

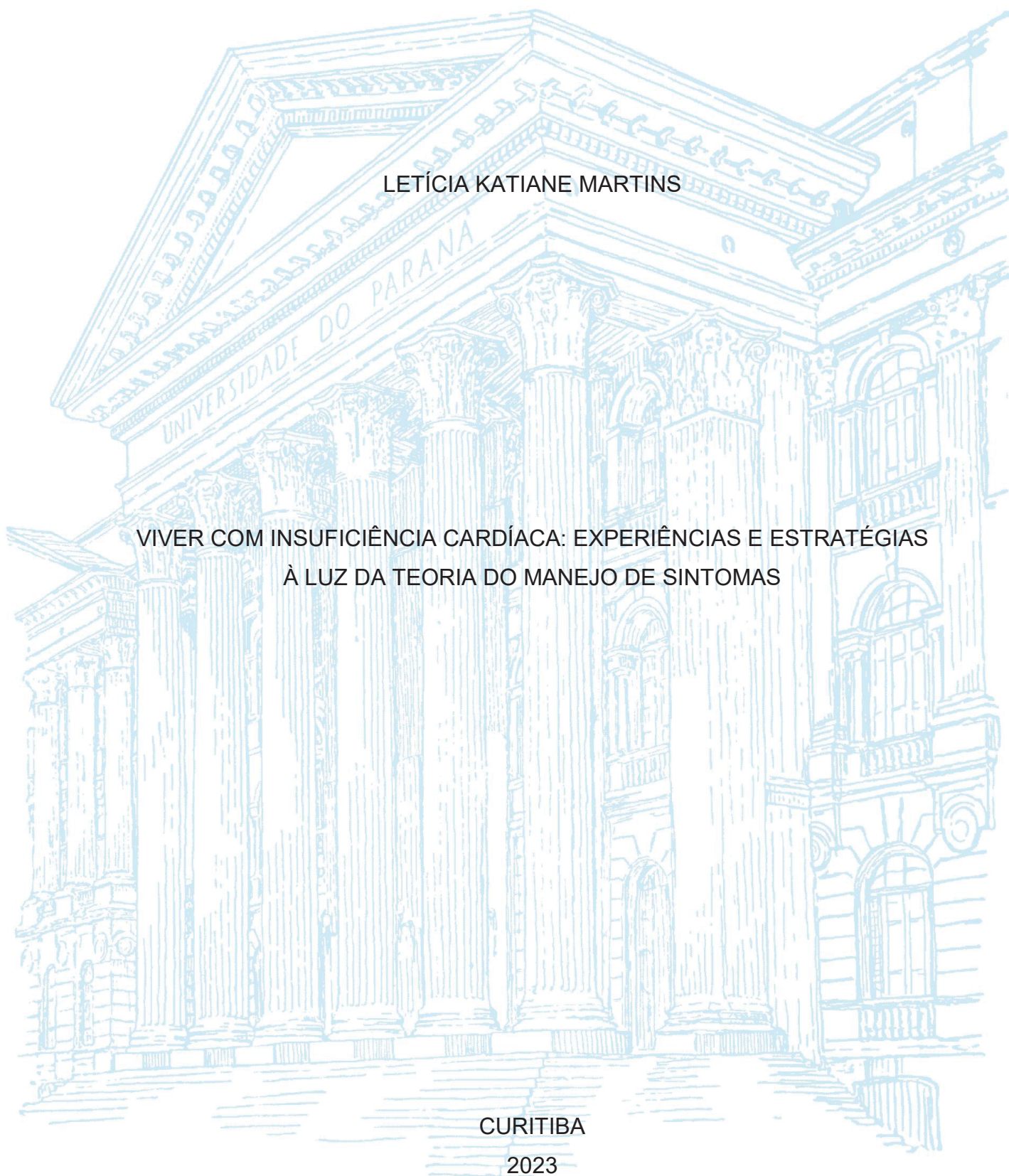
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA KATIANE MARTINS

VIVER COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: EXPERIÊNCIAS E ESTRATÉGIAS
À LUZ DA TEORIA DO MANEJO DE SINTOMAS

CURITIBA

2023



LETÍCIA KATIANE MARTINS

VIVER COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: EXPERIÊNCIAS E ESTRATÉGIAS
À LUZ DA TEORIA DO MANEJO DE SINTOMAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês.

Coorientadora: Profa. Dra. Ariana Rodrigues da Silva Carvalho

CURITIBA

2023

Martins, Letícia Katiane

Viver com insuficiência cardíaca [recurso eletrônico]: experiências e estratégias à luz da Teoria de Manejo dos Sintomas / Letícia Katiane Martins – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Coorientador: Profa. Dra. Ariana Rodrigues da Silva Carvalho

1. Insuficiência cardíaca. 2. Avaliação de sintomas. 3. Autocuidado. 4. Enfermagem. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Carvalho, Ariana Rodrigues da Silva. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.129

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LETÍCIA KATIANE MARTINS** intitulada: **VIVER COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: EXPERIÊNCIAS E ESTRATÉGIAS À LUZ DA TEORIA DE MANEJO DOS SINTOMAS**, sob orientação da Profa. Dra. NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 19 de Dezembro de 2023.


NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS
Presidente da Banca Examinadora


SHIRLEY BOLLER
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Dedico este trabalho a todas as pessoas que convivem com a insuficiência cardíaca, especialmente aos participantes desta pesquisa, que tanto me ensinaram durante esta trajetória e possibilitaram a construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

O sentimento de gratidão é, em primeira instância, hoje e sempre, à Deus, nosso Senhor, que tudo rege e tudo possibilita. Não há nada em seus planos que não seja possível de ser realizado. À Nossa Senhora Aparecida, mãe que intercede por mim em todos os momentos, e neste esteve tão presente, a cada segundo.

À minha família, meus pais, Vilson e Kátia, que sempre me incentivaram para o caminho do estudo e do conhecimento, que sempre acreditam em meu potencial e me encorajam a cada dia a seguir meus objetivos pessoais e profissionais. Obrigada por me ensinarem o que é certo, a sempre persistir no caminho no bem. Vocês são meu espelho de honestidade, ética e humildade. Esta conquista é de vocês e por vocês.

À minha irmã, Mirele, que, com seu carinho tão singular e sua coragem, me inspira a ser uma pessoa melhor. Você não sabe, mas eu te admiro muito e acredito que poderá chegar onde quiser.

Aos meus avós José Loffi, Lúcia Loffi, Roque Martins (*in memoriam*) e Nair P. Martins (*in memoriam*), por contribuírem para suas gerações no caminho do bem; por amar e educar seus filhos e netos sempre com tanto amor e carinho. Vocês fazem parte desta história.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas, que sempre me apoiaram, se interessaram pelo meu crescimento e torcem pela minha felicidade.

A vocês, minha família, todo meu amor e minha gratidão! Amo vocês incondicionalmente.

Ao meu namorado, Rodrigo, por me apoiar e me incentivar a buscar meus objetivos e meu sonho. Por ser tão compreensivo e carinhoso, por não me deixar desanimar e por me alegrar em dias difíceis. Juntos estamos construindo nossa história em busca dos nossos sonhos. Te amo muito!

À minha amiga querida, companheira de plantões, de risadas, choros, alegrias, Patrícia Aparecida Pedro, por não me deixar esmorecer, por sempre acreditar em mim quando, muitas vezes, eu não acreditei; por compartilhar comigo sua sabedoria de vida, trabalho, humildade, disciplina e tantas outras coisas que já me ensinou.

Aos colegas de plantão e supervisão da UPA Jardim Veneza, pelas trocas de plantões e ajustes na escala quando precisei. À minha amiga Vanessa Paz, pelo

companheirismo nas viagens para Curitiba, por me ajudar sempre prontamente quando precisei.

Às colegas de mestrado Ana Carolina e Fernanda Rackes, com as quais pude dividir sentimentos de alegria, felicidade, carinho, angústias e aflições. Agradeço por todo apoio e ajuda que me deram.

Aos colegas que me auxiliaram na coleta dos dados deste estudo, Camila Nascimento Polezer e Miguel Alberto Cardozo Mouzully. Obrigada pela parceria e pelo comprometimento na construção deste trabalho.

À Universidade Federal do Paraná, aos professores e colaboradores do curso de Pós-Graduação em Enfermagem: sempre resilientes, buscam oferecer um ensino de qualidade, dando o seu melhor dentro das condições que possuem.

À minha sempre professora, colega de profissão e amiga, Lara Adrienne Garcia, por ter me encorajado a realizar o mestrado e por acreditar na minha capacidade. Pela paciência e compreensão sempre que precisei de auxílio. Foi você quem me incentivou a realizar o mestrado, e te agradeço sempre por isso.

Aos professores que aceitaram fazer parte desta banca de defesa e enriqueceram este trabalho: Shirley Boller, Maria de Fátima Mantovani, Graciele de Matia, Leila Mansano Sarquis. Obrigada pelas excelentes contribuições.

À minha coorientadora, professora Dra. Ariana Rodrigues da Silva Carvalho, por estar presente desde o início da minha trajetória como acadêmica de enfermagem e como mestranda; que me apresentou ao mundo da cardiologia, especialidade que ganhou meu coração. Obrigada pelos ensinamentos neste trabalho com tanta paciência, compreensão e competência.

À minha orientadora, professora Dra. Nen Nalú Alves das Mercês, que com tanto esmero, humildade e sabedoria me guiou neste caminho. Obrigada por me conceder a oportunidade de fazer este mestrado, por ter me acolhido enquanto aluna, e compartilhado seu conhecimento com tanta paciência. Por me conduzir, também, no processo de ensino com os alunos, etapa tão importante na minha formação. À senhora, toda minha gratidão, respeito e carinho!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.

Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;

Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;

Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar;

Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar;

Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;

Tempo de rasgar, e tempo de cozer; tempo de estar calado, e tempo de falar;

Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.”

Eclesiastes 3:1-8

RESUMO

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome caracterizada pela alta carga de sintomas, hospitalização e descompensação clínica, exigindo associação entre o tratamento farmacológico e medidas para controle da doença e manejo dos sintomas. Utilizou-se, como base conceitual para este estudo, a Teoria de Manejo dos Sintomas (TMS). **Objetivo:** Analisar a experiência dos sintomas percebidos e avaliados pela pessoa com insuficiência cardíaca e as estratégias adotadas para seu manejo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo sob a abordagem de métodos múltiplos, com combinação qualitativa e quantitativa (QUAL+quan), realizado em um hospital universitário no interior do Paraná, no ambulatório de insuficiência cardíaca e em unidades de internação, no período de janeiro a julho de 2023. Utilizou-se para a coleta dos dados qualitativos um roteiro com questões semiestruturadas, e para os dados quantitativos três instrumentos: um questionário de perfil sociodemográfico e clínico, o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* para a avaliação dos sintomas e qualidade de vida, e o *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* para avaliação do comportamento de autocuidado em insuficiência cardíaca. As entrevistas foram audiogravadas. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo. Os dados quantitativos foram analisados pelas técnicas estatísticas, com o auxílio do programa SPSS e realizadas análises descritivas e testes de correlação. **Resultados:** Foram 81 participantes, com média de idade de 66,81 anos, 54,3% do sexo masculino, brancos(as) (53%), casados(as) (66,6%), ensino fundamental incompleto (56,8%). A classe funcional da Insuficiência Cardíaca predominante foi a II (50%), com fração de ejeção média de 42,05, predominando a fração de ejeção reduzida (57,9%) e etiologia isquêmica (22,2%). As principais comorbidades associadas foram hipertensão (80,2%) e diabetes mellitus (44,4%). A partir da análise de conteúdo, emergiram quatro categorias temáticas: experiência dos sintomas relacionados à insuficiência cardíaca; orientações recebidas para o cuidado em saúde; estratégias adotadas para o cuidado em saúde e manejo dos sintomas; enfrentamento à doença e expectativas relacionadas ao tratamento. Os sintomas percebidos foram dispneia, fadiga, edema periférico, tontura, fraqueza, mal-estar, sensação de taquicardia e dor torácica. Os sintomas foram atribuídos à insuficiência cardíaca e comorbidades associadas. As estratégias de manejo adotadas foram o seguimento da prescrição médica e busca pelo serviço de saúde, automedicação, terapias complementares, mudança de estilo de vida, repouso e espera pela melhora dos sintomas. A qualidade de vida, obteve pontuação média de 63,69, classificada como ruim, e o comportamento de autocuidado, com pontuação de 32,8, em uma escala máxima de 60 pontos. **Considerações finais:** À experiência dos sintomas percebidos e o seu manejo pela pessoa com insuficiência cardíaca, considera-se condizente na sustentação com os pressupostos da Teoria de Manejo de Sintomas. As contribuições desta pesquisa para a área da saúde, especialmente à enfermagem, está em oferecer subsídios para a avaliação de sintomas e estratégias utilizadas para seu manejo, instrumentalizando o planejamento do cuidado.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; avaliação de sintomas; autocuidado; enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) is a syndrome characterized by high symptom burden, hospitalization, and clinical decompensation, which requires an association between pharmacological treatment and measures to control the disease and manage symptoms. The Symptom Management Theory (SMT) was used as a conceptual basis for this study. **Objective:** Analyze the experience of perceived and evaluated symptoms of people with heart failure and the strategies adopted for their management. **Methodology:** This study used multiple approach methods, with a qualitative and quantitative combination (QUAL+quan), carried out in a university hospital in the interior of Paraná state, at the heart failure outpatient clinic and in hospitalization units, from January to July of 2023. A questionnaire with semi-structured questions was used to collect qualitative data, and three instruments were used for quantitative data: a sociodemographic and clinical profile questionnaire, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, as to assess symptoms and quality of life, and the European Heart Failure Self-care Behavior Scale, as to assess self-care behavior for heart failure. The interviews were audio recorded. For analysis of qualitative data, the Content Analysis method was used. Quantitative data were analyzed using statistical techniques, with the help of the SPSS software, as well as descriptive analyzes and correlation tests. **Results:** There were 81 participants, with an average age of 66.81 years, being 54.3% male, white (53%), married (66.6%) and with incomplete primary education (56.8%). The predominant functional class of Heart Failure was II (50%), with an average ejection fraction of 42.05, predominantly reduced ejection fraction (57.9%) and ischemic etiology (22.2%). The main associated comorbidities were hypertension (80.2%) and diabetes mellitus (44.4%). From the content analysis, four thematic categories emerged: experience of symptoms related to heart failure; guidance received for health care; strategies adopted for health care and symptom management; coping with the disease and expectations related to treatment. The symptoms noticed were dyspnea, fatigue, peripheral edema, dizziness, weakness, malaise, sensation of tachycardia and chest pain. The symptoms were attributed to heart failure and associated comorbidities. The management strategies adopted were following medical prescriptions and seeking health services, self-medication, complementary therapies, lifestyle changes, rest and waiting for symptoms to improve. Quality of life had an average score of 63.69, classified as poor, and self-care behavior had a score of 32.8, on a maximum scale of 60 points. **Final considerations:** As for the experience of perceived symptoms and their management by the person with heart failure, it is considered consistent with the assumptions of the Symptom Management Theory. The contributions of this research to the health area, especially nursing, are in offering support for the evaluation of symptoms and strategies used for their management, instrumentalizing care planning.

Keywords: Heart failure; symptom assessment; self-care; nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -..MODELO CONCEITUAL DA <i>SYMPTOM MANAGEMENT THEORY</i> ORIGINAL EM INGLÊS.....	38
FIGURA 2 - MODELO CONCEITUAL DA <i>SYMPTOM MANAGEMENT THEORY</i> , ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL.....	38
FIGURA 3 - FASES DE SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA.....	48
FIGURA 4 - FASES DE SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	49
FIGURA 5 - FASES DA ANÁLISE QUANTITATIVA, QUALITATIVA E CONJUNTA DOS DADOS.....	56
FIGURA 6 - DENDROGRAMA DAS CLASSES OBTIDAS A PARTIR DO <i>SOFTWARE IRAMUTEQ</i>	63
FIGURA 7 - DENDROGRAMA DAS CLASSES COM AS PALAVRAS DE MAIOR FREQUÊNCIA OBTIDAS A PARTIR DO <i>SOFTWARE IRAMUTEQ</i>	64
FIGURA 8 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA OBTIDA A PARTIR DO <i>SOFTWARE IRAMUTEQ</i>	65
FIGURA 9 - MODELO CONCEITUAL DA TEORIA DE MANEJO DOS SINTOMAS E DOMÍNIOS ENVOLVIDOS ENTRE OS PARTICIPANTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	132

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - FATORES DE RISCO E AÇÕES PREVENTIVAS NO DESENVOLVIMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	30
QUADRO 2 - CLASSES DE SEGMENTOS DE TEXTOS E CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	66
QUADRO 3 - DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES 1 (EXPERIÊNCIA DOS SINTOMAS) E 2 (ESTRATÉGIAS DE MANEJO DOS SINTOMAS) DA TEORIA DE MANEJO DE SINTOMAS E SEUS RESPECTIVOS DOMÍNIOS.....	131

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023 (N=81).....	59
TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	60
TABELA 3 – PERFIL FARMACOLÓGICO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	62
TABELA 4 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA MLHFQ TOTAL E SEUS COMPONENTES FÍSICO E EMOCIONAL, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	92
TABELA 5 - ANÁLISE DESCRITIVA DA FREQUÊNCIA DOS ITENS DO MLHFQ, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	94
TABELA 6 - ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA MLHFQ TOTAL E SEUS COMPONENTES FÍSICO E EMOCIONAL E CORRELAÇÕES COM VARIÁVEIS SOCIAIS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	95

TABELA 7 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES DA MLHFQ SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL AVALIADA PELOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	96
TABELA 8 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES DA MLHFQ SEGUNDO A FEVE AVALIADA PELOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=76).....	97
TABELA 9 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA MLHFQ TOTAL E SEUS COMPONENTES FÍSICO E EMOCIONAL, SEGUNDO AVALIAÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	97
TABELA 10 – ANÁLISE DESCRITIVA DA FREQUÊNCIA DOS ITENS DO EHFSCBS, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	99
TABELA 11 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA EHFSCBS E ASSOCIAÇÕES COM VARIÁVEIS SOCIAIS E CLÍNICAS ENTRE OS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	100
TABELA 12 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA EHFSCBS, SEGUNDO AVALIAÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (N=81).....	101

LISTA DE SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
AHA	<i>American Heart Association</i>
ARMs	Antagonistas de Receptores Mineralocorticoides
BB	Betabloqueador
BRA	Bloqueadores de receptores de angiotensina II
CDI	Cardioversor Desfibrilador implantável
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Classe Funcional
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
Covid-19	<i>Coronavirus disease</i>
DataSus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DPP-4	Dipeptidil Peptidase 4
DRC	Doença Renal Crônica
EHFScBS	<i>European Heart Failure Self-care Behavior Scale</i>
Esas	<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>
ESC	Sociedade Europeia de Cardiologia
EUA	Estados Unidos da América
FE	Fração de Ejeção
Feve	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HU	Hospital Universitário
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
ICFEi	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária
ICFEIr	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Levemente Reduzida

ICFEm	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Melhorada
ICFEp	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada
ICFEr	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
KCCQ	<i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i>
MLHFQ	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>
MSAS-HF	<i>HF Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure</i>
MUC	Medicamentos de Uso Contínuo
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
OS	Pronto Socorro
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCHF1	<i>Self-care Heart Failure Index</i>
SGLT2	Cotransportador 2 de Sódio-glicose
SNS	Sistema Nervoso Simpático
SPSS	<i>Statistical Package For The Social Sciencies</i>
SRAA	Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona
SSQ-HF	<i>Symptom Status Questionnaire – Heart failure</i>
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMS	Teoria de Manejo dos Sintomas
UCI	Unidades de Cuidados Intermediários
UFPR	Universidade Federal do Paraná
Unioeste	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-PS	Unidade de Terapia Intensiva do Pronto Socorro
VD	Ventrículo Direito
VE	Ventrículo Esquerdo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	18
2.	OBJETIVOS.....	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	22
3.2	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO NO MANEJO DOS SINTOMAS E DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	27
3.3	PERCEPÇÃO, AVALIAÇÃO E MANEJO DOS SINTOMAS RELACIONADOS À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	31
3.4	AVALIAÇÃO DAS LIMITAÇÕES DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA QUALIDADE DE VIDA.....	34
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
4.1	TEORIA DE MANEJO DOS SINTOMAS.....	36
5.	METODOLOGIA.....	43
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	43
5.2	LOCAL DE PESQUISA.....	44
5.3	PARTICIPANTES.....	45
5.3.1	Critérios de inclusão.....	46
5.3.2	Critérios de exclusão.....	46
5.4	SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES.....	46
5.5	COLETA DE DADOS.....	49
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	53
5.6.1	Análise qualitativa.....	53
5.6.2	Análise quantitativa.....	55
5.6.3	Análise conjunta dos dados.....	56
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	57
6.	RESULTADOS.....	58
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES.....	58
6.2	RESULTADOS DA ABORDAGEM QUALITATIVA.....	63
6.2.1	Resultados gerados pelo <i>software</i> IRaMuTeQ.....	63

6.3	RESULTADOS DA ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	92
6.3.1	Insuficiência cardíaca e os sintomas que interferem na QV pelo <i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i> (MLHFQ).....	92
6.3.2	Estratégias de autocuidado frente aos sintomas de IC pelo <i>European Heart Failure Self-care Behavior Scale</i> (EHFScBS).....	97
7.	DISCUSSÃO.....	102
8.	SÍNTESE ALICERÇADA NA TEORIA DE MANEJO DOS SINTOMAS..	128
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
	REFERÊNCIAS.....	135
	APÊNDICES.....	156
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DO PARTICIPANTE.....	157
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	158
	APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PARTICIPANTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	162
	APÊNDICE 4 – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	164
	ANEXOS.....	165
	ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO.....	166
	ANEXO 2 – MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE...	167
	ANEXO 3 – EUROPEAN HEART FAILURE SELF-CARE BEHAVIOR SCALE (EHFSCBS).....	168
	ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	169
	ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO <i>EUROPEAN HEART FAILURE SELF-CARE BEHAVIOS SCALE</i>	173

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome estrutural e/ou funcional do coração, com alterações fisiológicas graves, caracterizada pela incapacidade de ejetar sangue suficiente para atender as demandas do organismo. A redução do volume sistólico ou alterações diastólicas geram sinais e sintomas de baixo débito cardíaco e/ou congestão pulmonar ou sistêmica, em repouso ou aos esforços, dependendo da gravidade do quadro (Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2018; Mcdonagh, 2021).

Dessa forma, é uma patologia grave, progressiva e com prevalência, que aumenta conforme a faixa etária e o número de comorbidades associadas. É considerada o desfecho de inúmeras patologias cardíacas (Paulus; Tschope, 2013; SBC, 2018).

A IC é um problema epidemiológico e de saúde pública, uma vez que apresenta rápido aumento da prevalência, sendo estimado em todo o mundo, mais de 37,7 milhões de indivíduos acometidos (Ziaeeian; Fonarow, 2016). Está associada ao aumento da morbidade e mortalidade e concede ônus importante ao sistema de saúde, sendo uma das principais causas de hospitalização entre adultos e idosos (Kurmani; Squire, 2017; Ziaeeian; Fonarow, 2016).

A incidência global de IC varia de 100 a 900 casos por 100.000 pessoas ao ano (Ziaeeian; Fonarow, 2016). No Brasil, até o ano de 2017, a prevalência foi de cerca de 2 milhões de pessoas, e sua incidência é de 240.000 novos casos por ano. As taxas de morbidade e mortalidade são muito maiores do que as observadas em países desenvolvidos (Cestari *et al.*, 2022). Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datasus), no período de 2017 a 2021, houve 110.366 óbitos em indivíduos com IC, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 11,71%. Neste mesmo período, verificou-se 942.480 internações pela mesma causa, sendo que 73% dos casos foram em idosos maiores de 60 anos (Brasil, 2022).

Ademais, em nível nacional, nos anos de 2017 a 2021, houve 942.480 internações e, destas, 102.167 no estado do Paraná, correspondendo a 10,8%. A Macrorregião Oeste, contemplada em parte pela 10ª Regional de Saúde, apresentou o total de 5.432 internações no período (Brasil, 2022).

Os sintomas físicos e emocionais aumentam com o passar do tempo e conforme a progressão da doença, tanto em frequência quanto em intensidade (Kurogi; Butcher; Salvetti, 2020). As principais manifestações clínicas incluem dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, fadiga, edema, distensão abdominal, taquicardia e edema nos membros inferiores (Inamdar; Inamdar, 2016).

O adoecimento pela IC acarreta diminuição e/ou perda da qualidade de vida, mortes prematuras e diversos impactos econômicos e sociais, tanto ao indivíduo quanto para sua família e comunidade (Oliveira *et al.*, 2021). Tal situação justifica-se pela alta carga de sintomas físicos e emocionais, muitas vezes são incapacitantes, causando declínio funcional, mudanças de papéis sociais, depressão, episódios de exacerbações e consequentes hospitalizações, que geram o agravamento do quadro de saúde da pessoa (SBC, 2018).

Devido aos episódios de exacerbações, a IC é a principal causa de hospitalização referente às doenças cardiovasculares; o principal motivo é a má adesão à terapêutica básica (Bocchi *et al.*, 2012). Associado a isso, há o excesso de ingestão de sódio e de líquidos, o controle inadequado da pressão arterial sistêmica, isquemia miocárdica, arritmias, introdução de novos medicamentos, pneumonia ou outras infecções, tromboembolismo pulmonar, anemia e etilismo, sendo que a maioria dos fatores poderiam ser evitáveis (Ogbemudia; Adekhame, 2016).

Alguns fatores podem ter relação com a não adesão ao tratamento instituído. Incluem-se fatores de risco como baixa escolaridade ou literacia em saúde inadequada, renda e custos que envolvem o tratamento, distúrbios psicológicos – como a depressão ou distúrbios de memória –, aspectos relacionados à doença e complexidade do tratamento, polifarmácia, efeitos adversos, comorbidades e relacionamento entre o profissional de saúde e a pessoa (Leite; Vasconcellos, 2003; Mantovani *et al.*, 2015; Oscalices *et al.*, 2019; Cavalcante *et al.*, 2018; Raffaa *et al.*, 2020).

Isto posto, considerando as medidas não farmacológicas e diante dos fatores envolvidos nas falhas de adesão ao tratamento, a enfermagem tem papel importante no cuidado à esta pessoa. É necessário promover a educação em saúde, orientando-a sobre o processo de doença, tratamento, cuidados e incentivo do envolvimento familiar e da pessoa na participação do cuidado (Azzolin *et al.*, 2012).

Neste sentido, entende-se que a sobrecarga de sintomas e a adesão ao tratamento proposto é um desafio para o manejo de tal patologia e, portanto,

também é prioridade, a fim de melhorar o prognóstico e a expectativa de vida das pessoas enfermas (Kurogi; Butcher; Salvetti, 2020). Por ser um problema de saúde pública cuja prevalência e a incidência se mantêm em patamares elevados no Brasil, é necessário que haja o manejo adequado da IC com vista à prevenção de complicações, gerenciamento dos sintomas e recuperação da qualidade de vida da pessoa.

De modo a alicerçar este estudo, selecionou-se a Teoria de Manejo dos Sintomas (TMS) (Dodd *et al.*, 2001) como referencial teórico, que ofereceu as bases conceituais necessárias para a abordagem da experiência do sintoma relacionada à IC em toda a sua complexidade.

A escolha da TMS foi motivada por considerar a multidimensionalidade da pessoa na experiência dos sintomas e pode ser aplicada em qualquer área da prática de enfermagem, tanto para pessoas com sintomas quanto àquelas com risco de desenvolvê-los (Dodd *et al.*, 2001). Nacionalmente, são incipientes os estudos que abordem ou correlacionem a temática da IC com a teoria. No entanto, existem estudos internacionais que investigaram a experiência dos sintomas e as estratégias de manejo em pessoas com IC, identificando a teoria como forte aliada na prática profissional de enfermagem (Lin *et al.*, 2021; Thida *et al.*, 2021; Cárdenas; Cuevas; Reyes, 2023).

Justifica-se este estudo pela necessidade em investigar a experiência dos sintomas e as estratégias de manejo em pessoas com IC. Na prática profissional do enfermeiro, o estudo poderá ser utilizado como subsídios no cuidado sistematizado.

Por conseguinte, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: **a experiência dos sintomas percebidos e avaliados pela pessoa com insuficiência cardíaca influencia as estratégias adotadas para o manejo dos sintomas?**

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a experiência dos sintomas percebidos e avaliados pela pessoa com insuficiência cardíaca e as estratégias adotadas para seu manejo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com insuficiência cardíaca;
- Avaliar os sintomas da insuficiência cardíaca na vida diária e na qualidade de vida da pessoa com insuficiência cardíaca;
- Identificar as orientações recebidas dos profissionais de saúde para o cuidado em saúde no contexto da insuficiência cardíaca.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a Revisão Narrativa da Literatura e se divide em: contextualização da insuficiência cardíaca; tratamento farmacológico e não farmacológico no manejo dos sintomas e da insuficiência cardíaca; percepção, avaliação e manejo dos sintomas de insuficiência cardíaca; e avaliação das limitações da insuficiência cardíaca na qualidade de vida.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A IC pertence ao grupo das Doenças Cardiovasculares (DCV), considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), sendo de relevância mundial, devido às altas taxas de morbimortalidade da população, principalmente das mais vulneráveis, como idosos, pessoas de baixa renda e de baixa escolaridade (Brasil, 2021), além de atingir com maior frequência mulheres e pessoas com múltiplas comorbidades (SBC, 2018; Zakeri; Cowie, 2018).

Oliveira e colaboradores (2021) afirmam que a IC constituiu a principal causa de hospitalização e morte por DCNT no Brasil, entre os anos de 2008 e 2019. Entretanto, tratando-se da mortalidade, é difícil estimar o número de mortes atribuíveis apenas à IC, pois é, geralmente, vista como um estágio intermediário de uma doença subjacente e não a causa real da morte (Ziaeeian; Fonarow, 2016).

O prognóstico das pessoas com IC geralmente não é favorável, representando um quantitativo de aproximadamente 50% de óbito após o diagnóstico (Benjamin *et al.*, 2017). Contudo, segundo a SBC (2018), a sobrevivência após cinco anos do diagnóstico é de 35%, com prevalência que aumenta conforme a faixa etária, e é 17,4% maior em pessoas com idade maior ou igual a 85 anos.

Ao tratar-se de faixa etária, deve-se considerar a transição demográfica atual, na qual haverá o crescimento da população idosa nos próximos anos. Sendo assim, a tendência é ocorrer um aumento da prevalência das DCNT e IC no mundo (Leite-Cavalcanti *et al.*, 2009; Brasil, 2021; Oliveira *et al.*, 2021). Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2021), espera-se o aumento de 50% em números absolutos de internações hospitalares por IC nos próximos 25 anos (ESC, 2021).

A fisiopatologia da IC é complexa, heterogênea e de difícil compreensão, por abranger diferentes fenótipos envolvendo os mecanismos fisiopatológicos, comorbidades associadas e características clínicas, que dão complexidade ao diagnóstico e seu manejo (Borlaug, 2014).

A progressão da doença está relacionada às alterações estruturais e funcionais, redução do volume sistólico e débito cardíaco (Berliner; Hänselmann; Bauersachs, 2020); que envolvem, além do sistema cardiovascular, o renal, respiratório e neuro-hormonal (Polónia; Gonçalves, 2019).

O início e o avanço da doença e a fisiopatologia estão em torno do remodelamento cardíaco, ou seja, alterações no diâmetro das cavidades e na geometria do músculo cardíaco. Há uma hipertrofia e atrofia das células, causando aumento da espessura do músculo cardíaco e da forma do coração, ou aumento da cavidade ventricular (Cohn; Ferrari; Sharpe, 2000).

O principal fator impulsionador do remodelamento cardíaco é um evento cardíaco primário, que gera uma disfunção cardíaca inicial e progride para disfunção ventricular, à medida em que há o avanço do processo fisiopatológico. Por conseguinte, há alterações celulares e moleculares dos cardiomiócitos, células que executam o ciclo de contração e relaxamento do músculo. Consequentemente, acontece uma perda progressiva da função ventricular, com déficit na capacidade de bombeamento do miocárdio (Cohn; Ferrari; Sharpe, 2000; Hasenfuss; Mann, 2018).

A partir de tal evento cardíaco primário, que pode ser um infarto agudo do miocárdio (IAM) ou um quadro crônico de hipertensão arterial, não é incomum que as pessoas permaneçam assintomáticas por um período ou que apresentem sintomas discretos, devido aos mecanismos compensatórios neuro-hormonais que acontecem em resposta à lesão cardíaca (Hasenfuss; Mann, 2018).

Os mecanismos compensatórios neuro-hormonais envolvidos na IC são descritos inicialmente pela ativação o Sistema Nervoso Simpático (SNS), atuando em resposta à redução do débito cardíaco, aumentando a frequência cardíaca, contratilidade cardíaca e vasoconstrição periférica; ativa-se o Sistema da Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA), agindo em resposta à hipoperfusão renal causada pelo baixo débito cardíaco, responsável pela reabsorção de água e sódio e produção de prostaglandinas. Causa vasoconstrição, ativação simpática, aumento do volume sanguíneo, hipertensão e aumento da resistência vascular periférica (Weber, 2001; Feitosa, 2001; Scolari *et al.*, 2018).

De forma contrarregulatória, há a secreção dos peptídeos natriuréticos (peptídeo natriurético tipo A e peptídeo natriurético tipo B), perante aumento da pressão e distensão das células miocárdicas; atuando nos rins, vasos sanguíneos e coração, promovem vasodilatação, redução da reabsorção de água e sódio, redução da pré e pós-carga, e inibem o SNS e SRAA, conduzindo efeitos opostos ao remodelamento cardíaco (Polónia; Gonçalves, 2019).

Primordialmente, os sistemas conseguem restaurar e manter a função cardíaca dentro do nível fisiológico. Todavia, a longo prazo, a ativação e ação destes mecanismos levam à danos secundários no ventrículo esquerdo (VE), causando o seu remodelamento, isto é, alterações estruturais, funcionais e elétricas do miocárdio, suficientes para causar a progressão da doença, aparecimento dos sintomas e possíveis descompensações cardíacas. Mesmo que os mecanismos regulatórios melhorem o débito cardíaco inicialmente, acabam sobrecarregando os mediadores vasodilatadores e natriuréticos opostos e progridem com a síndrome da insuficiência cardíaca (Hasenfuss; Mann, 2018).

É um ciclo vicioso que envolve disfunção sistólica, diastólica ou ambas. Enquanto na disfunção sistólica há redução do volume sistólico, na disfunção diastólica há ineficiência do enchimento ventricular em um volume de pré-carga suficiente, devido à anormalidade do relaxamento diastólico, enchimento ou distensão do VE (Borlaug *et al.*, 2013). Geralmente, resulta de alterações estruturais, disfunção microvascular e anomalias metabólicas, com aumento da rigidez cardíaca. O aumento das pressões de enchimento do VE pode levar à alterações estruturais e funcionais em nível auricular, pulmonar e do VD, devido ao aumento das pressões cardíacas (Fernandes *et al.*, 2020).

Tendo em vista a IC causada por uma anormalidade na função sistólica ou diastólica, ambas determinam os sintomas típicos da doença, a depender do tipo, sendo possível desenvolver as duas formas da patologia. Os sinais e sintomas da IC acontecem na mesma medida em que os mecanismos compensatórios vão ocorrendo e, desse modo, causando o remodelamento cardíaco, também variando de acordo com o ventrículo afetado. Ambos ventrículos atuam em sinergia, e deve-se considerar que a sobrecarga e disfunção de um, afeta o outro (Sanchez-Martelez; Gracia; López, 2016). Exemplo disso é a IC crônica do ventrículo direito (VD), que tem a hipertensão pulmonar induzida pela disfunção do VE como principal etiologia (ESC, 2021).

Em uma disfunção aguda do VD, é comum que o enchimento do VE esteja comprometido, resultando em diminuição do débito cardíaco, que leva à hipoxemia e má perfusão do VD. Habitualmente, quando a disfunção do VD está relacionada aos episódios de congestão pulmonar e/ou sistêmica, apresenta manifestações como dispneia, edema periférico, ingurgitamento de jugular, ascite, hepatomegalia, crepitações pulmonares, que refletem em aumento da pressão venosa central e do volume circulante, principalmente envolvendo a circulação venosa esplênica (Ponikowski; Jankowska, 2015; Sanchez-Martelez; Gracia; López, 2016). Já na IC esquerda, são mais comuns manifestações como ortopneia, dispneia paroxística noturna e, ainda, dispneia aos esforços ou no repouso (Ponikowski; Jankowska, 2015).

Em suma, entre os sinais e sintomas característicos da síndrome, os mais comuns são dispneia, edema nos membros inferiores e superiores, tontura, tosse, palpitações, fadiga ou falta de energia, insônia, dificuldade para respirar ao deitar-se, boca seca e inapetência (Peng; Tang, 2022), além de dispneia paroxística noturna, ganho de peso, dor abdominal e ortopneia (SBC, 2018).

A IC possui três classificações distintas, determinadas de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo, progressão da doença e gravidade dos sintomas. A classificação utilizada é baseada na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (Feve), geralmente medida por ecocardiografia, considerada padrão-ouro para o diagnóstico, a caracterização, o prognóstico, a triagem de pacientes e a determinação de tratamento (Savarese *et al.*, 2022). Regularmente, difere em relação às etiologias, às comorbidades associadas e à resposta à terapêutica instituída (SBC, 2018).

Uma Feve normal é aquela $\geq 50\%$, sendo denominada de IC com fração de ejeção preservada (ICFEp); a Feve $< 40\%$ é denominada de IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr); uma Feve entre 41% e 49% caracteriza a IC com fração de ejeção levemente reduzida (ICFElr); e IC com fração de ejeção melhorada (ICFEm) é aquela com aumento de 50% da Feve após uma ICFEr (SBC, 2018; Savarese *et al.*, 2022).

Ressalta-se que a ICFEp é a forma mais comum de IC na comunidade, principalmente em pessoas com mais de 65 anos, podendo ser considerada uma síndrome geriátrica. É complexa e multifatorial, com uma diversidade de fenótipos e mecanismos fisiopatológicos, distintos da ICFEr, estando relacionada a um conjunto

maior de comorbidades; e, assim, representa altas taxas de morbimortalidade (Ma *et al.*, 2020; Upadhya; Kitzman, 2020).

Outro método de classificação da IC é de acordo com a progressão da doença, proposto pela *American Heart Association* (AHA), em 2001. Trata-se de uma classificação por estágio da IC, baseada tanto na evolução quanto na progressão da doença. Inicia-se pela classificação de estágio A até o D, variando do risco de desenvolver IC até a IC refratária ao tratamento clínico, respectivamente. O estágio A e B são estágios pré-clínicos, ou seja, com risco de desenvolver IC, sem doença estrutural (A) ou com doença estrutural cardíaca (B), porém ambos sem sintomas de IC. No estágio C e D há presença de sinais clínicos que evidenciam gravidade, isto é, além da doença estrutural cardíaca, o paciente apresenta sintomas (C) ou, quando a IC é refratária ao tratamento clínico, requerendo intervenção especializada (D) (SBC, 2018; Roger, 2021).

Por fim, existe a classificação de acordo com a gravidade dos sintomas ou classe funcional, que foi desenvolvida originalmente em 1928 e atualizada em 1994 pela *New York Heart Association* (Nyha) (Bennett *et al.*, 2002). É uma classificação que determina o estado funcional da pessoa, de acordo com a severidade dos seus sintomas cardíacos, variando entre as classes I a IV. Os sintomas são avaliados com base no grau de tolerância ao exercício ou, também, presença ou não de sintomas durante atividade física habitual, variando desde a ausência de sintomas até a presença deles, mesmo em repouso (SBC, 2018; Roger, 2021).

As classes funcionais I e II apresentam sintomas estáveis e menos hospitalizações; contudo, a chance de apresentarem morte súbita é relativamente maior. As classes funcionais III e IV apresentam sintomas graves, progressivos, hospitalizações frequentes e maior risco de mortalidade (SBC, 2018).

Segundo a Nyha (1994), as quatro classes propostas são:

- Classe I – assintomático: ausência de sintomas;
- Classe II – sintomas leves: atividades físicas habituais causam sintomas; limitação leve;
- Classe III – sintomas moderados: atividades físicas menos intensas causam sintomas; limitação importante, porém confortável em repouso;
- Classe IV – sintomas graves: incapacidade para realizar quaisquer atividades sem apresentar desconforto e sintomas em repouso.

Para que seja compreendido o contexto da classificação da NYHA é importante esclarecer o conceito de estado funcional, sendo seu objeto de estudo (Bennett *et al.*, 2002). Ao medir o estado funcional da pessoa, a NYHA investiga a sintomatologia comparativa em um determinado nível de desempenho, ou seja, mede a capacidade da pessoa para realizar atividades dentro do seu ambiente cotidiano (Verbrugge; Jette, 1994). Essa capacidade pode estar influenciada por fatores pessoais, ambientais, sociais e, até mesmo, biológicos (sintomas), variando o estado do indivíduo tanto pelas limitações físicas consequentes da IC quanto pela percepção individual dos sintomas, fatores psicoespirituais, sociais, entre outros (Bennett *et al.*, 2002).

3.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO NO MANEJO DOS SINTOMAS E DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O tratamento da IC consiste em associação entre terapia farmacológica e não farmacológica, sendo tal integração padrão-ouro para um bom prognóstico da pessoa com IC (SBC, 2018; Marcondes-Braga, 2021).

O tratamento farmacológico é determinado conforme a FE (ICFEp ou ICFEr). Todavia, o tratamento para ICFEr não pode ser utilizado para ICFEp, devido aos diferentes fenótipos e ausência de estudos que comprovem eficácia na utilização do mesmo tratamento. Também, não há estratégias medicamentosas comprovadas específicas para este perfil de IC que indiquem melhora significativa no prognóstico (Berliner; Hänselmann; Bauersachs, 2020; Ma *et al.*, 2020; Upadhyia; Kitzman, 2020).

Tendo em vista que o remodelamento cardíaco acontece por meio dos mecanismos neuro-hormonais, o objetivo do tratamento da ICFEr é a inibição ou bloqueio destes eixos. Baseia-se em tripla terapia com os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), betabloqueadores (BB) e antagonistas de receptores mineralocorticoides (ARMs). Como medida alternativa aos IECA, são utilizados bloqueadores de receptores de angiotensina II (BRA) (SBC, 2018; Seferovic *et al.*, 2019; Berliner; Hänselmann; Bauersachs, 2020; Marcondes-Braga, 2021).

O tratamento com IECA e BB levou a uma melhora significativa no prognóstico dos pacientes com IC e constituem a base de sua terapia (Berliner;

Hänselmann; Bauersachs, 2020). Dentre as IECA, consta como primeira escolha as drogas: captopril, enalapril, ramipril, lisinopril, perindopril; na classe dos BB, estão o carvedilol, metoprolol e bisoprolol; e, nos ARM, estão a espironolactona e eplerenona. Quando necessário o uso de BRA, as drogas mais comuns são a losartana e valsartana (SBC, 2018; Marcondes-Braga, 2021).

Os ARM estão indicados em pacientes sintomáticos com disfunção sistólica do VE em classes funcionais II a IV (Pitt; Ferreira; Zannad, 2017). Os Inibidores da neprilisina e dos receptores da angiotensina (sacubitril e valsartana) atuam na combinação da inibição do SRAA e na inibição da degradação e peptídeos natriuréticos (SBC, 2018; Berliner; Hänselmann; Bauersachs, 2020). Ainda, também são utilizados medicamentos para controle de sintomas, como o uso de nitrato e hidralazina, atuantes na vasodilatação, na redução da resistência vascular sistêmica e pós carga de VE. Os diuréticos de alça (furosemida) e tiazídicos (hidroclorotiazida) também são utilizados a fim de aliviar a congestão (SBC, 2018; Marcondes-Braga, 2021).

Para o tratamento da ICFE_p é necessário considerar as condições individuais, os diferentes fenótipos e a presença de comorbidades. Portanto, o tratamento convencional com uso de BB e IECA em pacientes com ICFE_p não apresentam o mesmo benefício quando comparados aos pacientes com ICFE_r (Ather *et al.*, 2012; SBC, 2018).

As evidências dos resultados no tratamento da ICFE_p, então, são com base na redução da mortalidade, hospitalização ou melhora dos sintomas. A espironolactona se mostrou eficaz na redução da mortalidade; diuréticos podem ser utilizados para evitar congestão; e outros fármacos são indicados para tratar isquemia miocárdica e hipertensão, objetivando reduzir a progressão da ICFE_p (Marcondes-Braga, 2021).

Em determinados casos mais graves, deve-se considerar o uso de dispositivos alternativos, como, por exemplo, o implante do desfibrilador cardioversor implantável (CDI): é realizada uma terapia de ressincronização cardíaca, a fim de prevenir morte súbita em pacientes com IC. Em tal população, a morte súbita é responsável de 30 a 50% dos óbitos, e 80% são decorrentes de arritmias ventriculares que podem ser prevenidas com o uso do CDI (SBC, 2018). Desse modo, o implante do CDI possui indicação formal para pacientes com disfunção ventricular recuperados de morte súbita por arritmias malignas de causas não

reversíveis. No entanto, é contraindicada para prevenção primária de morte súbita em pacientes com baixa expectativa de vida (< 1 ano), infarto do miocárdio recente, isquemia miocárdica tratável por revascularização cirúrgica ou percutânea, comorbidades graves (câncer, insuficiência renal crônica avançada, doença pulmonar obstrutiva grave) ou pacientes com indicação de transplante cardíaco (SBC, 2018).

Além do tratamento farmacológico, o controle e manejo da IC exige que as pessoas sigam um plano terapêutico para mudanças de hábitos de vida (SBC, 2018). Tais mudanças incluem alimentação adequada, dieta hipossódica, redução de gorduras e alimentos processados; ingestão hídrica adequada (Wojnowich; Korabathina, 2016; SBC, 2018); controle de peso (Linhares *et al.*, 2016) cessação do tabagismo; consumo adequado de álcool; atividade física de acordo com as condições do indivíduo, bem como a manutenção da atividade sexual. Crenças, valores e espiritualidade também podem ser fatores favoráveis à saúde (SBC, 2018).

Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca aos pacientes com IC crônica, considerando os níveis seguros de ingestão diária de sal, para evitar efeitos da hiponatremia e hipervolemia, recomenda-se a ingestão de menos de 7 gramas de sal por dia (SBC, 2018). Assim, Sousa e colaboradores (2020) identificaram em revisão sistemática, que pessoas em CF III e IV, devido à ampla carga de sintomas, quando realizam restrição do consumo de sódio apresentam menos desfechos clínicos desfavoráveis quando comparados ao grupo em CF I e II. Desse modo, como estratégias de manejo da doença e a atuação da enfermagem, há a orientação para incentivar a pessoa a eliminar o uso de sal da sua mesa, substituindo-o por ervas e temperos naturais no preparo dos alimentos. Recomendar a redução, ao máximo possível, de alimentos prontos, processados e embutidos, que possuem alto teor de sódio. São estratégias de baixo custo e devem ser associadas na mudança de comportamento e de estilo de vida, essenciais para melhoria e manutenção do estado funcional e estabilidade clínica (Sousa *et al.*, 2020).

A ingestão de líquidos deve ser adequada para evitar retenção hídrica, principalmente se associada ao consumo inadequado de sal. Se existir o consumo de sal e de água excessivos, resulta-se em congestão, causando descompensações e consequentes hospitalizações, o que contribui para a mortalidade. Por isso, a monitorização diária da volemia é parâmetro que orienta o tratamento (Linhares *et al.*, 2016). Ademais, o desequilíbrio de sódio e água desencadeia em aumento

importante do peso no paciente com IC. Wojnowich e Korabathina (2016) afirmam que o ganho de um a dois quilos em um curto período indica retenção hídrica e piora da congestão. Logo, sugere-se reduzir a ingestão diária de líquidos para 1,5 a 2 litros em pessoas com IC grave com sinais de hiponatremia ou congestão (Colin-Ramirez; Arcand; Ezekowitz, 2017).

A cessação do tabagismo também é uma prática a ser trabalhada com pacientes com IC. Com relação ao uso de bebidas alcólicas, a recomendação é ingesta máxima de sete doses por semana para homens, equivalente a 20ml, e 10ml para mulheres (SBC, 2018; Marcondes-Braga, 2021).

Outras estratégias também se apresentam benéficas no tratamento para IC, como a vacinação para influenza e pneumococo; a reabilitação cardiovascular através de treinamento físico regular e seguro, respeitando a capacidade funcional do indivíduo; tais ações, além de reduzir taxas de hospitalização, contribuem para uma melhor qualidade de vida (SBC, 2018). Além disso, é necessário incentivar a manutenção das atividades laborais, bem como a promoção da manutenção das atividades sexuais, pois os fármacos podem causar redução ou suspensão da vida sexual (SBC, 2018; Précoma; Oliveira, 2019).

Diante disso, torna-se claro o papel do enfermeiro na educação em saúde, na orientação e incentivo para redução da ingesta de sal e ingesta hídrica; para alimentação saudável e realização de exercícios físicos de acordo com a capacidade de cada pessoa; no incentivo, a cessação do tabagismo e etilismo; na orientação, sobre sinais de alarme indicativos de descompensação cardíaca, situação vacinal; e, ademais, no incentivo, a atividade laboral de acordo com a capacidade (Wojnowich; Korabathina, 2016; SBC, 2018; Linhares *et al.*, 2016; Sousa *et al.*, 2020).

O Quadro 1, publicado na Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia (2021), apresenta os fatores de risco para o desenvolvimento da IC, bem como as ações preventivas a serem tomadas.

QUADRO 1 – FATORES DE RISCO E AÇÕES PREVENTIVAS NO DESENVOLVIMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Fatores de risco para a IC	Estratégias preventivas
Sedentarismo	Atividade física regular;
Tabagismo	Cessação do tabagismo;
Obesidade	Atividade física e alimentação saudável
Etilismo	População geral: ingestão de álcool leve é benéfica; Pessoas com cardiomiopatia induzida por álcool devem se abster de álcool;
Gripe	Vacinação contra a gripe

QUADRO 1 – FATORES DE RISCO E AÇÕES PREVENTIVAS NO DESENVOLVIMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Microbes (<i>Trypanosoma cruzi</i> , Streptococci)	Diagnóstico precoce, terapia antimicrobiana específica para prevenção e/ou tratamento
Drogas cardiotoxícas	Função cardíaca e monitoramento de efeitos colaterais, adaptação de dose, mudança de quimioterapia
Radiação torácica	Função cardíaca e monitoramento de efeitos colaterais, adaptação de dose
Hipertensão	Mudanças no estilo de vida, terapia anti-hipertensiva
Dislipidemia	Dieta saudável, estatinas
Diabetes mellitus	Atividade física e dieta saudável, inibidores de SGLT2
Doença arterial coronariana	Mudanças no estilo de vida, terapia com estatinas
Sedentarismo	Atividade física regular

Fonte: Adaptado de *European Society of Cardiology*, (2021, p. 3632).

Ressalta-se que a adesão ao tratamento é requisito para o controle dos sintomas e da evolução da doença; está intimamente associada às mudanças nos hábitos de vida, aos esquemas terapêuticos e restrições dietéticas de sal e líquidos (Saccomann; Cintra; Gallani, 2014). A não adesão, por sua vez, implica em episódios de descompensações e hospitalizações (SBC, 2018; Oscalices *et al.*, 2019; Tinoco *et al.*, 2021), sendo evidenciado em estudo realizado na região Sul do Brasil, que averiguou que 55% dos casos de descompensação foram por não adesão ao tratamento proposto (Rabelo-Silva *et al.*, 2018).

3.3 PERCEPÇÃO, AVALIAÇÃO E MANEJO DOS SINTOMAS RELACIONADOS À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O manejo adequado dos sintomas exige, inicialmente, a percepção do sintoma e avaliação de suas múltiplas dimensões, que incluem a frequência e intensidade (Zambroski *et al.*, 2005).

Para a avaliação dos sintomas em IC, diferentes instrumentos tem sido utilizados, como o *Memorial Symptom Assessment Scale – Heart Failure* (MSAS-HF) (Zambroski *et al.*, 2005), *Symptom Status Questionnaire – Heart failure* (SSQ-HF) (Heo *et al.*, 2015), *Heart Failure Somatic Perception Scale* (Jurgens; Lee; Riegel, 2017) e *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (Green *et al.*, 2000). Entretanto, no Brasil, existem poucos instrumentos validados, traduzidos e adaptados transculturalmente para a língua portuguesa.

O KCCQ foi validado para o Brasil em 2023, por Reis e colaboradores (2023), e pode ser utilizado para avaliação da qualidade de vida em pacientes com IC. A SSQ-HF foi modificada a partir da MSAS-HF, em 2015, por Heo e

colaboradores (2015), para avaliar a presença, frequência, gravidade e angústia referente aos sintomas de falta de ar, fadiga ou falta de energia, dor no peito, inchaço nas pernas ou tornozelos, dificuldade para dormir à noite, e tontura ou perda de equilíbrio. Entretanto, somente a SSQ-HF foi validada no Brasil, por meio da adaptação transcultural e validação de conteúdo, por Santos e colaboradores (2021).

Ainda, a *Edmonton Symptom Assessment System* (Esas), escala validada para avaliação de sintomas em pacientes oncológicos, tem sido amplamente utilizada para avaliar sintomas relacionados à IC (Manfredini, 2014; Kurogi; Butcher; Salvetti, 2020); contudo, não foi validada especificamente para esse perfil de pacientes. A aplicação da Esas em um estudo brasileiro envolvendo pessoas com IC verificou uma média de 4,3 sintomas por pessoa, sendo que os mais frequentes e intensos foram a ansiedade, a tristeza e as alterações do sono, seguidos por fadiga e dor (Kurogi; Butcher; Salvetti, 2020).

A MSAS-HF foi utilizada nos Estados Unidos com 50 participantes, com a ocorrência da média de quinze sintomas, sendo os mais prevalentes a falta de ar e de energia, dificuldade para dormir e dificuldade para respirar quando deitados (Zambroski *et al.*, 2005).

A partir da percepção e avaliação dos sintomas, vem a necessidade de manejá-los, por meio de estratégias. Assim, as estratégias de manejo de sintomas¹ estão relacionadas ao comportamento em saúde e à promoção do autocuidado (Liu *et al.*, 2023). O autocuidado e o automanejo, embora sejam conceitos semelhantes, possuem significados distintos. O *autocuidado* pode ser definido como a habilidade de cuidar de si e desempenhar ações para promover, manter e proteger sua saúde (Richard; Shea, 2011). Segundo Dorothea Orem, o autocuidado é composto por ações que a pessoa dirige para si, objetivando controlar os fatores que afetam seu desenvolvimento e atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001). Já o *automanejo* comporta habilidades adotadas pela pessoa para obter controle sobre sua doença, incluindo o monitoramento do estado de saúde e o uso de estratégias para manejo de tratamento e sintomas causados pelas doenças crônicas (Richard; Shea, 2011).

¹ Neste estudo, atribuiu-se os termos “manejo”, “automanejo” e “autocuidado” como similares para as estratégias realizadas pelo participante para o manejo dos sintomas.

No autocuidado da IC as pessoas têm comportamentos de manutenção e manejo do autocuidado – o último compreende as decisões tomadas em razão da percepção de algum sintoma ou sobre sua piora, enquanto a manutenção envolve a adesão às recomendações farmacológicas, dieta hipossódica, cessação do tabagismo e etilismo, monitoramento diário do peso e de sinais ou sintomas de descompensação da IC (Riegel *et al.*, 2009).

Para avaliar e compreender as estratégias de autocuidado e manejo dos sintomas e da doença, faz-se uso de instrumentos para avaliação. Apesar da grande variedade de instrumentos voltados à avaliação do autocuidado na IC em nível mundial, no Brasil, existem dois instrumentos validados: o *Self-care Heart Failure Index* (SCHFI) (Ávila *et al.*, 2013), e o *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS) (Feijó *et al.*, 2012). Ambos instrumentos avaliam o comportamento de autocuidado, considerando o reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação e a tomada de decisão perante o sintoma; todavia, o SCHFI ainda avalia o nível de confiança da pessoa para realizar as atividades de autocuidado (Riegel *et al.*, 2009).

O EHFScBS foi desenvolvido por enfermeiras pesquisadoras americanas, a fim de identificar as estratégias para o manejo de sintomas e o autocuidado; além de avaliar a capacidade das pessoas para enfrentar a doença (Riegel *et al.*, 2004). No Brasil, a tradução, adaptação transcultural e validação foram realizadas em 2012, com uma amostra de 124 participantes com IC (Feijó *et al.*, 2012). Este instrumento possui praticidade e relevância em qualquer cenário da prática relacionada à IC, seja em instituições de saúde ou em meio domiciliar (Jaarsma *et al.*, 2003; Feijó *et al.*, 2012).

Estudos brasileiros que aplicaram as escalas EHFScBS e SCHFI identificaram níveis de autocuidado de moderado à insatisfatório entre os participantes com IC (Conceição *et al.*, 2015; Costa; Gama; Mendes, 2020). Em contrapartida, outro estudo identificou níveis de autocuidado satisfatórios entre pessoas com IC que estavam em acompanhamento telefônico (Leal *et al.*, 2023).

3.4 AVALIAÇÃO DAS LIMITAÇÕES DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida (QV), em seu sentido amplo, pode ser definida como a percepção da pessoa sobre sua posição na vida, considerando a cultura e o sistema de valores nos quais ela vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL, 1995). No entanto, para complementar o conceito de QV geral, há o conceito de QV relacionada à saúde (QVRS), compreendida como o valor atribuído a vida, que varia conforme a percepção das limitações físicas, psicológicas e sociais influenciadas pela doença, sintomas, tratamento e outras condições de saúde (Arbex; Almeida, 2009). Neste estudo, ambos termos serão tratados como sinônimos.

A preocupação com a QV em pessoas com IC tem sido cada vez mais destacada na área da saúde. Com a progressão da doença e dos sintomas, a pessoa está sujeita a apresentar limitações no desempenho funcional, bem como problemas emocionais, influenciando nas atividades de vida diárias, além de se tornar dependente no contexto social, econômico e cultural (Silva *et al.*, 2021). A avaliação da QV possibilita compreender a percepção da pessoa sobre os efeitos funcionais da doença e do tratamento perante a vida, considerando a subjetividade das dimensões físicas, emocionais e sociais (Oliveira *et al.*, 2011). Assim, as investigações sobre QV em pessoas com IC envolvem, especialmente, a evolução dos aspectos afetados pela doença ou pelo seu tratamento. Esses aspectos incluem os benefícios e prejuízos do tratamento adotado (Fayers; Machin, 2007).

A QV inclui três domínios em seu contexto: físico, psicológico e social. O domínio físico inclui aspectos relacionados à capacidade funcional e laboral. O psicológico relaciona-se à satisfação, bem-estar, autoestima, ansiedade e depressão. O domínio social comporta aspectos da reabilitação para o trabalho, lazer, interação familiar e social (Fayers; Machin, 2007).

Ao avaliar a QV em pessoas com IC, geralmente, os instrumentos recaem sobre os sintomas e limitações desencadeadas pelo adoecimento com a IC, medindo a subjetividade da gravidade da doença e seus sintomas, mostrando como os sintomas da doença e tratamento são sentidas pela pessoa (Sneed *et al.*, 2001; Seild; Zannom, 2004).

À título de exemplificação, os instrumentos mais utilizados para avaliação de QV em pessoas com IC são o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), e o KCCQ-12 – também utilizado para avaliação de sintomas (Reis *et al.*, 2023). O MLHFQ foi desenvolvido em 1987, validado no Brasil em 2009, e consiste em avaliar limitações associadas ao quanto a IC impede os pacientes de viverem como gostariam (Carvalho *et al.*, 2009; Rector; Cohn, 1992). Ressalta-se que a avaliação da QV envolve os três domínios, e considera, além de questões socioculturais e psíquicas, os sintomas e as limitações causadas pela doença. Este estudo também realizou a investigação da QV no sentido de verificar a avaliação das limitações decorrentes dos sintomas da IC.

Considerando todo o contexto fisiopatológico da doença, os sintomas, hospitalizações, tratamento realizado, bem como as particularidades da realidade de cada pessoa, que influenciam em sua QV, é importante que seja estudada a experiência e o manejo dos sintomas de maneira sistematizada, robusta. Para tanto, na realização desta pesquisa, utilizou-se de um referencial teórico.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, apresenta-se o referencial teórico definido para orientar este estudo: a Teoria de Manejo dos Sintomas.

4.1 TEORIA DE MANEJO DOS SINTOMAS

A TMS ou *Symptom Management Model* foi publicada em 1994 como modelo conceitual, pelo corpo docente do grupo de professores de Manejo de Sintomas da Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, em São Francisco, Estados Unidos. A teoria foi desenvolvida a fim de descrever o processo multidimensional de manejo dos sintomas e tem como base conceitual que o manejo eficaz de um sintoma, ou conjunto de sintomas, deva considerar três componentes: experiência de sintomas; estratégia de manejo dos sintomas; e resultados. A partir de 2001, foram reunidos três domínios de enfermagem que se interligam para o manejo dos sintomas: a pessoa, o ambiente e a saúde e doença (Dodd *et al.*, 2001; Bender *et al.*, 2018). Então, após a revisão de 2001, atualizada em 2008, tornou-se uma Teoria de médio alcance denominada Teoria de Manejo de Sintomas (TMS) (Linder, 2010; Humphreys *et al.*, 2014).

A abordagem ao sintoma em tal teoria é compreendida como uma experiência pessoal que envolve mudanças no funcionamento biológico, psicológico ou social, alterando as sensações ou cognição de um indivíduo; enquanto o sinal é definido como alguma anormalidade sugestiva de doença, que pode ser visualizada e percebida tanto pelo sujeito quanto por terceiros (Dodd *et al.*, 2001). Os pressupostos que o justificam como teoria, são (Dood *et al.*, 2001):

- O sintoma deve ser avaliado com base na percepção da pessoa que o vivencia e autorrelata;
- Poderá ser aplicado em pessoas que apresentam sintomas e/ou para pessoas com riscos de desenvolver sintomas (estratégias de intervenção preventiva);
- Quando as pessoas não conseguem se expressar verbalmente, os cuidadores devem levar em consideração a interpretação da vivência dos sintomas oferecida pelos familiares;
- Todos os sintomas devem ser gerenciados/manejados;

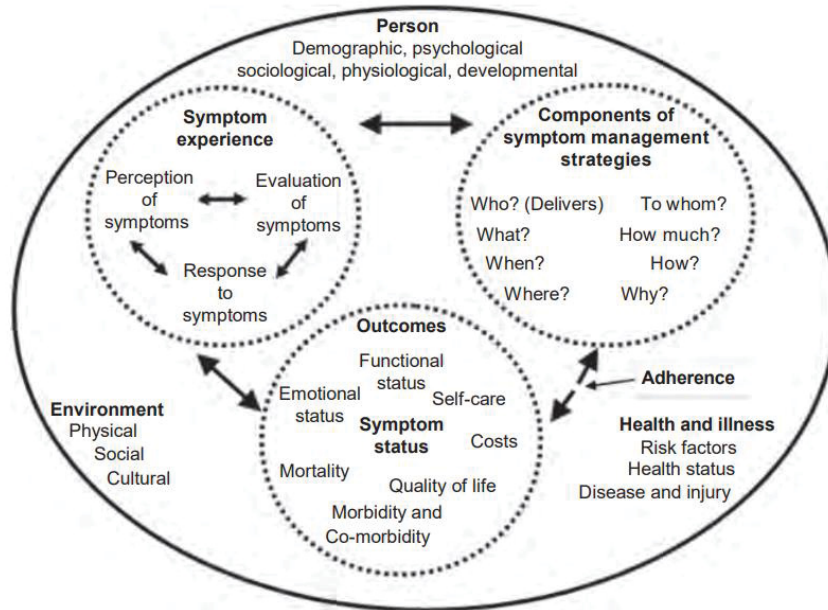
- As estratégias de manejo de sintomas podem abordar o indivíduo, família, grupo ou ambiente de trabalho;
- O manejo de sintomas é um processo dinâmico, que pode ser modificado pelos resultados da pessoa e pelas interrelações entre a pessoa, saúde/doença e ambiente, três noções centrais no campo das ciências da enfermagem.

Em relação aos domínios de enfermagem aplicados à teoria, Dodd e colaboradores (2001) descrevem os fatores e variáveis de cada domínio, que impactam significativamente nos pressupostos e nos componentes da teoria:

- a) Domínio 1 – Pessoa: consideram-se as variáveis intrínsecas ao indivíduo e sua forma de perceber e responder aos sintomas, como as variáveis pessoais, demográficas, psicológicas, sociológicas, psicológicas e fisiológicas.
- b) Domínio 2 – Meio ambiente: consideram-se as condições ou contextos em que cada sintoma acontece, incluindo variáveis físicas, sociais, culturais, que contemplam o domicílio, ambiente de trabalho, instituições de saúde, rede de apoio social, relações interpessoais, crenças e valores do indivíduo.
- c) Domínio 3 – Saúde e doença: variáveis exclusivas do estado de saúde e doença do indivíduo e seus fatores de risco associados, como doenças, lesões e/ou incapacidades. Essas variáveis influenciam diretamente nos três componentes da TMS (experiência do sintoma, estratégias para o manejo dos sintomas e resultados).

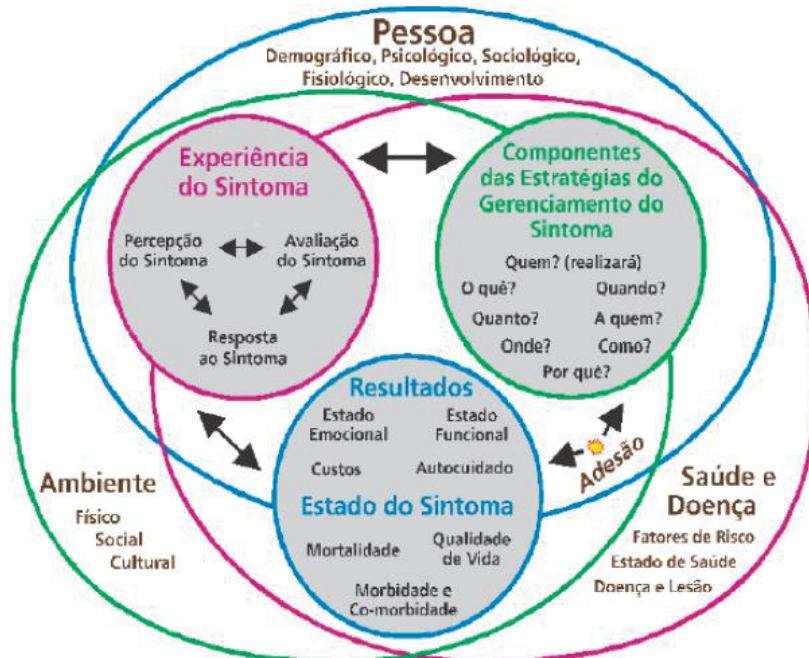
Por ser uma teoria que envolve um processo multidimensional, necessita contemplar os três componentes e domínios para apresentar resolutividade no manejo dos sintomas, pois estão relacionados entre si (Dodd *et al.*, 2001). As Figuras 1 e 2 demonstram visualmente a interrelação entre os componentes e domínios.

FIGURA 1 – MODELO CONCEITUAL DA SYMPTOM MANAGEMENT THEORY – ORIGINAL EM INGLÊS



Fonte: Dodd *et al.*, (2001, p. 670); Bender *et al.*, (2018, p. 148).

FIGURA 2 – MODELO CONCEITUAL DA SYMPTOM MANAGEMENT THEORY, ADAPTADO AO PORTUGUÊS DO BRASIL.



Fonte: Traduzido por Nunes (2014, p. 42).

Segundo Dodd e colaboradores (2001), os três componentes envolvidos na TMS incluem a experiência do sintoma, estratégia de manejo e resultados, considerando:

Componente 1 – Experiência do sintoma

A experiência do sintoma é definida como um processo dinâmico, que inclui a percepção do indivíduo sobre um sintoma, a avaliação do seu significado e a resposta a algum sintoma (Dodd *et al.*, 2001; Bender *et al.*, 2018).

A percepção dos sintomas acontece quando o indivíduo identifica algum sentimento diferente do habitual, seja na frequência ou na gravidade. Essa percepção pode ser afetada por fatores biopsicossociais, como idade, sexo, etnia e variáveis sociodemográficas, variáveis psicológicas, cognição, comunicação, personalidade, crenças, religião, cultura, entre outras. Por isso, deve-se realizar uma avaliação detalhada do sintoma, a fim de identificar qual domínio apresenta maior vulnerabilidade (Larson *et al.*, 1994; Nunes, 2014; Bender *et al.*, 2018).

A avaliação do sintoma ocorre quando o indivíduo realiza um julgamento sobre a gravidade e frequência do sintoma, sua origem, localização e impactos na vida diária e na rotina. A avaliação pode ser potencializada se, na visão da pessoa, o sintoma significa alguma ameaça à vida ou se possui efeito incapacitante. Além disso, a avaliação é variável quando parte da pessoa que já percebe o sintoma há tempos, se comparada àquela que o sente pela primeira vez (Nunes, 2014). Outro fator que poderá potencializar o efeito negativo na avaliação do sintoma é quando a pessoa, ao percebê-lo, busca estratégias para minimizá-lo e, ao fazê-lo, não percebe melhora, resultando em maior sofrimento na experiência daquele sintoma (Bender *et al.*, 2018).

A resposta ao sintoma considera os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e comportamentais. Na reação a determinado sintoma, podem ocorrer anormalidades funcionais no organismo, como alterações do padrão respiratório, taquicardia, insônia, entre outros. Os fatores psicológicos influenciam em mudanças de humor, sensação de ansiedade, alterações no comportamento afetivo e alteração da autoestima. Situações como choros, gritos, alterações de função e papel social, isolamento social, denotam as respostas comportamentais a algum sintoma (Dodd *et al.*, 2001; Nunes, 2014).

Diante da experiência dos sintomas e com o intuito de aliviá-los, nascem as estratégias de manejo de sintomas.

Componente 2 – Estratégia de manejo do sintoma

Com o objetivo de evitar, atrasar, aliviar ou minimizar a experiência do sintoma, as estratégias de manejo iniciam com a avaliação individual, seguida da identificação de alguma intervenção que esteja relacionada ao domínio afetado do sintoma (Dodd *et al.*, 2001).

São consideradas três vias ao planejar uma estratégia de manejo: reduzir a frequência dos sintomas; reduzir a gravidade dos sintomas; ou aliviar a angústia associada ao sintoma. Deve-se lembrar que os sintomas sofrem influência dos três domínios de enfermagem (pessoal, ambiente e de saúde/doença), influenciando nas estratégias a serem tomadas. É importante que a pessoa seja a responsável por manejar os sintomas, de forma independente ou com a ajuda de um familiar/cuidador, facilitando que ele próprio seja o protagonista da sua saúde, sempre que possível (Bender *et al.*, 2018).

Componente 3 – Resultado dos sintomas

Este componente contempla fatores que resultam das estratégias adotadas: estado funcional, estado emocional, qualidade de vida, custos, mortalidade, morbidade e comorbidade (Dodd *et al.*, 2001). O resultado depende da persistência ou não dos sintomas e da mudança da intensidade e frequência, que determinarão a necessidade de intervenção contínua ou o planejamento de uma nova prescrição. Ao tratar um sintoma, se houver a persistência dele, a pessoa poderá endro-lo de outra forma, modificando sua percepção acerca dele. Assim, é necessário o monitoramento dos resultados para determinar possíveis mudanças ou não das estratégias de cuidado (Dodd *et al.*, 2001; Bender *et al.*, 2018).

A TMS cresce à medida que são realizados estudos envolvendo os três componentes e três domínios da teoria, apresentando destaque tanto na enfermagem quanto em outras áreas do conhecimento (Bender *et al.*, 2018). Na área da enfermagem, a TMS tem sido utilizada de maneira ampla, em estudos envolvendo cuidado de enfermagem a pacientes pediátricos, adolescentes, adultos e idosos. Foi abordada em estudos para manejo da sede no período perioperatório, em pessoas com câncer, Diabetes *Mellitus* tipo II (DM), artrite reumatoide, doença de *Behçet*, adolescentes com *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e adultos em pós-operatório de cirurgias ortopédicas, ginecológicas, neurológicas e de trato gastrointestinal (Silva; Lopes; Mercês, 2021).

Pesquisas envolvendo a sede no período pós-operatório foram estudadas e fundamentadas na TMS. Por ser um sintoma comum, muitas vezes é subvalorizado pela equipe de saúde, mesmo sendo um sintoma intenso e angustiante àquele que a vivencia (Conchon *et al.*, 2015; Silva; Aroni; Fonseca, 2016).

Em estudo outro estudo, realizado com familiares cuidadoras de crianças com câncer em tratamento quimioterápico, houve a investigação dos sintomas associados à quimioterapia e às estratégias utilizadas para o manejo. Como forma de amenizar os sintomas físicos de fraqueza, alopecia, dor, mucosite, constipação, náuseas, vômitos e sintomas emocionais e psicossociais, como tristeza e alterações de humor, foram aplicadas medidas de manejo farmacológicas e não farmacológicas (Silva-Rodrigues *et al.*, 2021).

Já em um estudo brasileiro desenvolvido por Nunes (2014), que envolveu os três componentes da TMS, foi realizada avaliação de fadiga em crianças e adolescentes hospitalizados com câncer, identificando que um gerenciamento eficaz do sintoma exige a associação dos três componentes interrelacionados: experiência de sintomas, estratégias para o manejo, e os resultados. Observou, ainda, que a fadiga é influenciada por diversos fatores, entre eles, os relacionados à pessoa, ao ambiente e à saúde/doença; a associação entre eles torna a experiência do sintoma algo singular.

Existem estudos internacionais abordando a TMS em pacientes cardíacos (Céspedes-Cuevas, 2014; Bernal-Cárdenas; Céspedes-Cuevas; Sanhueza-Alvarado, 2018; Mendez; Gomez; Torres, 2020). Pesquisadoras colombianas estudaram a TMS em pessoas com síndrome coronariana aguda (Garcia; Montoya, 2014; Cárdenas; Cuevas; Reyes, 2023), investigando as ações de resposta da mulher e o tempo que leva para buscar ajuda com os sintomas associados à SCA, compreendendo os sintomas investigados, aspectos relacionados ao tempo de atraso na busca pelo atendimento e os sinais de alarme que indicam gravidade da síndrome (Garcia; Montoya, 2014). Cárdenas, Cuevas e Reyes (2023) investigaram a multidimensionalidade da experiência dos sintomas e encontraram relação entre avaliação dos sintomas e a tomada de decisões (resposta ao sintoma).

Especificamente à IC, estudos internacionais aplicaram a TMS nos pacientes, especialmente, com o intuito de investigar a experiência – percepção e avaliação – e a resposta aos sintomas da IC (Sethares *et al.*, 2014; Okada *et al.*, 2019; Thida *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2023). Não foram encontrados estudos brasileiros

disponíveis online que abordassem a TMS em pacientes com doenças cardiovasculares, tampouco com IC.

Diante disso, considerando a aplicabilidade da teoria para qualquer público que apresente risco de desenvolver sintomas, ou que já os apresente, bem como a alta carga de sintomas de pacientes com IC, é relevante a realização desta pesquisa, tendo em vista a inexistência de estudos nacionais envolvendo a temática. Logo, considerando os três componentes da TMS, o foco desta pesquisa é abordar os dois primeiros componentes: experiência dos sintomas e estratégia de manejo dos sintomas.

5. METODOLOGIA

Nesta seção serão apresentados os métodos para execução da pesquisa. São considerados: tipo de estudo, local de pesquisa, participantes, seleção e recrutamento dos participantes, coleta dos dados, análise dos dados e os aspectos éticos.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, observacional e transversal. Desenvolveu-se sob uma abordagem de métodos múltiplos ou multimétodos. A escolha por esse método ocorreu com o intuito de obter informações completas dos participantes e da possibilidade de combinar os dados qualitativos, quantitativos ou ambos, visando de responder à pergunta de pesquisa e proceder à análise aprofundada do tema (Sousa; Driessnack; Mendes, 2007; Creswell; Creswell, 2021).

No estudo de métodos múltiplos, cada projeto de pesquisa é planejado independentemente e conduzido de forma a responder questões específicas (Morse, 2003). Neste caso, podem ser implementados sequencialmente ou concomitantemente, delineando oito possibilidades de combinações: QUAL+qual, QUAL→qual, QUAL+quan, QUAL→quan e QUAN+quan, QUAN→quan, QUAN+qual, QUAN→qual. O sinal de mais (+) indica que o método secundário ou suplementar foi implementado simultaneamente, dentro do mesmo período de coleta de dados, enquanto a flecha (→) indica que o método secundário foi implementado sequencialmente, ou depois da coleta dos dados primários (Morse, 2003; Sousa; Driessnack; Mendes, 2007). Sobre o referencial teórico primário é designado pelo uso das letras maiúsculas e deve ser respeitado considerando os seus respectivos referenciais teóricos; já o referencial secundário é designado usando letras minúsculas após o sinal que indica o tipo de implementação dos dados. O objetivo do referencial teórico secundário é buscar uma perspectiva que o referencial primário não alcança, ou explorar os dados com maior profundidade (Sousa; Driessnack; Mendes, 2007).

Na pesquisa qualitativa, o intuito é explorar e compreender determinado problema ou questão social e/ou humana a partir do significado atribuído pela pessoa, ou seja, não contempla os significados do pesquisador ou tão somente da

literatura, mas dos participantes. Ela emprega concepções filosóficas distintas, estratégias de investigação, métodos de coleta, análise e interpretação dos dados. Os dados são baseados em textos e imagens, com diferentes abordagens e passos distintos na análise dos resultados (Creswell; Creswell, 2021).

A pesquisa quantitativa, então, tem o objetivo de testar determinada teoria, investigando a relação entre variáveis – que podem ser mensuradas por instrumentos (Creswell; Creswell, 2021). Definem-se variáveis e utiliza-se de instrumentos estruturados para a coleta dos dados. Para a análise e tratamento dos dados, recorre-se aos métodos estatísticos e comparações numéricas, a fim de atingir objetividade (Dyniewicz, 2007).

Embora o estudo de métodos múltiplos atenda dois ou mais desenhos metodológicos, diferentemente dos métodos mistos, tem seu estudo planejado e implementado de modo a atender à questão específica de cada estudo, tendo suas abordagens de forma simultâneas ou sequenciais, mas não realizam integração dos dados (Sousa; Driessnack; Mendes, 2007).

Nesta pesquisa, foi utilizada a combinação QUAL+quan, pois os dados secundários foram coletados simultaneamente aos primários, e o método secundário (quantitativo) buscou complementar os dados qualitativos.

5.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário (HU), referência no atendimento da macrorregião oeste do Paraná, que compreende quatro regionais de saúde, com 2 bilhões de habitantes (Unioeste, 2020).

Atualmente a instituição conta com 298 leitos exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como especialidades: Cardiologia, Neurologia, Ortopedia e traumatologia, Ginecologia e obstetrícia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, UTI e UCI neonatal, UTI Adulto, Urgência e Emergência, Hematologia, Hemocentro e Hemoterapia, Endoscopia, Endocrinologia, Urologia, Dermatologia, Infectologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia e *Coronavirus disease* (Covid-19) (Unioeste, 2022; Unioeste, 2023).

Entre as equipes de saúde que compõem o serviço ambulatorial, compreendem médicos docentes, médicos não docentes, fisioterapeutas docentes,

enfermeiros, enfermeiros docentes e técnicos de enfermagem, além da equipe administrativa e residentes das especialidades da medicina. A estrutura do ambulatório compõe-se de: recepção, secretaria, copa, quatro salas de reuniões, duas salas de pequenos procedimentos, duas salas de procedimentos ortopédicos, 21 consultórios equipados (Unioeste, 2020).

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de cardiologia, nas unidades de internação denominadas de F1, F2, G3, no Pronto Socorro Corredor (os), e em uma Unidade de Terapia Intensiva localizada no Pronto Socorro, denominada de UTI-PS da Instituição (Unioeste, 2020). Não existem leitos direcionados exclusivamente para Cardiologia nesse hospital.

No ambulatório de cardiologia, em todas as segundas-feiras no período matutino há consultas médicas exclusivamente para pacientes com IC, com cerca de 20 agendamentos semanais. Outras consultas médicas com a Cardiologia acontecem diariamente.

5.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram pessoas com diagnóstico de IC, atendidos no HU em nível ambulatorial, enquanto aguardavam a consulta com o cardiologista ou durante a hospitalização, nas Unidades de internação (F1, F2, G3 e PS) e na osl-PS.

O critério de amostragem para este estudo foi não probabilístico, com os participantes eleitos de modo não randômico (Polit; Beck, 2019). Justifica-se o critério em decorrência de modificações na demanda de atendimento do referido hospital no período estimado, isto é, devido ao fechamento de outro hospital de referência em cardiologia da região, sendo que o HU passou a aumentar o número de pacientes atendidos diariamente. Diante disso, não foi possível, na época, estimar o número real de atendimentos realizados, para a definição de uma amostra probabilística.

Para seleção dos participantes do estudo, então, foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos, nesta pesquisa, as pessoas que atingiram os seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter conhecimento do diagnóstico de IC em acompanhamento na unidade ambulatorial ou hospitalizados;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter capacidade para comunicação preservada.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas, desta pesquisa, as pessoas que apresentaram a seguinte condição:

- Sem histórico prévio de IC, ou ausência de sintomas relacionados à IC. Avaliação realizada por meio do questionário, elaborado pela mestranda-pesquisadora (Apêndice 1);
- Ter diagnóstico de IC confirmado no internamento atual;
- Apresentar alterações cognitivas que impossibilitasse o entendimento das perguntas, critério a ser avaliado pelo instrumento de Avaliação do Estado cognitivo (Anexo 1) (Pfeiffer, 1975).

Baseado em Pfeiffer (1975), o instrumento de avaliação do estado cognitivo consiste nas respostas fornecidas às seguintes questões realizadas no momento da entrevista: “Qual é seu nome completo?”; “Qual é a data de hoje?”; “Em que dia da semana estamos?”; “Qual é o nome do local onde estamos neste momento?”; “Qual a sua idade?”; e “Qual o nome da cidade em que você nasceu?”. As pessoas que apresentaram três ou mais erros foram excluídas do estudo.

5.4 SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES

A seleção e o recrutamento dos participantes ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos (CEP). Aconteceu de forma circunscrita por intermédio da análise dos prontuários dos pacientes com IC

atendidos no ambulatório de cardiologia ou que estivessem hospitalizados, durante o período de coleta de dados.

No ambulatório de cardiologia, às segundas-feiras, no período matutino, antes das consultas médicas e a partir de uma lista dos pacientes agendados, realizou-se a análise dos prontuários eletrônicos, com a finalidade de identificar os pacientes que atendessem aos critérios de inclusão. Posteriormente, antes de iniciar a consulta médica, foi realizada a abordagem com o paciente, pessoalmente, a fim de confirmar os demais critérios de inclusão.

Nas unidades de internação, realizou-se a busca ativa nas unidades (F1, F2, G3, PS, UTI-PS), entre duas e três vezes por semana, com o objetivo de realizar o recrutamento dos participantes por meio do levantamento das admissões, pela análise dos prontuários eletrônicos e avaliação dos critérios de inclusão. Os pacientes que apresentaram diagnóstico de IC em prontuário eletrônico foram abordados pessoalmente para aplicação do questionário de avaliação do estado mental e verificação dos demais critérios de inclusão.

Tanto no ambulatório quanto nas unidades de internação, no momento da abordagem, se confirmado pelo paciente o diagnóstico prévio de IC e sintomas relacionados, o paciente foi selecionado para participar do estudo. Para realização do convite, foram explicitados todos os procedimentos éticos envolvidos, os objetivos, justificativas e procedimentos da coleta, da aplicação dos instrumentos MLHFQ, EHFSBS e roteiro de entrevista. Também foi esclarecida a função e ocupação, e realizada a apresentação dos coletores dos dados no serviço (mestranda-pesquisadora, acadêmica de enfermagem, acadêmico de medicina), a fim de estabelecer vínculo com o paciente, que se tornou participante do estudo.

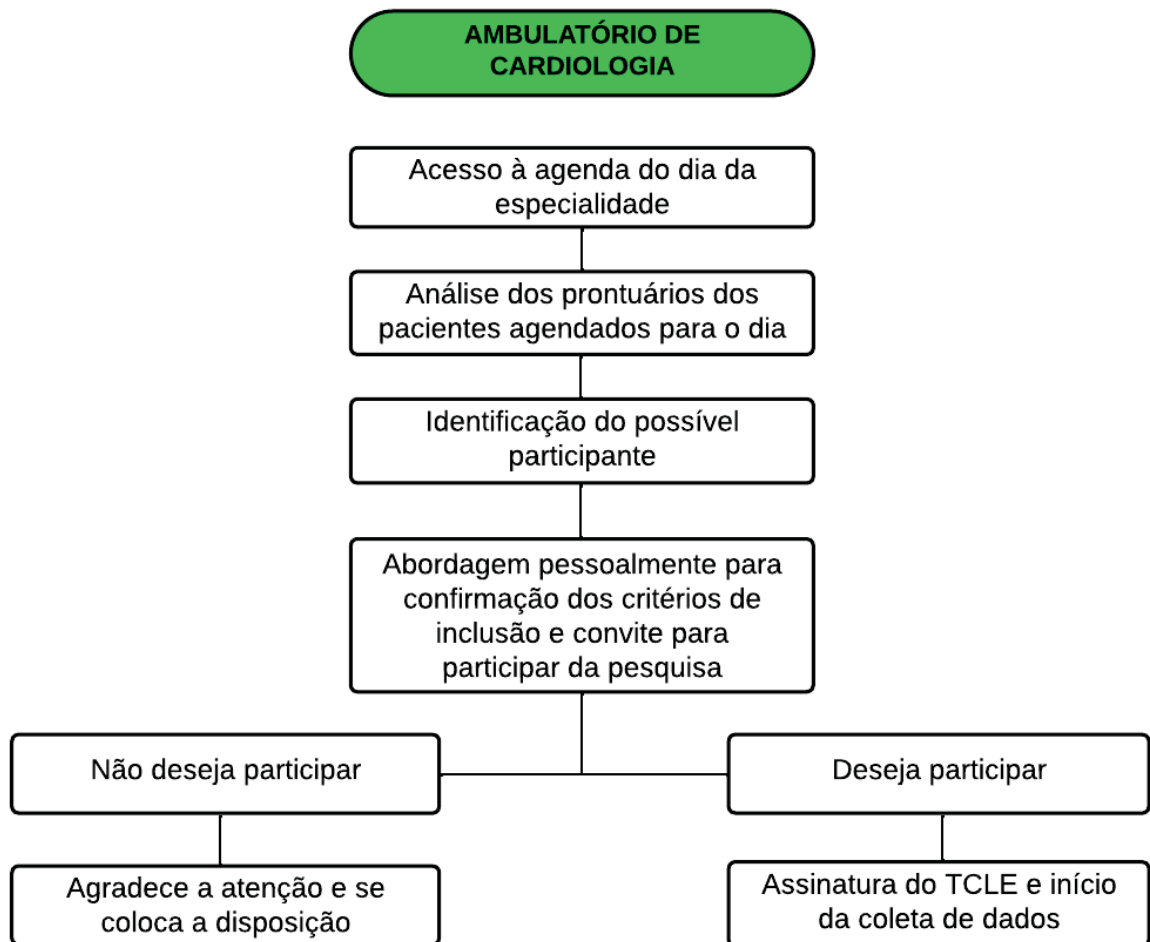
Foi oferecido tempo para que o paciente pudesse pensar a respeito. Mediante o aceite em participar, também foi disponibilizada a opção de participar dos procedimentos de coletas de dados imediatamente ao aceite, ou agendar para outro momento oportuno, de escolha do participante – e, àqueles que desejaram o agendamento da entrevista, assim foi feito. Também, foi permitida a presença de um familiar e/ou acompanhante para presenciar a entrevista, caso fosse preferência do participante.

Antes do início da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), foi apresentado e lido em conjunto, sendo explicadas eventuais dúvidas e/ou questionamentos; por fim, seguiu-se à solicitação

e coleta da assinatura do paciente participante – em duas vias de igual teor, sendo uma das vias ficou do participante e, outra, da pesquisadora.

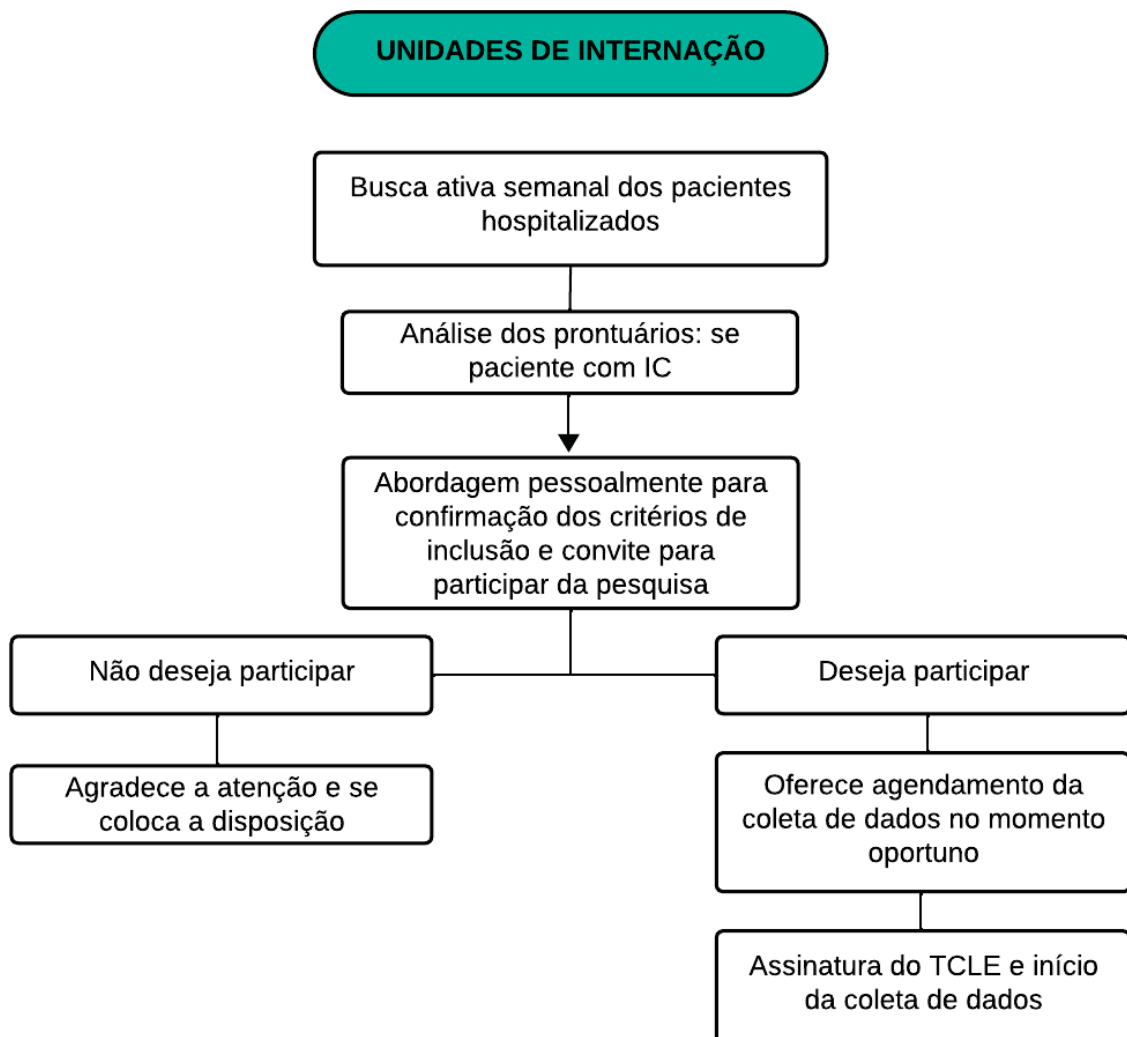
As fases de seleção e recrutamento dos participantes do estudo no ambulatório de cardiologia e nas unidades de internação estão apresentadas nas Figuras 3 e 4, respectivamente.

FIGURA 3 – FASES DE SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA



Fonte: a autora (2023).

FIGURA 4 – FASES DE SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



Fonte: a autora (2023).

Dos 146 portadores de IC identificados no período da coleta de dados, 59 foram excluídos por não atender aos critérios de inclusão estabelecidos; cinco recusaram participar do estudo; um foi à óbito antes da realização da coleta de dados – que teria sido agendada para outro momento.

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2023, nas dependências do ambulatório de cardiologia e nas unidades de internação do hospital (F1, F2, G3, PS, UTI-PS). Devido à pandemia pela Covid-19, instalada na

época da coleta de dados, para a proteção dos participantes e dos coletadores de dados foram tomadas todas as medidas protetivas orientadas pela instituição no cenário do estudo, como o uso de máscara, higienização das mãos e da caneta com álcool a 70% em gel.

Participaram da coleta de dados: a mestranda-pesquisadora, no ambulatório e nas unidades de internação; uma acadêmica de enfermagem e um acadêmico de medicina nas unidades de internação. O treinamento dos coletadores foi realizado pela mestranda-pesquisadora antes de iniciarem a coleta dos dados, bem como foram supervisionados nas primeiras abordagens.

Ainda, para a coleta dos dados, foram utilizados: um questionário, o roteiro de entrevista semiestruturada elaborados pela mestranda-pesquisadora, e dois instrumentos validados.

Primeiramente, realizou-se a aplicação do **questionário de perfil sociodemográfico e clínico** (Apêndice 3), no qual constam informações pessoais e sociais, como idade, sexo, raça autorreferida, religião, nível de escolaridade, naturalidade, procedência, ocupação; dados familiares, como estado civil, número de pessoas que moram na casa, renda individual e renda média familiar, benefício social; dados clínicos, como o histórico da doença atual, classificação, comorbidades, número de medicamentos de uso contínuo, medicamentos em uso no hospital, número de internações prévias em um ano; hábitos de vida, como os hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, etilismo, lazer, sono e repouso; atividades de lazer; e dados sobre infecção pela Covid-19 e vacinação. Para o preenchimento do formulário, foram utilizados dados do prontuário eletrônico e informações fornecidas pelo participante.

Na coleta qualitativa dos dados, foi realizada **entrevista com o roteiro de questões semiestruturadas** (Apêndice 4), construído pela mestranda-pesquisadora. O roteiro contemplou tópicos referentes aos sintomas que incomodaram o participante, as estratégias adotadas pelo participante para o automanejo dos sintomas, as orientações recebidas sobre os cuidados em saúde, as dificuldades encontradas para a adesão às recomendações e automanejo, e as expectativas em relação ao tratamento realizado.

Foram aplicados dois instrumentos para a coleta quantitativa.

O primeiro instrumento refere-se ao **European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS)** (Anexo 3), que possui 12 questões com um único

domínio relacionado ao comportamento de autocuidado. As respostas seguem uma escala do tipo *Likert*, que variam entre 1 a 5 pontos, na qual 1 consiste em “concordo plenamente”, 2 “quase sempre concordo”, 3 “às vezes concordo”, 4 “quase nunca concordo” e 5 “discordo plenamente”. A pontuação total é obtida pela soma dos escores de todas as respostas, que podem variar de 12 a 60. Quanto maior o escore obtido, menor é o autocuidado da pessoa (Feijó *et al.*, 2012).

Os itens correspondem aos comportamentos de autocuidado relacionados a verificação de peso diário (item 1), repouso (itens 2 e 7), busca de ajuda pela equipe de saúde (itens 3, 4, 5 e 8), restrição de líquidos (item 6), dieta (item 9), adesão às medicações (item 10), vacinação anual contra a gripe (item 11) e prática de exercícios (item 12) (Jaarsma *et al.*, 2003; Feijó *et al.*, 2012). O instrumento permite aos enfermeiros identificar os comportamentos de autocuidado dos pacientes com IC (Jaarsma *et al.*, 2003; Feijó *et al.*, 2012). Percebeu-se que os itens contemplam estratégias ao manejo de sintomas e que suscitam o automanejo e, conseqüente, a promoção do autocuidado, sendo compatíveis com os objetivos desta pesquisa. Assim, o instrumento tornou-se útil na medida em que investiga o componente dois da TMS: estratégias para manejo de sintomas (Dodd *et al.*, 2001).

Já o segundo instrumento de coleta de dados quantitativos comporta o **Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)** (Anexo 2) (Carvalho *et al.*, 2009; Rector; Cohn, 1992), composto por 21 questões, que envolvem três dimensões ou domínios: uma dimensão física (de 1 a 7, 12 e 13), altamente relacionadas com dispnéia e fadiga; uma dimensão emocional (de 17 a 21); e outras questões (de número 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16) que, somadas às dimensões anteriores, compõem o escore total. Para responder as questões, são consideradas as quatro últimas semanas. Os escores de respostas para cada questão variam de 0 (não) a 5 (demais), no qual 0 (zero) representa sem limitações e 5, limitação máxima (Rector; Cohn, 1992; Carvalho *et al.*, 2009). O escore total varia de 0 a 105, indicando pior QV à medida em que aumenta o escore. Escores menores que 24 pontos indicam boa QV; entre 24 e 45 indicam QV moderada; acima de 45 pontos é considerada QV ruim (Behlouli *et al.*, 2009).

Por ter sido desenvolvido especificamente para a IC, esta escala é relevante na avaliação dos sintomas, no que tange à forma com que impactam o cotidiano da pessoa; e, ademais, engloba um dos conceitos do componente de experiência dos sintomas da TMS: a avaliação dos sintomas.

A coleta de dados aconteceu no ambulatório, em sala exclusiva cedida pelos residentes de cardiologia. Quando hospitalizados nas unidades de internação, a coleta de dados aconteceu à beira-leito ou em outro local de escolha dos participantes, respeitando suas condições clínicas, não se ausentando da unidade, e permitindo sua privacidade.

Ainda mais, tal coleta foi realizada de forma padronizada, iniciando com a aplicação do questionário de perfil sociodemográfico e clínico, seguido do instrumento EHFSBS, roteiro de questões semiestruturadas e, por fim, o MLHFQ. Foi aplicada em um único momento, que durou 30 minutos, em média. Mesmo sendo realizada em único período, houve pouca ocorrência de sinais e sintomas, como alteração do padrão respiratório, fadiga, náuseas, mal-estar e desorganização emocional – como labilidade emocional e choro. Nestes casos, foram tomadas todas as medidas imediatas, verificação de sinais vitais, e informa à enfermeira responsável pelo ambulatório ou Unidade de internação. Após estabilização do quadro, foi orientado aos participantes que poderiam ser retomadas as coletas de dados em outro dia e horário, porém todos preferiram finalizá-las no mesmo momento, após estabilização.

As entrevistas foram audiogravadas com o auxílio de aplicativo de gravação de voz em aparelho celular e com gravador digital, mediante autorização do participante. Ao fim, foi oferecido ao participante a audição de sua entrevista para validação ou possíveis modificações. Após o término da entrevista, foram realizadas notas de campo, registrando observações pessoais e informações não relatadas explicitamente pelos participantes, mas percebidas pela mestranda-pesquisadora e outros coletadores.

Foi realizado teste-piloto com três participantes pela mestranda-pesquisadora, a fim de testar e avaliar a aplicação dos instrumentos e o roteiro da entrevista, buscando possíveis falhas e lacunas. Foram realizadas pequenas alterações no questionário sociodemográfico e clínico. Portanto, tais participantes não compuseram a amostra final do estudo.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

A fase de análise dos dados consiste em avaliar, examinar, tabular, categorizar, realizar testes e combinações dos dados coletados, com o objetivo de verificar descobertas sobre o objeto estudado (Yin, 2015).

Neste estudo foi realizada a abordagem de análise, denominada comparação lado a lado. Os resultados qualitativos e quantitativos foram analisados separadamente, para, então, se complementarem (Creswell; Creswell, 2021).

5.6.1 Análise qualitativa

Para análise dos dados qualitativos, foram realizados procedimentos de análise de conteúdo, descritos por Creswell e Creswell (2021), com a intenção de descobrir o sentido das informações colhidas e aprofundar a compreensão do tema. O processo envolve separar os dados e, posteriormente, reuni-los novamente e interpretá-los. Em tal momento, é necessário aprofundar-se para compreender as informações, interpretar os dados e atribuir significado. Trata-se de um processo permanente e envolve reflexão contínua (Creswell, 2010). Diante disso, a análise dos dados obedeceu às etapas da análise de conteúdo propostas por Creswell (2010):

- 1) Preparação e organização dos dados para análise: as entrevistas foram transcritas integralmente, tal como foram digitadas as notas de campo em documento do Microsoft Word®;
- 2) Leitura dos dados organizados: foi realizada a leitura exaustiva dos dados, para dar sentido às informações e extrair as ideias gerais dos participantes;
- 3) Codificação dos dados: os dados foram organizados e codificados com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), possibilitando a obtenção de segmentos de textos semelhantes e codificação em classes;
- 4) Descrição do cenário e dos dados: descrição detalhada dos dados e, a partir das classes geradas pelo IRaMuTeQ e da interpretação do pesquisador, foram categorizadas conforme segmentos de texto semelhantes;

- 5) Representação da análise: os dados foram apresentados pelas falas mais expressivas dos participantes e por meio das figuras geradas pelo IRaMuTeQ;
- 6) Interpretação da análise: os dados foram interpretados com base nos relatos dos participantes, definição das categorias e resultados de estudos já desenvolvidos e publicados, cruzando com o referencial teórico utilizado neste estudo (TMS).

O IRaMuTeQ é utilizado como ferramenta para a codificação dos dados e auxílio na análise qualitativa. Foi desenvolvido em 2009, por Pierre Ratinaud, na língua francesa e vem sendo largamente difundido em vários idiomas. Este é um programa gratuito, de acesso aberto, que realiza diferentes tipos de análises de dados textuais e identifica as situações em que as palavras aparecem. É capaz de segmentar o texto em categorias hierárquicas, “identificadas a partir dos segmentos de textos que compartilham o mesmo vocabulário, facilitando, assim, o pesquisador conhecer seu teor” (Salviati, 2017, p. 4).

Uma das análises realizadas pelo IRaMuTeQ é a análise lexical básica, por meio do cálculo de *corpus*, frequência das palavras, conjunto de texto e conjunto de segmentos de texto. Também realiza análise de especificidades, como a classificação hierárquica descendente (CHD), análise de similitude das palavras e nuvem de palavras (Camargo; Justo, 2013).

Inicialmente, foi realizada a CHD, obtendo classes de segmentos de texto baseadas na semelhança lexical e contextos similares das palavras, considerando suas frequências. A CHD emite um dendrograma contendo as palavras com mais representatividade e significância estatística; logo, a partir das similaridades, são geradas as classes. Foram consideradas as palavras com maior significância estatística, aquelas com valores de qui-quadrado maior ou igual a 3,85 e p-valor <0,0001, dados fornecidos pelo programa. As palavras com maior valor de qui-quadrado representam maior associação à classe em que estão empregadas (Salviati, 2017; Sousa *et al.*, 2017a, 2017b). Realizou-se, também, a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que permite a observação gráfica entre as palavras que compuseram os segmentos de texto e as classes.

5.6.2 Análise quantitativa

Para a análise quantitativa, os dados coletados foram compilados em planilhas do *Microsoft Excel 2013*[®] e, posteriormente, processados e analisados nos programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®], versão 26. Foram testados os pressupostos das variáveis por meio dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e de homogeneidade da variância (Teste de Levene). As análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis, utilizando-se de medidas de proporção percentual para variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas.

Para este estudo, foram consideradas variáveis de resposta as avaliações obtidas pelos instrumentos MLHFQ e EHFScBS, ou seja, a QV da pessoa com IC, bem como seus comportamentos de autocuidado. Para verificar a existência de associação entre as variáveis resposta e as variáveis explicativas foram realizados testes de acordo com o comportamento de dessas variáveis.

Para duas ou mais variáveis, foi realizado o Teste de correlação de Pearson, sendo analisadas as variáveis idade (em anos), tempo de diagnóstico de IC (em anos), número de comorbidades, número de medicamentos de uso contínuo, fração de ejeção (em %) e escolaridade. Também foram analisadas as correlações dessas variáveis com os valores contínuos dos instrumentos MLHFQ e EHFScBS (teste de correlação Pearson, Anova e teste T de *Student* para amostras independentes). O coeficiente de correlação Pearson [®] varia de -1 a 1. O valor sugere a força de relação entre duas variáveis, sendo que quanto mais próximo de 1, mais perfeita é a correlação; enquanto o valor 0 indica a ausência de correlação entre as variáveis. O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. Valores entre 0,10 e 0,29 são considerados de fraca correlação; escores entre 0,30 a 0,49 podem ser considerados moderados; e os valores de 0,50 a 1 possuem alta correlação (Cohen, 1988).

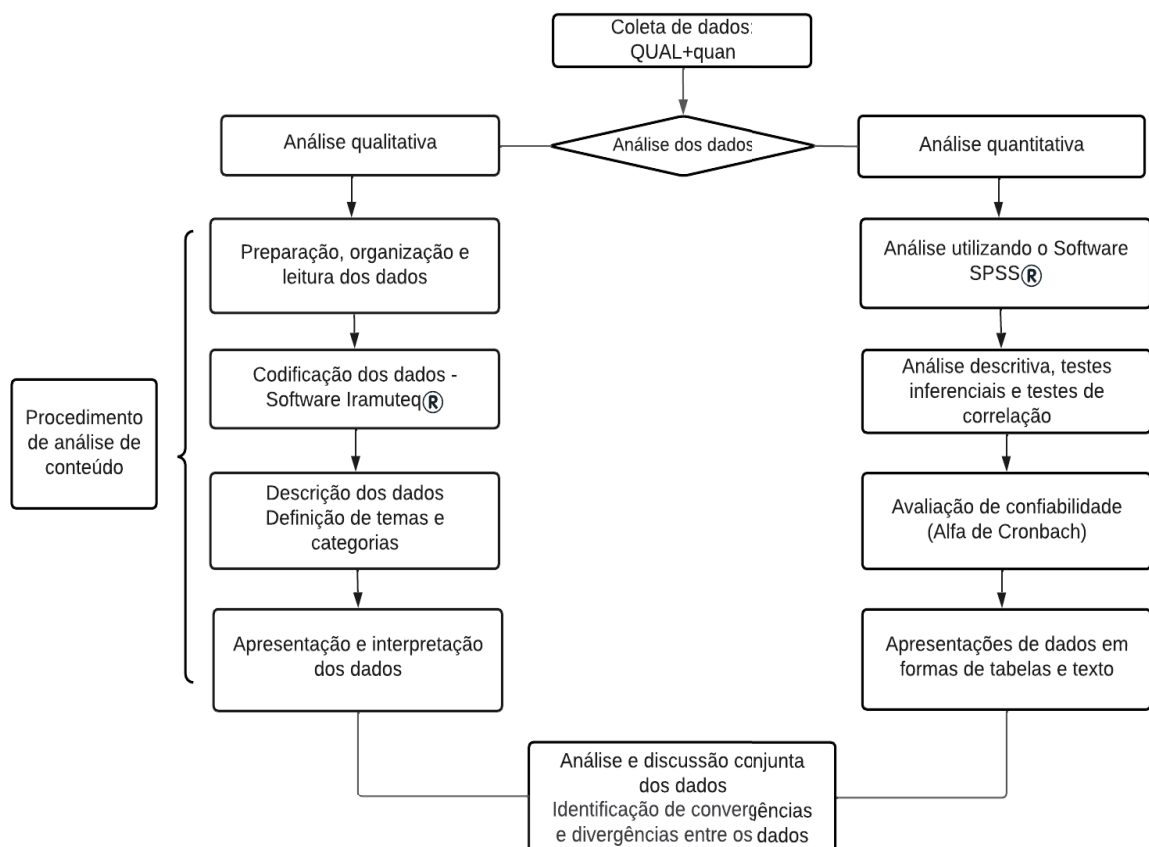
O nível de significância assumido foi de 5%. Se o p-valor for menor que 0,05, pode-se afirmar que existe diferença significativa entre as variáveis estudadas. Ainda, foi realizada a avaliação da confiabilidade do MLHFQ e EHFScBS, avaliada pela consistência interna de seus itens, medida pelo Coeficiente de *Alfa* de *Cronbach*. Foram considerados os seguintes valores: 0 a 2,1 confiabilidade

pequena; 0,21 a 0,40, razoável; 0,41 a 0,60, moderada; 0,61 a 0,80 substancial; 0,81 a 1,0, quase perfeita (Landis, 1977).

5.6.3 Análise conjunta dos dados

Esta etapa compreende a interpretação dos dados qualitativos e quantitativos de forma conjunta. Foi realizada a complementação dos dados qualitativos com os instrumentos quantitativos, na intenção de identificar convergência e ou divergência entre eles (Creswell; Creswell, 2021). A Figura 5 apresenta as fases do planejamento de uma análise convergente adaptada para este estudo.

FIGURA 5 - FASES DA ANÁLISE QUANTITATIVA, QUALITATIVA E CONJUNTA DOS DADOS



Fonte: Adaptado de Creswel; Creswell (2021).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, CAA nº 62956422.1.0000.0102, em 5 de setembro de 2022; com aprovação sob Parecer nº 5.738.913 (Anexo 4). Todas as normativas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde foram atendidas (Brasil, 2012).

O TCLE foi elaborado pela mestranda-pesquisadora (Apêndice 1); a coleta de dados apenas foi realizada após sua assinatura pelos participantes do estudo. Os participantes têm garantia de sigilo de suas informações e anonimato de sua participação no estudo. Uma cópia do TCLE assinado ficou em posse do participante e outra foi mantida com a mestranda-pesquisadora, obedecendo a supramencionada resolução. Os dados das entrevistas foram arquivados em meio digital online e offline – em *pen drive* e nuvem de armazenamento digital –, também com cópia física em pasta de arquivo, sob a guarda da mestranda-pesquisadora e orientadora, pelo período de cinco anos.

Para manter o sigilo e o anonimato da identidade, os participantes receberam um código identificador, constituído por: P (participante) + número em algarismo arábico em ordem crescente + F ou M (sexo feminino ou masculino). Exemplo: P1M.

Ademais, via e-mail, foi solicitada autorização dos autores que realizaram a validação da EHFSBS (Anexo 5) no Brasil. O instrumento MLHFQ está liberado para amplo uso no Brasil, contando com sua devida citação (Carvalho *et al.*, 2009).

6 RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados provenientes da coleta e análise dos dados referentes às caracterizações sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo; e, em continuidade com os dados processados pelo *software* IRaMuTeQ, que os organizou em seis classes, sistematizados por representações gráficas e análise das classes organizadas, foram categorizados pela mestrandia-pesquisadora em quatro categorias: experiência dos sintomas relacionados à insuficiência cardíaca; orientações recebidas para o cuidado em saúde; estratégias adotadas para o cuidado em saúde e o manejo dos sintomas; e enfrentamento à doença e expectativas relacionadas ao tratamento. Posteriormente, é apresentada a análise dos dados oriundos dos instrumentos MLHFQ e EHFScBS, de modo a complementar os dados qualitativos.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

A amostra foi constituída por 81 participantes, com predominância de homens, 54,3% (n=44), com média de idade de 66,81 anos, variando entre 25 e 93 anos; 61,7% (n=50) da raça autorreferida branca; 53,0% (n=43) casados, 66,6% (n=54) se declararam católicos, e 56,8% (n=46) possuíam ensino fundamental incompleto. A renda familiar obteve mediana de R\$ 2.640,00, ou seja, equivalente à dois salários-mínimos brasileiros, em 2023. A ocupação dos participantes destacou-se por 75% (n=60) estarem aposentados, e 88,7% (n=71) inativos na ocupação, quando apenas 11,2% (n=9) em exercício laboral ativo. Pouco mais da metade dos participantes residiam em Cascavel-PR, 51,8% (n=42); e 55,5% (n=45) contava com um familiar responsável pelos seus cuidados com a saúde, enquanto 29,6% (n=24) declararam ser os próprios responsáveis pelo autocuidado. O tempo de diagnóstico para a condição de insuficiência cardíaca foi, em média, de 7,16 (D.P.=7,8 anos) (Tabela 1).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023 (n=81).

Variáveis	n (%)	Média±D.P.	Mediana	Amplitude
Sexo				
Masculino	44 (54,3)			
Feminino	37 (45,7)			
Idade		66,81±12,8	69,00	25 a 93
Raça autorreferida				
Branca	50 (61,7)			
Parda	23 (28,4)			
Negra	8 (9,9)			
Estado civil				
Casado(a)	43 (53,0)			
Viúvo(a)	22 (27,1)			
Solteiro(a)	7 (8,6)			
União estável(a)	3 (3,7)			
Separado(a)/divorciado(a)	6 (7,4)			
Religião				
Católico(a)	54 (66,6)			
Evangélico(a)	19 (23,4)			
Sem religião / acredita em Deus	2 (2,4)			
Outros*	6 (7,4)			
Escolaridade				
Sem instrução	13 (16,0)			
Ensino fundamental incompleto	46 (56,8)			
Ensino fundamental completo	6 (7,4)			
Ensino médio incompleto	6 (7,4)			
Ensino médio completo	9 (11,1)			
Ensino superior incompleto	1 (1,2)			
Ocupação (n=80)				
Aposentado	60 (75,0)			
Serviços gerais	3 (3,7)			
Empregada doméstica	2 (2,5)			
Pedreiro	2 (2,5)			
Do lar	2 (2,5)			
Motorista	2 (2,5)			
Operador de máquinas	2 (2,5)			
Outros	7 (8,7)			
Ativo ou inativo na ocupação (n=80)				
Ativo	9 (11,2)			
Inativo	71 (88,7)			
Procedência				
Cascavel	42 (51,8)			
Região metropolitana	39 (48,1)			
Cuidador principal				
Familiar	45 (55,6)			
Ele(a) mesmo(a)	24 (29,6)			
Ele(a) mesmo(a) + familiar	11 (13,6)			
Familiar + cuidador	1 (1,2)			

Fonte: dados da pesquisa (2023). D.P. = Desvio Padrão.

Dos 81 participantes, 61,7% (n=50) estavam hospitalizados nas unidades de internação, enquanto 38,2% (n=31) foram atendidos via ambulatorial, quando aguardavam consulta médica.

Entre os participantes que estavam hospitalizados, houve destaque para os de diagnóstico médico de IC descompensada, com 46,9% (n=23); 50% (n=40) com CF II; e média de FE de 42,05 (D.P.=14,39), destacando-se a ICFEr, com 57,9% (n=44). Possuíam como etiologia da IC, 22,2% (n=18) a miocardiopatia isquêmica, apesar de 50,6% (n=41) não ter registro da informação em prontuário (Tabela 2).

Em relação às comorbidades associadas: principalmente, a HAS, com 80,2% (n=65), seguido de DM, 44,4% (n=36), entre outras em menor quantidade (Tabela 2). Entre os participantes do estudo, 12,3% (n=10) se autorreferiram como tabagistas e 6,2% (n=5) como etilistas (Tabela 2) e 30,3% (n=20) com obesidade, verificada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 .

Tabela 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Variáveis	n (%)	Média±D.P.	Mediana	Amplitude
Motivo da internação (n=49)				
IC descompensada	23 (46,9)			
Angina instável	4 (8,2)			
Cateterismo cardíaco	3 (3,7)			
Causas digestórias/gastrintestinais	3 (3,7)			
Implantação de marca-passo	2 (4,1)			
Infarto Agudo do Miocárdio	2 (4,1)			
Causas pulmonares	2 (4,1)			
Causas renais	2 (4,1)			
Outras causas	6 (12,2)			
Classe funcional da IC (NYHA) (n=80)				
Classe I	6 (7,5)			
Classe II	40 (50,0)			
Classe III	26 (32,5)			
Classe IV	8 (10,0)			
FEVE (%) (n=76)		42,05±14,39	-8,00	15 – 70
Classificação conforme FEVE (n=76)				
ICFEr	44 (57,9)			
ICFEp	20 (26,3)			
ICFEIr	7 (9,2)			
ICFEm	5 (6,6)			
Etiologia da IC				
Miocardiopatia isquêmica	18 (22,2)			
Miocardiopatia dilatada	12 (14,8)			
Taquicardiomiopatia	2 (2,5)			
Miocardiopatia hipertensiva	2 (2,5)			
Miocardiopatia hipertrófica	1 (1,2)			
Valvar	1 (1,2)			
Miocardiopatia puerperal	1 (1,2)			
Miocardiopatia restritiva	1 (1,2)			
Doença de Chagas	1 (1,2)			

Tabela 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Variáveis	n (%)	Média±D.P.	Mediana	Amplitude
Doença do nó sinusal	1 (1,2)			
Sem informação	41 (50,6)			
Comorbidades associadas				
Hipertensão arterial	65 (80,2)			
Diabetes mellitus	36 (44,4)			
Doença renal crônica	17 (21,0)			
Dislipidemia	14 (17,3)			
Arritmia cardíaca	14 (17,3)			
Doença arterial coronariana	12 (14,8)			
Distúrbios da tireoide	12 (14,8)			
Ansiedade/depressão	8 (9,9)			
Doença pulmonar	8 (9,9)			
Infarto prévio	7 (8,6)			
Câncer	7 (8,6)			
Revascularização do miocárdio	6 (7,4)			
Valvopatia	5 (6,2)			
Angioplastia	5 (6,2)			
Uso de ressincronizador cardíaco	4 (4,9)			
Trombose	4 (4,9)			
Síndrome coronariana crônica	3 (3,7)			
Doença oftalmológica	3 (3,7)			
Doença reumatológica	3 (3,7)			
Doença prostática	3 (3,7)			
Acidente vascular cerebral prévio	2 (2,5)			
Doença gastrointestinal	2 (2,5)			
Doença arterial obstrutiva crônica	2 (2,5)			
Problemas na coluna	2 (2,5)			
Outras comorbidades	21 (25,9)			
Obesidade (IMC ≥ 30) (n=66)*				
Sim	20 (30,3)			
Não	46 (69,7)			
Tabagismo				
Sim	10 (12,3)			
Não	41 (50,6)			
Ex-tabagista	30 (37,0)			
Etilismo				
Sim	5 (6,2)			
Não	65 (80,2)			
Ex-etilista	11 (13,6)			

*Valores de peso de altura autorreferidos pelos participantes. D.P: Desvio Padrão; IC: insuficiência cardíaca; NYHA: *New York Association*; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; ICFEr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; ICFEp: insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; ICFEm: insuficiência cardíaca com fração de ejeção melhorada; ICFElr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Quanto ao uso de medicamentos contínuos, os participantes referiram usar, em média, 8,26 tipos diferentes de medicamentos diariamente, variando entre 0 e 21 medicamentos, sendo que 90,1% (n=73) fazem uso de cinco ou mais medicamentos, e 34,2% (n=25), 10 ou mais medicamentos. Majoritariamente, destacou-se o uso do

betabloqueador em 96,3% (n=77) das prescrições; seguido dos diuréticos de alça, com 72,8% (n=59); e modificador lipídico, com 71,6% (n=58) (Tabela 3).

TABELA 3 – PERFIL FARMACOLÓGICO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Classe medicamentosa	n (%)
Betabloqueador	77 (96,3)
Diurético de alça	59 (72,8)
Modificador lipídico	58 (71,6)
Diurético poupador de potássio	44 (54,3)
Antiagregante plaquetário	41 (50,6)
Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina	32 (39,5)
Biguanidas	27 (33,3)
Anticoagulante	26 (32,1)
Inibidores da SGLT2	25 (30,9)
Bloqueador de receptor de angiotensina	23 (28,4)
Inibidor da bomba de prótons	19 (23,5)
Bloqueador de canal de cálcio	18 (22,2)
Insulina	15 (18,5)
Inibidor da receptação de serotonina	14 (17,3)
Hormônio tireoideano	13 (16,0)
Glicosídeo cardiotônico	13 (16,0)
Nitratos	11 (13,6)
Bloqueador de receptor de angiotensina + inibidor de neprelisina	10 (12,3)
Antidepressivos	10 (12,3)
Vitaminas e minerais	10 (12,3)
Diurético tiazídico	9 (11,1)
Vasodilatador direto	9 (11,1)
Broncodilatador	9 (11,1)
Sulfonilureia	7 (8,6)
Antiisquêmico	7 (8,6)
Antiarrítmico	7 (8,6)
Inibidor alfa adrenérgico	6 (7,4)
Benzodiazepínicos	5 (6,2)
Inibidores da enzima DPP-4	4 (4,9)
Anticonvulsivantes	3 (3,7)
Agonista alfa adrenérgico	3 (3,7)
Analgésic odificades e não opióides	2 (2,5)
Antiinflamatório não esteroideal	2 (2,5)
Anti-inflamatório esteroideal	2 (2,5)
Antiparkinsoniano	2 (2,5)
Outros	13 (16,0)

SGLT2: cotransportador 2 de sódio-glicose; DPP-4: dipeptidil peptidase 4.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Os medicamentos incluídos na variável “outros” são referentes àqueles que somente uma pessoa fazia uso; incluem: agente cardiovascular, imunossupressor, inibidor da xantina oxidase, fator de crescimento hematopoiético, antiácidos, bifosfonato, 5-alfa-redutase, análogo do ácido gama-aminobutírico, inibidor da acetilcolinesterase, inibidor da catecol-O-metil, anti-histamínicos, aminossalicilatos e antivertiginoso.

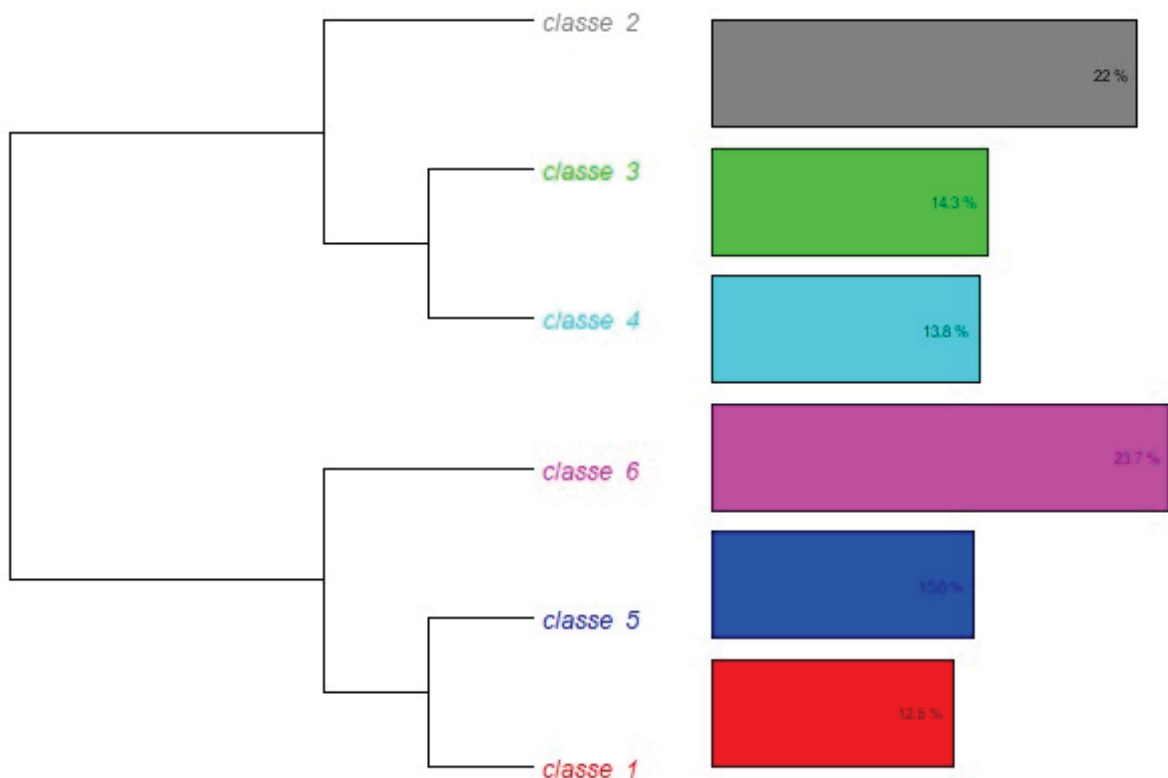
Quanto ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, foram realizadas associações de algumas variáveis e, a partir do teste de correlação de Pearson, identificou-se correlação fraca e positiva entre as variáveis idade e número de comorbidades ($r=0,14$; $p=0,19$) e idade e número de medicamentos em uso contínuo ($r=0,10$; $p=0,36$).

6.2 RESULTADOS DA ABORDAGEM QUALITATIVA

6.2.1 Resultados gerados pelo *software* IRaMuTeQ

A transcrição das 81 entrevistas possibilitou a construção de um *corpus* textual, constituído de 81 textos e 546 segmentos de texto (ST), de acordo com a semelhança do vocabulário, com aproveitamento de 83,33%. Quando aplicada à CHD, obteve-se odifica maama com seis classes relacionadas aos ST, conforme Figura 6.

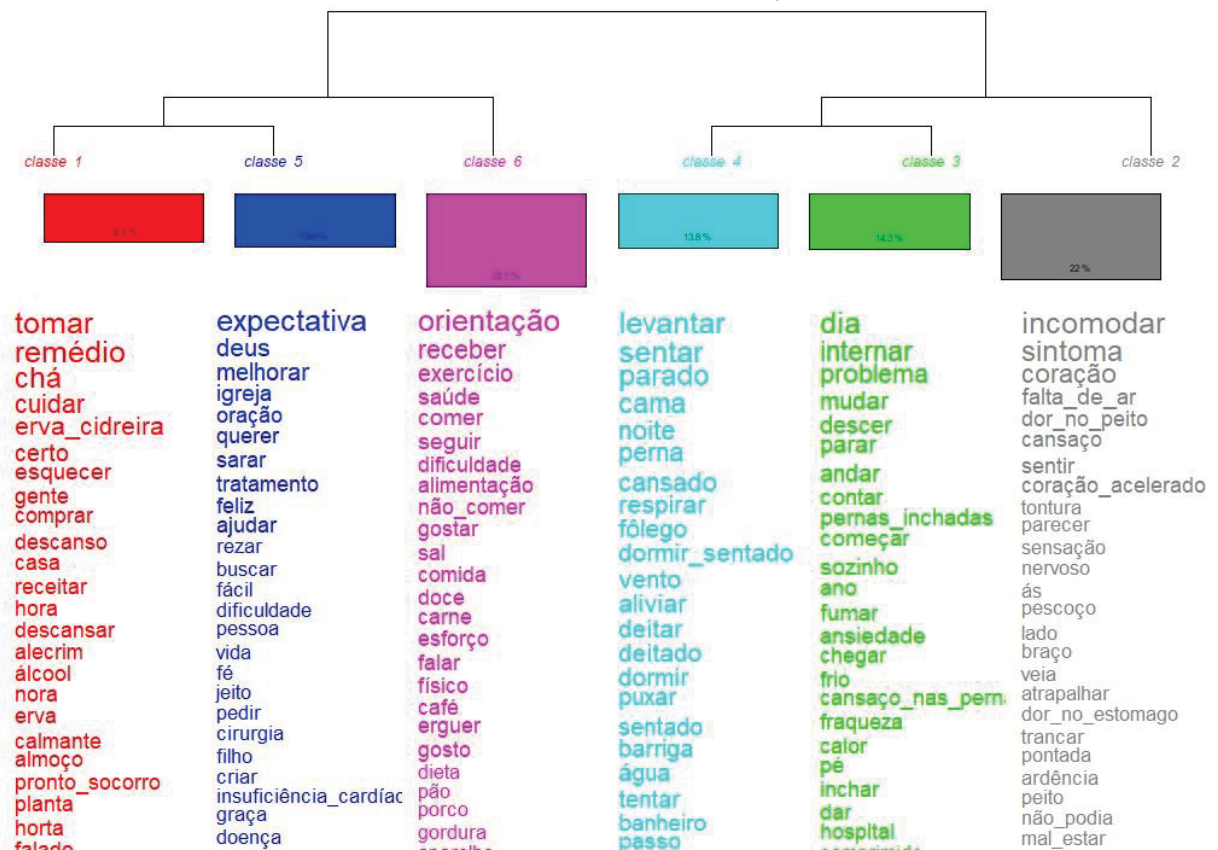
FIGURA 6 – DENDROGRAMA DAS CLASSES OBTIDAS A PARTIR DO SOFTWARE IRAMUTEQ



Fonte: Dados da pesquisa de acordo com o uso do *software* IRaMuTeQ (2023).

As classes emergiram de dois *subcorpus*, com vocábulos presentes nos segmentos de texto; as palavras mais frequentes, com valor de qui-quadrado maior que 3,85 e $p < 0,001$. O primeiro obteve-se classe 2 com total de 22% dos segmentos de texto. Esse mesmo *subcorpus* foi subdividido, emergindo a classe 3 com 14,3% e a classe 4 com 13,8%. No segundo *subcorpus* originou-se a classe 6 com 23,7% dos segmentos de texto, e a partir de nova subdivisão, originou a classe 5 com 13,6% e a classe 1 com 12,5% dos segmentos de texto. Dessa maneira, a Figura 7 apresenta as palavras mais frequentes no dendrograma, em ordem descendente.

FIGURA 7 – DENDROGRAMA DAS CLASSES COM AS PALAVRAS DE MAIOR FREQUÊNCIA OBTIDAS A PARTIR DO SOFTWARE IRAMUTEQ



Fonte: Dados da pesquisa de acordo com o uso do *software* IRaMuTeQ (2023).

Além do dendrograma, na representação gráfica, na observação da proximidade e relação entre as classes e as palavras que compuseram os seguimentos de texto, pode ser observada na Figura 8, a partir da AFC.

principais orientações recebidas pelos profissionais de saúde; na classe 1, os vocábulos que refletem as ações e estratégias realizadas pela pessoa no manejo do cuidado em saúde no seu dia a dia; e a classe 5, com os termos que indicam as diversas formas de enfrentamento à doença, bem como as expectativas em relação ao tratamento e cuidados realizados. Diante disso, as classes foram organizadas em quatro categorias temáticas conforme a representatividade do conteúdo, apresentadas no Quadro 2.

QUADRO 2 - CLASSES DE SEGMENTOS DE TEXTOS E CATEGORIAS TEMÁTICAS

Categoria	Classes	Categoria temática
Categoria 1	2, 3 e 4	Experiência dos sintomas relacionados à insuficiência cardíaca
Categoria 2	6	Orientações recebidas para o cuidado em saúde
Categoria 3	1	Estratégias adotadas para o cuidado em saúde e manejo dos sintomas
Categoria 4	5	Enfrentamento à doença e expectativas relacionadas ao tratamento

Fonte: a autora (2023)

Categoria 1 – Experiência dos sintomas relacionados à insuficiência cardíaca

Esta categoria é caracterizada pela percepção dos sintomas e avaliação dos sintomas de IC autorrelatados pelos participantes. Os participantes sentiram e perceberam determinados sintomas, e os avaliaram quanto à origem e/ou causa, situações de agravamento, limitações e incapacidades geradas.

Ressalta-se que, embora a percepção e avaliação sejam tratadas neste estudo como subsequentes, conforme os relatos dos participantes, ocorreram de forma simultânea, ou seja, no mesmo momento em que se percebe o sintoma, avalia-o racionalmente pela forma com que interfere em determinadas atividades.

A referida categoria surgiu do conjunto das classes 2, 3 e 4. Os termos “incomodar”, “sintoma” e “coração” se referem aos sintomas cardiológicos frequentemente percebidos e relatados pelos participantes, e conforme estão apresentados no dendrograma, em ordem de maior frequência são: falta de ar (dispneia), cansaço (fadiga), pernas inchadas (edema periférico), dor no peito (dor torácica), tontura (vertigem), fraqueza (astenia), mal-estar, coração acelerado (taquicardia), cansaço nas pernas, ansiedade, nervoso, dor no estômago (dor epigástrica). A palavra “barriga” refere-se à sensação de edema, endurecimento do abdome.

Dos sintomas relatados, a dispneia apresentou destaque, seja em repouso ou em esforços, também referida como cansaço e/ou fadiga para realizar alguma atividade diária. Os participantes declararam sentir tal sintoma de forma tão intensa, que era necessário que dormissem sentados. Observou-se a frequência da percepção deste sintoma ao realizar algum esforço ou caminhada, de forma esporádica ou até repentina, sem exposição ao agente causador.

Sempre que eu pedalo me dá cansaço, fico com o coração ofegante, respiração forte, se caminho rápido eu canso. E cansaço e aperto no peito, como se estivesse esmagando, com falta de ar, o pulmão ardendo (P18M)

A falta de ar é contínua, quando estou sofrendo do coração sinto falta de ar o tempo todo, piora se eu forço ou se faço qualquer coisa, desde pegar um papel do chão até falar já cansa. (P65M)

Às vezes passa 10 dias que não sinto falta de ar, as vezes sinto todos os dias. (P78M)

Falta de ar se eu der 10 passos rápidos me canso. Agora eu vim devagar e cheguei cansado. Tenho que dormir sentado, senão acordo com falta de ar. Eu durmo e lá por meia noite acordo atacado, durmo com dois travesseiros. (P79M)

Em seguida, destacou-se o sintoma fadiga, referido como cansaço e/ou fraqueza. Os participantes apresentaram dificuldade em verbalizar como se sentem em relação a fadiga, referindo como “negócio estranho”. Esse sintoma pode ser generalizado quando a pessoa sente o corpo cansado, ou quando sente cansaço em partes específicas do corpo, como nas pernas. Observou-se que os participantes associavam a fadiga com a astenia e o mal-estar.

O cansaço e/ou astenia são relatados como constantes, podendo sofrer exacerbações em alguns momentos do cotidiano, como ao deambular, ao trabalhar ou na realização de alguma tarefa do cotidiano. Entretanto, devido à permanência constante ou frequente deste sintoma, pode facilmente ser naturalizado pelo participante, ao ponto em que pense ser normal, ou seja, “acostumar-se” com o sintoma. No caso da IC, foi comum na avaliação dos sintomas a sua naturalização, algo normal como parte da vida em decorrência da convivência diária com o sintoma. Isso pode ser evidenciado, pois os participantes referiam o sintoma após mencioná-lo.

Os tremores, tontura, cansaço nos braços e cansaço nas pernas, fraqueza até para caminhar. (P35F)

Eu fico cansada, dá vontade de dormir, deitar, descansar, parece que preciso dormir. (P36F)

O cansaço não tem como explicar. Eu tomei banho esses dias e tive que parar no meio do banho para sentar-me na cadeira e descansar, para depois terminar o banho [...] eu não sei o que é, mas é um negócio estranho, é um pouco de fraqueza (N63M)

O cansaço, às vezes estou conversando e de repente sinto aquele coisa ruim, mal-estar, amolece as pernas e os braços, fraqueza [...] a fraqueza que eu sinto dá vontade de me amontoar no chão (P75F)

Não é fraqueza, isso já é normal. (P72M)

Os sintomas de fadiga foram comparados com “moleza” no corpo e sensação de “preguiça”. Novamente, compreende-se a dificuldade em verbalizar a caracterização desse sintoma. Outrossim, não pode ser descartado que os participantes possam subestimar tal sintoma, principalmente por conviver com ele diariamente, acreditando ser algo irrelevante.

Os sintomas que incomodam é que não sei se é do coração. Os antigos diziam que é preguiça, mas é uma moleza no corpo, mal-estar, daí eu fico parada. Não tenho força para fazer as coisas e isso me incomoda porque dá vontade de fazer. Dá um negócio, uma moleza no corpo (P45F)

O cansaço que eu sinto parece preguiça. Um cansaço que dura umas 02 horas, parece que eu trabalhei muito. (P73F)

Sinto cansaço, mas a gente vai levando. (P17F)

A vertigem e/ou tontura também foi sintoma percebido pelos participantes, em menor frequência em relação à fadiga e à dispneia. Contudo, de forma intensa e limitante.

[...] tontura quando fico muito tempo sentado e levanto, é como um choque, se eu não segurar eu caio. Isso acontece todos os dias. (P42M)

Sentia tontura, parecia que minha cabeça estava rodando, fiquei pensando se isso acontecer na rua. (P71F)

Há 15 dias estou com uma tontura que não tinha antes, sentada, deitada ou de pé eu sinto tontura. Se estou de pé tenho que correr e escorar para não cair. Sinto cansaço quando estou parada (P55F)

A percepção dos sintomas de edema periférico ou edema de membros inferiores foi relatada como “pernas inchadas” ou “inchaço nas pernas” e “queimação nos pés”. Foi percebido os momentos e fatores que causam a piora do sintoma,

como no verão, em situações de calor, ao permanecer sentado ou deitado por muito tempo e, principalmente, ao deambular.

Eu tinha muita queimação nos pés, agora diminuiu, mas a noite não aguentava a queimação. Sinto as pernas inchadas, agora não está inchado, acho que é por causa do verão, no calor piora, agora que o clima está mudando, faz dias que não incha os pés. (P03M)

Até esse chinelo foi comprado mais folgado porque as pernas estavam inchadas. Agora posso usar calçado, antes meus calçados não serviam por causa do inchaço. (P29F)

Tenho as pernas inchadas faz bastante tempo, faz quase 1 ano. (P75F)

Falta de ar, pernas inchadas, isso é o que mais incomoda, quando começa a inchar as pernas parece que elas ficam pesadas, não posso caminhar direito (P81M)

Além do edema de membros inferiores, também perceberam o edema generalizado, com a sensação de “corpo inchado”, “inchaço na barriga” e/ou endurecimento e “inchaço no peito” como sintomas que incomodam. Os participantes associaram o edema com o excesso de líquido no corpo, sendo uma relação que aconteceu pelas informações oferecidas anteriormente pelo profissional de saúde, comumente um médico, em consultas anteriores.

O estufamento, acho que deve ser água na barriga, meio parado no corpo. (P01F)

As pernas inchadas diminuíram, agora sinto mais inchaço na barriga. (P56F)

O inchaço no peito de um lado, me incomoda porque parece que um seio fica mais pesado que o outro. (P33F)

Sinto o corpo inchado, incha o corpo inteiro, por isso que não posso urinar, não posso evacuar, não posso dormir, não posso comer que enche tudo por dentro [...] eles querem tirar a água com o remédio, e acho que estão conseguindo (P81M)

Houve o relato do edema generalizado ser tão acentuado, que a participante foi obrigada a comprar outras roupas, vestir roupas de gestante, além de precisar de ajuda, pois não conseguia realizar o autocuidado, como vestir-se sozinha, em decorrência da gravidade do edema.

O inchaço no corpo incomodou, começou a inchar e não desinchei mais, fiquei internada para desinchar. Eles me davam furosemida na veia, fiquei 13 dias internada e não conseguia desinchar, retornei no médico e mudou a

medicação, agora estou melhorando. [...] Eu não entrava nas minhas roupas, tive que comprar roupas de gestante, a blusa não servia, a calça não subia, nem as calcinhas entravam nas pernas de tanto inchaço. (P35F)

Houve a percepção dos sintomas relacionados aos desconfortos torácicos, como dor torácica, caracterizado do tipo aperto, ardência, fisgadas e/ou agulhadas e taquicardia. Geralmente, a dor piora aos esforços.

A dor no peito, fisgada no peito muito forte, aquela sensação que parece que vai explodir. (P51F)

Uma agulhada, dor no peito, fisgadas, uma dor forte, dá e passa várias vezes, é o que mais me incomoda, estou bem e daqui a pouco sinto. (P73F)

Ele (coração) bate muito, coração acelerado, semana retrasada eu fui quase morto no médico, estava 170 os batimentos cardíacos, e o normal é 62. Daí eu fiquei internado lá um dia inteiro e consegui controlar. Essa semana baixou para 40. (P79M)

Apesar dos sintomas serem apresentados isoladamente nesta análise, ressalta-se que os participantes relataram uma agregação dos sintomas, isto é, raramente sentem apenas um sintoma. Comumente, há uma associação de sintomas relacionados à IC, alguns com mais intensidade que outros.

É o coração acelerado, e a fisgada no peito. Quando abaixo para tomar banho e lavar os pés ou para pegar alguma coisa do chão eu sinto cansaço e tontura, escurece as vistas e sufoca, da aquela sensação de sufocamento no peito e no pescoço. Falta de ar eu sempre tenho, quase diariamente. Me dá falta de ar quando caminho, falta o fôlego, parece que fico fadigada. Não consigo andar rápido ou andar numa subida, sempre tenho que andar devagar. Tenho estufamento, inchaço na barriga, a barriga fica dura e sinto dor. (P62F)

O cansaço, eu sinto muito cansaço. [...] A falta de ar piora quando faço alguma atividade física. Sinto dor no peito devido ao refluxo, esse não melhora, não tinha antes, começou depois do infarto. Tenho dor no peito da gastrite, porque ela me ataca com o nervoso e a ansiedade, parece que corrói a gente por dentro. (P70M)

Há situações em que os sintomas podem desencadear outros sintomas ou eventos cardiológicos. A tontura e a fadiga, por exemplo, contribuem para a ocorrência de quedas.

A tontura é ruim, me faz cair. Eu caio e nem percebo, depois eu vejo que machuquei o braço, fica dolorido a junta do braço, das costas. (N68)

Às vezes sinto cansaço, tenho que levantar, acender a luz, ligar o ventilador e não consigo levantar-me sozinha, meu marido tem que me levantar,

porque às vezes caio dentro de casa. É difícil, no calor o cansaço piora. (N40)

Com as mudanças e as alterações do estilo de vida dos participantes em razão dos sintomas da IC e do tratamento medicamentoso, foi comum o aparecimento de sintomas emocionais, como ansiedade, tristeza, medo, depressão e estresse. Os participantes relataram o sintoma tão intenso, que apresentavam medo de desencadear um sintoma maior, um evento cardíaco grave ou a morte.

A falta de ar é só se deitar aqui, mas isso é ansiedade, acho que medo pelo que passei [...] acho que deu esse medo de ter falta de ar e morrer. Isso está no meu psicológico. (P11M)

Eu não tinha isso, eu tenho medo de fazer alguma atividade com força brusca e dar um infarto. (P70M)

Sinto uma tristeza que parece que vou morrer. (P66F)

Tenho diabetes e ansiedade, então sinto desânimo, tremedeira, fadiga [...] eu fico triste pelo desânimo. Vejo que precisa fazer as coisas e estou irreconhecível, fico pensando como mudei. Estou desanimada para sair. (P47F)

Os sintomas de ansiedade, desânimo e depressão foram relatados na entrevista em decorrência da IC, e de outros fatores não relacionados: preocupação financeira, morte de um familiar, múltiplas comorbidades e uso de medicamentos.

Não estava emagrecendo, agora estou. Eu saía com a minha esposa no restaurante, era eu e ela, chegávamos lá e escolhia peixe, salada, comidas que não ia fazer mal. Agora desse tempo para cá estou desanimado para comer, sem vontade para nada. Acho que o emagrecimento foi mais por causa disso. (P7M)

Fiquei preocupada com as finanças, me incomoda, pois, sou chefe de família mesmo desempregada. (P2F)

Tenho dor no peito da gastrite, porque ela me ataca com o nervoso e a ansiedade, parece que corrói a gente por dentro. (P70M)

Observou-se a expressão fisionômica de pesar, desânimo e tristeza durante a entrevista. As conversas para a acolhida e ambientação do participante com a mestrandia-pesquisadora, antes e após as entrevistas, evidenciaram situações relatadas pelos participantes, como estarem desanimados, entristecidos e desesperançosos, tanto pelas limitações causadas pela doença quanto pela nova rotina, até mesmo por situações não relacionadas à IC.

A partir da percepção de forma simultânea, realizou-se a avaliação do sintoma, no que tange à origem ou causa, seu reconhecimento como relacionado ou não à IC ou nas limitações que estes sintomas geram. Os participantes avaliaram no sentido em que o sintoma percebido pode inibir a execução de alguma atividade, mesmo simples, pelo medo ou receio de experimentar aquele sintoma novamente. Isso pode ser evidenciado por meio dos relatos dos participantes, que referem deixar de fazer algo para não sentir o sintoma; também influenciou na avaliação do estado funcional, quando referem não sentir falta de ar, pois não se expõem às atividades que possam desencadeá-lo.

Tem a tosse, é uma coisa muito triste, não me deixa dormir, nem falar. Eu deixo de falar para não vir a tosse, porque parece que provoca a tosse quando vou falar, então não falo. (P34F)

Os sintomas do coração que me incomodam é o cansaço, me incomoda tanto que sempre fico parado. (P03M)

A avaliação da presença de um sintoma e tudo o que ele significa foi influenciado por outras comorbidades e condições de saúde, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, asma, ansiedade, depressão e infecção pela Covid-19. As condições descritas podem potencializar ou causar sintomas comuns à IC.

Os sintomas que incomodam são da diabetes, a tontura, desconfio que seja da diabetes, tem dias que está muito alta. Essa fraqueza sinto 2 ou 3 vezes por semana e acho que é da diabetes. (P46M)

Quando estou atacada da asma sinto mais falta de ar. Parece que se eu tentar subir eu vou desmaiar, tudo fecha, parece que vai dar falta de ar, cansaço. (P43F)

Quando descobri o problema no coração eu sentia falta de ar quando caminhava e fraqueza, mas pensei ser da depressão. Recordo que desci do carro e fui pegar as coisas que estavam na porta do acompanhante, senti cansaço nas pernas e eu segurei ligeiro no carro. Percebi muita diferença, mas achei que fosse ansiedade, que era fraqueza de nervoso, nunca imaginei que fosse do coração. (P47F)

Sinto fraqueza, mas é porque eu quase não como, minha comida é pouca, sempre fui de comer pouco. (P59F)

Chegou a me dar dor no peito e falta de ar, mas achava que era a COVID, porque era a época da COVID. (P8M)

No mesmo sentido, a percepção e avaliação dos sintomas foi muito além dos relacionados à IC. Como possuem outras comorbidades, os participantes

declararam a experiência de outros sintomas, como: dores na coluna, artralgia, dor epigástrica atribuída à gastrite nervosa.

Também sinto dor na coluna, dor nas articulações. (P20M)

Eu tenho problema na coluna também, tenho desvio e hérnia e não consigo lavar a louça nem limpar a casa. (P40F)

Às vezes também me dá problema no estômago, tenho gastrite nervosa. (P53F)

Além de sofrer influência das doenças supracitadas, relataram que houve dificuldade em associar os sintomas com a IC; e, também, a compreensão de que a IC causa sintomas mais direcionados ao órgão (coração), não afetando ou afetando pouco outros sistemas do corpo.

Sinto as pernas inchadas, não sei se é coração, acho que não, vinha consultar e fazer os exames do coração e estava tudo bom [...] sinto cansaço nas pernas diz que é do coração, não sei se é. Muitos dizem que dá cansaço no coração, mas é um cansaço nas pernas depois que anda muito e trabalha bastante. (P29F)

Será que o coração dá dor na gente? Diz que não, sentia só ardência. (P26M)

[...] Dizem que o coração não incomoda, o que incomodou foi agulhada no coração há um tempo (P29F)

Da um negócio, uma moleza no corpo, eu não posso dizer que é do coração porque as vezes não é. (P45F)

Por outro lado, alguns relatos demonstraram a associação entre a IC e os sintomas percebidos, principalmente relacionados ao edema, ou seja, os participantes reconheciam que o sintoma estava relacionado à doença.

As pernas inchadas são do coração. O que acontece é que as veias começam a ficar muito alvoroçadas, não tem dilatação do sangue, o pulmão não tem força para puxar. (P07M)

O inchaço incomodou bastante, é tudo por causa do coração. (P32F)

Isso tudo é água, e é tudo do coração, ele não incha só as pernas, incha por dentro, por tudo, e o coração parece que não tem espaço para bater, não tem espaço para bombear o sangue, e aí vem a falta de ar [...] (P81M)

Houve relatos em que foi possível identificar a avaliação dos sintomas relacionados às medicações ou dispositivo ressincronizador (como o CDI), utilizados no tratamento da IC.

De ontem para cá, acho que pelo diurético, pois não tem outro medicamento, me deu bastante câimbra. (P01F)

A tontura é se me abaixo ou se tomo a digoxina, enalapril e a furosemida. Da última vez os médicos reduziram pela metade os comprimidos, eu tomava um e agora tomo só meio. (P64M)

Não sinto fome, parece que os remédios que tomo tiraram meu apetite. (P59F)

E quando tomo o comprimido às vezes dá dor no estômago, porque o comprimido é forte. Dói onde fixou o aparelho (CDI). (P37M)

Além disso, as falas evidenciam que há comprometimento em relação à memória dos participantes, pois referem que não lembram ou que esqueceram dos sintomas que sentiam.

Aquela dor no peito pesada, fico até com medo. Acho que eu esqueci. (P34F)

Tem muitos sintomas que incomodam, mas eu esqueci quais são esses sintomas, pessoas que eu conhecia eu esqueci e tenho que perguntar quem é essa pessoa. (P65M)

Tem tantos sintomas que a gente nem guarda, nem gosta de lembrar. (P23F)

Ainda no *continuum* de avaliação dos sintomas, existe a maneira com que interferem nas atividades de vida diária. As limitações funcionais no desempenho das atividades, a independência e o autocuidado comprometidos foram observadas entre os participantes. Não só as limitações físicas, como também as atividades de lazer, o convívio familiar e social foram afetados pela alta carga dos sintomas e adoecimento. Atividades básicas do cotidiano e de autocuidado – como tomar banho, vestir-se, deambular – foram dificultadas. O fato de o participante não conseguir realizar uma atividade que antes executava normalmente demonstra a exacerbação dos sintomas da IC, e foi avaliado pelos participantes do estudo.

Eu tomei banho esses dias e tive que parar no meio do banho para sentar na cadeira e descansar, para depois terminar o banho. (P62F)

Quando eu me abaixo sinto queimação, ou se vou fazer alguma coisa, sinto cansaço para lavar roupa, para estender roupa. (P73F)

Se for no mercado não posso pegar duas sacolas de compra, não posso dirigir. (P07M)

O cansaço, não posso sair, caminhar ou fazer alguma coisa porque já me cansava, também não podia estender a cama que já cansava demais. (P32F)

Eu percebi por que perto da minha casa tem uma lojinha e eu costumo comprar lá, eu ia caminhando tranquilamente, era descida, chegava e fazia o que precisava. Mas ultimamente caminhava um pouco e tinha que parar e descansar, tinha falta de ar e cansaço nas pernas. (P35F)

Palavras como “não consigo”, “não conseguia”, “não posso” ou “não podia” evidenciam as limitações impostas pelos sintomas em qualquer área da vida, impedindo a pessoa de realizar o que deseja e/ou precisa.

Eu tinha uma vida e não dependia de outros, de não poder fazer isso ou aquilo. Isso que me incomoda, as limitações. Atrapalha bastante no serviço, atrapalha para ir à vizinha, atrapalha para muita coisa. (P14F)

A insuficiência do coração está me judiando muito, porque me tirou a liberdade, não posso sair com o meu filho. (P22M)

Desde 2017 para cá está piorando, tive que parar de jogar futebol, correr, não posso fazer certos serviços por causa disso. (P25M)

Ademais, o impacto na vida laboral foi influenciado pela presença dos sintomas. Os participantes relataram que interromperam o trabalho, pois não conseguiam realizar as atividades em decorrência da fadiga intensa e da dispneia. Em consequência, apresentavam dificuldades e preocupações relacionadas às questões financeiras.

Sou mecânico, meu serviço é braçal, e quando vou erguer o carro não consigo me abaixar, não consigo arrancar uma roda de um carro ou soltar um parafuso que para mim é essencial. Eu não tenho força nenhuma. Se eu fizer força, me dá falta de ar, eu não consigo. (P22M)

Agora tenho que escolher o serviço que eu faço, antes eu fazia qualquer serviço, e agora não, pois alguns trabalhos eu não consigo fazer, ou consigo por pouco tempo. (P25M)

Por meio das falas dos participantes, foi possível entender que os sintomas são limitantes e, muitas vezes, incapacitantes. Os sintomas físicos contribuíram para o desenvolvimento de sintomas emocionais.

Entende-se que a IC é somente uma das várias condições envolvidas na vida da pessoa, que possui inúmeros outros fatores que interferem na percepção e na avaliação dos sintomas, como as comorbidades, a situação emocional, o esquecimento e a naturalização do sintoma.

O tópico relacionado à avaliação dos sintomas foi complementado com o instrumento MLHFQ, apresentado no subtópico 5.4.2.

Categoria 2 – Orientações recebidas para o cuidado em saúde

Representando a classe 6, a categoria é caracterizada pelas orientações fornecidas pelos profissionais de saúde aos participantes, comumente em consultas previamente realizadas. Também aborda as dificuldades enfrentadas para a correta adesão ao tratamento e às orientações.

As palavras “orientação” e “receber” referem-se às informações recebidas dos profissionais de saúde, em maioria, médicos. Na categoria, conforme os relatos dos participantes, foram abordadas orientações referentes a: alimentação e ingestão de sal e/ou sódio; ingestão hídrica; mudança no estilo de vida, restrições de atividades; e tratamento medicamentoso.

Inicialmente, as palavras “comer” e “alimentação” referem-se aos hábitos alimentares saudáveis e aos alimentos que podem ser consumidos, como pão integral, salada, carne branca. Já “não comer” foi atribuído aos alimentos que não podem ser consumidos e devem ser proibidos no cotidiano da pessoa com IC e outras comorbidades – diabetes, doença renal, hipertensão. Os alimentos referidos são: sal, doces, carne vermelha, pão, farinha branca, alimentos gordurosos e café. Percebe-se, nos termos “não pode”, “proibiu” e “não comer”, uma realidade repleta de restrições alimentares e proibições.

Eu sei as coisas que posso comer e o que não posso. O médico me deu uma lista do que não posso comer. Perguntei para o doutor se eu posso comer carne, mandioca com costela na panela, ele falou posso comer isso uma vez por semana, a cada 15 dias. (P63M)

Sobre a alimentação, não comer pão, arroz, carne gorda, não consumir refrigerante e é proibido açúcar por causa do colesterol. É para comer peixe, galinha, pão integral, salada, fruta. (P05M)

Não comer comida muito salgada. E por causa desse negócio, acho que do sangue, ele me proibiu de tomar chimarrão, café, refrigerante e essas

coisas engarrafadas, de comer as coisas enlatadas. Tudo isso ele (médico) proibiu. (P29F)

Não posso comer sal, enlatados e embutidos. O sal é por causa da pressão alta e pelas câimbras por causa da hemodiálise. (P55F)

As orientações referentes à ingesta hídrica, seja água ou outro tipo de líquido, apresentaram algumas divergências entre o conhecimento prévio dos participantes com as orientações recebidas. Observou-se déficit de conhecimento em relação à ingestão de água ao referirem que ficaram surpresos ao saber que devem tomar pouca água, pois acreditavam que, quanto mais água tomassem, melhor seria.

Hoje falaram da água para nós e eu fiquei surpreso, porque até então falavam que eu tinha que tomar bastante água, e hoje falaram que eu tenho que cuidar com o tanto de água que eu tomo todos os dias. (P61M)

Houve o relato de orientações para redução da ingestão de líquidos e o consumo regular de água:

O médico falou que se eu tomar muita água, ao deitar poderá atingir o pulmão, então é para tomar pouca água. (P09M)

Ele (médico) falou que pode tomar 1 litro de água no máximo por dia (P78M)

Ele (médico) falou para eu tomar o que eu puder de água (P81M)

As orientações relacionadas às mudanças de hábitos são respectivas à interrupção do tabagismo e etilismo, bem como a realização de atividades físicas, de acordo com a própria capacidade funcional.

O doutor me deu uma folha grande com as explicações, para não fumar, não beber. (P53F)

Ele (médico) falou para não beber, parar de beber álcool. (P66F)

Não consumir refrigerante e cerveja. (P27M)

Fazer exercícios e caminhada, para não fazer esforço físico. (P20M)

Ainda mais, houve consenso dos participantes ao relatarem as orientações para não erguer peso e não fazer qualquer tipo de esforço. Poderiam e foram

incentivados a realizar atividade física, mas com interrupção imediata caso sentissem cansaço ou falta de ar.

Uma das primeiras coisas que eles falaram é que tenho que seguir a minha limitação, se chego naquele limite devo parar. Por exemplo, se ao erguer um peso eu vejo que não vou conseguir erguer muito e já começo a sentir dor, para ali, devo fazer as coisas dentro da minha capacidade, não esforçar além do que pode. (P25M)

Não recebi orientações de saúde, só o médico falou que não posso nem erguer um balde com água, balde com roupa de molho, ficar esfregando chão de calçada, nada disso pode. (P57F)

Não se levantar rápido, não fazer esforço e nem serviço pesado como varrer a casa. (P10F)

No mesmo sentido da restrição de esforço físico, há a readequação das atividades laborais, visando a execução de menos esforço e menos peso. Houve o incentivo aos participantes a continuarem mantendo suas vidas normalmente, todavia com adequações na redução de esforço físico. Além disso, a busca pela informação via internet foi evidenciada no relato de um participante.

Posso ter minha vida normal depois de 15 dias da cirurgia (implantação de CDI). Ele falou que tem jogador de futebol que na copa estava jogando e usava o mesmo aparelho que eu (CDI) [...] eu já pesquisei o que posso fazer com esse aparelho; não posso fazer exercício pesado, nem carregar peso. Posso trabalhar, mas não posso fazer força como antes, não posso usar rompedor, betoneira, furadeira, porque tem muito impacto por causa do aparelho, então limitou bastante meu trabalho. Pesquisei na internet, no *Google*. (P37M)

Fazer exercícios, caminhada, e o meu trabalho tem que ser limitado, não posso correr. (P18M)

Fazer exercício físico e não fazer esforço, não trabalhar, não fazer força brusca. (P70M)

Outras orientações foram oferecidas aos participantes sobre a adesão à terapia medicamentosa: referiram que foram orientados a tomar o medicamento corretamente, nos horários e quantidades certos.

Tomar remédios no horário certo, do coração e da diabetes. (P53F)

Tem que tomar remédios na hora certa, e se não tomar na hora certa descontrola tudo, e daí a pessoa tem tendência a perder a cabeça ou ficar doente é porque não toma o remédio direito. (P59F)

O médico falou tanta coisa, era só remédio [...] depois que descobriram o problema é no coração, então ele falou para eu tomar remédios certo e se eu passasse mal era para ir lá de novo. (P75F)

Também, houve relatos de não terem recebido qualquer tipo de orientação referentes aos cuidados com o coração ou de terem esquecido as orientações fornecidas.

Até agora não recebi orientações do que eu devo fazer ou não fazer. O que tenho visto conversando com as pessoas é para não fazer esforço até resolver isso, não exagerar, mas o médico que me deu alta não falou sobre cuidados que eu devo ter ou fazer. (P02F)

Não recebi orientações sobre o coração, somente sobre a hemodiálise, falaram para tomar pouco líquido, o problema é o líquido. (P55F)

Não recebi orientações, é você que está me orientando agora. (P33F)

Ele (médico) não me orienta nada. Aqui onde me trato, cada vez é um médico diferente. O único que foi bom teve que sair. Me orientaram sobre alimentação certa, para fazer exercícios e caminhar. (P73F)

Não lembro as orientações que recebi, sou muito ruim de memória, esqueço muito. (P04M)

O esquecimento das orientações foi relatado por três participantes e mostrou ser uma dificuldade na adesão à terapêutica. Como forma de reduzir a má adesão relacionada ao fator, orientações por escrito podem ser aliadas e são utilizadas por alguns profissionais, conforme informaram os participantes. Além disso, um participante mencionou como seria mais viável se as orientações fossem por escrito, além de verbal.

A nutricionista me deu um papel do que posso e não posso comer, por causa do rim. (P33F)

O médico me deu um papel com orientações em fases, exercícios conforme o meu limite, mas por enquanto não faço exercícios porque o doutor não liberou. (P51F)

Se a gente recebe alguma orientação por escrito é melhor do que se for só falado e ficar só na memória. Se for só falado a gente esquece, é muita coisa para conseguir gravar tudo na cabeça, se é por escrito e você tem uma dúvida, é só ir lá e ler, fica mais prático. (P09M)

Apresentadas pelos participantes, existem outras dificuldades que interferem na adesão ao tratamento e aos cuidados. Entre elas, a dificuldade em realizar exercícios físicos devido ao cansaço, as questões financeiras – os remédios

medicamentos ou os alimentos apresentam custo alto em relação ao que o participante pode pagar –, as questões culturais e hábitos, assim como o esquecimento na hora de tomar as medicações prescritas.

Observou-se que, a presença de familiares coadjuvantes no cuidado da pessoa com IC influenciou na melhora da adesão às orientações, mudanças de hábitos de vida e esquecimento.

O cansaço e a intolerância ao exercício interferiram não somente nas atividades de vida diária, como também na adesão às orientações. Devido ao cansaço intenso, a caminhada ou os exercícios físicos não são realizados.

A dificuldade que tenho para seguir as orientações é por causa do cansaço, não aguento fazer exercícios. (P31M)

Tenho dificuldades para seguir as orientações, pois tenho que caminhar, mas não consigo muito. E sou muito esquecida, já esqueço das coisas. (P34F)

As dificuldades que tenho para seguir as orientações é que ele (médico) mandou caminhar, mas não aguento caminhar. (P79M)

As dificuldades financeiras foram relatadas para comprar medicações não fornecidas pelo SUS, além do gasto com alimentos de custo mais elevado, como os integrais.

Tenho dificuldade em seguir as orientações por questões financeiras, pois eles passam coisas integrais ou diet, e com nosso salário fica difícil. (P17F)

Tenho dificuldade em seguir as orientações por causa do dinheiro, eu não tenho dinheiro, porque para vir de carro até aqui tem que pagar, arrumar passagem. (P28F)

As dificuldades que eu tenho é que se o remédio é muito caro tenho que cortar, o resto eu consigo, meus filhos me ajudam. (P49M)

Ademais, as questões culturais incluem hábitos que estão enraizados na vida do participante, que repentinamente precisam modificar em seus estilos de vida, reduzindo ou eliminando determinados alimentos, bebidas, comidas salgadas e hiperpalatáveis, cafés e doces. Os próprios participantes conhecem o hábito e referem dificuldade em modificá-los:

Às vezes tenho dificuldade para seguir as orientações, gostava do café bem doce, colocava 3 colheres de açúcar e gostava de comer carne gorda, comida com bastante banha, e tive que diminuir tudo isso. (P05M)

As dificuldades que tenho para seguir as orientações é que sou muito apegado às comidas que eu gosto [...] tem muitos alimentos que eu me apego, gosto, não tem como evitar, no começo eu seguia certo, mas com o tempo eu parei. (P25M)

Às vezes tenho dificuldade em seguir as orientações, dá vontade de comer, e eu gosto de sentir bem o gosto do sal branco, não gosto de pouco sal. E o sal diz que aumenta a pressão, e eu tenho pressão baixa, agora melhorou. (P29F)

Eu tomo café porque gosto e tenho vontade, ergo peso porque gosto de mexer nas flores, mesmo se o balde é pesado eu ergo, não consigo ficar parada, só se não puder andar mesmo. Eu trabalhei fora e me acostumei, trabalhava na limpeza do ginásio. (P56F)

Comida sem sal não mata a fome, eu tenho que sentir o sal na comida. (P65M)

Verificou-se o esquecimento do horário das medicações e de outros cuidados a serem realizados. Contudo, a figura de um familiar cuidador foi importante para amenizar o esquecimento e auxiliar o participante nos cuidados.

Eu durmo depois do almoço e quando acordo já passou a hora do remédio, vou para o boteco e esqueço do remédio. De manhã sempre tomo 9 comprimidos, meio-dia eu esqueço de tomar, almoço e já durmo. (P15M)

Não tenho dificuldades em seguir as orientações, minha neta fez uma lista dos remédios para eu tomar certo, e a minha filha sempre vai ver se faltou tomar algum remédio. Quando precisa comprar algum remédio eles já vão comprar. (P23F)

Tenho dificuldades em seguir as orientações, pois minha memória está desgastada, esqueço muita coisa. (P40F)

As dificuldades que tenho é que as vezes esqueço de tomar remédio, a minha filha arrumou os remédios num pote, cada remédio tomo 3 vezes por dia, é bastante, uns 4, 5 por vez. (P41M).

Sintomas associados às demais comorbidades e problemas de saúde impactaram na adesão às práticas de cuidado, principalmente relacionados às dores na coluna, dores no corpo, hérnia de disco e problemas de visão.

Tenho dificuldades em seguir as orientações porque enxergo mal, se eu pegar uma marmita eu não sei o que vem na marmita, tenho que perguntar para outra pessoa, se eu quero só salada, meu filho separa a salada. (P33F)

Porque tenho muita dor nas costas por causa do bico de papagaio. (P56F)

Não tenho dificuldades em seguir as orientações, eu só não posso fazer exercício por causa do problema no joelho. (P66F)

É por causa da dor no corpo e a hérnia de disco, porque não tem como tratar dela, está difícil até para andar. Nos últimos tempos não pude mais fazer exercícios, por causa do cansaço, falta de ar e tontura. O meu drama é levantar e tentar colocar o corpo no lugar. Isso tudo é falta de exercício acumulado com minha hérnia de disco, ela se agravou mais depois disso. (P70M)

Também houve a descrença com o tratamento, por não ter apresentado melhora do quadro clínico, bem como por ainda possuir sintomas, mesmo seguindo as orientações. O fato evidenciado remete à descrença em relação ao conhecimento do profissional e à eficácia dos medicamentos prescritos. Nesse sentido, a falta de crença na eficácia do tratamento pode levar à adesão incorreta das orientações, que, conseqüentemente, resulta em persistência dos sintomas e/ou piora do quadro. O fato pode levar ao entendimento de que os medicamentos e o tratamento não são eficazes.

Fui ao médico e eles disseram que quando eu estiver assim é para tomar o remédio, mas eu tomo e não adianta. Eu recebi orientações de saúde, o médico fala bastante coisa, mas não vou atrás, não faço questão de ir. Eles não sabem de nada, porque se eles soubessem, eu já teria ficado boa e melhorado. Estou tomando os remédios e continuo mal, lá em casa parece uma farmácia. A minha nora me leva no médico, mas eu não acredito muito no que ele fala. Eu tenho dificuldade em seguir as orientações, porque ele falou muita coisa e eu não melhorei, então eu não faço mais. (P68F)

Ainda no mesmo contexto, outros sujeitos também relataram que não apresentam dificuldades para seguir as orientações de saúde fornecidas.

Não tenho dificuldades em seguir as orientações, vou no médico e faço o que ele pede. (P76F)

Não tenho dificuldades em me cuidar, tiro um tempo para me cuidar, e o remédio eu sempre tomo. (P81M)

Categoria 3 – Estratégias adotadas para o cuidado em saúde e manejo dos sintomas

A terceira categoria é representada pelos termos da classe 1 e caracterizada pelas estratégias adotadas pelos participantes para o manejo dos sintomas e cuidado em saúde. Entende-se que, a partir da percepção e avaliação de algum sintoma, realiza-se alguma estratégia para seu manejo, estando ou não alinhada às orientações fornecidas.

As estratégias adotadas pelos participantes variam conforme o sintoma percebido ou a condição de saúde, nas quais se encontram. Logo, considerando as palavras da classe 1, emergiram cinco subcategorias.

Termos como “cuidar”, “tomar”, “certo”, “remédio” e “pronto socorro” determinam duas subcategorias: “**Cumprimento da prescrição médica e procura pelo serviço de saúde**” e “**Automedicação**”. Das palavras “descanso” e “descansar” associado ao discurso dos participantes e semelhanças entre as palavras, emergiu uma subcategoria: “**Repouso e espera pela melhora do sintoma**”. Já de “chá”, “erva cidreira”, “alecrim”, “erva”, “calmante” e “planta” originou a subcategoria “**Uso de terapia complementar**”.

A subcategoria **Cumprimento da prescrição médica e procura pelo serviço de saúde**, refere-se ao ato de tomar os medicamentos corretamente, seguindo a prescrição médica, nos horários certos e na quantidade correta, além de seguir as recomendações. Também, há o relato de procurar o serviço de saúde, seja o pronto socorro quando percebe algum sintoma ou realizar o acompanhamento médico regularmente.

Eu faço minhas consultas mensais, como tenho que fazer, quando venho para cá é porque estou ruim mesmo, mas no posto de saúde vou todo mês, vou ao cardiologista a cada 2 meses e eu tomo os remédios corretamente. (P44M)

Eu procuro tomar os remédios, se não melhorar eu chamo o posto de saúde. Se em casa eu tomo o remédio da pressão de manhã e sinto a tarde que meu coração está acelerado e me incomodando, eu ligo no posto de saúde e vejo com as meninas o que fazer, para ver se preciso tomar mais [...] (P57F)

Não tem o que fazer, é só internamento, só no hospital internado, eu procuro o médico. Não tem outra coisa, tem que procurar o médico urgente quando começa a inchar. Agora vai demorar para voltar, com esse tratamento eu vou muito longe, por isso quando começa tem que procurar o médico o quanto antes [...] (P81M)

Foi possível perceber que a experiência prévia de um sintoma influenciou na tomada de decisão sobre as estratégias a serem tomadas. Em um caso específico, o participante relata sobre a importância da adesão à terapia medicamentosa, ao relatar que caso interrompa o uso dos medicamentos, terá piora do quadro clínico e, por isso, segue a prescrição e realiza acompanhamento regular:

Remédio eu sempre tomo, se eu parar de tomar aquele remédio eu morro, tenho certeza disso. Eu morro não, se eu parar 30 dias de tomar o remédio, o carvedilol, os sintomas voltam, com certeza voltam, não resta dúvida. Depois no acompanhamento a cada 60 dias eu estava lá, e o médico falava para mim: José não sei como você não morreu, você é muito forte. Nunca me deu infarto ou derrame, mas ele disse que poderia ter acontecido. Faz um ano que eu recomecei a tomar os remédios. Tinha ficado dois anos tomando, daí parei de tomar e já percebi os sintomas. Eu sempre vou consultar com ele, na verdade estou meio relaxado esses últimos tempos, mas geralmente vou a cada 90 dias. (P69M)

A Automedicação foi uma estratégia adotada, principalmente, em relação ao ajuste das doses das medicações para mais ou para menos, como também na retirada do medicamento em virtude do surgimento de demais sintomas, como tontura, fadiga ou poliúria.

Para me cuidar eu tirei um remédio e não senti mais tontura. Eu tomo 11 remédios de manhã e pensei que isso não é bom, eu tomava e ficava desacomodada. Então eu tirei esse comprimido e comecei a tomar losartana novamente. Como eu tirei por conta vou ter que falar para o médico. Mas, parei de sentir essas coisas. [...] Quando o coração acelera às vezes eu tomo chá de camomila ou o propranolol que eu tomava, não podia ficar sem ele, até hoje se eu ficar sem ele o coração acelera. (P71F)

[...] Eu tomo furosemida para tirar a água do corpo, o médico mandou tomar todo dia, mas não tomo porque me dá muita fraqueza se tomar todo dia. (P43F)

Destaca-se o uso do diurético furosemida, no aumento da dose como forma de amenizar o edema, quando se sentiam com os membros inferiores ou o corpo edemaciados; ou na diminuição da dose para ir menos ao banheiro, objetivando manter o equilíbrio dos sintomas.

Quando estou com muito cansaço tomo uma furosemida a mais. Tomo 2 furosemidas de manhã, e 1 é para tomar no meio da tarde para não precisar ir ao banheiro, então me levanto e tomo duas no meio da tarde para equilibrar um pouco. (P10F)

Se me sinto mais inchado aumento a dose do diurético, às vezes até meio dia vou 8 vezes no banheiro, diminui o inchaço. (P18M)

Tomo um diurético a mais. Ele falou que é bom para fazer xixi, pois eu fazia mais xixi. Era para tomar 2 comprimidos, mas sempre tomava 1 e ficava melhor, quando sentia mais as pernas inchadas, que acho que é rim ou bexiga, eu tomo mais um diurético por conta mesmo. (P29F)

Também houve a automedicação em relação ao consumo de analgésicos para controle da dor, como dipirona e paracetamol.

Para me cuidar eu tomo os medicamentos que tem em casa, dipirona, e melho aos poucos. (P06M)

A subcategoria **Repouso e espera pela melhora do sintoma**, enfaticamente, destaca estratégias relacionadas aos sintomas de fadiga, dispneia, astenia e tontura. Nos casos em que há percepção destes sintomas, foi comum relatos de esperar passar, tomar água, ficar quieto, controlar a respiração, controlar a velocidade e a intensidade com que realiza alguma atividade. Na compreensão de que não há o que fazer, os participantes acreditam que repousar e aguardar melhora é sinônimo de não fazer nada e esperar passar.

Eu tenho que me sentar e abanar, puxar o fôlego, inspirar e expirar devagar. A enfermeira me ensinou a puxar o fôlego lentamente pelo nariz e soltar pela boca. Quando canso eu paro, volto e me sento no meu canto, ao melhorar eu vou até ali novamente [...] (P11M)

Quando sinto dor e cansaço eu paro o que estou fazendo, desisto do serviço, tomo água bem gelada. (P13F)

Na maioria das vezes não faço nada, só durmo. (P16M)

Ultimamente tinha que andar descansando, andava um tanto, descansava e esperava acalmar para começar a andar novamente. (P28F)

Às vezes tenho que parar o que estou fazendo, fechar os olhos e tentar respirar o mais fundo que consigo. [...] Às vezes eu paro totalmente, fico quieta esperando melhorar para poder reagir novamente. (P56F)

A categoria de **Uso de terapias complementares** refere-se, principalmente, ao uso de diversas plantas medicinais como manejo dos sintomas, com destaques aos chás e pomadas. Os sintomas-alvo foram: fadiga, tosse, ansiedade, dor, edema de membros inferiores, inapetência e dor epigástrica, além de consumir na tentativa de melhorar condições de saúde, ou seja, melhorar a diabetes, colesterol, o sistema cardiovascular, etc. O uso dos chás foi realizado por automedicação, sem prescrição ou recomendação de algum profissional da saúde.

As principais ervas mencionadas foram em ordem de frequência: camomila, erva cidreira e alecrim, sendo que a camomila e a erva cidreira foram usadas como calmante e o alecrim por ser benéfico ao coração. Ainda mais, houve relato de outras plantas usadas em chás, como: carqueja, cancro rosa, boldo, raiz de salsa, cana do brejo, quebra pedra, hortelã, erva doce, macela, folha de goiaba, folha de manga, cavalinha, folha de abacate, folha de bergamota, casca de laranja, chá de

graviola, manjerona, poejo, pitanga, espinheira santa, malva, tansagem, raiz de erva rubim e tarumã.

Tomo chá de erva doce com alecrim, porque alecrim é bom para o coração, ou erva cidreira (P23F)

Minha tia faz chá calmante, camomila, cidreira. Para tosse fiz chá de folha de manga, mas não resolveu, falaram que era bom, tomei o dia inteiro e não adiantou. (P34F)

Às vezes eu tomo chá de marcela para o estômago e barriga e chá de camomila, que é bom para os nervos. (P29F)

Quando me sinto mal, geralmente quando comi um pouco mais, faço um chá de boldo. Durante a pandemia tomei chá de açafraão com gengibre, limão e mel [...] (P08M)

Às vezes quando estou inchada faço chá de cavalinha para urinar. (P35F)

Às vezes tomo chá, massagem e às vezes eu tomo remédio [...] faço chá de raiz de salsa, cana do brejo e quebra pedra para o rim, ajuda para infecção e para urinar bastante, as vezes tomo chá de hortelã. (P17F)

Faço chá de dente de alho, folha de goiaba e cravo e tomo diariamente para baixar a diabetes, vi isso no youtube. (P33F)

Essa pomada tira o calor dos meus pés e elimina a sensação de peso, só que agora está inchado novamente (P63M)

Uso algumas ervas, para o colesterol eu tomo chá de pitanga, para o cansaço eu tomo chá de malva, tansagem e raiz de erva rubim, que é muito bom. (P66F)

Foram destacadas outras estratégias realizadas pelos participantes, como o escalda-pés, caracterizado pela aplicação de sal e água nas pernas como medida para diminuir o edema, referido pelos participantes como salmoura. Verificou-se as diferentes respostas do corpo mediante a estratégia, tanto positivas quanto negativas, sobre a melhora do sintoma.

Eu passo salmoura, esquento a água numa panela vazia com sal e coloco os pés dentro, sinto como se tirasse todo o cansaço, e no outro dia os pés estavam secos, sem inchaço. (P03M)

No começo eu esquentava água nos pés, mas não adiantou. (P07M)

Para as pernas inchadas geralmente faço calda de salmoura quente e ergo as pernas, não fico debaixo de árvore. (P40F)

Para as pernas inchadas eu passo água morna com sal grosso na perna, melhora. (P66F)

A adoção e a manutenção de hábitos saudáveis também foram relatadas pelos participantes, além da realização de atividades de lazer e autocuidado. As ações de mudanças de estilo de vida por meio de hábitos saudáveis compreendem a realização de exercícios físicos leves, interrupção do tabagismo e etilismo.

Eu faço minhas caminhadas dentro do meu condomínio. [...] Ando quase todos os dias, pelo menos 3 voltas no condomínio, mesmo que cansa [...] até subir escada. Tem que fazer, e a bicicleta ergométrica todo dia 20 minutos, às vezes a tarde uns 7, 8 minutos, e pegar o peso de 1 quilo cada, diariamente. Já estou no bico do corvo, se não fizer piora [...] para diminuir o cansaço eu faço exercícios, caminho, tento não ficar parado, pois é pior se eu ficar muito tempo parado na cama ou no sofá. (P07M)

Parei de beber e parei de fumar antes do infarto, parei por vontade própria, estava tomando de forma exagerada, e queria cuidar da minha saúde. (P11M)

Eu gosto de levantar-me cedo, faço meus afazeres, lavo minha roupa, olho os canteiros e vou na vizinha. Às vezes me levanto, caminho bastante, vou nas vizinhas, tomo café, tomo chimarrão, daí passa. (P66F)

Quando estou triste eu vou ver minhas plantas, vou na rua e logo passa. (N71F)

Portanto, foram identificadas algumas estratégias de manejo de sintomas, relacionadas aos sintomas da IC e outras causas. Em síntese, as principais foram a adoção das recomendações médicas sobre o uso dos medicamentos, a busca pelo serviço de saúde, a automedicação, o repouso, as terapias complementares na forma de chás e adoção de hábitos saudáveis de vida.

Categoria 4 – Enfrentamento à doença e expectativas relacionadas ao tratamento

Esta categoria refere-se às formas de enfrentamento à doença no cotidiano, ou seja, o que ajuda os participantes a lidarem melhor com a doença e sobre as expectativas em relação ao cuidado realizado e ao tratamento. Assim, a categoria é integrada pelos termos da classe 5, elencando duas subcategorias respectivas: **“Enfrentamento à doença”** e **“expectativas em relação ao tratamento”**.

A subcategoria de **enfrentamento à doença** engloba os termos “Deus”, “Igreja”, “oração”, “feliz”, “rezar” e “fé”: refere-se à espiritualidade e religiosidade, sendo uma maneira com que o participante busca dar sentido à vida. Percebe-se a crença em Deus como um ser que rege e controla a vida, e os fatos que dela fazem

parte. A oração é vista como um ato de súplica, para que Deus ajude no tratamento, bem como forma de gratidão pela vida e por toda a trajetória.

As crenças religiosas e espirituais mostraram oferecer subsídio e suporte para que o participante tenha confiança no tratamento e nos profissionais habilitados que realizam a assistência em saúde. O sofrimento gerou a busca pelo fortalecimento por meio da espiritualidade, mostrando ser suporte na adaptação ao adoecimento:

A Fé em Deus Divino Pai Eterno e no Evangelizar onde sou sócia, Fé nos remédios, orações, na igreja da nossa Senhora Desatadora dos Nós. Tenho um oratório lá em casa com vários santos, toda noite eu me ajoelho e rezo, todo santo ajuda e as orações de todos também. (P23F)

Eu busco a igreja, peço oração. Primeiro o médico e depois a igreja. Meu médico e Deus, se eu tenho Deus eu tenho tudo, se eu tiver Deus consigo um médico bom que me atende. Se eu estivesse lá sozinha como antes, só iam me encontrar quando já estivesse morta. (P28F)

Busquei muita oração, primeiro Deus, segundo os médicos. Os médicos foram criados por Deus, em Eclesiastes diz que não se espera da medicina que foi criado pela mão de Deus. (P80M)

Observou-se em um dos participantes sentimentos de desesperança e dúvidas arraigados em seu cotidiano, principalmente sobre Deus, que acredita haver preparado sua vida: são questionamentos sobre o porquê de o participante ter sido acometido pela doença, que pode ser entendido pelo seguinte relato:

O que eu procuro de ajuda além do serviço de saúde é só lá em cima, só Deus, a Fé. Eu reclamo com Deus, por que Deus cura as pessoas pelo meu intermédio e não cura eu? Mas eu tenho que passar por essa situação. Deus nos provou até no imaginário, não pense que para entrar no reino de Deus é fácil, são muitas provas. Diariamente peço perdão para Deus, me ajoelho, agradeço e quando levanto da cama eu estou com saúde, paz e alegria. (P63M)

Neste caso, o participante revela uma atribulação de fortalecimento diante da fé, pois pode transcender suas próprias angústias ao buscar a força para o seu viver na espiritualidade. Mesmo com todas as dificuldades, o participante deposita em sua fé forças para o convívio com a doença.

Outra estratégia de enfrentamento ao adoecimento foi estar feliz ou sentir-se feliz através de atitudes positivas, que proporcionam sentimentos de alegria, como cantar ou ler. A execução de atividades e hábitos de lazer diariamente foram evidenciadas como eficazes na promoção do bem-estar.

Direto eu tenho a minha felicidade, eu gosto muito de cantar, direto estou cantando, estou lendo alguma coisa para me divertir um pouco. Graças a Deus sempre estou feliz. Quando alguém fala alguma coisa dá aquele choque e logo passa e não tenho mais nada, já nem lembro. (P59F)

Levanto-me da cama com os hinos da igreja, esses dias acordei cantando, então minha vida é para Deus. E vivo muito bem e muito feliz, graças a Deus. (P63M)

A subcategoria **expectativas em relação ao tratamento** integra os termos “expectativa”, “melhorar”, “querer”, “sara”, “tratamento”, “cirurgia”, “insuficiência cardíaca” e “doença”. Houve predominância da expectativa de melhora da saúde quando questionados sobre o que esperavam em relação ao tratamento e cuidado realizado; a expectativa esteve depositada no tratamento medicamentoso, nas estratégias de manejo adotadas, na realização de uma cirurgia bem-sucedida e na equipe de saúde. Também, depositam esperanças nas crenças espirituais e religiosas para que os ajude no tratamento e no cuidado diário.

Minha expectativa é na medicina, tenho fé em Deus e na medicina, pois é a medicina que vai me salvar disso. Para quem passou dois infartos seguidos não é fácil. (P11M)

É melhorar, estou rezando para melhorar, eu já rezei tanto, a Virgem Maria nunca me largou. (P24F)

Espero melhorar, que essa cirurgia ajude a passar da minha capacidade ou limite. (P25M)

É só Deus que sabe, eu espero que Deus me ajude e que eu melhore, mas ele é quem sabe. (P30F)

Espero que os remédios continuem fazendo efeito, porque eu tenho muito medo de acontecer alguma coisa, o remédio parar de funcionar ou enfraquecer, passar da medida que precisa ser, essas coisas. (P47F)

Melhorar, porque se Deus me colocou aqui é porque vou melhorar, vou curar e vou pra casa bem. É isso que eu quero (P63M)

Eu penso que os médicos estão aqui para melhorar a nossa saúde, o remédio que ele me deu melhorou muito, tirou o cansaço que eu sentia e o outro remédio tinha me dado ânimo para trabalhar. (P71M)

Observou-se, pelos relatos, que a experiência prévia de sintomas influenciou na expectativa, tanto por perceber melhora quanto em esperar melhoria do quadro clínico. O resultado de um tratamento eficaz também estimulou os participantes na busca pelo cuidado e manejo dos sintomas e doença, principalmente por relatarem

que as expectativas são de melhoras e que continuarão com os cuidados que realizam.

Quero cuidar, quando eu saí da UTI a doutora falou que no momento não ia precisar fazer a cirurgia, agora falaram que vão marcar a cirurgia. [...] o médico daqui disse que ia repetir ecocardiograma para ver se vou precisar fazer a cirurgia. (P08M)

É que Deus abençoe o tratamento, que seja melhor do que já é. Agora que tenho esse problema. Eu tenho que me cuidar né, tomar o remédio certo, porque quero que Deus abençoe para sempre melhorar. (P53F)

É melhorar, se Deus quiser, estou melhorando, já melhorei em vista do que eu estava. (P27M)

Ainda, existiram relatos sobre a expectativa por melhora de algum sintoma específico, como o cansaço, poder tomar menos medicamentos, ou não precisar fazer a cirurgia e, caso precise, que seja bem-sucedida.

É melhorar, fazer o tratamento certo para melhorar e tomar menos remédios. (P62F)

Que o doutor me dê uma solução para essa tosse, se vem do coração ou de onde vem. (P34F)

Que eu melhore, que eu possa pelo menos caminhar bem e parar com essa dor. (P36F)

Se eu melhorasse das pernas e ficasse mais forte já estaria bom, porque a pressão já é sempre boa. (P78M)

Que eu melhore, porque do jeito que eu estou eu não presto para nada, quero melhorar pelo menos esse cansaço. (P79M)

Foram apresentadas expectativas relacionadas a ter condições de retornar às atividades habituais que realizava antes da doença – mas que foram interrompidas ou reduzidas, em decorrência da carga de sintomas e do processo de adoecimento. Dessas atividades, se destacam as de lazer com a família e retorno ao trabalho.

Eu espero em Deus que eu sare e fique bem, que eu possa voltar a fazer o que eu fazia antigamente, estou torcendo para que dê tudo certo. (P09M)

Ter uma operação bem-sucedida, voltar a ter uma vida normal, para cuidar do meu filho e da minha esposa. Eu pretendia voltar a trabalhar, mas não sei se vou conseguir, se eu fizer cirurgia não sei se vou conseguir ter força para trabalhar novamente. (P22M)

Ficar bem, eu preciso ficar bem para trabalhar, eu não tenho nem 60 anos ainda, não posso abandonar. (P70M)

A consciência da finitude da vida e a compreensão de que não haverá melhora ou cura do problema cardíaco também foi observada entre os participantes. Efetivamente citada entre os idosos, com mais tempo de doença, foi possível perceber que, em decorrência da idade avançada e da gravidade da doença, possuem crença de que não serão curados e não terão a vida restaurada. Observa-se que eles possuem a informação e sabem que a IC é uma doença que não tem cura, que é possível melhorar, mas não curar. Nesses casos, falam da morte como um futuro próximo e inevitável, isto é, a cura não existe como possibilidade: a uns, causa sofrimento; para outros, é compreendida como uma situação natural.

Eu sei que tomar medicamento não vai aumentar a força do coração. Os médicos ainda nem souberam explicar ou chegar a algum diagnóstico se era algo que já existia ou se surgiu agora, ou a causa disso. (P02F)

Tenho poucas expectativas em relação ao tratamento, eu tenho consciência que na minha idade, com 73 anos, para que colocar um marca-passo, posso viver 2 anos, 3 meses ou 20 anos [...] (P07M)

Sei que isso (a Fé em Deus) não vai renovar minha vida pois na minha idade não é possível, mas agradeço a Deus. (P23F)

Vou ter que continuar desse jeito até a morte porque é a única forma, esse coração não tem mais o que fazer. O doutor fala que eu posso sofrer uma parada cardíaca porque o problema é que eu tenho insuficiência cardíaca. Ele pode melhorar, mas sarar não, não vai mais curar 100 por cento, esse coração aqui já era, pode até ir longe, mas já foi falado pra mim que nunca mais vai ficar como antes. (P81M)

As expectativas que tenho é em sarar, mas isso é só com transplante, não tem o que fazer, quero viver mais uns 6 meses. (P31M)

Eu acho que eu não vou durar muito, porque meu coração está fraco. (P56F)

Eu não sei o que esperar, com esse problema cardíaco a gente não sabe, a tendência é piorar, mas a expectativa é que amenize. (P50F)

Em contraponto aos dados apresentados, a minoria dos participantes relatou não possuir expectativas em relação ao tratamento.

Para mim não tem nada de expectativas. (P19M)

Não tenho expectativas, acho que está bom assim. (P46M)

No momento não penso em nada. (P59F)

Sendo assim, entende-se que a espiritualidade e as crenças religiosas foram vistas como estratégia de enfrentamento à doença e, também, que possuem papel importante nas expectativas do participante em relação ao tratamento realizado, seja de melhora do quadro, por meio da fé no tratamento e nos profissionais de saúde, seja para conduzir o processo de finitude da vida.

6.3 RESULTADOS DA ABORDAGEM QUANTITATIVA

Nesta seção são evidenciados os resultados dos instrumentos *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) e *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS), para avaliação dos sintomas de IC por parte dos participantes, e para estratégias ao manejo dos sintomas e/ou autocuidado.

6.3.1 Insuficiência cardíaca e os sintomas que interferem na QV pelo *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ)

Sobre a qualidade de vida, por meio do MLHFQ, que avalia as limitações associadas ao quanto IC impede as pessoas de viverem como gostariam, obteve-se a pontuação total média de 63,69 (D.P.=23,66), considerada com QV baixa, uma vez que os valores acima de 45 pontos indicam pior QV (Rector; Cohn, 1992), pois quanto maior a pontuação, maior o impacto da IC na QV.

Em relação aos domínios, o componente físico obteve uma média de 27,67 (D.P.=11,04); e o componente emocional, uma média de 13,90 (D.P.=7,19). O índice de confiabilidade, medido pelo *alfa* de Cronbach, foi de 0,88 no total e, nos domínios físico e emocional, foi de 0,86 e 0,71, respectivamente, revelando boa confiabilidade do instrumento entre os participantes do estudo (Tabela 4).

TABELA 4 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA MLHFQ TOTAL E SEUS COMPONENTES FÍSICO E EMOCIONAL, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Domínios	Nº de itens	Média ± D.P.	Mediana	Mín.-máx.	Alfa de Cronbach
MLHFQ físico	8	27,67 ± 11,04	30,0	0 – 40	0,86
MLHFQ emocional	5	13,90 ± 7,19	14,0	0 – 25	0,71
MLHFQ total	21	63,69 ± 23,66	67,00	11 – 105	0,88

D.P = Desvio Padrão; MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

O questionamento inicial aborda se a IC causou impacto no último mês, para que a pessoa possa viver como gostaria. Entre os participantes, 77,7% (n=63) responderam que sim, perceberam impacto da doença na sua vida e que esse impacto causa impedimento para viver como gostariam.

Na análise das respostas para cada item foi evidente que a maioria escolheu os extremos de pontuação (zero ou cinco), com predominância para “demais”, revelando um efeito teto/chão para todos os itens da escala, sendo que aqueles que não tiveram, majoritariamente, a resposta “demais”, tiveram, em maioria, a resposta “não”.

Os itens que receberam maior média relacionaram-se ao maior comprometimento do domínio físico: 72,8% (n=59), para o *Item 3 (tornando a caminhada e subida de escadas difícil)*, com média de 4,12 (D.P.=1,67); 69,1% (n=56), para o *Item 13 (deixando cansado, fadigado e com pouca energia)*, com média de 4,04 (D.P.=1,69); e 63% (n=51), para o *Item 2 (obrigando sentar ou deitar para descansar durante o dia)*, com média de 3,99 (D.P.=1,61). Para o domínio emocional, o *Item 19 (fazendo você se preocupar)* obteve maior média 3,95 (D.P.=1,68) para 64,2% (n=52) dos participantes (Tabela 5).

TABELA 5 - ANÁLISE DESCRITIVA DA FREQUÊNCIA DOS ITENS DO MLHFQ, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Item	Itens MLHFQ	Média ± D.P.	0 Não	1 Muito pouco	2 Pouco	3 Médio	4 Bastante	5 Demais
1	Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	2,58±2,20	27 (33,3)	7 (8,6)	5 (6,2)	7 (8,9)	4 (4,9)	31 (38,3)
2	Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	3,99±1,61	8 (9,9)	1 (1,2)	2 (2,5)	13 (16,0)	6 (7,4)	51 (63,0)
3	Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil	4,12±1,67	8 (9,9)	3 (3,7)	2 (2,5)	4 (4,9)	5 (6,2)	59 (72,8)
4	Tornando seu trabalho doméstico difícil	3,52±2,11	19 (23,5)	1 (1,2)	2 (2,5)	5 (6,2)	5 (6,2)	49 (60,5)
5	Tornando suas saídas de casa difícil	3,70±1,94	15 (18,5)	0	4 (4,9)	5 (6,2)	8 (9,9)	49 (60,5)
6	Tornando difícil dormir bem a noite	2,72±2,16	27 (33,3)	3 (3,7)	2 (2,5)	13 (16,0)	6 (7,4)	30 (37,0)
7	Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil	2,02±2,20	40 (49,4)	2 (2,5)	5 (6,2)	5 (6,2)	8 (9,9)	21 (25,9)
8	Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil	2,86±2,38	31 (38,3)	1 (1,2)	3 (3,7)	1 (1,2)	3 (3,7)	42 (51,9)
9	Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil	3,53±2,11	19 (23,5)	0	4 (4,9)	4 (4,9)	4 (4,9)	50 (61,7)
10	Tornando sua atividade sexual difícil	2,57±2,39	36 (44,4)	0	2 (2,5)	4 (4,9)	3 (3,7)	36 (44,4)
11	Fazendo você comer menos as comidas que você gosta	3,25±2,16	22 (27,2)	1 (1,2)	3 (3,7)	6 (7,4)	7 (8,6)	42 (51,9)
12	Causando falta de ar	3,57±1,89	11 (13,6)	6 (7,4)	4 (4,9)	10 (12,3)	5 (6,2)	45 (55,6)
13	Deixando você cansado, fadigado ou com pouca energia	4,04±1,69	9 (11,1)	1 (1,2)	4 (4,9)	6 (7,4)	5 (6,2)	56 (69,1)
14	Obrigando você a ficar hospitalizado	2,90±2,32	28 (34,6)	2 (2,5)	5 (6,2)	3 (3,7)	1 (1,2)	42 (51,9)
15	Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos	3,14±1,98	17 (21,0)	4 (4,9)	6 (7,4)	11 (13,6)	10 (12,3)	33 (40,7)
16	Causando a você sentir-se um peso para familiares e amigos	1,28±1,83	51 (63,0)	2 (2,5)	4 (4,9)	10 (12,3)	6 (7,4)	8 (9,9)
17	Fazendo você sentir uma falta de autocontrole na sua vida	1,94±2,08	40 (49,4)	1 (1,2)	3 (3,7)	15 (18,5)	5 (6,2)	17 (21,0)
18	Fazendo você se preocupar	2,22±2,30	40 (49,4)	0	2 (2,5)	6 (7,4)	7 (8,6)	26 (32,1)
19	Fazendo difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas	3,95±1,68	8 (9,9)	2 (2,5)	6 (7,4)	6 (7,4)	7 (8,6)	52 (64,2)
20	Fazendo você sentir-se deprimido	3,00±2,18	25 (30,9)	1 (1,2)	3 (3,7)	7 (8,6)	10 (12,3)	35 (43,2)
21	Fazendo você sentir-se deprimido	2,79±2,25	29 (35,8)	1 (1,2)	2 (2,5)	10 (12,3)	4 (4,9)	35 (43,2)

D.P.: Desvio Padrão; MLHFQ: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Para a avaliação dos níveis da QV entre os participantes do estudo, as variáveis idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, Feve, número de comorbidades e número de MUC foram associadas, indicando correlação moderada à forte apenas para o domínio emocional do MLHFQ. Houve forte correlação entre o tempo de diagnóstico e o MLHFQ emocional ($r=0,65$; $p<0,001$), ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a pontuação do MLHFQ e pior a QV emocional. Ademais, foi identificada moderada correlação entre Feve e MLHFQ emocional ($r=0,26$; $p=0,01$), isto é, quanto maior a Feve, maior a pontuação do MLHFQ emocional e pior a QV emocional. Por fim, a correlação entre escolaridade e o domínio emocional mostrou ser moderada e negativa ($r=-0,29$; $p=0,009$), indicando que quanto maior a escolaridade, menor a limitação para este domínio. As demais associações das variáveis com o valor total do MLHFQ, bem como com seus domínios, apresentaram correlação fraca e sem significância estatística (Tabela 6).

TABELA 6 - ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA MLHFQ TOTAL E SEUS COMPONENTES FÍSICO E EMOCIONAL E CORRELAÇÕES COM VARIÁVEIS SOCIAIS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Variável	MLHFQ total	p-valor*	MLHFQ físico	p-valor*	MLHFQ emocional	p-valor*
Idade	0,06	0,576	0,11	0,312	0,19	0,093
Escolaridade	-0,15	0,174	-0,13	0,236	-0,29	0,009
Tempo diagnóstico IC	-0,15	0,348	0,15	,0319	0,65	<0,001
Feve	0,157	0,179	0,12	0,275	0,29	0,010
Nº comorbidades	0,11	0,925	-0,00	0,995	-0,00	0,967
Nº MUC	0,19	0,082	0,15	0,178	0,18	0,099

*p-valor da correlação de Pearson. MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*; IC: insuficiência cardíaca; Feve: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; MUC: medicamentos de uso contínuo

Fonte: dados da pesquisa (2023).

A pontuação total do MLHFQ apresentou maior média na CF III e CF IV, com 75,5 (D.P.=17,3) e 75,6 (D.P.=14,1), respectivamente. O domínio físico com maior pontuação para os participantes em CF III e IV, com 34,0 (D.P.=5,3) e 34,0 (D.P.=4,3), ou seja, pessoas com IC avançada apresentaram pior pontuação no domínio físico, quando comparadas àquelas com CF I e II. O domínio emocional apresentou maior média de pontuação entre os participantes em CF III, com 15,8 (D.P.=7,9), seguida da CF IV, 13,6 (D.P.=7,1), embora não tenha apresentado significância estatística (Tabela 7).

Ao analisar a associação da CF com os valores do MLHFQ total e seus componentes físico e emocional, observou-se que os participantes com pior CF obtiveram maior pontuação total nos domínios físico e emocional, isto é, observou-se pior pontuação conforme o avanço da CF, com exceção do domínio emocional, que diminuiu o escore para CF IV (Tabela 7).

A pontuação total do MLHFQ apresentou maior média na CF III e CF IV, com 75,5 (D.P.=17,3) e 75,6 (D.P.=14,1), respectivamente. Embora não tenha apresentado significância estatística, o domínio físico com maior pontuação para os participantes em CF III e IV, com 34,0 (D.P.=5,3) e 34,0 (D.P.=4,3), ou seja, pessoas com IC avançada apresentaram pior pontuação no domínio físico quando comparadas àquelas com CF I e II. O domínio emocional apresentou maior média de pontuação entre os participantes em CF III, com 15,8 (D.P.=7,9), seguida da CF IV, 13,6 (D.P.=7,1), apesar de estatisticamente não significante (Tabela 7).

TABELA 7 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES DA MLHFQ SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL AVALIADA PELOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Domínios	Média ± D.P.					p-valor**
	CF I	CF II	CF III	CF IV	Total	
MLHFQ físico	7,3±10,7	25,0±10,2	34,0±5,3	34,0±4,3	27,5±11,0	< 0,001
MLHFQ emocional	10,1±4,7	13,0±7,2	15,8±7,9	13,6±3,6	13,7±7,1	0,25
MLHFQ total	32,3±20,5	57,2±22,4	75,5±17,3	75,6±14,1	63,1±23,3	< 0,001

**p-valor obtido por meio do teste Anova. D.P: desvio padrão; MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*; CF ardiovasfuncional.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Analisando a distribuição das médias do MLHFQ total e componentes, conforme a Feve, nota-se uma pontuação média maior no MLHFQ total e entre os domínios físico e emocional entre os participantes com Feve preservada, com 76,2 (D.P.=17,4), 33,3 (D.P.=7,3) e 17,8 (D.P.=5,9), respectivamente (Tabela 8). Em contrapartida, a Feve melhorada apresentou menor pontuação em todos os domínios, com 47,4 (D.P.=33,1), 20,2 (D.P.=17,6) e 10,6 (D.P.=9,4) (Tabela 8).

TABELA 8 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES DA MLHFQ SEGUNDO A FEVE AVALIADA PELOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=76)

Domínios	Média ± D.P.				Total	p-valor*
	ICFEr	ICFEp	ICFEm	ICFEIr		
MLHFQ físico	27,1±10,1	33,3±7,3	20,2±17,6	26,2±12,0	28,2±10,6	0,031
MLHFQ emocional	12,1±6,7	17,8±5,9	10,6±9,4	17,1±7,8	14,0±7,2	0,040
MLHFQ total	61,9±21,6	76,2±17,4	47,4±33,1	63,4±26,8	64,8±22,8	0,009

*p-valor obtido por meio do teste ANOVA. D.P.: desvio padrão; MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*; ICFEr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; ICFEp: insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; ICFEm: insuficiência cardíaca com fração de ejeção melhorada; ICFEIr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Ao comparar as avaliações do MLHFQ segundo o sexo, foi possível observar discreta distinção nos escores entre homens e mulheres, mas sem obter significância estatística (Tabela 9). Na avaliação das mulheres, houve pontuações maiores que os homens nos dois domínios (físico e emocional), bem como no escore total, com média de 29,1 (D.P.=10,1), 15,5 (D.P.=7,0) e 65,7 (D.P.=21,5), enquanto os homens apresentaram média de 26,4 (D.P.=11,7), 12,5 (D.P.=7,0) e 61,9 (D.P.=25,4), respectivamente ($p > 0,05$ para cada domínio e para o escore total do MLHFQ).

TABELA 9 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA MLHFQ TOTAL E SEUS COMPONENTES FÍSICO E EMOCIONAL, SEGUNDO AVALIAÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Domínios	Sexo (Média ± D.P.)		p-valor**
	Masculino	Feminino	
MLHFQ físico	26,4±11,7	29,1±10,1	0,148
MLHFQ emocional	12,5±7,0	15,5±7,0	0,952
MLHFQ total	61,9±25,4	65,7±21,5	0,067

**p-valor obtido por meio do teste t de Student; D.P.: Desvio Padrão; MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*

Fonte: dados da pesquisa (2023).

6.3.2 Estratégias de autocuidado frente aos sintomas de IC pelo *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS)

Para o instrumento EHFScBS, que avalia estratégias para o manejo de sintomas e do autocuidado (Feijó *et al.*, 2012), a média da pontuação total foi de 32,8 (D.P.=6,4), com variação de 20 a 47 pontos. A relação do escore desse instrumento é inverso, ou seja, quanto maior a pontuação, menor é o autocuidado, sendo que a pontuação máxima obtida pode ser até 60 pontos (Feijó *et al.*, 2012). O

índice de confiabilidade do instrumento medido pelo alfa de Cronbach entre os participantes do estudo foi de 0,46.

Quando analisadas as estratégias para o manejo de sintomas e do autocuidado, conforme as pontuações item a item, observa-se o destaque entre os extremos, 1 e 5, concordo plenamente e discordo plenamente, respectivamente. Os itens com maiores médias de pontuação e, conseqüentemente, menor comportamento de autocuidado foram: 74,1% (n=60) para o Item 1 (pesar-se diariamente), com média de 4,47 (D.P.=1,00); 69,1% (n=56) para o Item 5 (procurar o serviço de saúde caso ganhar 2kg em uma semana), com média de 4,14 (D.P.=1,48); 66,7% (n=54) para o Item 6 (limitar a quantidade de líquidos), com 4,16 (D.P.=1,40); e 65,4% (n=53) para o Item 12 (fazer exercícios regularmente), com média de 4,21 (D.P.=1,26) (Tabela 10). Neste sentido, foram os itens que apresentaram pior comportamento de autocuidado.

Em contrapartida, os itens com menores médias e maior comportamento de autocuidado foram: 90,1% (n=73) para o Item 7 (descansar durante o dia), com média de 1,19 (D.P.=0,69); 88,9% (n=72) para o Item 10 (tomar o medicamento conforme a prescrição), com média de 1,27 (D.P.=0,87); e 75,3% (n=61) para o Item 2 (descansar em caso de falta de ar), com média de 1,62 (D.P.=1,23) (Tabela 10).

TABELA 10 – ANÁLISE DESCRITIVA DA FREQUÊNCIA DOS ITENS DO EHFSCBS, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Item	Questão	Média ± D.P.	Concordo plenamente 1	Quase sempre concordo 2	Às vezes concordo 3	Quase nunca concordo 4	Discordo plenamente 5
1	Peso-me todos os dias	4,47±1,00	1 (1,2)	5 (6,2)	9 (11,1)	6 (7,4)	60 (74,1)
2	Se sinto falta de ar, repouso	1,62±1,23	61 (75,3)	5 (6,2)	6 (7,4)	3 (3,7)	6 (7,4)
3	Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,41±1,67	44 (54,3)	2 (2,5)	10 (12,3)	8 (9,9)	17 (21,0)
4	Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,59±1,77	40 (49,4)	6 (7,4)	5 (6,2)	7 (8,6)	23 (28,4)
5	Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	4,14±1,48	12 (14,8)	2 (2,5)	5 (6,2)	6 (7,4)	56 (69,1)
6	Limite a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 l por dia).	4,16±1,40	10 (12,3)	3 (3,7)	5 (6,2)	9 (11,1)	54 (66,7)
7	Descanso durante o dia	1,19±0,69	73 (90,1)	5 (6,2)	1 (1,2)	0	2 (2,5)
8	Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,56±1,72	41 (50,6)	2 (2,5)	10 (12,3)	8 (9,9)	20 (24,7)
9	Faço uma dieta com pouco sal	1,94±1,40	52 (64,2)	4 (4,9)	11 (13,6)	6 (7,4)	8 (9,9)
10	Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	1,27±0,86	72 (88,9)	2 (2,5)	4 (4,9)	0	3 (3,7)
11	Tomo a vacina contra a gripe todos os anos.	2,22±1,71	50 (61,7)	4 (4,9)	5 (6,2)	3 (3,7)	19 (23,5)
12	Faço exercícios regularmente	4,21±1,26	9 (11,1)	2 (2,5)	7 (8,6)	9 (11,1)	53 (65,4)

D.P: Desvio padrão

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Ao analisar a pontuação do EHFS_cBS, com base nas variáveis de estudo (idade, escolaridade, tempo de diagnóstico da IC, Feve, número de comorbidades e número de medicações de uso contínuo), não houve significância estatística entre as associações (Tabela 11). Observa-se, entre as variáveis, que houve correlação negativa e fraca com o EHFS_cBS, além da ausência de significância estatística.

TABELA 11 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA EHFS_cBS E ASSOCIAÇÕES COM VARIÁVEIS SOCIAIS E CLÍNICAS ENTRE OS PARTICIPANTES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Variável	EHFS _c BS	p-valor*
Idade	-0,203	0,068
Escolaridade	-0,004	0,972
Tempo de diagnóstico	-0,068	0,658
Feve	-0,131	0,262
Nº comorbidades	-0,162	0,148
Nº MUC	-0,049	0,665

*p-valor obtido por meio da correlação de Pearson; Feve: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; MUC: medicamentos de uso contínuo.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Ao analisar a avaliação dos participantes sobre o instrumento EHFS_cBS, em associação com a CF, os valores médios diminuíram conforme aumento da CF. A maior média foi entre os participantes classificados em CF I, com 34,1 (D.P.=8,1), enquanto a menor foi entre CF IV, com 29,8 (D.P.=9,7) (Tabela 12).

Na pontuação referente ao instrumento EHFS_cBS, segundo a Feve, a menor pontuação obtida pelos participantes com Feve melhorada e Feve preservada, obteve média de 31,4 (D.P.=3,9) e 31,4 (D.P.=6,9), enquanto a maior pontuação foi obtida pelos participantes com Feve levemente reduzida e Feve reduzida, com 34,2 (D.P.=7,6) e 33,3 (D.P.=6,1), respectivamente (Tabela 12), embora sem significância estatística.

Ao avaliar as estratégias para o manejo de sintomas e do autocuidado (EHFS_cBS), segundo o sexo, obtiveram-se resultados discretamente distintos. As mulheres apresentaram escore menor que os homens, com 31,9 e 33,4, respectivamente, apesar de não ser estatisticamente significativo (Tabela 12).

TABELA 12 – ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA EHFSCBS, SEGUNDO AVALIAÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES COM IC HOSPITALIZADOS E EM SÉGUIMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ. CASCAVEL, 2023. (n=81)

Variáveis	Média±D.P.	p-valor
Sexo		0,212**
Masculino	33,47±6,97	
Feminino	31,91±5,67	
Classificação pela Feve (n=76)		0,596***
ICFEr	33,31±6,12	
ICFEp	31,45±6,95	
ICFEm	31,40±3,91	
ICFEIrr	34,42±7,16	
CF NYHA		0,359***
CF I	34,16±8,10	
CF II	33,75±5,57	
CF III	31,92±6,40	
CF IV	29,87±9,17	

p-valor obtido pelo Teste t de *Student*; *p-valor obtido pelo teste Anova; D.P.: Desvio padrão; CF: classe funcional; NYHA: *New York Association*; Feve: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; ICFEr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; ICFEp: insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; ICFEm: insuficiência cardíaca com fração de ejeção melhorada; ICFEIr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

7. DISCUSSÃO

O grupo de participantes atendidos no ambulatório e hospitalizados se caracterizou pela predominância de pessoas do sexo masculino, com idade média de 66,81 anos, casados, que possuíam baixa escolaridade, com renda média familiar de dois salários-mínimos e aposentados.

A caracterização sociodemográfica deste estudo, no que tange à média de idade, corrobora com outros estudos brasileiros realizados nos últimos dez anos, que verificaram a média de idade entre 62 e 68 anos em pacientes com IC (Saccomann; Cintra; Gallani, 2014; Leal *et al.*, 2023; Cruz *et al.*, 2022; Oscalices *et al.*, 2019; Zamora *et al.*, 2022); diverge de outro estudo com média de idade de 58 anos (Sousa *et al.*, 2017a). Nota-se a predominância da faixa etária acima de 60 anos, fato atribuído ao envelhecimento populacional, que será o principal fator do aumento da prevalência e incidência da IC (Ziaeeian; Fonarow, 2016).

A distribuição entre os sexos reforça outros estudos, que verificaram a predominância do sexo masculino (Cavalcante *et al.*, 2018; Kurogi; Butcher; Salvetti, 2020; Raffaa *et al.*, 2020; Cruz *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023); e destoa de outros, com amostra predominante de mulheres (Saccomann; Cintra; Gallani, 2014; Sousa *et al.*, 2017b; Aguiar *et al.*, 2021).

A incidência da IC entre homens e mulheres aumenta com o passar do tempo e à medida em que envelhecem. Contudo, a incidência aumenta substancialmente para mulheres após os 65 anos até 84 anos, enquanto para homens, a incidência é maior em idades mais jovens (Bozkurt; Khalaf, 2017). De maneira geral, pessoas do sexo feminino com IC possuem maior probabilidade de ter idade avançada, maior carga de sintomas, maior número de comorbidades, valores elevados de fração de ejeção e menor probabilidade de possuírem dispositivos de ressincronização cardíaca (Stolfo *et al.*, 2019; Scicchitano *et al.*, 2022).

Dados disponibilizados pelo Datasus (2022) apontam que nos anos entre 2017 a 2021, 50,2% dos óbitos por IC no Brasil foram de mulheres, com taxa de mortalidade ligeiramente maior (12,2%), principalmente acometendo mulheres acima de 80 anos; ao passo em que aos homens a taxa foi de 11,2%. Verificou-se que mulheres acima de 80 anos são as mais afetadas em incidência e mortalidade devido à IC (Bozkurt; Khalaf, 2017).

Quanto à escolaridade e à renda familiar média, Cavalcante *et al.* (2018) apresentam, em seu estudo, características de renda de dois salários-mínimos por família. Outros estudos também apontam a predominância de baixa escolaridade, de maioria dos participantes com IC que possuíam ensino fundamental incompleto (Cavalcante *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020), dados que concordam com o presente estudo. Tais fatores socioeconômicos podem influenciar em pior QV e nos desfechos clínicos em pessoas com IC, pois potencializam as chances de reinternação por IC e favorecem um maior número de comorbidades associadas (Philbin, *et al.*, 2001; Silva *et al.*, 2020).

Quanto ao tempo de diagnóstico, os dados apresentaram média de 7,16 anos e converge com estudos que apontam médias variando entre 5 e 10 anos de tempo de diagnóstico (Cavalcante *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2023).

A etiologia da IC corrobora com o identificado em diversos estudos nacionais, sendo a principal a etiologia isquêmica (Nascimento; Puschel, 2013; Mantovani *et al.*, 2015; Leal *et al.*, 2023) e diverge com o encontrado em outro estudo que aponta a etiologia principal a valvar (Megiatti *et al.*, 2022) ou de causa não esclarecida (Paz *et al.*, 2019). Ademais, o perfil clínico dos idosos com IC crônica aponta como etiologia principal da doença, a isquêmica (SBC, 2018).

Em relação à fração de ejeção do ventrículo esquerdo, a fração de ejeção (FE) predominante foi similar a alguns estudos nacionais e internacionais, com média que varia entre 42% e 50% (Sousa *et al.*, 2017a, 2017b; Fonseca *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023). Evidências comprovam que a prevalência de Fefe em pessoas com IC é a FE reduzida (Cruz *et al.*, 2022; Paz *et al.*, 2019; Megiatti *et al.*, 2022; Zamora *et al.*, 2022). A classe funcional (CF), de acordo com a Nyha, obteve predominância em outros estudos, assim como no presente estudo, a CF II (Nascimento; Puschel, 2013) ou CF II e III (Fonseca *et al.*, 2021; Zamora *et al.*, 2022); em outros estudos houve destaque para a CF III (Cruz *et al.*, 2022; Megiatti *et al.*, 2022).

Há evidências de associação entre o sexo e a FE. Um estudo realizado em ambiente hospitalar na Itália apresentou dados que apontam relação entre valores elevados de Fefe e o sexo feminino, pois a ICFEp esteve presente em mulheres, enquanto a ICFEr foi predominante em homens (Scicchitano *et al.*, 2022). Sendo assim, corrobora com este estudo pois a ICFEr apresentou-se prevalente em homens, enquanto a ICFEp, em mulheres.

Ainda, a ICFEp está relacionada ao maior número de comorbidades e, conseqüentemente, mulheres também apresentam maiores números de comorbidades se comparadas aos homens, sendo a maioria com ICFEp (Dunlay; Roger; Redfield, 2017; Deichl; Wachter; Edelmann, 2022). Logo, no presente estudo, houve carga importante de comorbidades associadas, sendo as mais frequentes a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, arritmias cardíacas e dislipidemia. Tais dados corroboram com Silva e colaboradores (2023), que também identificaram a hipertensão arterial como comorbidade prevalente, seguida de dislipidemia, diabetes mellitus e obesidade; outros estudos destacaram hipertensão e diabetes como maioria (Mantovani *et al.*, 2015; Paz *et al.*, 2019; Gtif *et al.*, 2021; Leal *et al.*, 2023), seguida de doença renal crônica (Gtif *et al.*, 2021) ou valvopatias (Cavalcante *et al.*, 2018) e demais condições, como o tabagismo (Leal *et al.*, 2023; Gtif *et al.*, 2021) também observado no presente estudo.

Condições como tabagismo foram relatados por quase metade dos participantes desta investigação, apesar de a maioria, atualmente, não mais usar a substância. Metade dos participantes não foram tabagistas, similar ao estudo de Raffaa e colaboradores (2020), em que 67,5% participantes não eram fumantes. Silva e colaboradores (2022) também evidenciaram a prevalência de estilo de vida não saudáveis, como sedentarismo, etilismo e obesidade.

O etilismo, o tabagismo e o sedentarismo podem estar relacionados ao aumento do uso de medicamentos, a fim de atender às metas do tratamento (Silva *et al.*, 2022). Além disso, quanto maior o número de comorbidades, aumenta o uso de medicamentos (Beezer *et al.*, 2022).

Nesse sentido, considerando o número elevado de comorbidades e a quantidade de medicamentos de uso contínuo (MUC) dos participantes deste estudo – em média de 8,26 medicamentos por pessoa –, a média do quantitativo dos MUC caracterizam-se como polifarmácia, ou seja, o uso de cinco ou mais medicamentos (WHO, 2019). Diante do número elevado de comorbidades na população de estudo, a polifarmácia está tem relação tanto com a IC como a outras doenças associadas. Dentre os medicamentos que fazem parte do rol deste estudo, a classe mais utilizada pelos participantes vai de encontro ao identificado por Paz e colaboradores (2019), na predominância do uso de betabloqueadores, além de diuréticos. Contudo, diverge de Espinosa e colaboradores (2022), que predominou o uso de diuréticos (75%), IECA, betabloqueadores e antagonistas dos receptores mineralocorticoides.

Cobretti *et al.* (2017) abordam que pessoas com etiologia isquêmica fazem uso de maior quantidade de medicamentos, havendo relação entre a etiologia e a polifarmácia. Além disso, a polifarmácia pode estar relacionada às implicações da baixa adesão à medicação, aumento das hospitalizações por IC e predisposição às condições de obesidade, anemia, pressão arterial diastólica baixa, piora da função renal, multicomorbidades, condições de tabagismo e pertencimento à CF III da Nyha (Knafl; Riegel, 2014).

A investigação da experiência dos sintomas entre os participantes deste estudo iniciou com o relato da percepção dos sintomas relacionados à IC, que ocorre quando a pessoa tem sentimento diferente do normal, na frequência ou gravidade do sintoma. A avaliação do sintoma ocorre quando a pessoa realiza um julgamento sobre a gravidade e frequência dele, sua origem, localização e impactos na vida diária e rotina (Larson *et al.*, 1994; Bender *et al.*, 2018). Como mencionado anteriormente, são dois conceitos distintos que acontecem simultaneamente, pois ao perceber o sintoma, racionalmente já se identifica o local, intensidade e origem e limitações e/ou impactos.

Um estudo multicêntrico desenvolvido nos Estados Unidos, aponta a alta carga de sintomas (>3) relacionada ao sexo feminino, fração de ejeção ligeiramente reduzida, IMC elevado e CF avançada (Jering *et al.*, 2021). O mesmo estudo identificou os principais sintomas na seguinte ordem: dispneia aos esforços (99%); fadiga (80%); edema (75%); ortopneia (41%); dispneia paroxística noturna (10%); e dispneia em repouso (7%) (Jering *et al.*, 2021).

Os sintomas percebidos pelos participantes do presente estudo corroboram com resultados de pesquisas nacionais e internacionais, que envolvem temáticas semelhantes (Okada *et al.*, 2019; Thida *et al.*, 2021; Schäfer-Keller *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2023). Um estudo realizado no Sudoeste da Ásia analisou a experiência e as estratégias de manejo de sintomas; identificou que o sintoma mais prevalente foi a falta de ar, enquanto a falta de energia se destacou por ser mais frequente e mais angustiante (Thida *et al.*, 2021). Outros estudos também destacam a dispneia como sintoma mais frequente (Liu *et al.*, 2023; Luo *et al.*, 2020; Schäfer-Keller *et al.*, 2021), seguido de desconforto torácico (Luo *et al.*, 2020) ou fadiga ou falta de energia (Schäfer-Keller *et al.*, 2021).

Na área urbana e rural dos Estados Unidos foram identificados os sintomas mais relatados por pessoas com IC, sendo: fadiga (74,4%); falta de ar ao esforço ou

às atividades (67,5%); edema nos pés, tornozelos ou pernas (45,1%); e tonturas ou vertigens (41,2%) (Graven *et al.*, 2020). Um estudo europeu apontou a falta de ar durante a atividade, fadiga, astenia ou desmaio, edema e noctúria; sendo que fadiga, astenia, edema e palpitações foram mais frequentes em mulheres (Fonseca *et al.*, 2021). Em contrapartida, Lee, Moser e Dracup (2018) apresentaram particularidades ao identificar sintomas pouco relatados, como ganho de peso e distúrbios de vigília. Também identificaram o edema, corroborando com este estudo.

Entre os sintomas percebidos no presente estudo, a fadiga e a falta de ar obtiveram destaque, conforme o relato dos participantes. A falta de ar é um dos principais sintomas causados pela IC, facilmente subestimado, confundido e atribuído a outras causas. Pode ser em episódios esporádicos ou contínuos e variar entre uma percepção de desconforto ou sufocamento (Koshy *et al.*, 2020), como foi evidenciado no presente estudo, demonstrado nos relatos a sensação de sufocamento e morte, e sensação de falta de ar sutil, como desconforto ou de forma contínua.

Uma revisão sistemática identificou que a dispneia é o sintoma mais predominante que levou os pacientes a buscarem o serviço de saúde. Além disso, a dispneia aguda esteve associada ao menor tempo na busca de ajuda (Lam; Smeltzer, 2013).

A fadiga também é um sintoma frequente em pessoas com IC e afeta cerca de 85% das pessoas (Koshy *et al.*, 2020). De acordo com Pavlovic e colaboradores (2022), a fadiga na IC pode ser vista de maneiras diferentes e simultâneas: geral e por esforço. No presente estudo, a fadiga geral foi referida como cansaço nas pernas ou nos braços, fraqueza e moleza; enquanto a fadiga por esforço foi atribuída à intolerância à atividade e/ou ao exercício, relatada como cansaço ao realizar esforços, ao caminhar, levantar-se ou realizar alguma atividade. A intolerância ao exercício é a incapacidade de realizar esforço físico em um nível habitual e também é um sintoma comum da IC. A depender da limitação, tal sintoma está relacionado ao pior prognóstico e à pior qualidade de vida (Koshy *et al.*, 2020).

Ainda, em uma revisão sistemática que investigou a fadiga em pacientes com IC, verificou que em 50% dos estudos esteve associada à idade avançada, sexo feminino, fração de ejeção reduzida, aumento da dispneia e problemas de sono (Pavlovic *et al.*, 2022). Kessing e coautores (2016) identificaram que o uso de betabloqueadores, nitratos, estatinas, diuréticos, anticoagulantes, antagonistas de

cálcio e psicotrópicos estão relacionados à fadiga geral. Betabloqueadores parecem ter relação com a diminuição da fadiga por esforço, mas apresentam relação no aumento da fadiga geral. Assim, considerando o elevado número de medicamentos utilizados pelos participantes da presente pesquisa, em sua maioria betabloqueadores e diuréticos, salienta-se que os sintomas da fadiga e cansaço podem estar relacionados tanto à IC quanto ao uso dos medicamentos.

Os participantes deste estudo, ainda, referiram a fadiga e/ou cansaço como uma sensação de preguiça, como se precisassem dormir, descansar ou como se fosse uma sensação estranha/ruim. Relataram a perda da independência e a forma em que precisaram ajustar a rotina diária e demandaram auxílio de outras pessoas para realizarem as atividades. Resultados semelhantes foram encontrados na revisão sistemática de Pavlovic *et al.* (2022), que mostraram como a fadiga impactou na vida, seja por sentirem-se com sua energia sugada ou como se o mundo tivesse ficado menor em decorrência do cansaço.

Outros sintomas como edema de membros inferiores ou generalizado também foram percebidos nos participantes deste estudo, embora em menor frequência que a falta de ar e fadiga. Corrobora com estudo realizado em hospital público da região Amazônica, com 125 participantes com IC, no qual identificou-se que os principais sintomas apresentados foram dispneia, edema de membros inferiores bilateral, principalmente nos tornozelos (72,0%) (Silva *et al.*, 2020).

O edema periférico e generalizado, e a dispneia, conforme abordado pelos participantes, indicam sintomas de congestão, muito comuns em pacientes com IC. Espinosa e colaboradores (2022) identificaram o edema de membros inferiores como o sintoma mais frequente relacionado à congestão sistêmica, enquanto a dispneia aos esforços foi o mais frequente relacionado à congestão pulmonar. Além disso, 98,6% apresentaram pelo menos um sintoma relacionado à congestão. Os sinais e sintomas de congestão indicam maior risco de mortalidade em 30 dias e, quanto maior o número de sinais e sintomas relacionados à congestão, maior o risco. Em análise, quando comparado aos pacientes sem sinais de congestão, o risco aumentou 109% para pacientes com um a dois sintomas de congestão, e 156% àqueles com seis e sete sintomas de congestão. Neste estudo, os sintomas relatados pelos participantes com maior frequência, relacionados à congestão sistêmica e pulmonar, foram, respectivamente, o edema periférico, manifestado

como “inchaço nas pernas e na barriga” e dispneia aos esforços e ortopneia, manifestado como falta de ar ao caminhar e ao deitar-se (Espinosa *et al.*, 2022).

Embora em menor frequência, a dor também foi um sintoma percebido pelos participantes do presente estudo. Na maioria das vezes, são dores não relacionadas à IC (dores articulares e musculoesqueléticas), ou dores anginosas, como dor no peito, sensação de aperto no peito e/ou fisgada. Diverge de um estudo realizado nos Estados Unidos, em que 50% dos participantes evidenciaram dor, seja generalizada ou local, como um dos sintomas que mais incomodam, estando à frente, ainda, da dispneia (Goebel *et al.*, 2009). Ademais, em uma clínica terciária estadunidense evidenciou-se a presença de algum grau de dor, à medida em que a IC avançava, isto é, a prevalência de dor aumentou conforme o aumento da CF, estando mais presentes em pessoas com CF IV (Evangelista; Sackett; Dracup, 2009). Como a caracterização de classe funcional do presente estudo foi predominantemente II e III, e poucos participantes com IC avançada, pode justificar menos relatos de dores associadas à IC.

Como esperado, com base na idade avançada incluindo os participantes deste estudo, a dor musculoesquelética é comum e tende a ser agravada pela inatividade física e sedentarismo à medida em que a IC progride (Alpert *et al.*, 2018).

Em outro estudo realizado no centro-oeste dos Estados Unidos, revelou que uma em cada cinco pessoas com IC procuram o serviço de emergência, com queixa primária de dor. A queixa de dor no peito, seguida de dor abdominal, dor generalizada e dor nas costas, com escores de gravidade mais altos à dor moderada até intensa. Possuem maior chance de apresentar queixa primária de dor, as pessoas mais jovens, com histórico de infarto do miocárdio e ausência de falta de ar. Além disso, os fatores associados à dor intensa foram identificados em mais jovens, sexo feminino, elevação da pressão arterial sistólica e raça branca autorreferida (Smith *et al.*, 2022).

Ao considerar todos os sintomas relacionados à IC, bem como suas consequências, os sintomas emocionais e psicológicos, se mostraram presentes entre os participantes deste estudo, mesmo que de forma pouco expressiva. Observou-se sentimento de tristeza, desânimo, ansiedade, estresse, fobia e medo entre os participantes, sendo atribuído tanto aos sintomas físicos percebidos quanto pelas limitações causadas pelos sintomas.

Na IC, a depressão pode estar associada ao declínio no estado funcional, maior carga de sintomas físicos, fadiga e declínio do estado de saúde (Albert; Zeller, 2009). Um estudo realizado nos Estados Unidos comprovou que pacientes com depressão relataram maior carga de sintomas; bem como destacou mulheres com carga maior de sintomas quando comparadas aos homens (Haedtke *et al.*, 2019; Fonseca *et al.*, 2021). Além disso, um estudo evidenciou que fadiga, tontura e esquecimento ou dificuldade para concentrar-se estiveram associados aos sintomas depressivos entre os participantes (Graven *et al.*, 2020). Existe associação entre depressão e ansiedade ao aumento dos níveis de fadiga e ao sofrimento relacionado aos sintomas da IC (Pavlovic *et al.*, 2022), baixa motivação e alterações de humor (Falk *et al.*, 2009). A fadiga, como precursora de estado de depressão e ansiedade, também pode impactar no autocuidado (Kessing *et al.*, 2016).

Para a avaliação da origem dos sintomas, observou-se que os participantes apresentaram dificuldades em compreender que determinado sintoma está relacionado à IC, atribuindo-os a outras causas diversas como envelhecimento, outros problemas de saúde, infecção pela Covid-19, entre outros. Verificou-se que existem elementos que dificultam a percepção dos sintomas pelo paciente, sendo eles: o déficit de conhecimento, múltiplas comorbidades e naturalização dos sintomas. Corroborando com os dados encontrados, Lin e colaboradores (2021) verificaram a dificuldade da pessoa em identificar os sintomas como relacionados à IC, e os associavam a demais doenças ou comorbidades.

Além disso, a convivência diária com os sintomas pode levar a pessoas a identificá-los como normais (Lee; Moser; Dracup, 2018), por acostumar-se ou acomodar-se com o sintoma, mesmo que limitante e angustiante (Lin *et al.*, 2021). Este dado também corrobora com o presente estudo, tendo em vista que os participantes, em diversos momentos, não declaravam os sintomas clássicos, que sentiam de maneira espontânea, mas após serem questionados sobre o sintoma, forneciam os detalhes.

Uma revisão sistemática cujo objetivo foi revisar a percepção dos sintomas de IC, também detectou que a avaliação dos sintomas é um desafio, devido às inúmeras comorbidades, e ao paciente atribuí-los de forma equivocada às demais patologias ou condições de saúde, como idade, estresse, medicamentos e comorbidades não associados ao problema cardíaco (Santos *et al.*, 2020). Os dados do presente estudo convergem com o supracitado, tendo em vista que os

participantes possuíam dificuldade em identificar se aquele sintoma era de IC, pensando ser causado por outros fatores, como Covid-19, diabetes, doença renal, hemodiálise, anemia, dentre outros. Especificamente tratando-se da Covid-19, vale ressaltar a confusão entre os sintomas da IC, pois quando percebidos eram avaliados e atribuídos à Covid-19. Os sintomas foram subestimados ou negligenciados pelo medo de precisar ficar em isolamento, gerando atraso na busca por atendimento e agravamento da doença.

Outros fatores que interferem na avaliação e reconhecimento do sintoma pela IC é a experiência de vários sintomas simultaneamente (Lee; Moser; Dracup, 2018; Santos *et al.*, 2020). Santos e colaboradores (2020), ainda afirmam que variáveis como idade, sexo, nível de escolaridade, experiências prévias com IC e depressão não possuem evidências suficientes quanto à influência na avaliação dos sintomas. Por outro lado, a história prévia de hospitalização por IC, adesão às práticas de autocuidado, confiança na percepção dos sintomas e apoio social influenciam positivamente na experiência dos sintomas.

No entanto, autores referem que a falta de compreensão e/ou conhecimento deficiente da doença influenciam na percepção dos sintomas (Lee; Moser; Dracup, 2018; Rubio *et al.*, 2021) e esteve presente neste estudo, quando os participantes referiram não saber que falta de ar, fadiga e edema nas pernas eram relativos ao problema cardíaco. Segundo Rubio e colaboradores (2021), essa falta de conhecimento resulta em confusão e ansiedade em relação aos sintomas percebidos, com uma chance potencial de que a pessoa subestime o impacto desse sintoma e da doença em sua vida.

Ainda, reforçando os dados deste estudo, Rubio e colaboradores (2021) apontam que pessoas com idade avançada tendem a ter dificuldade em diferenciar os sintomas de IC daqueles associados ao processo normal do envelhecimento. As situações em que as pessoas não conseguem associar os sintomas ao rótulo da doença (IC), leva à superficialidade de sua interpretação. Muitas vezes, não conseguem explicar a origem dos sintomas e acreditam que podem ter relação com outras causas, como o estresse (Horowitz *et al.*, 2004).

A partir da percepção dos sintomas e todas as particularidades envolvidas já discutidas, a pessoa avalia, também, a maneira com que impactam na vida e nas atividades diárias (Dodd *et al.*, 2001). A capacidade de avaliar precocemente sinais

e sintomas de IC é um componente importante no manejo de seus sintomas (Lin *et al.*, 2021).

Neste contexto, em um estudo utilizando a TMS, foi identificado um incômodo importante na incapacidade de realizar atividades habituais em virtude da dispneia, cansaço, dificuldade para recuperar o fôlego e edema nos pés. Pacientes mais jovens percebem e se mostram mais incomodados com o sintoma de batimentos cardíacos acelerados, desconforto e dor no peito (Lin *et al.*, 2021). Tal estudo corrobora com os dados encontrados na presente pesquisa, pois os participantes também relataram muitas limitações no cotidiano em decorrência do cansaço e falta de ar. A dificuldade para dormir, sendo necessário dormir sentado, dificuldade em vestir-se, caminhar, estender a cama, varrer o pátio e demais atividades que são consideradas simples, passaram a ser limitadas devido ao impacto do sintoma.

Outrossim, atividades laborais e remuneradas foram interrompidas ou readequadas, o que causou grande preocupação entre os participantes, principalmente aos provedores do lar, tanto homens quanto mulheres. Preocupações causadas pela interrupção do trabalho geraram sentimentos de ansiedade e estresse entre os participantes. As atividades de lazer, desde as simples até as mais complexas, foram suspensas em decorrência do sintoma. Corroborando com as experiências dos participantes deste estudo, Fonseca *et al.* (2021) evidenciaram o impacto da IC na vida laboral de pacientes europeus e identificaram piora na produtividade. Os participantes relataram que 27,4% do seu tempo de trabalho foi prejudicado pela IC nos últimos 7 dias, com ausências no trabalho de 9,6%, e 29,1% identificaram comprometimento geral no trabalho e em atividades gerais de 43,2%, sendo maior entre as mulheres.

A avaliação de algum sintoma pode ser potencializada se, na visão daquele que o percebe, significa efeito incapacitante ou ameaça à vida. Além disso, a avaliação é variável quando parte de indivíduo que percebe o sintoma há algum tempo, daquele que o sente pela primeira vez (Nunes, 2014). A experiência prévia de um sintoma pode ser visualizada no presente estudo, quando os participantes apresentaram evidências de naturalização do sintoma, ao referirem que é assim mesmo, que não há o que fazer para aliviar, ou que é necessário esperar passar.

A avaliação dos sintomas está ligada as limitações geradas pelo sintoma, tanto físicas quanto emocionais, e tem relação com a QV. Uma pesquisa

multicêntrica realizada na Espanha mostrou que a percepção de QV aos participantes era poder fazer o que realizavam antes, ou seja, tinham um sentimento de sentir falta da independência, da rotina cotidiana e do estilo de vida ativo. Ainda, a depender da avaliação do sintoma, se for negativa, a pessoa pode responder de forma a limitar-se e isolar-se para atenuar a sintomatologia na presença de medo relacionado à piora do sintoma ou, até mesmo, um evento mais grave, mesmo sabendo que o sedentarismo é prejudicial à saúde e qualidade de vida (Rubio *et al.*, 2021). Situação também verificada nas falas quando relatado que não sentem falta de ar, mas não caminham o suficiente para que isso aconteça, isto é, não caminham para não sentir falta de ar.

De modo a complementar à avaliação dos sintomas autorrelatados pela pessoa com IC, analisou-se as limitações impostas pela IC que afetam a QV por meio da aplicação da escala MLHFQ, que retrata os domínios físico e emocional.

Um estudo realizado na Espanha, ao analisar a QV em pacientes com IC por meio da MLHFQ, obteve média total de 55,45 pontos, enquanto o domínio físico 26,4 e o emocional 11,73 pontos (Tejada *et al.*, 2019). Corroborando com este estudo, que também apresenta resultados semelhantes entre os domínios, com QV ruim entre os participantes do estudo. Outros estudos também apresentaram resultados semelhantes, evidenciando QV ruim, de acordo com a MLHFQ, porém, inferior a 63,69 pontos (Erceg *et al.*, 2019; Molla; Yitayal; Amare, 2021). Demais estudos trazem QV moderada (MLHFQ), ou seja, escores entre 26 e 45 pontos (Paz *et al.*, 2019; Stein *et al.*, 2020; Fonseca *et al.*, 2021) e, um estudo brasileiro com QV boa entre os participantes com IC, com uma pontuação geral de 33,13 pontos (Sousa *et al.*, 2017).

Molla e colaboradores (2021), ao avaliar na Etiópia, observaram que 50% dos participantes com QV baixa relacionada à IC, média do MLHFQ total de 46,3, físico 22,2 e emocional 7,7. Já o estudo de Erceg e autores (2019), na Sérvia, apresentou escore total de 47,4, físico de 23,8 e emocional de 9,8. De acordo com este último estudo, pacientes com pior escore no domínio físico apresentaram maior probabilidade de morte súbita e reinternação associada à IC.

De acordo com Sousa e colaboradores (2017b), no domínio físico, os itens com maior comprometimento são: dificuldade para caminhar e subir escadas, falta de ar e fadiga, dado que consolidam o presente estudo. Além disso, converge

também com o domínio emocional, com maior média e comprometimento das variáveis relacionadas ao sentimento de preocupação de sentir-se deprimido.

Na China também se observou pior comprometimento dos itens do domínio físico relacionados a “fazendo você sentir-se cansado, com falta de ar e pouca energia” e “dificultando sua caminhada e subida de escadas” (Stein *et al.*, 2020, p. 980).

Além da alta carga de sintomas relacionados à IC e as diversas comorbidades associadas, existem outros fatores intervenientes na QV. Desses fatores, inclui-se a idade, IMC, sexo, escolaridade, situação profissional, renda mensal, classificação Nyha avançada, hipertensão, diabetes, satisfação com medicamentos, polifarmácia, uso de diurético de alça, medo e experiência de efeitos colaterais estão associados à QV (Jarab *et al.*, 2023).

Outros estudos apresentam associação entre QV e sexo, e comprovam que pior QV está associada ao sexo feminino (Sousa *et al.*, 2017a; Polikandrioti *et al.*, 2019; Stein *et al.*, 2020; Fonseca *et al.*, 2021). Mesmo que o presente estudo não tenha apresentado significância estatística, as mulheres tiveram maior média na MLHFQ total e em seus domínios. A discrepância pode estar relacionada às diferenças de idade, história clínica e características pessoais, pois as mulheres são mais propensas a ter hipertensão e função ventricular esquerda preservada (Polikandrioti *et al.*, 2019).

Quanto à correlação entre escolaridade e MLHFQ, há autores que comprovam a relação entre pior QV e níveis baixos de escolaridade (Figueiredo *et al.*, 2020; Jarab *et al.*, 2023). O estudo de Sousa e colaboradores (2017a) apresentou correlação negativa entre escolaridade e MLHFQ físico e emocional, evidenciando que pessoas com menor nível de escolaridade apresentaram maior pontuação do MLHFQ e, conseqüentemente, pior QV; consolida os dados do presente estudo, que também apresentou níveis baixos de escolaridade relacionado ao maior comprometimento da QV emocional.

A CF apresentou diferença estatística para o domínio físico e total neste estudo. Identificou-se maior comprometimento da QV à medida em que avança a CF, sendo os piores valores entre pessoas em CF III e IV, nos domínios físico e total. Similarmente, na Grécia e na Jordânia, também evidenciaram que pessoas com CF elevada apresentaram escores mais altos na MLHFQ, evidenciando maior

comprometimento na QV (Erceg *et al.*, 2019; Polikandrioti *et al.*, 2019; Jarab, *et al.*, 2023).

Quanto à fração de ejeção, este estudo não apresentou diferença estatística entre as variáveis, contudo em estudos nacionais e internacionais, pacientes com ICFEr apresentaram pontuações mais altas na escala MLHFQ e em seus domínios quando comparados aos pacientes com ICFEp e ICFEIr ou intermediária (Chen *et al.*, 2019), havendo associação entre Feve reduzida e o comprometimento da QV em pacientes com IC (Figueiredo *et al.*, 2020).

Segundo Zamora e colaboradores (2022), outros fatores além da Feve influenciam a percepção da QV. Figueiredo (*et al.*, 2020) propõem que esses fatores estejam relacionados à função ventricular representada pela CF da Nyha, sintomas de ansiedade, idade inferior a 60 anos, nível educacional e renda familiar baixos, episódios frequentes de hospitalização, comorbidades e uso de medicamentos. Isso explica a pior QV entre os participantes deste estudo ser maior entre os participantes com ICFEp, CF avançada, sexo feminino; e ao domínio emocional, a baixa escolaridade. Embora Figueiredo *et al.* (2020) afirmem que existe relação entre pior QV, número de comorbidades e uso de medicamentos, este estudo não apresentou significância estatística, com correlação fraca entre essas variáveis.

Este mesmo estudo apresentou dados que mostram que valores mais baixos de Feve e de todas as dimensões do MLHFQ foram mais comuns nos pacientes com CF III e IV. Internação hospitalar prévia piorou a QV dos pacientes ambulatoriais com IC e o uso de medicamentos, como betabloqueadores, IECA e furosemida, associaram-se com a pior qualidade de vida. A QV dos pacientes, em todos os domínios, foi influenciada pelos sintomas físicos da IC (Figueiredo *et al.*, 2020).

No domínio emocional, os sintomas de ansiedade e depressão contribuíram para escores de QV ruim, demonstrando que os sintomas psicológicos afetaram a QV dos pacientes (Figueiredo *et al.*, 2020). Neste estudo, houve associação da escolaridade, tempo de diagnóstico e Feve para o MLHFQ emocional; quanto menor a escolaridade, pior a QV emocional; quanto maior o tempo de diagnóstico e maior a Feve, pior a QV emocional.

Em suma, quanto à avaliação das limitações dos sintomas e da doença na vida dos participantes, destacam-se os relacionados às incapacidades físicas geradas pelo sintoma, além da perda de independência – que, devido aos sintomas,

precisam interromper diversas atividades cotidianas, como trabalhar, passear, caminhar, entre outros.

Em relação às orientações recebidas para manejo da doença, os desafios e dificuldades vivenciados pelas pessoas com IC, a partir da experiência do sintoma, da avaliação e da resposta que a avaliação gera na pessoa, nasce a estratégia dos sintomas, relacionada à adesão às práticas de cuidado. Contudo, é preciso que a pessoa receba orientações prévias, bem como todas as informações necessárias para dar seguimento nas práticas de autocuidado ou automanejo. Neste sentido, o papel do enfermeiro, médico ou outro profissional da equipe de saúde é importante no sentido de oferecer orientações adequadas e cabíveis no contexto de vida de modo a gerenciar os sintomas.

Por isso, considerando os resultados da categoria 2, que se baseia nas orientações recebidas pelas pessoas com IC participantes deste estudo, e considerando as recomendações para controle da progressão da doença e manejo dos sintomas, as orientações recebidas corroboram com as recomendações preconizadas pela SBC (2018). Foi manifestado pelos participantes orientações de fácil recordação, com ênfase para cessação do tabagismo e etilismo, restrição de sal, controle dietético, restrição hídrica, prática de exercícios físicos e uso correto das medicações. Orientações como controle do peso e esquema vacinal não foram manifestadas.

A ingesta de sal, redução de alimentos gordurosos, redução de doces e cafeína foram citados pelos participantes do estudo como forma de cuidar da alimentação. Entretanto, não foi relatada a quantidade de sal que pode ser ingerido, apenas um participante referiu ter sido orientado a ingerir no máximo 10 gramas de sal por dia. Contudo, não se sabe se foi a orientação recebida, ou se houve uma dificuldade no entendimento, gerando incompreensão da recomendação realizada pelo profissional de saúde.

Há escassez de estudos sobre o consumo ideal de sódio para evitar remodelamento cardíaco, sobrecarga de volume e progressão da doença (SBC, 2018; Sousa *et al.*, 2020). Mesmo assim, segundo a SBC (2018), recomenda-se a ingesta de menos de 7 gramas de sal por dia. Assim, uma investigação realizada com 302 pessoas, atendidas em nível ambulatorial nos EUA, CF III e IV, com ingestão de sódio superior a 3g/dia, apresentaram 2,5 mais chances de reinternações ou óbitos (Lennie *et al.*, 2011).

Por conseguinte, foi referido pelos participantes a recomendação para adesão à prescrição e aos medicamentos, por meio das falas “tomar o medicamento certo ou no horário certo”; corrobora com a evidência de que a adesão ao tratamento é medida crucial para um bom regime terapêutico e melhoria do estilo de vida, sendo que a falta de adesão implica em episódios de descompensações e hospitalizações (SBC, 2018; Oscalices *et al.*, 2019; Tinoco *et al.*, 2021).

Em relação à atividade física, os participantes referiram que foram orientados a realizar atividades conforme a tolerância, interrompendo caso houvesse dispneia. Contudo, alguns participantes, principalmente os de CF elevada, relataram que foram orientados a não realizar exercícios físicos até segunda ordem, corroborando com a SBC (2020), ao afirmar que não há evidências para indicação de programas de exercícios físicos para pessoas com IC com sintomas avançados.

A redução ou não realização de atividade física na IC gera aumento dos sintomas e intolerância ao exercício, além de contribuir para o surgimento de sentimentos psicológicos negativos, disfunção endotelial e inflamação crônica. Por isso, o exercício físico é estratégia terapêutica segura, que auxilia no condicionamento físico, que geralmente é comprometido com a progressão da doença. Logo, o exercício físico regular é seguro, aumenta a tolerância aos exercícios, melhora a qualidade de vida e reduz hospitalizações por IC (SBC, 2020); quando realizado diariamente, está associado à redução das taxas de mortalidade (Abe *et al.*, 2019). Portanto, é imprescindível que pacientes com IC realizem exercícios físicos, com prescrição individualizada, de preferência com algum programa de reabilitação cardiovascular (SBC, 2020).

No entanto, as dificuldades em realizar atividade física foram fortemente descritas pelos participantes entre as dificuldades vivenciadas. Seja pelo cansaço e fadiga gerados pela própria doença ou pelas limitações provocadas por outras enfermidades, como diabetes, problemas musculoesqueléticos ou articulares, também dificultam a realização de exercício físico e impedem que a pessoa tenha uma rotina ativa. Ainda, são ressaltados os casos em que a pessoa realizava atividade física antes, por costume, hábito e bem-estar, e teve que interromper em decorrência das limitações causadas pelos sintomas.

A intolerância à atividade é um sintoma que pode estar relacionado à inadequação da prática de atividade física, tendo em vista o cansaço apresentando quando há realização de qualquer esforço, corroborando com o estudo de Costa,

Gama e Mendes (2020), que detectou dificuldade em realizar exercícios físicos em decorrência da dispneia apresentada e consequente intolerância ao exercício.

A dispneia e a fadiga durante o exercício induzem pessoas com IC a interromperem precocemente a atividade física; com o tempo, ocorre restrição das atividades e, pelo círculo vicioso de inatividade, há piora da capacidade física e redução da qualidade de vida (Freitas; Cirino, 2017).

Ainda, é importante destacar que, segundo os relatos, muitas orientações são restritivas, como não fazer esforço físico, não carregar peso, comer pouco sal, tomar pouca água, não trabalhar. São recomendações que afetam o cotidiano da pessoa e pode impactar no seu enfrentamento à doença, culminando em quadros depressivos. Desta forma, é importante o estímulo, dentro do possível, a manter os hábitos de vida que possuía antes da doença, desde que não interfiram em sua condição clínica atual. Por isso, também é recomendado que a pessoa seja estimulada a manter as atividades habituais, readequando o que for necessário para atender às demandas do tratamento e à capacidade funcional (SBC, 2018).

Diante das muitas orientações e necessidades de mudança nos hábitos de vida, de modo a atender as recomendações para reduzir a progressão da doença, os participantes relataram as dificuldades encontradas na adesão às recomendações. Um estudo estadunidense identificou seis fatores envolvidos no processo de adaptação às recomendações: a incerteza quanto às recomendações causada por instruções inadequadas; a divergência temporal entre o comportamento e o início dos sintomas; as comorbidades; fatores socioeconômicos; falta de esperança pelo fracasso do tratamento; resposta emocional decorrente das limitações causadas pela IC e seu manejo (Sevilla-Cazes *et al.*, 2018). Isto posto, percebe-se a convergência com o atual estudo, tendo em vista que os participantes demonstraram dificuldade relacionadas a: fatores econômicos, pela falta de dinheiro; presença de diabetes e problemas na coluna; dúvidas em relação às instruções, por serem insuficientes ou vagas; dificuldades na memorização das orientações; e resposta decorrente das incapacidades que a IC causa no cotidiano e na vida da pessoa, desde a limitação em realizar atividades básicas até complexas.

A literacia em saúde inadequada também parece estar relacionada ao maior número de barreiras para a não adesão ao tratamento (Oscalices *et al.*, 2019), bem como a renda, uma vez que influencia no acesso à informação sobre a doença e o tratamento (Cavalcante *et al.*, 2018). Além disso, distúrbios de memória também

estão relacionados à adesão ao tratamento (Leite; Vasconcellos, 2003) e podem justificar o esquecimento das orientações fornecidas, conforme observado em nosso estudo.

Dificuldades financeiras foram relatadas pelos participantes do estudo e corroboram com outro estudo realizado na Pensilvânia. Os participantes relataram dificuldades financeiras, pois o plano de saúde era precário, não conseguiam trabalhar por razão das limitações físicas, afetando o gerenciamento financeiro na compra de medicamentos e alimentos saudáveis (Sevilla-Cazes *et al.*, 2018). Também foi relatado, no presente estudo, as dificuldades relacionadas à compra de medicamentos não fornecidos pelo sistema público, bem como a compra de alimentos saudáveis, que por vezes apresentam custo elevado.

A mudança de hábitos de vida é fortemente recomendada para o manejo da IC. No entanto, como observado neste estudo, foi referida certa resistência na adoção dos hábitos recomendados, justificada por costumes, cultura e hábitos enraizados, que perduram por gerações. O estilo de vida, composto por hábitos, crenças e comportamentos, tende a se consolidar com o passar do tempo. Contudo, prazeres individuais saciados por comportamentos satisfatórios como comidas fartas, salgadas, hiperpalatáveis, tabagismo, sedentarismo, são considerados impedimentos e desafios para a adoção de comportamentos saudáveis, como exercício físico regular, redução da alimentação hipercalórica, hiperlipídica e hipossódica, moderação no consumo de álcool e redução ou interrupção do tabagismo (Moreira; Santos; Caetano, 2009).

Segundo Moreira, Santos e Caetano (2009), a necessidade de mudanças de estilo de vida é importante na determinação do comportamento da pessoa, porém quanto mais alterações necessitar para mudança do estilo de vida em detrimento do tratamento, menor será a possibilidade de adesão, principalmente se essas mudanças estiverem relacionadas à interrupção do tabagismo e etilismo, restrições dietéticas, introdução de exercícios físicos e outras atividades que necessitem interromper hábitos já consolidados. Como consequência à dificuldade de inserir novos hábitos na rotina, ainda há a polifarmácia, que pode culminar em falhas na adesão às medicações. Entre as dificuldades abordadas pelos participantes, sobressaíram as relacionadas ao esquecimento ou atraso do horário de tomar a medicação. O dado corrobora com o estudo de Raffaa *et al.* (2020), com 49% dos pacientes com IC que esquecem de tomar a medicação, enquanto 34,4% tiveram

problemas em lembrar de tomar, e 37,1% interromperam a medicação quando sentiram melhora do quadro.

A maioria dos participantes referiram auxílio de algum familiar cuidador, que adotou estratégias para evitar o esquecimento, bem como impediu que faltassem as medicações. Dessa forma, demonstraram ter suporte de terceiros para auxílio no plano de cuidados mediante alguma dificuldade. Sabe-se que o suporte social e a rede de apoio são essenciais na adesão ao plano de cuidados, seja companheiro, filhos ou outros familiares (Silva *et al.*, 2022); em nosso estudo, demonstrou ser aliado das pessoas no manejo dos sintomas.

A estratégia de manejo dos sintomas tem o objetivo de evitar, atrasar, aliviar ou minimizar a experiência do sintoma (Dodd *et al.*, 2001). O intuito é reduzir a frequência, a gravidade ou aliviar a angústia associada ao sintoma. A própria pessoa pode ser responsável por manejar os sintomas ou pode contar com a ajuda de um familiar e/ou cuidador para auxílio (Bender *et al.*, 2018), como foi o caso da maioria dos participantes deste estudo.

O estudo de Liu e colaboradores (2023) demonstrou que a maioria dos participantes (76,8% a 98,9%) manteve mau comportamento em saúde relacionado ao uso de medicamentos e ao comparecimento às consultas de acompanhamento. Aproximadamente metade dos participantes praticava exercício físico e fazia dieta com baixo teor de sal ou pediam alimentos com baixo teor de sal quando comiam fora. Em resposta aos sintomas de IC, metade dos participantes não reduziu o teor de sal da dieta ou não tomaram diurético extra e a maioria não reduziu a ingestão de líquidos. Contudo, 80,4% dos participantes relataram ter certeza e confiavam na eficácia dos medicamentos que experimentaram da última vez no alívio dos sintomas (Liu *et al.*, 2023).

Neste estudo, os participantes referiram que receberam orientações sobre controle do teor de sal e gordura nos alimentos, contudo não deram detalhes sobre quantidades; portanto, não é possível mensurar se a quantidade que consomem é realmente reduzida de forma suficiente para atender recomendações, ou se é apenas reduzida para alguém que antes consumia muito sal e teve que diminuir, tornando a experiência subjetiva.

Estudos que abordam as estratégias para manejo dos sintomas na IC apresentaram a tentativa de uma nutrição saudável, com restrição de sódio (Thida *et al.*, 2021; Turrise *et al.*, 2023). No estudo de Turrise e colaboradores (2023), a

maioria dos participantes também apresentaram dificuldades em realizar a gestão do sódio e sal na alimentação, sendo que muitos não sabiam realmente quanto de sódio poderiam ingerir. Os participantes tinham o controle dos medicamentos como método de manejo dos sintomas da IC – se assemelhando ao presente estudo, que observou o uso dos medicamentos conforme prescrição médica como uma estratégia adotada por vários participantes.

O cumprimento da prescrição médica relatado por meio das falas “eu tomo o remédio igual o médico falou” ou “tomo o remédio certinho”, reflete a experiência de adesão à terapia medicamentosa. A estratégia de seguir a prescrição médica foi relatada em vários estudos (Fonseca *et al.*, 2021; Guidotti *et al.*, 2022; Thida *et al.*, 2021). Fonseca e colaboradores (2021), identificaram que 78,8% dos pacientes referiram que tomam o medicamento, de acordo com a prescrição médica e 71% não esqueciam de tomar o medicamento. O estudo de Guidotti *et al.* (2022) também evidenciou que a maioria dos participantes (90%), nunca se esquecera que tomar as medicações. Ainda, enfatizaram que pacientes mais velhos usam memorandos para lembrar do horário correto, fato que corrobora com o relatado pelos participantes deste estudo, que tiveram auxílio de algum familiar para fazer listas para tomar os medicamentos corretamente.

Turrise e colaboradores (2023), identificaram que alguns pacientes consideravam os medicamentos necessários para controle da IC; quem controlava a dose e horário eram eles próprios ou seus familiares. Em contrapartida, outros participantes pensavam que o controle dos medicamentos seria algo exclusivamente de responsabilidade do profissional de saúde.

Também, foi observado neste estudo a automedicação como forma de controle dos sintomas da IC, mencionada como forma de manejo de sintomas álgicos, dores não relacionadas ao problema cardíaco em si. Entretanto, destaca-se a automedicação no ajuste de doses do diurético, ou quando sentiam algum efeito adverso atribuído a algum medicamento. Outros estudos também identificaram o manejo de diuréticos e outros medicamentos para controle do edema (Nascimento; Puschel, 2013; Reeder *et al.*, 2015; Okada *et al.*, 2019), dor, controle de diabetes e outros sintomas (Reeder *et al.*, 2015).

Segundo Reeder e colaboradores (2015), a segurança e a qualidade do autocuidado relacionadas ao uso de medicamentos selecionados pelo paciente são desconhecidas; tomar doses extras de medicamentos prescritos pode prejudicar o

tratamento dos sintomas de agravamento da IC e até contribuir para resultados adversos.

Outros estudos nacionais e internacionais identificaram o ato de dormir e repousar como estratégias para alívio dos sintomas, principalmente para a fadiga (Nascimento; Puschel, 2013; Kronkasem *et al.*, 2015; Reeder *et al.*, 2015); e respirar fundo e profundamente para controle da falta de ar (Thida *et al.*, 2021). Observa-se que não fazer nada, esperar passar e tentar manter a calma é uma estratégia não farmacológica, cognitivo-comportamental (Thida *et al.*, 2021) e é apresentada em alguns estudos (Nascimento; Puschel, 2013; Sethares *et al.*, 2014; Thida *et al.*, 2021; Lin *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2023). Todavia, tal comportamento pode causar complicações. Negligenciar o sintoma acreditando que irá melhorar espontaneamente leva à demora para buscar o serviço de saúde, agravando cada vez mais o quadro clínico (Sethares *et al.*, 2014).

Um estudo realizado na região nordeste dos EUA, ao identificar a resposta dos sintomas em pacientes com IC relacionada ao atraso na busca de cuidados, verificou que a maioria das pessoas que atrasou a busca pelos cuidados por muito tempo foi justificado pela tentativa da pessoa de tentar relaxar. Neste estudo, poucos participantes adotaram tal abordagem mais ativa de buscar ajuda de algum profissional de saúde ou serviço. Alguns fatores desse atraso podem ser justificados pela dificuldade em reconhecer os sintomas como relacionados à IC, atribuindo-os a outras causas, como gripe ou fadiga (Sethares *et al.*, 2014), também evidenciado no presente estudo.

Por fim, as terapias complementares foram estratégias adotadas, principalmente no uso de chás, seja uma medida realizada pela própria pessoa em busca do alívio dos sintomas ou por um familiar cuidador. Neste estudo, mostrou-se estratégia de manejo de sintomas e autocuidado tanto para sintomas relacionados à IC quanto para outras causas, como: controle da diabetes e hipertensão, gripe, resfriados, ansiedade, insônia ou, até mesmo, por gostar do chá, um hábito. Um estudo brasileiro aponta o uso de chás como medidas de manejo de sintomas entre portadores de IC (Nascimento; Puschel, 2013). O tema foi investigado em populações com doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes (Soares *et al.*, 2014; Oliveira; Araújo, 2007; Lima *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2018).

Um estudo que investigou o uso de plantas medicinais entre pacientes hipertensos identificou o uso de 14 plantas utilizadas no tratamento da hipertensão,

sendo que algumas possuem evidência científica como potenciais hipotensoras e, entre elas, as que foram utilizadas pelos participantes deste estudo são a erva cidreira, erva doce, hortelã e alecrim (Oliveira; Araújo, 2007). Soares *et al.* (2014), identificaram o uso de recursos populares como chás, ervas medicinais, ato de benzer e práticas semelhantes no auxílio ao tratamento de doença e alívio dos sintomas, no estudo realizado no interior de Minas Gerais. Em particular, identificaram o chá de marcinica como analgésico, alecrim e arruda, chá de folha de capeba, e rituais de banhos de descarrego com sal grosso (Soares *et al.*, 2014).

Em outro estudo realizado com brasileiros atendidos no grupo de hipertensão, no Piauí, identificou que 81,69% dos participantes utilizavam alguma planta medicinal para tratar doenças. Para o tratamento da hipertensão, utilizavam erva-cidreira e camomila. Para dor e desconforto gástrico, utilizavam chá da casca da laranja e chá de alho. Para o manejo da diabetes, predominou o uso do chá de pata de vaca (Silva *et al.*, 2018), também citado neste estudo. Segundo Soares e colaboradores (2014), o uso de chás e outras práticas naturais complementares, como recursos alternativos de manejo dos sintomas e da doença, refletem a necessidade de considerar as raízes e os significados culturais atribuídos a tais práticas terapêuticas na abordagem do cuidado em saúde, que devem ser consideradas ao realizar o plano terapêutico da pessoa.

Na perspectiva das estratégias para o manejo de sintomas e o autocuidado, a EHFScBs possui dois comportamentos necessários para o autocuidado na IC: o reconhecimento dos sinais e sintomas de exacerbação e a tomada de decisão na ocorrência desses sintomas de alarme (Pereira, 2013). A relação do escore deste instrumento é inverso, ou seja, quanto maior a pontuação, menor é o autocuidado, sendo que a pontuação máxima obtida pode ser até 60 pontos (Feijó *et al.*, 2012).

A média total para o comportamento de autocuidado deste estudo foi de $32,8 \pm 6,4$ pontos, sendo que o escore varia de 12 a 60 pontos e, quanto maior a pontuação, mais insatisfatórios são os comportamentos de autocuidado (Feijó *et al.*, 2012). Resultados com médias semelhantes foram encontrados em estudos nacionais (Linn; Azzolin; Souza, 2016; Costa; Gama; Mendes, 2020) e internacionais (Uchmanowicz *et al.*, 2014; Ok; Choi, 2015; Yoshinaga *et al.*, 2022). Médias inferiores foram encontradas em outros estudos nacionais (Feijó *et al.*, 2012) e internacionais (Peters-Klimm *et al.*, 2013).

Outros estudos internacionais encontraram resultados da EHFSBS superiores aos do presente estudo, indicando pior comportamento de autocuidado (Asadi *et al.*, 2019; Schäfer-Keller *et al.*, 2021; Ingadottir *et al.*, 2023). Na Suíça, Schäfer-Keller e coautores (2021) verificaram uma pontuação de 41,09 enquanto Ingadottir *et al.* (2023) encontraram a média de 57,2 na Islândia.

Uma revisão sistemática com objetivo de verificar a importância dos fatores associados aos comportamentos de autocuidado na IC identificou a média de pontos da EHFSBS de 24 a 34 (Sedlar *et al.*, 2017). No presente estudo, os itens que apresentaram melhor comportamento de autocuidado pelos participantes são referentes às temáticas de repouso ao sentir falta de ar, descanso, adesão à prescrição médica e dieta hipossódica. Os dados corroboram com pesquisas internacionais, que identificaram resultados similares (Uchmanowicz *et al.*, 2014; Ok; Choi, 2015).

Por outro lado, quando se trata de menor autocuidado entre os participantes, os itens com pior comportamento em nosso estudo foram os relacionados ao monitoramento diário do peso, exercício regular, restrição de líquidos e procura pelo serviço em caso de ganho de peso. O estudo de Costa, Gama e Mendes (2020), realizado no Brasil, também identificou os mesmos itens como mais comprometidos, com exceção de ganho de peso. Kamrani e colaboradores (2014) apontam que as maiores inconformidades relacionadas ao manejo são voltadas ao exercício físico diário, monitoramento de peso e vacinação contra a gripe.

O monitoramento diário do peso é uma recomendação eficaz no controle da IC, sabendo que a retenção de líquidos é um sinal de piora e não adesão ao tratamento diurético. Além disso, pode ser o sinal clínico mais comum de ser encontrado em pessoas em descompensação cardíaca (Ponikowski *et al.*, 2016). Associado a isso, fato semelhante foi observado na restrição de líquidos, quando a maioria dos participantes possuíam dificuldade em dissociar “líquidos” de “água”, e referiam que tinham dificuldade em tomar água pois não tinham o hábito, esqueciam ou não conseguiam ingerir, mas que sabiam que era necessário para cuidar da saúde. Logo, mostra um conhecimento e manejo inadequado do controle da ingestão de líquidos.

O reconhecimento dos sintomas de descompensação também pode ser fator dificultador para o manejo e autocuidado. No estudo de Schäfer-Keller (*et al.*, 2021), grande parte dos participantes relatou não realizar atividades de autocuidado.

Verificou-se que mais da metade dos entrevistados relataram não ter reconhecido a dispneia ou o edema como sintomas principais da IC e 60%, e não tentaram realizar medidas para o manejo destes sintomas. 43% dos pacientes relataram que entrariam em contato com algum profissional de saúde para orientações. Na adoção de medidas de manejo, 62%, 70% e 83% dos pacientes, respectivamente, relataram que provavelmente não reduziram o sal, regulariam a ingestão de líquidos ou tomariam um comprimido extra de diurético em caso de dispneia ou edema; 83% relataram que não consumiam dieta com baixo teor de sal quando comiam fora; 47% dos participantes relataram não ter hábito de pesar-se; e 42% raramente ou nunca faziam exercícios físicos (Schäfer-Keller *et al.*, 2021).

Existem fatores relacionados ao autocuidado e automanejo da IC. Embora neste estudo não tenham apresentado significância estatística para as variáveis estudadas, há evidências de associação entre idade e escolaridade com a EHFScBS: quanto menor a idade e mais anos de estudo, maior é o autocuidado (Linn; Azzolin; Souza, 2016). Em contrapartida, um estudo japonês aponta escores piores da EHFScBS em pacientes mais jovens em comparação aos idosos (Yoshinaga *et al.*, 2022).

Um estudo apontou que maior tempo de diagnóstico esteve relacionado à menor adesão ao tratamento (Rodrigues *et al.*, 2012). No entanto, outro estudo identificou que maior tempo de experiência com a doença esteve associado à melhor autocuidado (Conceição *et al.*, 2015). Há evidências de relação proporcional entre o tempo de diagnóstico e o conhecimento da doença e o tratamento, ou seja, compreende-se que quanto maior o tempo de diagnóstico, maior é o conhecimento sobre a doença e o tratamento (Scortegagna *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022).

Sedlar e colaboradores (2017) identificaram que a CF da Nyha mostrou associação consistente com o comportamento de autocuidado da IC. No estudo coreano de Ok e Choi (2015), apontam que piores CF possuem maior probabilidade de apresentar bons comportamentos de autocuidado; em comparação com outro estudo que não encontrou diferenças no nível de autocuidado entre as classes funcionais (González *et al.*, 2014). De acordo com Auld *et al.* (2018), pessoas com sintomas mais graves tendem a estar mais envolvidos no autocuidado, o que pode justificar os resultados de melhor comportamento entre as pessoas com IC CF III e IV, mesmo não havendo diferença estatística neste estudo.

Quanto à FE, os resultados deste estudo não apresentaram significância estatística. No entanto, um estudo brasileiro que aplicou a escala SCHFI, semelhante à EHFSBS, identificou que valores menores de Feve foram associados ao melhor autocuidado (Conceição *et al.*, 2015).

Tratando-se de diferenças entre homens e mulheres, este estudo apresentou, embora com diferença pequena entre os grupos e sem significância estatística, menor pontuação entre as mulheres na EHFSBS. Em consonância, um estudo com pessoas com IC avançada no Japão também obteve resultados similares: pessoas do sexo feminino apresentaram menor pontuação, indicando melhor autocuidado em comparação aos homens (Abe *et al.*, 2019). Por outro lado, o sexo feminino esteve associado aos piores comportamentos de autocuidado (Pulignano *et al.*, 2010) e não houve diferenças no comportamento de autocuidado entre homens e mulheres (Asadi *et al.*, 2019).

Os aspectos relativos ao enfrentamento à doença no atual estudo apresentaram-se relacionados ao fortalecimento através da Fé, da espiritualidade e religiosidade. A espiritualidade e a religiosidade são potenciais contribuidores na melhoria da qualidade de vida, na redução da depressão e na melhoria de desfechos cardiovasculares desfavoráveis e de saúde em pacientes com IC (Cilona *et al.*, 2023). No entanto, os dados em pessoas com IC ainda são bastante limitados (Tobin *et al.*, 2022).

A espiritualidade e a religiosidade, embora usados como termos intercambiáveis, possuem definições e compreensões distintas. A religiosidade refere-se ao envolvimento da pessoa com instituição e tradição religiosa, enquanto a espiritualidade compreende crenças, valores, comportamentos e compromissos de valor e significado, de maneira singular, não exigindo estrutura ou pertencimento institucional, tampouco crenças em divindades. Neste sentido, a religiosidade pode ser um subconjunto de espiritualidade, ambas se complementam; a espiritualidade também pode acontecer de maneira não religiosa (Nascimento; Roazzi, 2017).

Sendo assim, foi a mesma distinção percebida neste estudo: para a religiosidade, relatos de ir à igreja, ajoelhar-se e rezar para determinado santo, seguir rituais; para a espiritualidade, relatos de Fé, crer em Deus, estar e sentir-se feliz, bem como outros comportamentos adotados para promoção de bem-estar, como cantar, rezar e ler. A espiritualidade pode ser vista como uma estratégia de enfrentamento às situações críticas da vida, pode oferecer maior resiliência ao

estresse gerado pela doença, além de atribuir sentido às situações de sofrimento às crenças pessoais (Rocha; Ciosak, 2014).

O processo do desenvolvimento espiritual tem sua importância no enfrentamento à doença, seja ela de origem religiosa, cultural ou espiritual, pois é um fenômeno de conectar raízes, crenças, valores, une o corpo e a alma, dá significado a algo vivido, força e fé na jornada (Balboni; Puchalski; Petter, 2014).

Um estudo qualitativo realizado no Reino Unido com pessoas com IC, apresenta os aspectos relativos à espiritualidade como forma de enfrentamento ao adoecimento pela IC, apresentando tanto a crença em Allah, quanto outras crenças espirituais e religiosas, especialmente ao pensarem na morte. Alguns dirigiram-se à curandeiros, outros atribuíram o alívio dos sintomas à oração e às medicações (Pattenden; Roberts; Lewin, 2007).

Neste estudo, conforme mencionado, são adotadas ações de enfrentamento, como estar feliz, estar alegre, cantar e rezar, bem como sentimento de gratidão pela vida, confiança e Fé em Deus e outras divindades e/ou santos. Por outro lado, sentimentos de desesperança em relação à doença e ao autocuidado, em relação aos profissionais de saúde e ao tratamento, também foram evidenciadas. Um estudo brasileiro abordando pacientes ambulatoriais com IC identificou sentimentos negativos sobre a doença, como angústia, tristeza, solidão e medo da morte, e sentimentos positivos como otimismo e felicidade por valorizar a vida – o último grupo de pacientes que apresentaram sentimentos positivos ou neutros sobre a doença apresentaram o dobro de chances de manutenção do autocuidado (Silva *et al.*, 2023).

Existem evidências de associação entre religiosidade, espiritualidade e adesão medicamentosa em pessoas com IC e doenças cardiovasculares (DCV). Uma revisão sistemática encontrou resultados mistos sobre a contribuição dessas práticas para adesão à medicação, tanto positivas quanto negativas (Elhag *et al.*, 2022). Outro estudo que investigou a religiosidade em pessoas com DVC aponta que as pessoas que apresentaram forte religiosidade possuíam maiores chances de ter hábitos de saúde favoráveis para tabagismo, consumo de álcool e exercícios, bem como um melhor perfil metabólico cardiovascular, com exceção da obesidade (Kobayashi *et al.*, 2015).

As falas dos participantes evidenciam que o enfrentamento pode estar relacionado à expectativa em relação ao autocuidado e tratamento realizados, bem

como à adesão ou não às recomendações de saúde. Paradoxalmente, verificou-se a ausência dessa expectativa, mas também a percepção de que a saúde não seria restaurada ou até a sensação de proximidade da morte. Além da IC, a idade avançada foi um fator importante quando declarado pelos participantes sobre a finitude da vida. A consciência da finitude próxima também foi evidenciada em um estudo com idosos, que identificou uma dinâmica entre os processos de saúde-doença-velhice (Giacomin; Santos; Firmo, 2013), e no estudo de Pattenden, Roberts e Lewin (2007), no qual houve verbalização de preocupação com o futuro e com a falta de cura da IC.

Diante do exposto, compreende-se a multidimensionalidade e complexidade dos fatores envolvidos aos sintomas, no automanejo e expectativas em relação ao tratamento, bem como as particularidades envolvidas no processo de adoecimento pela IC.

O enfermeiro, profissional do cuidado, tem papel importante em compreender, ensinar e avaliar o autocuidado e automanejo dos pacientes com IC em seu escopo de trabalho. Este estudo possibilita um olhar da experiência dos participantes com IC atendidas na instituição.

Observou-se, neste local de estudo, a ausência do enfermeiro no cuidado ao paciente com IC em nível ambulatorial, pois não há profissional que realize consulta de enfermagem ao paciente com IC, com vistas a contribuir nas ações de cuidado para manejo da doença e dos sintomas. Seria de grande valia que houvesse um profissional enfermeiro capacitado para atendimentos à população que sofre da alta carga de sintomas e frequentes hospitalizações, como os pacientes com IC. O fato é fortalecido com o estudo de Cavalcante e colaboradores (2018) que identificou que pacientes atendidos pelo enfermeiro, além do médico, apresentaram escores significativamente mais elevados na manutenção do autocuidado. Esse é um estudo que reforça a imprescindibilidade de haver esse profissional para o atendimento às pessoas com IC em nível ambulatorial.

8. SÍNTESE ALICERÇADA NA TEORIA DE MANEJO DOS SINTOMAS

Esta síntese foi construída com base nos resultados evidenciados neste estudo, em conjunto da literatura publicada em nível nacional e internacional.

O componente de experiência dos sintomas envolveu a percepção e avaliação dos sintomas, relatado pelo participante com IC que convive com a doença. Aconteceu a verificação por meio dos dados do roteiro da entrevista e pelo instrumento MLHFQ, objetivando identificar convergências e/ou divergências entre o relato nos dois instrumentos. Assim, os dados convergiram, sendo possível descrever a experiência dos sintomas em pessoas com IC.

Desta forma, no componente Experiência dos sintomas, foram percebidos: dispneia, fadiga, cansaço nas pernas, edema periférico, tontura, mal-estar, sensação de taquicardia e dor torácica. A avaliação foi realizada a partir da busca pela origem e/ou causa do sintoma, atribuída às outras comorbidades associadas ou condições de saúde, como diabetes, hipertensão, infecção pela Covid-19 ou envelhecimento, e pela própria IC. A avaliação também foi realizada por meio das limitações que o sintoma causa no cotidiano das pessoas, impactando em dificuldade para realizar tarefas e funções básicas que realizavam normalmente antes de serem acometidas pela doença, como deambular, realizar cuidados de higiene pessoal, executar tarefas domésticas e trabalhar.

Tal experiência culmina na busca pela estratégia de manejo dos sintomas. Este é o segundo componente da TMS e foi verificado por meio das estratégias que o participante adota para manejar o sintoma percebido e avaliado, e pelo instrumento EHFSCBS, no qual também ocorreu convergência entre os dados.

A estratégia de manejo dos sintomas é realizada pela pessoa com IC, por um familiar responsável pelo cuidado ou por ambos, em conjunto, com o intuito de aliviar a intensidade e a frequência do sintoma e para controle da progressão da doença. O ato de executar uma ação para o manejo do sintoma se deu no momento em que foi experimentado ou muito tempo depois, quando foi percebido que o sintoma não melhorou espontaneamente.

Assim, as principais condutas para manejo dos sintomas entre os participantes foram: seguimento da prescrição médica, busca pelo serviço de saúde quando necessário, automedicação, descanso, uso de terapias complementares, mudança de hábitos – principalmente relacionados à alimentação – e a espera pela

melhora – não havendo, necessariamente, uma estratégia ativa para o manejo do sintoma. Os dados quantitativos mostram a adesão em descansar e tomar o medicamento de acordo com a prescrição.

Ressalta-se que o ato de esperar pela melhora pode gerar um atraso na busca pelo serviço de saúde. Neste estudo, a busca pelo serviço de saúde em caso de piora dos sintomas não esteve entre os melhores comportamentos adotados, o que justifica parte dos participantes esperarem pela melhora espontaneamente. O fato contribui à piora do quadro clínico, com posterior hospitalização.

As orientações recebidas, dificuldades e/ou desafios enfrentados na adesão às recomendações, enfrentamento e expectativas em relação ao tratamento possibilitaram melhor compreensão dos componentes de experiência dos sintomas e estratégias para seu manejo. Houve uma relação mútua entre o enfrentamento e as expectativas relacionadas à experiência dos sintomas e estratégias realizadas. A identificação de QV foi ruim entre os participantes, o estado emocional comprometido (evidenciado pela MLHFQ emocional) e, principalmente, a persistência ou melhora dos sintomas em razão da estratégia adotada.

Diante dos resultados, são compreendidos os pressupostos da TMS que podem ser aplicados neste grupo de participantes estudado:

1. As pessoas com IC percebem e avaliam os sintomas a partir da sua experiência e autorrelato;
2. Os pressupostos da teoria podem ser aplicados em pessoas com IC que possuem sintomas (CF II, III e IV) ou que possuem risco de desenvolvê-los na medida em que a progressão da doença acontece (CF I);
3. A avaliação dos sintomas pode ser relatada pelo familiar que auxilia nos cuidados, quando a pessoa não conseguir se manifestar;
4. As estratégias de manejo dos sintomas são realizadas pela pessoa que possui a IC, com o auxílio de seu familiar, e/ou cuidador responsável;
5. O resultado dos sintomas depende dos três domínios de enfermagem (pessoa, ambiente e saúde/doença).

A influência dos três domínios (pessoa, ambiente e saúde/doença) apresentaram confluência no manejo dos sintomas, desde a percepção até as estratégias, influenciando o manejo e autocuidado, o enfrentamento e as expectativas em relação ao contexto da IC e em seu tratamento.

O domínio 1 representa o domínio Pessoa e está afetado na experiência e manejo dos sintomas em decorrência de condições individuais, como fatores psicológicos (ansiedade, medo e depressão), sexo e idade.

O domínio 2, Meio Ambiente, apresentou fatores como crenças espirituais e religiosas no enfrentamento à doença, aos sintomas e no manejo. Os hábitos culturais interferem na forma com que realizam o manejo dos sintomas, bem como a baixa escolaridade e as questões financeiras – como baixa renda.

Por fim, o domínio 3, Saúde-doença, se apresenta afetado pela presença de comorbidades, como: diabetes, hipertensão, infecção pela Covid-19, limitações físicas impostas pelo envelhecimento e por outras doenças, dores crônicas, problemas musculoesqueléticos, condições da própria IC – como a classificação funcional, fração de ejeção, qualidade de vida ruim, uso de múltiplos medicamentos, e os efeitos por eles causados.

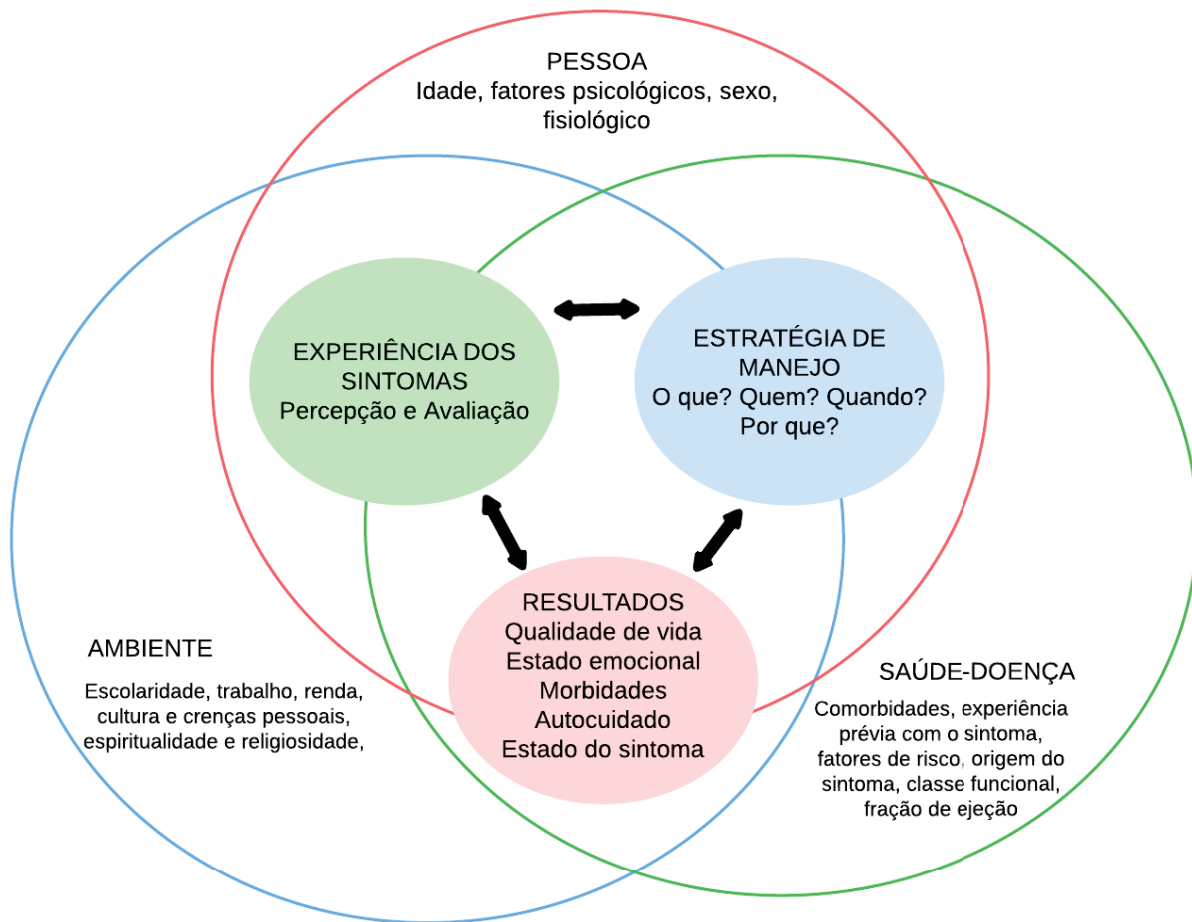
O Quadro 3 apresenta, em forma de síntese, os principais resultados de acordo com cada componente e domínio da teoria; a Figura 9, então, destaca uma adaptação do modelo conceitual proposto por Dodd (*et al.*, 2001) para este estudo.

QUADRO 3 – DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES 1 (EXPERIÊNCIA DOS SINTOMAS) E 2 (ESTRATÉGIAS DE MANEJO DOS SINTOMAS) DA TEORIA DE MANEJO DE SINTOMAS E SEUS RESPECTIVOS DOMÍNIOS.

Conceitos	Instrumento de avaliação	Resultados	Domínio Pessoa	Domínio Ambiente	Domínio Saúde-doença
EXPERIÊNCIA DOS SINTOMAS					
Percepção dos sintomas	Roteiro de entrevista	Dispneia, fadiga, cansaço nas pernas, edema periférico, vertigem, astenia, mal-estar, taquicardia, dor torácica.	Idade avançada Questões psicológicas.	Condições de moradia.	Envelhecimento; Comorbidades; Polifarmácia e efeitos adversos das medicações.
Avaliação dos sintomas	Roteiro de entrevista MLHFQ	Origem do sintoma; Limitações impostas pelo sintoma: interrupção do trabalho laboral, dificuldade para caminhar e/ou subir escadas, dificuldade para realizar atividades domésticas, atividades de autocuidado; necessidade de descansar, dificuldade para dormir devido à falta de ar.	Idade; Fatores psicológicos (ansiedade, medo e depressão); Sexo (mulheres podem apresentar maior carga de sintomas).	Escolaridade; Condições de moradia; Limitações no trabalho; Crenças, espiritualidade e religiosidade.	Origem do sintoma atribuído a comorbidades e condições de saúde; Pior avaliação em pessoas com FEVE preservada e IC estágio avançado da doença (CF III e IV); QV ruim.
ESTRATÉGIA DE MANEJO DOS SINTOMAS					
Estratégia de manejo dos sintomas	Roteiro de entrevista EHFSCBS	Realizados pelos participantes com auxílio de algum cuidador (geralmente familiar) com o objetivo de aliviar o sintoma e manejar a doença; Cumprimento da prescrição médica; procura pelo serviço de saúde; automedicação; descanso; Uso terapias complementares; espera pela melhora; mudanças na alimentação; dieta hipossódica e hipolipídica.	Idade; Fatores psicológicos e depressão) podem interferir negativamente no automanejo; Sexo (mulheres podem apresentar melhor comportamento de autocuidado).	Escolaridade; Questões financeiras; questões culturais (hábitos enraizados que dificultam mudança de hábitos de vida); Crenças, espiritualidade e religiosidade.	Dificuldades na adesão devido a comorbidades e condições de saúde (problemas musculoesqueléticos); Melhor comportamento de autocuidado em pessoas com IC CF III e IV.

Fonte: a autora (2023).

FIGURA 9 – MODELO CONCEITUAL DA TEORIA DE MANEJO DOS SINTOMAS E DOMÍNIOS ENVOLVIDOS ENTRE OS PARTICIPANTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.



Fonte: Adaptado de Nunes (2014).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, os resultados se alinham aos pressupostos previstos pela TMS. Observou-se que os sintomas percebidos pelas pessoas com IC foram dispneia, fadiga, cansaço nas pernas, edema periférico, tontura, astenia, mal-estar, sensação de taquicardia e dor torácica. Por conseguinte, a avaliação se deu com base na origem do sintoma, sendo atribuída em decorrência da IC e causas externas, como comorbidades associadas (diabetes, hipertensão) e outras condições de saúde, como o envelhecimento e problemas osteomusculares. Os sintomas foram avaliados com base nas limitações e impactos que causam no cotidiano, principalmente relacionados às dificuldades em realizar tarefas e funções, como trabalhar, caminhar, realizar atividades de lazer e autocuidado.

A avaliação da qualidade de vida evidenciou-se como ruim, principalmente relacionada às limitações físicas causadas pelos sintomas, como dificuldade para subir escadas, caminhar e necessidade de descansar; e limitações emocionais, como sentir-se preocupado com a doença.

As orientações recebidas foram voltadas ao autocuidado e manejo da progressão da doença, como: adesão à terapia medicamentosa; mudança de hábitos de vida por meio de adoção de dieta saudável, hipossódica e hipolipídica; realização de exercício físico diário, de acordo a capacidade funcional; ingestão de líquidos; cessação do tabagismo e etilismo; bem como orientações de restrição de atividades que exijam esforço físico.

Entre as estratégias de manejo adotadas pelas pessoas com IC, o componente 2 da TMS, estão aquelas relacionadas ao seguimento da prescrição médica e busca pelo serviço de saúde quando necessário, automedicação, repouso, uso de terapias complementares, mudança de estilo de vida com inclusão de hábitos saudáveis e, em alguns casos, não havia uma estratégia ativa para o manejo do sintoma.

Identificou-se que os domínios da TMS apresentam influência na percepção e avaliação dos sintomas e nas estratégias de manejo. Diante do exposto, com base na questão norteadora, a experiência dos sintomas influencia nas estratégias adotadas para seu manejo, e a experiência inclui os domínios apresentados pela TMS.

Este estudo apresentou como limitações a utilização da amostragem não probabilística, que não permite generalizações dos dados e sua significância e não padronização dos participantes, que gerou amostra heterogênea. Para estudos futuros, sugere-se a utilização de amostragem probabilística, bem como participantes exclusivamente hospitalizados ou em seguimento ambulatorial, de modo a permitir padronização e homogeneidade entre os participantes do estudo.

Para a enfermagem, este estudo é relevante e traz contribuições; à prática profissional, possibilita melhor compreensão da experiência e manejo dos sintomas e pode auxiliar na elaboração de ferramentas para o planejamento do cuidado, instrumentalizadas pelo modelo conceitual, trazendo embasamento na sistematização da assistência de enfermagem.

Ao ensino e pesquisa, este estudo, em união com estudos futuros, possibilitarão o desenvolvimento da teoria para pessoas brasileiras com IC, além de trazer um novo olhar para o ensino e aprendizagem, com a inserção desta teoria no ensino do processo de enfermagem em nível acadêmico e clínico.

REFERÊNCIAS

- ABE, R. *et al.* Gender differences in prognostic relevance of self-care behaviors on mortality and hospitalization in patients with heart failure – A report from the CHART-2 Study. **J Cardiol**, v. 73, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2018.11.006>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- AGUIAR N. M. *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca. **REAC**, v. 32, p. e8404, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAC.e8404.2021>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ALBERT, N. M.; ZELLER, R. Depressed patients understand heart failure prognosis but not how to control it. **Heart & Lung**, v. 38, n. 5, p. 382-391, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.10.007>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ALPERT, C. M. *et al.* Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. **Heart Fail Rev**, v. 22, n. 1, p. 25-39, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10741-016-9581-4>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ARBEX, F. S.; ALMEIDA, E.A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 339-342, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a012.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ASADI, P. *et al.* Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. **Heliyon**, v. 5, n. 9, p. e02493, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02493>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ATHER, S. *et al.* Impact of noncardiac comorbidities on morbidity and mortality in a predominantly male population with heart failure and preserved versus reduced ejection fraction. **J Am Coll Cardiol**, v. 59, n. 11, p. 998-1005, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.11.040>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- AULD, J. P. *et al.* Self-care Moderates the Relationship Between Symptoms and Health-Related Quality of Life in Heart Failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 33, n. 3, p. 217-224, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000447>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ÁVILA, C. W. *et al.* Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the Selfcare of Heart Failure Index version 6.2. **Nurs Res Pract**, v. 2013, p. 1-6, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2013/178976>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- AZZOLIN, K. *et al.* Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em vermicílio. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 56-63, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400007>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- BALBONI, M. J.; PUCHALSKI, C. M.; PETEER, J. R. The relationship between medicine, spirituality and religion: three models for integration. **J Relig Health**, v. 53,

n. 5, p. 1586-1598, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9901-8>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BEEZER, J. *et al.* Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. **Heart Fail Rev**, v. 27, n. 2, p. 465-492, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10741-021-10135-4>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BEHLOULI, H. *et al.* Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *In: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, Minneapolis, 2009. Analls [...]*, Minneapolis: EMBC, 2009, p. 6242-6246. Disponível em: <https://doi.org/10.1109/IEMBS.2009.5334659>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BENDER, M. S. *et al.* Theory of Symptom Management. *In: SMITH, M. J.; LIEHR, P. R. (eds.). Middle range theory Of nursing*. 4. ed. New York: Springer Publishing, 2018. p. 147-177.

BENJAMIN, E. J. *et al.* Heart disease and stroke statistics subcommittee. heart disease and str-ke statistics - 2017 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 135, n. 10: p. e146-e603, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000485>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BENNETT, J. A. *et al.* Validity and reliability of the NYHA classes formeasuring research outcomes in patients withcardiac disease. **Heart & Lung**. v. 31, n. 4, p. 262-270, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mhl.2002.124554>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BERLINER, D.; HÄNSELNANN, A; BAUERSACHS, J. The Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. **Dtsch Arztebl Int**, v. 117, n. 21, p. 376-386, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0376>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BERNAL-CÁRDENAS, C. Y.; CÉSPEDES-CUEVAS, V. M.; SANHUEZA-ALVARADO, O. I. Modelo conceptual del manejo del síntoma: evaluación y crítica. **Aquichan**, v. 18, n. 3, p. 311-326, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.6>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BOCCHI, E. A. *et al.* Updating of the Brazilian guideline for chronic heart failure. **Arq Bras Cardiol**. v. 98, n. supl. 1, p. 1-33, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2012001000001>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BORLAUG, B. A. The pathophysiology of heart failure with preserved ejectionveraction. **Nat Rev Cardiol**, v. 11, p. 507-515, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2014.83>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BORLAUG, B. A. *et al.* Longitudinal changes in left ventricular stiffness: a community-based study, **Circ Heart Fail.**, v. 6, n. 5, p. 944-952, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circheartfailure.113.000383>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BOZKURT, B.; KHALAF, S. Heart Failure in Women. **ardiovascdebakey cardiovasc j**, v.13, n. 4, p. 216-223, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.14797/mdcj-13-4-216>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade hospitalar do SUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde **Datasus** [site], 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2024.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutorial-en-portugais>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CÁRDENAS, C. Y. B.; CUEVAS, V. M. C.; REYES, J. R. Experiencia del síntoma en el Síndrome Coronario Agudo: comprobación de un modelo conceptual. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 25, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.essc>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CARVALHO, V. O. *et al.* Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 1, p. 39-44, 2009.

CAVALCANTE, L. M. *et al.* Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. **Reben.**, v. 71, n. supl. 6, p. 2604-2611, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CÉSPEDES-CUEVAS, V. M. Investigación qverprueba teoría: una aproximación desde enfermería cardiovascular. **Aquichan**, v. 2, n. 12, p. 97-108, 2012. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/download/1940/pdf/11283>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Distribuição espacial de mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 118, n. 1, p. 41-51, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20201325>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CHEN, X. *et al.* Quality of life and outcomes in heart failure patients with ejection fractions in different ranges. **PLoS One**, v. 14, n. 6, p. e0218983, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218983>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CILONA, L. *et al.* Espiritualidade e insuficiência cardíaca: uma revisão sistemática. **Envelhecimento Clin Exp Res**, v. 35, p. 2355-2361, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-023-02557-x>. Acesso em: 15 fev. 2024.

COBRETTI, M. R. *et al.* Medication regimen complexity in ambulatory older adults with heart failure. **Clin Interv Aging**, v. 12, n. 2, p. 679-686, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S130832>. Acesso em: 15 fev. 2024.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COHN, J. N.; FERRARI, R.; SHARPE, N. Cardiac remodeling-concepts and clinical implications: a consensus paper from an international forum on cardiac remodeling. Behalf of an International Forum on Cardiac Remodeling. **J Am Coll Cardiol**, v. 35, n. 3, p. 569-582, 2000.

COLIN-RAMIREZ, E.; ARCAND, J.; EZEKOWITZ, J. A. Dietary self-management in heart failure: high tech or high touch? **Curr Treat Options Cardiovasc Med**, v. 19, n. 9, [n. p.], 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11936-017-0515-9>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CONCEIÇÃO, A. P. *et al.* Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 578-586, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CONCHON, M. F. *et al.* Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoriaver Manejo de Sintomas. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49, n. 1, p. 122-128, 2015. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>. Acesso em: 15 fev. 2024.

COSTA, F. B.; GAMA, G. G. G.; MENDES, A. S. Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem UFSM*, v.10, n. 46, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769240711>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, I. O. *et al.* Telemonitoramento da insuficiência cardíaca: a experiência de um Centro. **Arq bras Cardiol.**, v. 118, n. 3, p. 599-604, 2022.

DEICHL, A.; WACHTER, R.; EDELMANN, F. Comorbidities in heart failure with preserved ejection fraction. **Herz**, v. 47, p. 301-307, 2022. Disponível em : <https://doi.org/10.1007/s00059-022-05123-9>. Acesso em: 15 fev. 2024.

DODD, M. *et al.* Advancing the science of symptom management. **J Adv Nurs**, v. 33, n. 5, p. 668-676, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>. Acesso em: 15 fev. 2024.

DUNLAY, S.; ROGER, V.; REDFIELD, M. Epidemiology of heart failure with preserved ejection fraction. **Nat Rev Cardiol**, v. 14, p. 591-602, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.65>. Acesso em: 15 fev. 2024.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão, 2007.

ELHAG, M. *et al.* The Association between religiosity, spirituality, and medication adherence among patients with cardiovascular diseases: a systematic review of the literature. **J Relig Health**, v. 61, n. 5, p. 3988-4027, 2022. Disponível em : <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01525-5>. Acesso em: 15 fev. 2024.

ERCEG, P. *et al.* Prognostic value of health-related quality of life in elderly patients hospitalized with heart failure. **Clin Interv Aging**, v. 22, n. 14, p. 935-945, 2019. Disponível em : <https://doi.org/10.2147/CIA.S201403>. Acesso em: 15 fev. 2024.

ESPINOSA, B. *et al.* Prognosis of acute heart failure based on clinical data of congestion. **Rev Clin Esp (Barc)**, v. 222, n. 6, p. 321-331, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2021.07.004>. Acesso em: 15 fev. 2024.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **European Heart Journal**, v. 42, n. 36, p. 3599-3726, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>. Acesso em: 15 fev. 2024.

EVANGELISTA, L. S.; SACKETT, E.; DRACUP, K. Pain and heart failure: unrecognized and untreated. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 8, n. 3, p. 169-173, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.11.003>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FALK, K. *et al.* Fatigue in patients with chronic heart failure – a burden associated with emotional and symptom distress. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 8, p. 91-96, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.07.002>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Qualidade de vida, avaliação, análise e interpretação dos resultados relatados pelo paciente**. 2. ed. Chichester: Wiley, 2007.

FEIJÓ, M. K. *et al.* Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Selfcare Behavior Scale para o português do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 9, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/3bkwzxRFKfBwCgww57xx5G/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 15 fev. 2024.

FEITOSA, G. S. O comportamento do sistema renina angiotensina na insuficiência cardíaca congestiva. **Rev Bras Hipertens**. v. 8, n. 4, p. 425-430, 2001. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/comportamento.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FERNANDES, S. L. *et al.* Fisiopatologia e tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: estado da arte e perspectivas para o futuro, **Arq Bras Cardiol**, v. 114, n. 1, p. 120-129, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.36660/abc.20190111>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FIGUEIREDO, J. H. C. *et al.* Efeito sinérgico da gravidade da doença, de sintomas de ansiedade e da idade avançada sobre a qualidade de vida de pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 114, n. 1, p. 25-32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190174>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FONSECA, A. F. *et al.* Burden and quality of life among female and male patients with heart failure in Europe: a real-world cross-sectional study. **Patient Preference Adherence**, v. 15, p. 1693-1706, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.2147/PPA.S312200>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FREITAS, A. K. E.; CIRINO, R. H. D. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. **Rev Med UFPR**, v. 4, n. 3, p. 123-136, 2017. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i3.56397.g33902>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GARCIA, C. I. P.; MONTOYA, X. S. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de síndrome coronario agudo basados en el modelo conceptual del Manejo de los Síntomas. **Av Enferm.**, v. 32 n. 1, p. 102-113, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46068>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J.; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de *não dar conta*, de *dar trabalho* e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2487-2496, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Tkk73ySDsshR5GHVNqDWMFv/?format=pdf>.

Acesso em: 15 fev. 2024.

GOEBEL, J. R. *et al.* Heart failure: the hidden problem of pain. **J Pain Symptom Manage**, v. 38, n. 5, p. 698-707, 2009. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.022>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GONZÁLEZ, B. *et al.* Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 13, n. 5, p. 459-465, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1177/1474515113510810>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GRAVEN, L. J. *et al.* Heart failure symptoms profile associated with depressive symptoms. **Clin Nurs Res**, v. 29, n. 2, p. 73-83, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1054773818757312>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GREEN, C. P. *et al.* Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. **J Am Coll Cardiol**, v. 35, n. 5, p. 1245-1244, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(00\)00531-3](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(00)00531-3). Acesso em: 15 fev. 2024.

GUIDOTTI, E. *et al.* A longitudinal assessment of chronic care pathways in real-life: self-care and outcomes of chronic heart failure patients in Tuscany. **BMC Health Serv Res**, v. 22, n. 1, p. 1-15, 2022. Disponível em : <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08522-0>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GTIF, I. *et al.* Heart failure disease: an African perspective. **Archives of Cardiovascular Diseases**, v. 110, n. 10, p. 680-690, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2021.07.001>. Acesso em: 15 fev. 2024.

HAEDTKE, C. A. *et al.* Influence of depression and gender on symptom burden among patients with advanced heart failure: insight from the pain assessment, incidence and nature in heart failure study. **Heart Lung**, v. 48, n. 3, p. 201-207, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.02.002>. Acesso em: 15 fev. 2024.

HASENFUSS, G.; MANN, D. L. Fisiopatologia da Insuficiência cardíaca. In: MANN, D. L. *et al.* (eds.) **Braunwald**: tratado de doenças cardiovasculares. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p. 1174-1222.

HEO, S. *et al.* Psychometric properties of the symptom status questionnaire-heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 30, n. 2, p. 136-134, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000102>. Acesso em: 15 fev. 2024.

HOROWITZ, C. R. *et al.* How do urban african americans and latinos view the influence of diet on hypertension? **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 15, n. 4, p. 631-644, 2004. Disponível em : <https://doi.org/10.1353/hpu.2004.0061>. Acesso em: 15 fev. 2024.

HUMPHREYS, J. *et al.* Theory of Symptom Management. In: SMITH, M. J.; LIEHR, P. R. (eds.). **Middle Range Theory for Nursing**. 3. ed. New York: Springer Publishing, 2014. p. 286-328.

INAMDAR, A. A.; INAMDAR, A. C. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. **J Clin Med**, v. 5, n. 7, p. 1-28, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm5070062>. Acesso em: 15 fev. 2024.

INGADOTTIR, B. *et al.* Sense of security mediates the relationship between self-care behavior and health status of patients with heart failure: a cross-sectional study. **J Cardiovasc Nurs**, v. 38, n. 6, p. 537-545, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000981>. Acesso em: 15 fev. 2024.

JAARSMA, T. *et al.* The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. **Eur J Heart Fail**, v. 5, n. 3, p. 363-370, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfn007>. Acesso em: 15 fev. 2024.

JARAB, A. S. *et al.* Health-related quality of life and its associated factors among outpatients with heart failure: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, v. 21, n. 1, p. 73, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02142-w>. Acesso em: 15 fev. 2024.

JERING, K. *et al.* Burden of Heart Failure Signs and Symptoms, Prognosis, and Response to Therapy. **The PARAGON-HF Trial**, v. 9, n. 5, p. 386-397, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2021.01.011>. Acesso em: 15 fev. 2024.

JURGENS, C. Y.; LEE, C. S.; RIEGEL, B. Psychometric analysis of the heart failure somatic perception scale as a measure of patient symptom perception. **J Cardiovasc Nurs**, v. 32, n. 2, p. 140-147, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000320>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KAMRANI, A. A. K. *et al.* Self Care Behaviors among Elderly with Chronic Heart Failure and Related Factors. **Pakistan Journal of Biological Sciences**, v. 17, n. 11, p. 1161-1169, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3923/pjbs.2014.1161.1169>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KESSING, D. *et al.* Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 15, n. 5, p. 337-344, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515115575834>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KNAFL, G. J.; RIEGEL, B. What puts heart failure patients at risk for poor medication adherence? **Patient Prefer Adherence**, v. 8, p. 1007-1018, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PPA.S64593>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KOBAYASHI, D. *et al.* The relationship between religiosity and cardiovascular risk factors in Japan: a large-scale cohort study. **J Am Soc Hypertens**. v. 9, n. 7, p. 553-562, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jash.2015.04.003>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KOSHY, A. O. *et al.* Prioritizing symptom management in the treatment of chronic heart failure. **ESC Heart Fail**, v. 7, n. 5, p. 2193-2207, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ehf2.12875>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KRONKASEM, A. *et al.* Fatigue Experience, Symptom Management Strategies, and Functional Status in Patients with Congestive Heart Failure. **Journal of Nursing Science**, v. 4, p. 35-42, 2015. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/28516>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KURMANI, S.; SQUIRE, I. Acute heart failure: definition, classification and epidemiology. **Curr heart fail rep**, v. 15, n. 5, p. 385-392, 2017. Disponível em . <https://doi.org/10.1007/s11897-017-0351-y>. Acesso em: 15 fev. 2024.

KUROGI, E. M.; BUTCHER, R. C. G. S.; SALVETTI, M. G. Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 4, p. e20190123, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0123>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LAM, C.; SMELTZER, S. C. Patterns of symptom recognition, interpretation, and response in heart failure patients: an integrative review. **J Cardiovasc Nurs**, v. 28, n. 4, p. 348-359, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182531cf7>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, 1977.

LARSON, P. J. *et al.* A Model for Symptom Management. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group. **Image J Nurs Sch**. v. 26, n. 4, p. 272-276, 1994.

LEAL, J. S. S. *et al.* Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca em tempos da Covid-19. **REAS**; v. 23, n. 8, p. e12783, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12783.2023>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LEE, K. S.; MOSER, D. K.; DRACUP, K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms, **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 7, n. 6, p. 496-504, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515117745056>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LEITE-CAVALCANTI, C. *et al.* Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Rev. Ciênc & Saúde Col**. v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em . <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LENNIE, T. A. *et al.* Three gram sodium intake is associated with longer event-free survival only in patients with advanced heart failure. **J Card Fail**, v.17, n. 4, p. 325-330, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.11.008>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LIMA, C. A. B. *et al.* O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 37, n. esp. p. e68285, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68285>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LIN, C. Y. *et al.* Older and younger patient's perceptions, evaluations, and responses to worsening heart failure symptoms. **Heart Lung**, v. 50, n. 5, p. 640-647, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.05.005>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LINDER, L. Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: Implications for Pediatric Oncology Nursing. **J Pediatr Oncol Nurs**, v. 27, n. 6, p. 316-324, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043454210368532>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LINHARES, J. C. C. *et al.* Aplicabilidade dos resultados de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca e volume de líquidos excessivo. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 2, p. e61554, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.61554>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LINN, A. C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, p. 469-474, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690312i>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LIU, X. *et al.* The association between physical symptoms and self-care behaviours in heart failure patients with inadequate self-care behaviours: a cross-sectional study. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 23, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03247-2>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LUO, H. *et al.* Symptom Perception and Influencing Factors in Chinese Patients with Heart Failure: A Preliminary Exploration. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 8, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082692>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MA, C. *et al.* Heart failure with preserved ejection fraction: an update on pathophysiology, diagnosis, treatment, and prognosis. **Braz J Med Bio Res**, v. 53, n. 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-431X20209646>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MANFREDINI, L. **Tradução e validação da escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado**. 2014. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2014.

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. 41-47, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500008>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MARCONDES-BRAGA, F. G. *et al.* Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. **Arq Bras Cardiol**, v. 116, n. 6, p. 1174-1212, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20210367>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MANZATO, R. O. **Efeito do acompanhamento telefônico na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes nos primeiros seis meses de uso da varfarina**: ensaio clínico aleatorizado. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

MCDONAGH, T. *et al.* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **European Heart Journal**, v. 42, n. 36, p. 3599-3726, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MEGIATI, H. M. *et al.* Relação entre apoio social percebido e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Acta Paul Enferm**, v. 35, p. eAPE01296, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO012966>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MENDEZ, A. B.; GOMEZ, O. L.; TORRES, A. D. Síndrome coronario agudo en mujeres desde la teoría del manejo del síntoma. **Enfermería global**, v. 19, n. 60, p. 170-195, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.422331>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MOLLA, S.; YITAYAL, M.; AMARE, G. Health-related quality of life and associated factors among adult patients with heart failure in Wolaita zone governmental hospitals, southern Ethiopia. **Risk Manag Healthc Policy**, v. 22, n. 14, p. 263-271, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S288326>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhados hipertenso ao tratamento. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 989-1006, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/V4y4wNzbs6fy9tvQ5rSjf8J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MORSE, J. Principles of mixed methods and multimethod research design. *In*: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (eds.). **Handbook of mixed methods in social & behavioral research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003. p. 189-208.

NASCIMENTO, A. M.; ROAZZI, A. Religiosidade e o desenvolvimento da autoconsciência em universitários. **Arq. bras. psicol**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 121-137, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2024.

NASCIMENTO, H. R.; PUSCHEL, V. A. A. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 6, p. 601-607, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600015>. Acesso em: 15 fev. 2024.

NEW YORK HEART ASSOCIATION (Nyha). **Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels**. The Criteria Committee of the New York Heart Association. 9th ed. Boston: Little Brown, 1994.

NUNES, M. D. R. **Avaliação da fadiga em crianças e adolescentes hospitalizados com câncer e sua relação com o padrão de sono e qualidade de vida relacionada à saúde**. 2014. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

OGBEMUDIA, E. J.; ASEKHAME, J. Rehospitalization for heart failure in the elderly. **Saudi Med J**, v. 37, n. 10, p. 1144-1147, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15537%2Fsmj.2016.10.15259>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OKADA, A. *et al.* Symptom perception, evaluation, response to symptom, and delayed care seeking in patients with acute heart failure: an observational study. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 34, n. 1, p. 36-43, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000526>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OK, J. S.; CHOI, H. Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. **Korean J Adult Nurs**, v. 27, p. 242-250, 2015.

OLIVEIRA, B. G. *et al.* Health-related quality of life in patients with Chagas disease. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 44, n. 4, p. 150-156, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822011005000002>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 93-105, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i1.7138>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>. Acesso em: 17 fev. 2024.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Sociodemographic characterization, clinical and cognitive profile of patients with Heart Failure. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e538101019275, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19275>. Acesso em: 17 fev. 2024.

OREM, D. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.

OSCALICES, M. I. L. *et al.* Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, p. e03447, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017039803447>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PATTENDEN, J. F.; ROBERTS, H.; LEWIN, R. J. Living with heart failure; patient and carer perspectives. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 6, n. 4, p. 273-279, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PAULUS, W. J.; TSCHOPE, C. A novel paradigm for heart failure with preserved ejection fraction: comorbidities drive myocardial dysfunction and remodeling through coronary microvascular endothelial inflammation. **J Am Coll Cardiol**. v. 62, n. 4, p. 263-271, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.02.092>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PAVLOVIC, N. V. *et al.* Fatigue in Persons With Heart Failure: A Systematic Literature Review and Meta-Synthesis Using the Biopsychosocial Model of Health. **J Card Fail**, v. 28, n. 2, p. 283-315, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.07.005>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PAZ, L. F. A. *et al.* Quality of life related to health for heart failure patients. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. supl. 2, p. 140-146, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0368>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PENG, X.; TANG, L. Exercise Rehabilitation Improves Heart Function and Quality of Life in Elderly Patients with Chronic Heart Failure. **J Healthc Eng**, v. 2022, p.8547906, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1155%2F2022%2F8547906>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PEREIRA, F. A. C. **O autocuidado na insuficiência cardíaca**: tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2013. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70811/2/30857.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PETERS-KLIMM, F. *et al.* Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study, **European Journal of Cardiovascular nursing**, v. 12, n. 1, p. 167-176, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515112439964>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **J Am Geriatr Soc**, v. 23, n. 10, p. 433-441, 1975.

PHILBIN, E. F. *et al.* Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. **The American journal of cardiology**, v. 87, n. 12, p. 1367-1371, 2001.

PITT, B.; FERREIRA, J. P.; ZANNAD, F. Mineralocorticoid receptor antagonists in patients with heart failure: current experience and future perspectives. **European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy**. v. 3, n. 1, p. 48-57, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvw016>. Acesso em: 17 fev. 2024.

POLIKANDRIOTI, M. *et al.* Assessment of quality of life and anxiety in heart failure outpatients. **Arch Med Sci Atheroscler Dis**, v. 4, p. e38-e46, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5114/amsad.2019.84444>. Acesso em: 17 fev. 2024.

POLIT, D; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POLÓNIA, J.; GONÇALVES, F. R. The historical evolution of knowledge of the involvement of neurohormonal systems in the pathophysiology and treatment of heart failure. **Rev. Portuguesa de Cardiologia**, v. 38, n. 12, p. 883-895, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.05.008>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PONIKOWSKI, P. *et al.* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **Eur J HeartFail.** v. 18, n. 8, p. 891-975, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PONIKOWSKI, P.; JANKOWSKA, E. A. Pathogenesis and clinical presentation of acute heart failure. **Rev Esp Cardiol (Engl Ed)**, v. 68, n. 4, p. 331-337, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2015.02.001>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PRÉCOMA, D. B.; OLIVEIRA, G. M. M. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PULIGNANO, G. *et al.* Translation and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. **J Cardiovasc Med (Hagerstown)**, v. 11, n. 7, p. 493-498, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.2459/JCM.0b013e328335fbf5>. Acesso em: 17 fev. 2024.

RABELO-SILVA, E. R. *et al.* Fatores Precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados a adesão ao tratamento: estudo multicêntrico-EMBRACE. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 39, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170292>. Acesso em: 17 fev. 2024.

RAFFAA, H. S. M. *et al.* Adherence of heart failure patients to heart failure medications and its determinants in the Aseer region, Southern Saudi Arabia. **J Family Med Prim Care**, v. 9, n. 9, p. 5041-5045, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_904_20. Acesso em: 17 fev. 2024.

RECTOR, T. S.; COHN, J. N. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. **Am Heart J.**, v. 124, p. 1017-1025, 1992.

REEDER, K.M. *et al.* Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000117>. Acesso em: 17 fev. 2024.

REIS, M. C. *et al.* Validation of the Portuguese Version of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12. **J Cardiovasc Dev Dis**, v. 10, n. 4, p.1-8, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcdd10040162>. Acesso em: 17 fev. 2024.

RICHARD, A. A.; SHEA, K. Delineation of self-care and associated concepts. **J Nurs Scholarsh**, v. 43, n. 3, p. 255-264, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>. Acesso em: 17 fev 2024.

RIEGEL, B. *et al.* An update on the self-care of heart failure index. **J Cardiovasc Nurs**, v. 24, n. 6, p. 485-497, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>. Acesso em: 17 fev. 2024.

RIEGEL, B. *et al.* Psychometric testing of the self-care of heart failure index. **J Card Fail**, v. 10, n. 4, p. 350-360, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2003.12.001>. Acesso em: 17 fev. 2024.

ROCHA, A. C. A. L.; CIOSAK, S. I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Rev esc enferm USP**, v. 48, n. esp. 2, p. 87-93, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>. Acesso em: 17 fev. 2024.

RODRIGUES, F. F. L. *et al.* Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>. Acesso em: 17 fev. 2024.

ROGER, V. R. Epidemiology of Heart Failure: a contemporary perspective. **Circulation Research**, v. 128, n. 10, p. 1421-1434, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circresaha.121.318172>. Acesso em: 18 fev. 2024.

RUBIO, R. *et al.* Quality of life and disease experience in patients with heart failure with reduced ejection fraction in Spain: a mixed-methods study. **BMJ Open**, v. 11, n. 12, p. e053216, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053216>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SACCOMANN, I. C. R. S.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M. C. J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, v. 8, n. 1, p. 18-24, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100002>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq** (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Planaltina, DF: [S. n.], 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/anexo-manual-do-aplicativoiramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SANCHEZ-MARTELEZ, M.; GRACIA, J. R.; LÓPEZ, I. G. Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca aguda: un mundo por conocer. **Revista Clínica Española**, v. 216, n. 1, p. 38-46, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256515002490>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SANTOS, G. C. *et al.* Symptom perception in heart failure: a scoping review on definition, factors and instruments. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 19, p. 100-117, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515119892797>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SANTOS, G. N. *et al.* Symptom Status Questionnaire - Heart Failure - Brazilian Version: cross-cultural adaptation and content validation. **Heart & Lung**, v. 50, n. 4, p. 525-531, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.010>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SAVARESE, G. *et al.* Heart failure with mid-range or mildly reduced ejection fraction. **Nat Rev Cardiol**, v. 19, n. 2, p. 100-116, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00605-5>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SCHÄFER-KELLER, P. *et al.* Self-care, symptom experience, needs, and past health-care utilization in individuals with heart failure: results of a cross-sectional study. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 20, p. 464-474, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa026>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SCICCHITANO, P. *et al.* Sex Differences in the Evaluation of Congestion Markers in Patients with Acute Heart Failure. **J Cardiovasc Dev Dis**, v. 9, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcdd9030067>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SCOLARI, F. L. *et al.* Insuficiência cardíaca – fisiopatologia atual e implicações terapêuticas. **Rev Soc Cardiol**, v. 28, n. 1, p. 33-41, 2018. Disponível em: https://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/9099360151526310668pdfptINSUFICI%C3%8ANCIA%20CARD%C3%8DACA%20-%20FISIOPATOLOGIA%20ATUAL%20E%20IMPLICA%C3%87%C3%95ES%20TERAP%C3%8AUTICAS_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N1.pdf. Acesso em: 17 fev. 2024.

SCORTEGAGNA, H. M. *et al.* Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 4, p. e20200199, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0199>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SEDLAR, N. *et al.* Factors related to self-care behaviours in heart failure: a systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies, **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 16, n. 4, p. 272-282, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515117691644>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SEFEROVIC, P. M. *et al.* Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **European journal of heart failure**, v. 10, p. 1169-1186, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejhf.1531>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SEILD, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 2004.

SETHARES, K. A. *et al.* Factors associated with delay in seeking care for acute decompensated heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 29, n. 5, p. 429-438, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a37789>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SEVILLA-CAZES, J. *et al.* Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. **J Gen Intern Med**, v. 33, n. 10, p. 1700-1707, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4542-3>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA, H. G. N. *et al.* Retrato sociocultural: o uso de plantas medicinais por pacientes idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Interdisciplinar**, v. 11, n. 4, p. 21-29, 2018.

SILVA, I. C. *et al.* Health literacy and adherence to the pharmacological treatment by people with arterial hypertension. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 6, p. e20220008, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0008pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA, L. A. G. P.; LOPES, V. J.; MERCÊS, N. N. A. Symptom management theory applied to nursing care: scoping review. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 3, p. e20201004, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1004>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA, L. C. J. R.; ARONI, P.; FONSECA, L. F. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. **Rev. SOBECC**, v. 21, n. 2, p. 75-82, 2016. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/21>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA, M. A. G. *et al.* Preditores de comportamentos de autocuidado em indivíduos com insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 44, p. e20220357, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220357.pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA, M. M. B. S. *et al.* Qualidade de vida em idosos com insuficiência cardíaca. **Ciência y Enfermería**, v. 27, n. 8, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.29393/CE27-8QVMM60008>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA-RODRIGUES, F. M. *et al.* Management of chemotherapy-related symptoms in children and adolescents: family caregivers' perspectives. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, p. e20200484, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0484>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA, W. T. *et al.* Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. **Rev Pan Amaz Saude**, v. 11, p. e202000449, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S2176-6223202000449>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SMITH, A. B. *et al.* Characterizing Pain Leading to Emergency Medical Services Activation in Heart Failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 37, n. 5, p. 427-436, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000878>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SNEED, N. N. *et al.* Evaluation of 3 quality measurement tools ins patients with chronic heart Failure: a randomized controlled trial. **Patient Educ Counsel**, v. 58, p. 27-34, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.118303>. Acesso em> 18 fev. 2024.

SOARES, A. N. *et al.* Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 1, p. 83-88, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Departamento de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em : <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arq Bras Cardiol.**, v. 114, n. 5, p. 943-987, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200407>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SOUSA, M. M. *et al.* Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, p. e65885, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SOUSA, M. M. *et al.* Efeitos físicos e psicossociais da insuficiência cardíaca na percepção da qualidade de vida. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49783>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SOUSA, M. M. *et al.* Evidence related to sodium restriction in patients with heart failure. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 4, p. e20180874, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0874>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: Parte 3: métodos misto e múltiplos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 15, n. 5, p. 179-182, 2007.

STEIN, G. *et al.* Ethnic differences in quality of life and its association with survival in patients with heart failure. **Clin Cardiol**, v. 43, n. 9, p. 976-985, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/clc.23394>. Acesso em: 18 fev. 2024.

STOLFO, D. *et al.* Sex-Based Differences in Heart Failure Across the Ejection Fraction Spectrum: Phenotyping, and Prognostic and Therapeutic Implications. **JACC Heart Fail**, v. 7, n. 6, p. 505-515, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.03.011>. Acesso em: 18 fev. 2024.

TEJADA, G. S. *et al.* Responsiveness and minimal clinically important difference of the Minnesota living with heart failure questionnaire. **Health Qual Life Outcomes**, v. 17, n. 36, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1104-2>. Acesso em: 18 fev. 2024.

THE WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K). Acesso em: 18 fev. 2024.

THIDA, M. *et al.* Symptom Experience, Symptom Management Strategies, and Health Related Quality of Life among People with Heart Failure. **Pacific Rim Int J Nurs Res**, v. 25, n. 3, p. 359-374, 2021. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/243557/170820>. Acesso em: 18 fev. 2024.

TINOCO, J. M. V. P. *et al.* Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, p. e3389, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QHMScpnbyQnFtbnjhzwg8S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2024.

TOBIN, R. *et al.* Spirituality in patients with heart failure. **J Am Coll Cardiol HF**, v. 10, n. 4, p. 227-226, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.01.014>. Acesso em: 18 fev. 2024.

TURRISE, S. *et al.* A snapshot of patient experience of illness control after a hospital readmission in adults with chronic heart failure. **BMC Nurs**, v. 22, n. 75, p. 1-11, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01231-x>. Acesso em: 18 fev. 2024.

UCHMANOWICZ, I. *et al.* Cross-cultural adaptation and reliability testing of Polish adaptation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS). **Patient Prefer Adherence**, v. 8, p. 1521-1526, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PPA.S65890>. Acesso em: 18 fev. 2024.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (Unioeste). Ambulatório. **Unioeste** [site], 2020. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/internos-huop/servicos-huop/ambulatorio>. Acesso em: 1 ago. 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (Unioeste). Escalas – Cargos Públicos Vinculados. **Unioeste** [site], 2022. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/institucional-huop/setores-huop/direcao-clinica/escalas#1709-fevereiro>. Acesso em: 15 maio 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (Unioeste). HUOP 34 anos: A importância do maior hospital público da região Oeste do Paraná. **Unioeste** [site], Central de notícias, 31 maio 2023. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/central-de-noticias/61234-huop-34-anos-a-importancia-do-maior-hospital-publico-da-regiao-oeste-do-parana>. Acesso em: 18 fev. 2024.

UPADHYA, B.; KITZMAN, D. W. Heart failure with preserved ejection fraction: New approaches to diagnosis and management. **Clin Cardiol**, v. 43, n. 2, p. 145-155, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/clc.23321>. Acesso em: 18 fev. 2024.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 1, p. 1-14, 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1). Acesso em: 18 fev. 2024.

WEBER, K. T. Aldosterone in congestive heart failure. **N Engl J Med.**, v. 345, n. 23, p. 1689-1697, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMra000050>. Acesso em: 18 fev. 2024.

WOJNOWICH, K.; KORABATHINA, R. Heart failure update: outpatient management. **FP Essent.**, v. 442, p. 18-25, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26974001/>. Acesso em: 18 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Safety in Polypharmacy**. [Technical Report]. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/who-uhc-sds-2019-11-eng.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2024.

YANCY, C. W. *et al.* 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology. **J Am Coll Cardiol.**, v. 70, p. 776-803, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.025>. Acesso em: 15 fev. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YOSHINAGA, R. *et al.* Factors related to self-care behaviors among hospitalized patients with heart failure in Japan, based on the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. **J Phys Ther Sci**, v. 34, n. 6, p. 416-421, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1589/jpts.34.416>. Acesso em: 18 fev. 2024.

ZAKERI, R.; COWIE, M. R. Heart failure with preserved ejection fraction: controversies, challenges and future directions. **Heart**, v. 104, n. 5, p. 377-384, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2016-310790>. Acesso em: 18 fev. 2024.

ZAMBROSKI, C. H. *et al.* Impact of Symptom Prevalence and Symptom Burden on Quality of Life in Patients with Heart Failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 4, n. 3, p. 198-206, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010>. Acesso em: 18 fev. 2024.

ZAMORA, E. *et al.* Quality of life in patients with heart failure and improved ejection fraction: one-year changes and prognosis. **ESC Heart Fail**, v. 9, n. 6, p. 3804-3813, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ehf2.14098>. Acesso em: 18 fev. 2024.

ZIAEIAN, B.; FONAROW, G. C. Epidemiology and aetiology of heart failure. **Nat Rev Cardiol**, v. 13, n. 6, p. 368-378, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.25>. Acesso em: 18 fev. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DO PARTICIPANTE

1. O(a) senhor(a) tem algum problema no coração?

Sim Não Não sei

Se sim, qual? _____

2. O(a) senhor(a) tem insuficiência cardíaca?

Sim Não Não sei

3. O(a) senhor(a) tem percepção ou sente algum dos sintomas abaixo?

Falta de ar/dispneia

Ortopneia

Dispneia paroxística noturna

fadiga/cansaço

Intolerância ao exercício

Tosse noturna

Ganho de peso

Dor abdominal

Perda de apetite e perda de peso

Noctúria e oligúria

Anasarca

Edema de membros inferiores

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Nen Nalú Alves das Mercês, enfermeira e professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e Letícia Katiane Martins, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, convidamos o(a) senhor(a) a participar de um estudo intitulado **“Experiência de pessoas com insuficiência cardíaca no automanejo de sintomas”**. Essa pesquisa possibilitará o conhecimento sobre a experiência dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca, e as estratégias que utilizam para o automanejo destes sintomas, a fim de produzir conhecimento científico, de modo a nortear a prática profissional do enfermeiro.

O objetivo dessa pesquisa é o de descrever a experiência dos sintomas relatados pela pessoa com insuficiência cardíaca e os cuidados adotados para o automanejo.

Caso o(a) senhor(a) concorde em participar da pesquisa a mestranda-pesquisadora Letícia Katiane Martins fará a apresentação do projeto de pesquisa e dos instrumentos de coleta de dados, para os dados sociodemográficos e clínicos, as estratégias para o manejo de sintomas, bem como o roteiro da entrevista semiestruturada, de forma clara, objetiva, com linguagem acessível e deverá esclarecer todas suas dúvidas e questionamentos.

A mestranda-pesquisadora Letícia informou que a coleta de dados será realizada presencialmente no dia da sua consulta médica no ambulatório de cardiologia ou, caso o (a) senhor (a) prefira, poderá ser agendado para outro momento.

É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao cansaço aos esforços, como falar por exemplo e/ou fadiga, devido ao quadro da doença, ou que o(a) senhor (a) lembre algumas situações que possam ser desagradáveis. Nesse caso a entrevista será suspensa e encerrada ou transferida em comum acordo para outro momento.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal – Rubrica: _____

Pesquisadora Responsável ou mestranda-pesquisadora – Rubrica: _____

Orientadora - Rubrica: _____

O(a) senhor (a) terá a garantia de que, em caso de sintomas relacionados à IC durante a entrevista, será contatado o enfermeiro responsável pelo local, relatando o ocorrido, para que seja registrado no prontuário para conhecimento dos profissionais que o assistem e para os encaminhamentos que se fizerem necessários, garantindo o sigilo e as intervenções necessárias prestadas pela equipe. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa, o(a) senhor (a) tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: o conhecimento sobre a experiência dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca e as estratégias que utilizam para manejo destes sintomas. Produzirá conhecimento para a comunidade científica na área da saúde e enfermagem.

Os pesquisadores responsáveis por esse estudo poderão ser localizados nos seguintes contatos para esclarecer eventuais dúvidas que com o(a) senhor(a) possam ter e fornecer-lhes as informações que queiram, antes durante ou depois de encerrado o estudo:

Nen Nalú Alves das Mercês – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná; Av. Lothário Meissner, 632 – Bloco Didático II – Jardim Botânico – Curitiba/PR, CEP: 80210-170, em horário comercial.

Letícia Katiane Martins – mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso o(a) senhor(a) desista de participar.

O material obtido, fichas de identificação e instrumento de coleta de dados, gravações de voz, serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão descartados ao término do estudo, em um período máximo de cinco anos.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal – Rubrica: _____

Pesquisadora Responsável ou mestranda-pesquisadora – Rubrica: _____

Orientadora - Rubrica: _____

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – professora Nen Nalú Alves das Mercês, pesquisadora e orientadora do estudo, estatístico que participará do tratamento dos resultados do estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

() Permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa;

() Não permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa.

O(a) senhor (a) terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome. Porém, caso seja seu desejo ter sua identidade revelada, assinale a opção correspondente abaixo:

() Permito a revelação da minha identidade na publicação dos resultados da pesquisa.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro. Você poderá desistir a qualquer momento de continuar na pesquisa, o que não causará nenhum prejuízo.

Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone (41) 3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h; ou pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná, rua Universitária, bairro Universitário, Cascavel, CEP 85819-110 e telefone (45) 3220-3092, de segunda feira a sexta feira das 8h às 12h e das 13h às 15h.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal – Rubrica: _____

Pesquisadora Responsável ou mestranda-pesquisadora – Rubrica: _____

Orientadora - Rubrica: _____

O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim [e sem que esta decisão afete meu atendimento. Fui informado que serei atendido sem custos para mim.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo.

Cascavel, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PARTICIPANTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Data: ____/____/____

Código identificador _____

Registro/ prontuário: _____

() UTI-PS () PS-corredor () Ambulatório () Enfermaria ____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE			
Nome:			
Endereço atual / logradouro:		Bairro:	
Complemento:	Cidade:		Estado:
Procedência:		Naturalidade:	
Zona de residência: () urbana () rural () periferia/comunidade			
Telefones para contato:			E-mail
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Data de nascimento:		Idade:	Sexo:
Raça: () Branca () Indígena () Parda () Preta () Sem declaração			
Religião: <input type="checkbox"/> Sem religião / não acredito em Deus <input type="checkbox"/> Sem religião / acredito em Deus () Católico <input type="checkbox"/> Evangélico () Espírita () Espiritualista <input type="checkbox"/> Judaísmo () Islamismo () Tradições indígenas <input type="checkbox"/> afro-brasileira - Qual? () Outro - Qual?		Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira(o) () Casada(o) () Divorciada(o) () União consensual /estável () Viúvo(a) () Outra(o) Qual?	
Ocupação/profissão: Cargo/função: Local onde trabalha: <input type="checkbox"/> Ativo (a) <input type="checkbox"/> Inativo (a) <input type="checkbox"/> Aposentado (a) <input type="checkbox"/> Exerce atividades do lar <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Afastado para tratamento da doença Desde quando:		Escolaridade: Até que ano o(a) senhor(a) estudou? _____ <input type="checkbox"/> Sem instrução () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado	
Nº de filhos: _____ () 0 () 1 a 3 () mais de 3	Nº de pessoas que moram na casa:	Cuidador principal:	
Renda média individual: () Sem renda Rede de suporte: Benefício social:	Renda média familiar:		
Moradia: Própria () Cedida () Alugada () Outro () _____			
DADOS CLÍNICOS			
Motivo do internamento (se hospitalizado):			Data internamento:
Classificação NYHA:		Data do diagnóstico:	
Etiologia IC: () Cardiomiopatia chagásica () Cardiomiopatia hipertensiva () Cardiomiopatia dilatada () Cardiomiopatia isquêmica Especificar (decorrente do que?): _____			
Tipo da IC: () ICFEr () ICFEp () ICFEm () ICFEIr		FEVE e data do último ECOTT:	
Doenças preexistentes: () HAS () DM () DPOC () DRC () Outro ____			
Fatores de risco: () Obesidade () Sedentarismo () Tabagismo () Etilismo () História familiar de problema cardíaco () Outro _____ Antecedentes familiares: _____			
Peso:	Altura:	IMC:	Data:
OBS: () não havia registo () sem possibilidade de aferição			
Medicamentos de uso contínuo em casa: _____ _____			

Medicamentos em uso durante hospitalização: _____	
Outras terapias: Sim () Não () () Reiki () Acupuntura () Homeopatia () Fitoterapia () Ervas medicinais () Outros _____	
Nº de internações nos últimos 6 meses:	Nº de internações nos últimos 12 meses:
HÁBITOS DE VIDA	
Tabagista: () Sim () Não () Ex tabagista Se sim, há quanto tempo? _____ Tipo: () tabaco () narguilé () palheiro () outro _____ Frequência _____ Quantidade: _____ Início (ano) _____ Término (ano) _____	Etilista: () Sim () Não () Ex etilista Se sim, há quanto tempo? _____ Tipo: () cerveja () destilado () outro _____ Frequência _____ Quantidade _____ Início (ano) _____ Término (ano) _____
Alimentação Quais refeições o(a) senhor(a) realiza por dia? () café da manhã () almoço () lanche da tarde () jantar () Outro _____ Quais alimentos o(a) senhor(a) consome diariamente em suas refeições? () pão () café () leite () açúcar () ovos () salame () queijo () margarina/nata () requeijão () frutas () legumes e salada () arroz () feijão () macarrão () batata () batata doce () mandioca () frango () carne vermelha () Outros _____ O senhor faz alguma dieta específica? Como faz uso do sal e temperos na sua alimentação? _____	
Sono e repouso: () insônia () dorme mais de 6 horas por noite () dorme menos de 6 horas por noite	
Atividade física: Sim () Não () Qual: _____ Frequência: _____	
Lazer: Sim () Não () Frequência: _____ Tipo: _____ Após perceber os sintomas, o(a) senhor(a) parou de realizar as atividade de lazer? () Sim () Não Por quê? _____ Após perceber os sintomas, o(a) senhor(a) parou de realizar as atividade da vida diária? () Sim () Não Por quê? _____	

Foi acometido pela Covid-19? () Sim () Não	Data: _____
Ficou hospitalizado devido a Covid-19? () Sim () Não	Onde? () UTI () Enfermaria
Teve complicações? () Sim () Não	Quais? _____
Vacinação: () Sim () Não Laboratório: _____	Número de doses: _____ Última dose em: _____
Realiza acompanhamento pós-covid: () ambulatorial () hospitalar () domiciliar () nenhum	
Se não fez as quatro doses, por que? _____	

Anotações/informações complementares:

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Código identificador: _____

Vamos conversar sobre a experiência dos sintomas que o(a) senhora(a) está sentindo nas últimas quatro semanas (será explicado ao participante o significado de sintoma).

Questão disparadora:

1. Fale-me sobre os sintomas que o incomodam causados pelo seu problema no coração?
2. Fale-me como como o(a) senhor(a) se cuida quando sente ou percebe os sintomas.
3. Para se cuidar, o senhor buscou tratamento ou ajuda além do serviço de saúde?

Tópicos complementares

- ✓ Orientações recebidas pela equipe de saúde (uso de medicação, dieta, atividade física, sinais de alarme, vacinação, dentre outros);
- ✓ Dificuldades em executar as orientações recebidas da equipe de saúde no seu dia a dia (compreensão das orientações, esquecimento, pandemia, acesso aos serviços de saúde, atraso no tratamento, financeiras, familiares, trabalho, dentre outras);
- ✓ Buscou tratamento ou ajuda complementar (quem indicou, fez ou faz uso de chás/ervas medicinais/outros, buscou/busca curandeiras, benzedeadas, simpatias, outros, buscou ajuda espiritual em igrejas, dentre outros);
- ✓ Expectativas em relação ao tratamento e ao autocuidado.

ANEXOS

ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO

Por favor, responda as questões a seguir.

Todas as respostas devem ser dadas sem referência ao calendário, jornal, qualquer documento de identidade pessoal ou outros auxílios para a memória.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Questão	Instrução
		Qual seu nome completo? _____	Correto somente se disser o nome completo
		Qual a data de hoje? _____	Correto somente quando acertar dia, mês e ano.
		Em que dia da semana estamos? _____	Correto somente quando acertar o dia da entrevista.
		Qual o nome do local onde estamos neste momento? _____	Correto se dizer qualquer uma das descrições: cidade (Cascavel), nome da instituição (HUOP), ou Ambulatório
		Qual a sua idade? _____	Correto quando a idade corresponde a data de nascimento.
		Qual o nome da cidade em que você nasceu? _____	Correto quando referir o nome da cidade natal em concordância com o documento de identidade

Número total de erros: _____

Escore	
0 – 2 erros	Incluído
3 – 6 erros	Excluído

Fonte: MANZATO, R. O. **Efeito do acompanhamento telefônico na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes nos primeiros seis meses de uso da varfarina: ensaio clínico aleatorizado**. 2018. 116 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Adaptado da versão: Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **J Am Geriatr Soc.**, v. 23, n. 10, p. 433-441, 1975.

ANEXO 2 – MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria por quê?

	_ _ _
	Pré
1. Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	()
2. Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	()
3. Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil	()
4. Tornando seu trabalho doméstico difícil	()
5. Tornando suas saídas de casa difícil	()
6. Tornando difícil dormir bem a noite	()
7. Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil	()
8. Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil	()
9. Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil	()
10. Tornando sua atividade sexual difícil	()
11. Fazendo você comer menos as comidas que você gosta	()
12. Causando falta de ar	()
13. Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia	()
14. Obrigando você a ficar hospitalizado	()
15. Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos	()
16. Causando a você efeitos colaterais das medicações	()
17. Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos	()
18. Fazendo você sentir uma falta de auto controle na sua vida	()
19. Fazendo você se preocupar	()
20. Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas	()
21. Fazendo você sentir-se deprimido	()

NÃO

MUITO
POUCO

DEMAIS

0

1

2

3

4

5

ANEXO 3 – EUROPEAN HEART FAILURE SELFCARE BEHAVIOR SCALE (EHFSCBS)

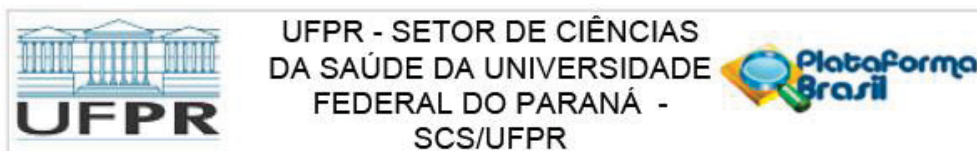
Código identificador _____

Esta escala contém afirmações sobre o autocuidado em Insuficiência cardíaca. Responda a cada afirmação, rodeando com um círculo o número que acha que melhor se aplica a si. Tenha em conta que as alternativas de resposta diferente constam de uma escala que varia entre os extremos de "Concordo plenamente" (1) a "Discordo plenamente" (5). Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, circule o número que acha ser o mais verdadeiro para si.

Item	Questão	Concordo plenamente	Quase sempre concordo	Às vezes concordo	Quase nunca concordo	Discordo plenamente
		Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
1	Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2	Se sinto falta de ar, repouso	1	2	3	4	5
3	Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	1	2	3	4	5
4	Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	1	2	3	4	5
5	Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	1	2	3	4	5
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 l por dia).	1	2	3	4	5
7	Descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8	Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	1	2	3	4	5
9	Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10	Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	1	2	3	4	5
11	Tomo a vacina contra a gripe todos os anos.	1	2	3	4	5
12	Faço exercícios regularmente	1	2	3	4	5

Versão Brasileira da *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS);
Fonte: Feijó *et al.* (2012).

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiência de pessoas com insuficiência cardíaca no automanejo de sintomas

Pesquisador: NEN NALÚ ALVES DAS MERCES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62956422.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.738.913

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que visa descrever a experiência de sintomas de pacientes portadores de IC classe III e IV, bem como as estratégias realizadas para o manejo destes sintomas.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem mista entre os métodos qualitativos e quantitativos. A coleta dos dados qualitativos será por meio de entrevistas, enquanto os dados quantitativos serão colhidos através da obtenção de pontuação por meio de um instrumento específico.

Os participantes do estudo serão 60 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca, atendidos no ambulatório de cardiologia da instituição hospitalar do oeste do Paraná.

O primeiro instrumento é para a coleta de dados sociodemográficos e clínicos, construído pela mestrandapesquisadora. O segundo instrumento é o roteiro com questões semiestruturadas, para a entrevista, construído também pela mestrandapesquisadora. O terceiro instrumento é o European Heart Failure Selfcare Behavior Scale, (EHFScBS), a fim de identificar as estratégias para o manejo de sintomas e também o autocuidado.

A seleção e o recrutamento dos participantes ocorrerão de forma circunscrita, após a aprovação do

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3380-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.738.913

Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos, a partir do acesso à agenda de atendimentos do ambulatório de cardiologia. A partir do agendamento a mestranda-pesquisadora realizará uma análise dos prontuários eletrônicos, a fim de identificar os pacientes que se encaixem nos critérios estabelecidos. Posteriormente, após identificação dos possíveis participantes, será realizado o convite em sala privativa, dando 10 dias para a candidata a participante pensar e só então ser realizado contato telefônico para a agendamento da entrevista.

Ao final desta pesquisa espera-se identificar qual a experiência de pessoas com insuficiência cardíaca, da região Oeste do Estado do Paraná, em relação aos sintomas e as estratégias utilizadas para o automanejo destes sintomas

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com IC classe III e IV;

Descrever os sintomas autorrelatados e as estratégias para o auto manejo de sintomas realizadas pelo paciente com IC classe III e IV;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam que os benefícios serão indiretos e a pesquisa poderá contribuir para a prática de enfermagem frente ao cuidado ao paciente com IC. Não há menção a benefícios diretos.

Quanto aos riscos, relatam que existem alguns riscos previstos, mesmo que mínimos, que estão relacionados ao sentimento de desconforto psicológico, constrangimento emocional ou labilidade emocional, inquietude ou tristeza, que muitas vezes podem ser causadas por relembrar algumas situações desagradáveis já vivenciadas ou ao pensar sobre a sua situação atual. Caso ocorra desorganização emocional serão respeitadas as expressões de suas emoções e encerrada a coleta de dados naquele dia ou transferida em comum acordo, se for necessário. A coleta será realizada no tempo do participante, de acordo com o que ele julga apropriado para evitar os riscos e danos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

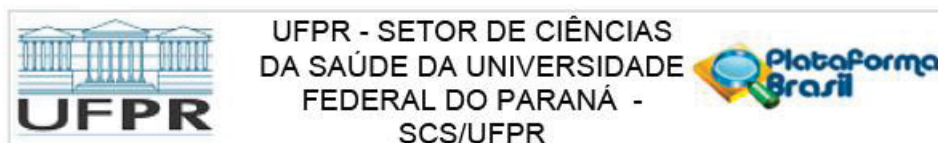
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados a contento

Recomendações:

Não há

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	
Bairro: Alto da Glória	CEP: 80.080-240
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.738.913

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que todos os pontos levantados por este colegiado foram sanados, sou de parecer favorável a aprovação ética do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, a cada seis meses da primeira aprovação de seu protocolo, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo. Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

- Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2007038.pdf	27/10/2022 13:36:06		Aceito
Outros	CARTA_AO_CEP_CORRECOES.docx	27/10/2022 13:32:42	Leticia Katiane Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CORRIGIDO.docx	27/10/2022 13:30:03	Leticia Katiane Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.doc	27/10/2022 13:29:37	Leticia Katiane Martins	Aceito
Outros	Termo_de_solicitacao_de_uso_de_voz_e_imagem.pdf	04/09/2022 22:21:18	Leticia Katiane Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_de_consentimento_livre_esclarecido.doc	04/09/2022 22:20:30	Leticia Katiane Martins	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3380-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.738.913

Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_esclarecido.doc	04/09/2022 22:20:30	Leticia Katiane Martins	Aceito
Outros	Checklist.pdf	01/09/2022 16:24:05	NEN NALU ALVES DAS MERCES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	01/09/2022 16:22:59	NEN NALU ALVES DAS MERCES	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_da_equipe_de_pesquisa.pdf	01/09/2022 16:10:41	Leticia Katiane Martins	Aceito
Outros	Concordancia_de_coparticipacao.pdf	01/09/2022 16:10:11	Leticia Katiane Martins	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	01/09/2022 16:09:56	Leticia Katiane Martins	Aceito
Outros	Analise_do_merito_cientifico_a_ser_certificada_pelo_pesquisador_principal.pdf	01/09/2022 16:09:37	Leticia Katiane Martins	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	01/09/2022 16:09:17	Leticia Katiane Martins	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	01/09/2022 16:07:45	Leticia Katiane Martins	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/09/2022 12:21:30	Leticia Katiane Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Novembro de 2022

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3380-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO *EUROPEAN HEART FAILURE SELF-CARE BEHAVIOS SCALE*



Leticia Martins <leticiakmartins2@gmail.com>

para eneidarabelo ▾

Prezada Eneida,

Me chamo Leticia, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Minha dissertação de Mestrado tem como tema a avaliação de sintomas e automanejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca para o português, identifiquei-se *European Heart Failure Self-care Behaviors Scale*, adaptada e validada no Brasil pela Sra. Este instrumento serve para identificar as estratégias de automanejo dos sintomas tomadas pela pessoa com insuficiência cardíaca. Por isso, solicito, resp

minha dissertação.

Atenciosamente,

En^ª Leticia Katiane Martins

--

Leticia Katiane Martins

Enfermeira especialista em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica.



Eneida Rejane Rabelo da Silva <eneidarabelo@gmail.com>

para mim ▾

ola querida!!

o uso da escala é completamente livre

tenha sucesso no teu trabalho

segue a escala

Eneida Rejane Rabelo da Silva