacionadas à sintomatologia, mas também ao conhecimento, enfrentamento e suporte, resultando em transformações permanentes no contexto biopsicossocial do paciente em questão.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que a maioria das mulheres internadas por IC tinham mais de 50 anos, renda familiar de cerca de 2-3 salários mínimos, considerando-se os valores da época em que os da-

dos foram coletados, baixa escolaridade, bem como outras doenças crônicas associadas, com destaque para a hipertensão arterial. E quanto ao conhecimento sobre a doença e seu tratamento, apesar de identificarem os fatores de risco, seu conhecimento sobre a IC é frágil, uma vez que foram obtidas respostas vagas e mais da metade referiu não ter sido orientada durante a internação. Portanto, cabe à equipe de saúde multiprofissional ampliar sua atuação para além do aspecto curativo.

Tendo-se os diagnósticos de enfermagem, não foi encontrado algum referente ao déficit de conhecimento do paciente ou prescrições de enfermagem visando à intervenção educativa, o que requer novos estudos com os enfermeiros para elucidar os motivos pelos quais isso ocorre.

Nesse sentido, observa-se que, a despeito da importância do tema estudado, ainda existem deficiências no trabalho da enfermagem. Logo, é importante que pesquisas futuras identifiquem quais as necessidades educativas dos pacientes e avaliem quais as ferramentas de ensino mais efetivas para cada população. E quanto à sistematização da assistência de enfermagem, é necessário identificar quais as dificuldades na sua realização de forma mais completa e individualizada.

## REFERÊNCIAS

1. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol.* 2014[citado em 2016 jan. 16];63(12):1123-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24491689>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Serrano Junior CV, Timerman A, Stefanini E. Tratado de cardiologia SOCESP. In: Magalhães CC, Chagas ACP, Naccarato AFP, organizadores. Quadro atual das cardiopatias não-ateroscleróticas no Brasil. 2ª ed. Barueri: Manole; 2009. p. 41-57.
4. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res.* 2013[citado em 2016 jan. 16];113:646-59. Disponível em: <http://circres.ahajournals.org/content/113/6/646>
5. Fernandes CE, Pinho Neto JSL, Gebara OCE, Santos Filho RD, Pinto Neto AM, Pereira Filho AS, et al. I Diretriz brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e a influência da terapia de reposição hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). *Arq Bras Cardiol.* 2008[citado em 2016 jan. 16];91Supl1:1-23. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34245/000668301.pdf?sequence=1>
6. Song EK, Moser DK, RN, Lennie TA. Relationship of depressive symptoms to functional status in women with heart failure. *Am J Crit Care.* 2009[citado em 2016 jan. 16];18: 348-56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2935267/>
7. Shin JJ, Hamand E, Murthy S, Pina IL. Heart failure in women. *Clinical Cardiol.* 2012[citado em 2016 jan. 16];35(3):172-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22389122>
8. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady DL, et al. American Heart Association. State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2009[citado em 2016 jan. 16];120:1141-63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720935>

9. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015[citado em 2016 jan. 16];23(4):578-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt\\_0104-1169-rlae-23-04-00578.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00578.pdf)
10. Agha G, Loucks EB, Tinker LF, Waring ME, Michaud DS, Foraker RE, *et al*. Healthy lifestyle and decreasing risk of heart failure in women: the women's health initiative observational study. *J Am Coll Cardiol*. 2014[citado em 2016 jan. 16];64(17):1777-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25443698>
11. Rabelo ER, Aliti G, Domingues FB, Clausell N. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007[citado em 2016 jan. 16];15:344-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a23.pdf)
12. Jovicic A, Holroyd-Leduc J, Straus S. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*. 2006[citado em 2016 jan. 16];6:43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1660572/>
13. Evangelista LS, Shinnick MA. What do we know about adherence and self-care? *J Cardiovasc Nurs*. 2008[citado em 2016 jan. 16];23:250-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18437067>
14. Baker DW, DeWalt DA, Schillinger D, Hawk V, Ruo B, Bibbins-Domingo K, *et al*. The effect of progressive, reinforcing telephone education and counseling vs. Brief educational intervention on knowledge, self-care behaviors and heart failure symptoms. *J Card Fail*. 2011[citado em 2016 jan. 16];17:789-96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21962415>
15. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub Ferreira SM, *et al*. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure out patients: the REMADHE trial. *Circ Heart Fail*. 2008[citado em 2016 jan. 16];1:115-24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19808281>
16. Yehle KS, Plake KS. Self-efficacy and educational interventions in heart failure: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2010[citado em 2016 jan. 16];25:175-88. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386241>
17. Bertuzzi D, Souza EN, Moraes MA, Mussi C, Rabelo ER. The knowledge of patients with heart failure in the homecare context: an experimental study. *Online Braz J Nurs*. 2012[citado em 2016 jan. 16];11(3):572-82. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3736>
18. Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Rabelo ER. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013[citado em 2016 jan. 16];21(spe):20-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700004&script=sci_arttext&tlng=pt)
19. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, *et al*. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012[citado em 2016 jan. 16];98:1-33. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20C%20C%3B4nica.pdf>
20. Harkness K, Spaling MA, Currie K, Strachan PH, Clark AM. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *J Cardiovasc Nurs*. 2015[citado em 2016 jan. 16];30(2):121-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24651683>
21. Gonçalves FG, Albuquerque DC. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev Enferm UERJ*. 2014[citado em 2016 jan. 16];22(3):422-8. Disponível em: <http://www-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13769>
22. Thomas JR, Clark AM. Women with heart failure are at high psychosocial risk: a systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. *Cardiol Res Pract*. 2011[citado em 2016 jan. 16];2011:918973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051283/>