



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM

JULIA GONÇALVES ESCOSSIA CAMPOS

O AUTOCUIDADO SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE: explorando
qualitativamente

Rio de Janeiro

2024

Julia Gonçalves Escossia Campos

O AUTOCUIDADO SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE: explorando
qualitativamente

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas de saúde, gestão e trabalho na enfermagem e saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marluci Andrade Conceição Stipp

Rio de Janeiro

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

C198a Campos, Julia Gonçalves Escossia
O autocuidado sob a perspectiva do paciente:
Explorando qualitativamente / Julia Gonçalves
Escossia Campos. -- Rio de Janeiro, 2023.
98 f.

Orientadora: Marluci Andrade Conceição Stipp.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. Enfermagem. 2. Insuficiência cardíaca. 3.
Autocuidado. 4. Assistência centrada no paciente.
I. Stipp, Marluci Andrade Conceição, orient. II.
Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

Julia Gonçalves Escossia Campos

O AUTOCUIDADO SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE: explorando
qualitativamente

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em Enfermagem, Escola de
Enfermagem Anna Nery, Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como requisito
à obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Aprovada em:

Marluci AC Stipp

Marluci Andrade Conceição Stipp, Doutora,
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Karla Biancha Silva de Andrade, Doutora,
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Liana Corrêa Amorim Trotte, Doutora,
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Sabrina da Costa Machado Duarte, Doutora,
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Thalita Gomes do Carmo, Doutora,
Universidade Federal Fluminense

A Deus, pois sem Ele, não estaria aqui. Ele foi, sem dúvida, minha fonte de inspiração, força, amparo e sustento durante esta trajetória. Tudo que sou e tenho, e tudo o que ainda vir a ser, vem d'Ele e é para Ele. À minha mãe, Luzicleide, que apesar da ausência física, nunca se ausentou em meu coração. Obrigada por todo o apoio prestado ainda em vida, por sempre acreditar em mim quando eu não acreditava, por ter sido o porto onde eu encontrava descanso, mas que ao mesmo tempo me impulsionava. Obrigada pela presença física e todo o suporte emocional e espiritual enquanto estive aqui. Meu amor eterno!

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus, por ser meu refúgio e minha fortaleza, por ser meu consolador e por ter-me dado condições de avançar neste caminho.

Ao meu marido, Luca, que por todo tempo esteve incansavelmente ao meu lado, incentivando-me e fazendo-me acreditar que seria possível. Não conseguiria expressar minha gratidão de forma real em texto por todo o apoio de todas as formas possíveis que recebi. Obrigada por tornar este meu sonho o seu sonho também. Seguiremos juntos, até o fim.

Ao meu pai, Deivid, pelos ensinamentos de vida valiosos que sempre carrego comigo e por toda a alegria que contagiava todos à sua volta! Esta alegria muitas vezes me impulsionou! Obrigada por ser meu incentivador e por toda a parceria construída diante de tantos momentos difíceis que já vivemos. Obrigada pelos conselhos, palavras de apoio e ânimo. Minha gratidão será eterna!

À minha madrastra, Aline, que desde que chegou em minha vida sempre esteve presente e me ajudando. Obrigada por todo o cuidado sempre demonstrado, e por estar por perto durante esta caminhada!

Ao meu irmão Heitor e à minha afilhada Júlia, que, apesar de ainda não entenderem o que está escrito nesta dedicatória, foram uma das minhas principais forças para continuar. Em dias difíceis, suas risadas me contagiaram e me lembravam do amor de Deus. Obrigada por trazerem esta paz e ânimo; estaremos sempre juntos!

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Marluci Stipp, com quem tenho o prazer de caminhar junto desde a graduação. Obrigada por todo o aprendizado durante estes anos, não apenas sobre a área acadêmica, mas sobre a vida. Agradeço por toda a paciência, incentivo, parceria e disponibilidade. Obrigada por acreditar e se empenhar comigo neste trabalho. Espero que esta parceria continue daqui em diante!

À minha amiga e grande parceira Giulia Gazineo, obrigada por todo o apoio durante este período final do mestrado, por palavras de incentivo e estímulo e pela disponibilidade em ouvir meus desabafos e até choros. Obrigada por ser a representação do que é parceria e por tornar esta reta final um pouco mais leve. Desejo que nossa amizade continue e cresça! Já está chegando a sua Defesa!

Aos meus amigos, obrigada por toda a parceria durante este período, por todas as risadas e palavras de ânimo que recebi, muitas vezes me dando forças mesmo sem perceber. Gratidão eterna!

Aos componentes das bancas de Defesa de Projeto, Exame de Qualificação e Defesa de Dissertação, Prof.^a Dr.^a Liana Amorim Corrêa Trotte (UFRJ), Prof.^a Dr.^a Karla Biancha Silva de Andrade (UERJ), Prof.^a Dr.^a Sabrina da Costa Machado Duarte (UFRJ), Prof.^a Dr.^a Graciele Paes Oroski (UFRJ), Prof.^a Dr.^a Thalita Gomes do Carmo (UFF), por todas as contribuições destinadas ao meu trabalho.

Ao Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, por autorizar a realização deste estudo.

Aos participantes da pesquisa, que de forma muito acolhedora e solícita participaram do estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento da pesquisa através da bolsa de mestrado.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.
(Carl Jung)

RESUMO

CAMPOS, Julia Gonçalves Escossia. **O autocuidado sob a perspectiva do paciente**: explorando qualitativamente. Rio de Janeiro, 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis representam um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de mortes na população e demandando maiores investimentos na promoção da saúde. **Objetivos:** Identificar como ocorre o gerenciamento do autocuidado dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca; discutir a gestão das práticas de autocuidado sob a ótica do cuidado centrado no paciente. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa e descritiva. Os participantes foram pacientes portadores de insuficiência cardíaca acompanhados em um hospital universitário do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos; maiores de 18 anos; em qualquer estágio da Insuficiência Cardíaca; entre as classes I a III da *New York Heart Association*; em acompanhamento ambulatorial regular. Os critérios de exclusão incluíram pacientes com transtorno neurocognitivo verificado através do MiniMental® e pacientes com quadro de descompensação aguda de insuficiência cardíaca. Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, assim como um instrumento de caracterização dos pacientes. Os dados foram coletados entre novembro de 2022 e março de 2023. **Resultados:** Participaram do estudo 33 pacientes, sendo a maioria (51,5%) do sexo feminino, 45,5% entre 40 – 59 anos, majoritariamente na classe II. As condições prevalentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica, 60,6%; Diabetes Mellitus, 30,3% e Dislipidemia, 30,3%. A análise das entrevistas, organizada em 2 blocos temáticos pelo Software Iramuteq, resultou em: Bloco temático 1 - “Hábitos alimentares como autocuidado não farmacológico”, “Fatores que contribuem para a saúde”, “Adequação às orientações da equipe de saúde” e “Atividades que influenciam na promoção do bem-estar”; e Bloco temático 2 - “Aspectos socioeconômicos que prejudicam o autocuidado” e “Letramento em saúde e sua importância para o autocuidado”. **Conclusão:** O estudo destacou a importância da educação em saúde direcionada ao público-alvo para uma melhor adesão às medidas de autocuidado, ressaltando o papel fundamental do enfermeiro em superar barreiras sociais e estruturais, e contribuindo para o cuidado integrado. Ressalta-se também a importância da parceria entre profissionais de saúde e pacientes para criar planos de cuidado personalizados que atendam suas necessidades e capacidades, superando lacunas no cuidado integral ao paciente.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Autocuidado; Assistência Centrada no Paciente; Assistência Ambulatorial; Enfermagem; Autogestão; Planejamento de assistência ao Paciente.

ABSTRACT

CAMPOS, Julia Gonçalves Escossia. **O autocuidado sob a perspectiva do paciente**: explorando qualitativamente. Rio de Janeiro, 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introduction: Chronic non-communicable diseases constitute an important public health problem, representing the main cause of death in the population and requiring greater investment in health promotion. **Objectives:** Identify how self-care management occurs for patients treated at the heart failure outpatient clinic; Discuss the management of self-care practices from the perspective of patient-centered care. **Methodology:** Qualitative and descriptive study. The participants were patients with heart failure followed at a university hospital in Rio de Janeiro. The inclusion criteria for this study were: patients of both sexes; older than 18 years; at any stage of Heart Failure; between New York Heart Association classes I to III; under regular outpatient follow-up. And the exclusion criteria: patients with neurocognitive disorder verified through MiniMental® and patients with acute decompensation of heart failure. A semi-structured interview was used to collect data, as well as a patient characterization instrument. Data were collected between November 2022 and March 2023. **Results:** The participants were 33 patients, the majority (51.5%) were female, 45.5% were between 40 – 59 years old, mostly in class II. Participants had Systemic Arterial Hypertension, 60.6%; Diabetes Mellitus, 30.3% and Dyslipidemia, 30.3%. The results of the interviews were organized into 2 thematic blocks based on analysis by Iramuteq Software. Thematic block 1 was formed by classes 5, 4, 3 and 6, entitled, respectively, “Eating habits as non-pharmacological self-care”, “Factors that contribute to health”, “Adherence to health team guidelines” and “Activities that influence the promotion of well-being” and thematic block 2 was formed by classes 2 and 1, entitled, respectively, “Socioeconomic aspects that harm self-care” and “Health literacy and its importance for self-care. **Conclusion:** The study highlighted the importance of health education aimed at the target audience for better adherence to self-care measures, where nurses play a fundamental role, overcoming social and structural barriers, and contributing to integrated care. The importance of the partnership between health professionals and patients to create personalized care plans is also highlighted, aiming to meet their needs and capabilities, in order to overcome the gaps in comprehensive patient care.

Keywords: Heart Failure; Self Care; Patient-Centered Care; Ambulatory Care; Nursing; Self-Management; Patient Care Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conceitos-chave do autocuidado	27
Figura 2 – Processo de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca	28
Figura 3 – Framework de PCN	31
Figura 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente – CHD	45
Figura 5 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente - CHD.....	46
Figura 6 – Nomeação das Classes Lexicais.....	47
Figura 7 – Descrição da Classe 5: Hábitos alimentares como autocuidado não farmacológico.....	47
Figura 8 – Descrição da Classe 4: Fatores que contribuem para a saúde	48
Figura 9 – Descrição da Classe 3: Adequação às orientações da equipe de saúde .	49
Figura 10 – Descrição da Classe 6: Atividades que influenciam na promoção do bem-estar	50
Figura 11 – Descrição da Classe 2: Aspectos socioeconômicos que prejudicam o autocuidado.....	51
Figura 12 – Descrição da Classe 1: Letramento em saúde e sua importância para o autocuidado.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação funcional, segundo a New York Heart Association	25
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à classe funcional NYHA, Rio de Janeiro - RJ (N = 33)	40
Tabela 2 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à média de idade, tempo de diagnóstico da insuficiência cardíaca e a fração de ejeção, Rio de Janeiro–RJ (N = 33)	41
Tabela 3 – Caracterização sobre consumo de álcool, cigarro e drogas ilícitas pelos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca, Rio de Janeiro–RJ (N = 33).....	42

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à porcentagem de acometimento por outras comorbidades, Rio de Janeiro–RJ (N = 33)43
- Gráfico 2 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à porcentagem sobre o acesso à internet, celular, smartphone e televisão, Rio de Janeiro–RJ (N = 33).....44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA-	<i>American Heart Association</i>
BA-	Bahia
CAAE-	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP-	Comitê de Ética e Pesquisa
CF-	Classe Funcional
CNS-	Conselho Nacional de Saúde
DAC-	Doença Arterial Coronária
DATASUS-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV-	Doença Cardiovascular
DIEESE-	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DLP-	Dislipidemia
DM-	Diabetes Mellitus
ECG-	Eletrocardiograma
ECO-	Ecocardiograma
ESC-	Sociedade Europeia de Cardiologia
EUA-	Estados Unidos da América
FEVE-	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
FHCGV-	Fundação - Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
HAS-	Hipertensão Arterial Isquêmica
HUCFF-	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE-	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC-	Insuficiência Cardíaca
IOM-	<i>Institute of Medicine</i>
ICEFEI-	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária
ICFEP-	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada
ICEFER-	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
INPC-	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IRaMuTeQ-	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LS-	Letramento em Saúde

MEEM-	Mini Exame do Estado Mental
NYHA-	<i>New York Heart Association</i>
OMS-	Organização Mundial da Saúde
PA-	Pará
PB-	Paraíba
PCN-	<i>Person-Centered Nursing</i>
RJ-	Rio de Janeiro
SC-	Santa Catarina
SIH/SUS-	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SME-Cárdio-	Serviço de Métodos Especiais - Cardiologia
ST-	Segmento de Texto
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO-	Unidade Coronariana
UERJ-	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ-	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USA-	<i>United States of America</i>
VE-	Ventrículo Esquerdo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETO DO ESTUDO.....	21
1.2 QUESTÃO NORTEADORA.....	21
1.3 OBJETIVOS.....	21
1.4 JUSTIFICATIVA.....	21
1.5 CONTRIBUIÇÕES POTENCIAIS DO ESTUDO	22
2 BASES CONCEITUAIS	24
2.1 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	24
2.2 O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE	29
3 METODOLOGIA	33
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	33
3.2 CAMPO/ LOCAL.....	33
3.3 PARTICIPANTES	34
3.4 COLETA DE DADOS.....	34
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	36
3.5.1 O uso do software Iramuteq	36
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	38
4 RESULTADOS	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	40
4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	42
4.3 ENTREVISTAS.....	44
5 DISCUSSÃO	54
6 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	80
APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	82

ANEXO A – MINI EXAME DE ESTADO MENTAL	83
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP EEAN	86
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP HU	91

1 INTRODUÇÃO

O elevado envelhecimento populacional, aliado às mudanças no perfil de adoecimento e mortalidade são, características essenciais da transição demográfica e epidemiológica. Dentre seus impactos, destacam-se as mudanças nos padrões de vida, como na alimentação, desenvolvimento social e econômico, além de influenciar no crescimento populacional e na expectativa de vida. Nesse aspecto, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que possuem maior incidência na população idosa, constituem-se como um importante problema de saúde pública, representando a principal causa de mortes na população e carecendo de maiores investimentos na promoção da saúde (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021; Silva *et al.*, 2022).

No atual panorama mundial, esta pesquisa destaca como DCNT a Insuficiência Cardíaca (IC), que se constitui como uma das principais causas de mortalidade e morbidade, estando frequentemente associada a fatores sociais, individuais, econômicos e de serviços de saúde (Cestari *et al.*, 2022).

Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca (2018) e o Guideline da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) (2021), a IC é compreendida como uma síndrome clínica caracterizada pela anormalidade estrutural ou funcional do coração. Essa condição compromete a capacidade de bombeamento eficaz de sangue para suprir as demandas metabólicas do corpo, resultando em pressões intracardíacas elevadas e uma produção cardíaca insuficiente, tanto em repouso quanto durante a atividade física (McDonagh *et al.*, 2021).

Mundialmente, a IC afeta milhões de pessoas e está relacionada à utilização frequente dos serviços de saúde. Essa condição apresenta uma gama de diferentes sintomas, como dispneia, edema nos tornozelos e fadiga, podendo ser acompanhados por sinais como pressão venosa jugular elevada, estertores pulmonares e edema periférico, que interferem na qualidade de vida dos indivíduos (Cestari *et al.*, 2022; McDonagh *et al.*, 2021).

No Brasil, a incidência da IC é de 240.000 novos casos anualmente, e sua prevalência é de aproximadamente 2 milhões de pacientes. Destaca-se no cenário brasileiro que a mortalidade e morbidade relacionadas à doença são muito mais elevadas em comparação aos países desenvolvidos (Cestari *et al.*, 2022).

Conforme os dados obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de 2000 a 2021, totalizaram-se 7.091.808 óbitos

decorrentes de doenças do aparelho circulatório. Deste total, a IC foi responsável por 607.629 óbitos, dos quais aproximadamente 46% correspondem à região Sudeste. A partir destes números, a IC é descrita como a segunda maior causa de óbitos no país e a primeira maior causa de internações por doenças do sistema circulatório (Tinoco *et al.*, 2021).

Apenas no ano de 2020, segundo dados do DATASUS, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de óbitos por capítulo CID-10, totalizando 357.741 casos, sendo que 27.775 dessas mortes foram atribuídas à IC. Espera-se que os gastos relacionados com essa condição aumentem para US\$69,3 bilhões até o ano de 2030. Cada vez mais pessoas estão vivendo em risco de desenvolver a IC pela crescente prevalência de fatores de risco cardiovasculares (Hammond; Everitt; Khan, 2022).

Dentre as causas que corroboram para o aumento da morbimortalidade advindas de quadros de descompensação da IC, destacam-se a inadequação do autocuidado, principalmente a baixa adesão ao tratamento farmacológico, e também o controle de ingestão hídrica inadequada (Nakahara-Melo *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, ações de autocuidado são imprescindíveis para o controle e manejo dos sintomas dos pacientes com IC, e a enfermagem tem papel fundamental nesse processo através da educação em saúde.

O autocuidado é de grande relevância para a melhoria da qualidade de vida através do controle dos sintomas da IC. Bárbara Riegel, enfermeira e pesquisadora clínica americana, especialista conhecida mundialmente no autocuidado de pacientes com IC, define o autocuidado como um processo ativo, natural de tomada de decisão que envolve a escolha de comportamentos para manter a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e o gerenciamento de sintomas que podem surgir (Riegel *et al.*, 2012).

Este conceito está relacionado ao processo do indivíduo em adotar práticas de promoção da saúde e gerenciamento de doenças. Juntamente com o manejo farmacológico e não farmacológico, a educação do paciente em relação ao seu autocuidado tem sido recomendada como componente do tratamento (Schäfer-Keller *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria das doenças cardiovasculares (DCV) pode ser prevenida e evitada através da abordagem sobre os fatores de risco comportamentais. Nesse sentido, a Diretriz de Insuficiência Cardíaca

(2018) corrobora ao apontar como medidas não farmacológicas a avaliação do paciente quanto à alimentação (restrição de sódio, restrição hídrica, dieta e perda de peso), além da interrupção do uso de tabaco e bebidas alcoólicas. Destacam-se também como medidas, a vacinação para influenza e pneumococo, reabilitação cardiovascular, planejamento familiar e avaliação da segurança para atividade sexual.

Apesar da necessidade do autocuidado em pacientes com IC, muitas vezes observa-se a ausência ou inadequação do autocuidado. Alguns fatores contribuem para esta problemática, como a falta de conhecimento sobre a doença, o desconhecimento sobre os sinais e sintomas que podem surgir e a falta de adesão ao tratamento. Além disso, as limitações das atividades que alguns pacientes com IC sofrem também influenciam diretamente em seu autocuidado (Costa; Gama; Mendes, 2020).

Um estudo realizado em nível ambulatorial em um hospital universitário no município de Salvador, Bahia (BA), verificou um déficit de autocuidado na maioria da amostra, apresentando uma variação de moderado a insatisfatório em relação à implementação de cuidados às suas necessidades (Costa; Gama; Mendes, 2020).

Importantes estudos internacionais sobre autocuidado em pacientes com IC foram conduzidos com o método quantitativo, que avalia com maior profundidade questões diretamente relacionadas à doença (Deckwart *et al.*, 2023; Hashimoto *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2022; Calero-Molina *et al.*, 2022; Locatelli *et al.*, 2023). No entanto, este estudo focou no método qualitativo, que contribui para uma investigação com um olhar mais individualizado sobre o cuidado e as adequações às necessidades de cada paciente.

Diante da complexidade do tratamento que a IC impõe, alguns fatores, como apoio social e comportamentos de adesão ao tratamento, repercutem no nível de autocuidado. Desta forma, direcionar estratégias de cuidado centrado no paciente corrobora para melhores resultados, qualidade de vida, menor número de reinternações e conseqüente redução da mortalidade (Megiati *et al.*, 2022).

Nas últimas décadas, vem sendo discutida a necessidade da implementação de um modelo de cuidado centrado no paciente, uma vez que este tem sido reconhecido pela influência positiva gerada na condição de saúde dos indivíduos com doenças crônicas (Zipfel *et al.*, 2021). Nesse contexto, o cuidado centrado no paciente destaca-se como um elemento fundamental para a promoção de uma assistência completa e eficaz (McCormack; McCance, 2010).

Inicialmente concebido por Edith Baint em 1969, este conceito está em constante evolução, sendo definido em 2001 pelo Institute of Medicine (IOM) como o cuidado que respeita e atende às necessidades e valores individuais do paciente e garante que seus valores orientem as decisões tomadas em sua condição clínica (IOM, 2001; Villar; Martins; Rabello, 2022). Para o profissional de saúde de um serviço, essa estratégia permite a promoção da autonomia do paciente sobre o autocuidado e adesão à terapia. Portanto, estratégias de ensino focadas nas necessidades do indivíduo são imprescindíveis, visando diferentes formas e atividades para melhorar o seu autocuidado (Cunha *et al.*, 2021).

A comunicação efetiva entre o paciente e a equipe de saúde viabiliza melhorias na prestação dos cuidados, além de estabelecer uma relação de confiança com o paciente. A equipe de enfermagem pode utilizar elementos da comunicação verbal e não-verbal como forma de interação e criação de vínculo com o paciente (Lacerda *et al.*, 2021).

Diante do que foi exposto, percebe-se a importância do conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, do gerenciamento do autocuidado destes pacientes, uma vez que envolve a autonomia e independência na tomada de decisão sobre o cuidado. As orientações oferecidas ao indivíduo com IC e sua rede de apoio poderão trazer auxílio no enfrentamento da doença e incentivar a busca de respostas para suas inquietações e para as adaptações que se fazem necessárias (Manfredini *et al.*, 2021).

A alta prevalência de alguns sintomas como fadiga e dispneia, além de fatores psicossociais e determinantes sociais, podem resultar em algumas limitações em suas atividades usuais, com comprometimento da interação social e progressiva perda de autonomia física. Este cenário, que muitas vezes vem associado a tratamentos complexos e com a inserção de vários medicamentos, resulta em alterações do estilo de vida e no manejo do autocuidado desses pacientes, demandando acompanhamento permanente da equipe de saúde (Costa; Gama; Mendes, 2020; Olano-Lizarraga *et al.*, 2023).

O paciente que recebe alta hospitalar enfrenta alguns problemas, como dificuldade no manejo dos sintomas que podem surgir, falta de aderência ao plano de tratamento, dificuldades na realização de atividades diárias que antes faziam parte de sua rotina e sentimentos negativos. Nesse sentido, a interação que ocorre entre os profissionais e os pacientes visa motivar os pacientes a realizar seu autocuidado de

forma eficaz e que este autocuidado se torne parte do seu estilo de vida (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012; Manfredini *et al.*, 2021).

Altas taxas de readmissões hospitalares têm sido observadas diante da alta complexidade clínica do paciente, envolvendo sinais e sintomas de difícil manejo e seu autocuidado deficiente. Portanto, a educação do paciente em relação à sua condição de saúde e tratamento são fundamentais nos programas de gestão do cuidado em IC. Estudos demonstram que a educação em saúde adequada e o envolvimento dos pacientes em seu autocuidado melhoram os resultados em saúde (Cunha *et al.*, 2021; Tinoco *et al.*, 2021).

A partir do que foi exposto, e da importância da temática para os cuidados de profissionais de saúde, em especial da enfermagem, foram traçados o objeto de estudo e a pergunta norteadora da pesquisa.

1.1 OBJETO DO ESTUDO

O autocuidado dos pacientes no ambulatório de Insuficiência Cardíaca.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

Como é realizado o gerenciamento do autocuidado pelos pacientes com insuficiência cardíaca?

1.3 OBJETIVOS

- 1) Identificar como ocorre o gerenciamento do autocuidado dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca;
- 2) Discutir a gestão das práticas de autocuidado sob a ótica do cuidado centrado no paciente.

1.4 JUSTIFICATIVA

A IC, via final comum das cardiopatias, mesmo com consideráveis avanços terapêuticos, apresenta-se como um problema de saúde pública, em crescimento, resultando de fatores, como envelhecimento populacional, maior presença de fatores

de risco como sedentarismo, obesidade e Diabetes Mellitus (DM) (Gomes; Montenegro, 2021).

As taxas de reinternações dos pacientes com IC por quadros de descompensação podem ser diminuídas através do conhecimento dos pacientes sobre a doença, além da adesão aos cuidados relacionados ao estilo de vida, que fazem parte do autocuidado do paciente, podendo gerar melhor qualidade de vida, diminuição das taxas de readmissão hospitalar e, conseqüentemente, mortalidade (Hashimoto *et al.*, 2023).

Além disso, a pesquisadora tem proximidade com a temática desde a graduação. Ela foi aluna bolsista de iniciação científica durante a maioria dos períodos da graduação e, no grupo de pesquisa, estudou e realizou trabalhos sobre autocuidado dos pacientes com IC, com ênfase nas medicações que eles utilizam, percebendo a importância de também estudar as intervenções não farmacológicas utilizadas em seu autocuidado.

Nesse sentido, este estudo justifica-se pela relevância da análise do gerenciamento do autocuidado destes pacientes, uma vez que possui papel fundamental no tratamento da doença, proporcionando a diminuição de agravos que podem ser evitados e, conseqüentemente, o número de reinternações. Além disso, proporciona ao paciente maior autonomia para tomada de decisão diante dos sintomas que podem surgir.

Diante da relevância do autocuidado para o tratamento dos pacientes com IC, este estudo justifica-se ainda por compreender como acontece o gerenciamento do autocuidado à luz do cuidado centrado no paciente, como parte do tratamento, e identificar as lacunas do gerenciamento no autocuidado.

1.5 CONTRIBUIÇÕES POTENCIAIS DO ESTUDO

Esta pesquisa terá contribuição para a ampliação do conhecimento sobre a temática desenvolvida, principalmente para a enfermagem, tendo em vista seu papel diante do gerenciamento do autocuidado dos pacientes.

Na prática assistencial, este estudo poderá trazer contribuições com a capacitação teórica dos profissionais acerca dos benefícios da adesão às práticas de autocuidado realizadas pelos pacientes e a importância da comunicação entre pacientes e equipe de saúde sobre estes cuidados.

Dentro do ensino de graduação e pós-graduação, poderá contribuir para melhores discussões e capacitação dos profissionais para atender essas especificidades e individualidades dos pacientes que foram mencionadas no estudo.

Com relação à pesquisa, o presente estudo contribui para a produção de conhecimento na linha de pesquisa “Políticas de saúde, gestão e trabalho na enfermagem e saúde”, gerando discussões e melhor conhecimento sobre a temática.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca (2018) e a Sociedade Europeia de Cardiologia (2021), a IC é uma síndrome clínica caracterizada por uma anormalidade estrutural ou funcional do coração, que impossibilita o bombeamento eficaz de sangue para o suprimento das demandas metabólicas do corpo. Isso resulta em pressões intracardíacas elevadas e uma produção cardíaca insuficiente, tanto em repouso quanto durante o exercício.

A IC constitui-se como a via final da maioria das doenças que acometem o coração, e seu elevado índice de acometimento em todo o mundo torna esta doença um grande problema de saúde pública (Gomes; Montenegro, 2021). Mundialmente, aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras da IC, e até 2030, a incidência desta doença está projetada para aumentar 46%, com mais de 8 milhões de pessoas afetadas (Pereira; Correia, 2020).

Esta doença tem sido classificada com base na medição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), uma vez que os ensaios de tratamento demonstram resultados melhorados em pacientes com FEVE $\leq 40\%$. Foi definida a seguinte classificação de IC quanto à FEVE: a FEVE reduzida é definida como $\leq 40\%$, ou seja, aqueles com redução significativa na função sistólica do ventrículo esquerdo (VE). Isto é designado como insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr) (McDonagh *et al.*, 2021).

Pacientes que apresentam FEVE entre 41% e 49% possuem a função sistólica do VE levemente reduzida, ou seja, insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermediária (ICFEI). E os pacientes que apresentam sintomas e sinais de IC, com a presença de anormalidades cardíacas estruturais ou funcionais e/ou peptídeos natriuréticos elevados, e com FEVE $\geq 50\%$, possuem insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEp) (McDonagh *et al.*, 2021).

Outra forma de classificação da IC foi instituída em 1994 pela New York Heart Association (NYHA), que trouxe uma atualização da classificação funcional da doença. Esta associação classifica os sintomas da doença permitindo estratificar o grau de limitação imposto por ela para as atividades do dia a dia (Bennett *et al.*, 2002). Segundo esta associação, existem quatro classes funcionais (CF) em que os

indivíduos com insuficiência cardíaca podem se encontrar, e estão presentes no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação funcional, segundo a New York Heart Association

Classe I	Ausência de sintomas durante atividades cotidianas, sem limitação de atividades físicas;
Classe II	Sintomas desencadeados por atividades cotidianas. Limitação leve;
Classe III	Sintomas desencadeados por atividades menos intensas que as cotidianas. Limitação importante, porém, confortável no repouso;
Classe IV	Sintomas em repouso.

Fonte: American Heart Association (2017).

A Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018) discorre sobre o tratamento, incluindo o tratamento farmacológico, o não farmacológico e o cirúrgico. Dentre os aspectos não farmacológicos, destacam-se questões de âmbito comportamental como o controle da ingestão de sódio, a vacinação, a interrupção do uso de tabaco e do alcoolismo. Assim como a importância da atuação das clínicas de IC e programas de manejo da doença, reabilitação e treinamento físico (Rohde *et al.*, 2018).

A base do tratamento da ICFER consiste no tratamento medicamentoso e deve ser implementado juntamente com o tratamento não medicamentoso antes de se considerar o uso de dispositivos (McDonagh *et al.*, 2021). Em alguns casos mais complexos, faz-se necessária a intervenção cirúrgica, sendo a revascularização coronária o tratamento cirúrgico mais frequentemente indicado, refletindo a alta prevalência da Doença Arterial Coronária (DAC) associada à IC (Rohde *et al.*, 2018).

O pensamento equivocado de que o tratamento medicamentoso de forma isolada é eficaz para evitar a descompensação da IC e manter a qualidade de vida adequada ainda persiste. Ao longo dos anos, tem-se observado uma mudança de paradigma no tratamento de IC, em que o tratamento não farmacológico deixa de ser apenas um complemento da farmacoterapia, tornando-se parte indispensável do tratamento desta síndrome, e a falta de adesão a essas medidas coloca em risco o tratamento do indivíduo (Rohde *et al.*, 2018).

De acordo com um estudo recente realizado em um ambulatório de cardiologia de um hospital universitário no município de Salvador, Bahia, a amostra teve uma grande adesão ao tratamento medicamentoso de forma satisfatória, enquanto as

intervenções não farmacológicas tiveram baixa adesão (Costa; Gama; Mendes, 2020). Acredita-se que o elevado crescimento do número de indivíduos com doenças cardiovasculares esteja relacionado à exposição a fatores de risco, como dietas com alto teor de sódio e gordura, tabagismo e envelhecimento da população, sendo alguns deles fatores de risco evitáveis (Dessie *et al.*, 2021).

Em relação aos pacientes com IC, os índices de reinternações por quadros de descompensação podem ser diminuídos por meio da compreensão dos pacientes sobre a doença, além da adesão às recomendações de estilo de vida, que são integrantes do autocuidado do paciente e estão associadas a melhor qualidade de vida e menores taxas de readmissão hospitalar e mortalidade (Hashimoto *et al.*, 2023).

As DCNT impõem um conjunto de exigências comportamentais aos pacientes. A maioria destes busca atendimento para alcançar o alívio dos sintomas causados por sua doença. A interação que ocorre entre os profissionais e os pacientes visa motivar os pacientes a realizar seu autocuidado de forma eficaz e a integrar esse autocuidado ao seu estilo de vida (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

A partir da importância do autocuidado no manejo de doenças crônicas, Bárbara Riegel descreve uma teoria de médio alcance do autocuidado na doença crônica, com o intuito de especificar os pressupostos, conceitos e fatores que afetam esse autocuidado. Esta teoria teve sua evolução a partir da prática clínica do atendimento de pacientes adultos com IC (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

Esta teoria criada por Bárbara Riegel possui três conceitos-chave: manutenção do autocuidado, monitoramento do autocuidado e gerenciamento do autocuidado. A manutenção do autocuidado está ligada aos comportamentos adotados pelo indivíduo para manter sua estabilidade física e emocional e preservar a saúde. Estes comportamentos podem estar relacionados ao estilo de vida do paciente ou então ao regime terapêutico que lhe foi prescrito. A adesão a comportamentos com benefícios cientificamente comprovados é de extrema importância para o alcance de bons resultados (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

O monitoramento do autocuidado é um processo rotineiro e procura o reconhecimento de que ocorreu alguma mudança. No contexto das doenças crônicas, o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença de forma precoce irá conduzir à tomada de decisão sobre qual intervenção será necessária para que a situação não se agrave. Este monitoramento funciona como um elo entre a manutenção do autocuidado e o gerenciamento do autocuidado (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

O gerenciamento do autocuidado relaciona-se com a capacidade de avaliação dos sinais e sintomas apresentados, para então decidir se alguma ação se torna necessária. Envolve a implementação do tratamento, quando alguma resposta é necessária, e sua avaliação. Os resultados positivos gerados a partir do bom gerenciamento demonstram a importância do desenvolvimento da consciência das mudanças apresentadas e avaliação após a implementação das respostas a estas mudanças (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

Esta versão da teoria de médio alcance foi estabelecida após diversas discussões em grupo sobre como pode ser aplicada a uma gama de estados de doenças crônicas. As principais mudanças foram a separação do “monitoramento do autocuidado” como um conceito distinto, fazendo a relação de ponte entre a manutenção do autocuidado e o gerenciamento do autocuidado; e a outra mudança estabelecida foi o elemento de escolha dentro da manutenção do autocuidado, onde o indivíduo adere a determinado comportamento por imposição ou por escolha própria (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

Figura 1 – Conceitos-chave do autocuidado



A manutenção do autocuidado, o monitoramento do autocuidado e o gerenciamento do autocuidado são elementos fundamentais do autocuidado de doenças crônicas. O processo de gestão do autocuidado envolve o reconhecimento de mudanças nos sinais e sintomas da doença, tomada de decisão sobre quais ações de autocuidado podem ser implementadas e avaliação dos resultados dessa ação. Apesar de cada elemento ser único, eles funcionam de forma síncrona para manutenção da saúde e facilitar o manejo da doença.

Fonte: Riegel, Jaarsma e Strömberg (2012).

Alguns fatores podem influenciar de forma positiva ou negativa na difícil tarefa que é o autocuidado. Entre esses fatores estão: a experiência e habilidade; motivação; crenças e valores culturais; hábitos; confiança; habilidades funcionais e cognitivas; apoio de outras pessoas; e acesso ao cuidado (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

Figura 2 – Processo de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca



O conceito de autocuidado na insuficiência cardíaca é um processo que envolve a manutenção e gestão. Os pacientes realizam comportamentos de manutenção do autocuidado, como adesão medicamentosa, para manterem sua estabilidade. A gestão do autocuidado é realizada quando ocorre um sintoma de insuficiência cardíaca. O paciente deve reconhecer o sintoma como relacionado à doença, avaliar a importância do sintoma, implementar o cuidado necessário e, então, avaliar se o tratamento teve eficácia. A confiança no autocuidado não faz parte do processo de autocuidado em si, porém é um fator importante que influencia a eficácia dos cuidados pessoais. Portanto, está incluída no modelo.

Fonte: Riegel *et al.* (2009).

A educação do paciente em relação à sua condição de saúde e tratamento é fundamental nos programas de gestão do cuidado em IC. Estudos demonstram que a educação em saúde adequada e o envolvimento dos pacientes em seu autocuidado melhoram os resultados em saúde (Tinoco *et al.*, 2021).

Dentre os sintomas mais prevalentes e angustiantes na IC está a fadiga, que está associada à progressão da doença. Este sintoma afeta a capacidade de autocuidado do paciente, o que pode explicar o motivo deste estar ligado a um pior prognóstico. Estudos mostram que o monitoramento de sintomas dos pacientes por meio de suporte telefônico pode ser eficaz na diminuição do número de reinternações em pacientes com IC crônica, porém, apesar dos incentivos para a participação do paciente em seu tratamento, frequentemente os pacientes são vistos apenas como sujeitos passivos do cuidado (Wallström *et al.*, 2020).

A telessaúde vem ganhando destaque com sua evolução e consolidação no Brasil nos últimos cinco anos, recebendo incentivo de agências de fomento à pesquisa e de ações governamentais. A prática do tele monitoramento foi proposta pela primeira vez nas Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (*European Society of Cardiology* – ESC) de 2016 para o diagnóstico e tratamento de IC aguda e crônica, e dentre suas vantagens, destaca-se o envolvimento dos pacientes e das famílias no

controle da doença, a otimização e aumento da adesão ao tratamento em tempo hábil, e a melhora da qualidade de vida do paciente (Cruz *et al.*, 2022; Almeida *et al.*, 2023).

No cenário nacional, o estado de Santa Catarina (SC) faz uso da telessaúde dentro do processo regulatório como parte da rotina de organização da fila de pacientes para o encaminhamento de unidades básicas de saúde para hospitais de referência. No Rio de Janeiro (RJ), o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foi o primeiro no estado a prover tele consultas dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (Almeida *et al.*, 2023).

Novas tecnologias em saúde têm o potencial de contribuir para a prestação de cuidados mais eficientes e centrados na pessoa. Para isso, sua concepção deve ser pensada para satisfazer as necessidades dos indivíduos e dos sistemas de saúde, respondendo às condições e contextos locais (Sanz; Acha; García, 2021).

2.2 O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

A condição de IC apresenta diversos desafios emocionais, mentais e comportamentais para os pacientes. Devido à gravidade dessa doença e à necessidade urgente de aprimoramentos, concentrar esforços na promoção de hábitos saudáveis pode ser uma das abordagens mais eficazes para a melhoria dos resultados dos pacientes (Meeker *et al.*, 2019).

No âmbito da saúde, está cada vez mais evidente a valorização da abordagem humanizada e centrada no paciente, sendo a enfermagem a profissão que historicamente exerceu maior influência nessa abordagem. O significado do conceito “cuidar” vem sendo discutido desde a década de 1970, quando esse termo era tido como sinônimo de “enfermagem” (McCormack; McCance, 2010).

Dentro desse contexto, o cuidado centrado no paciente emerge como um elemento fundamental para promover uma assistência completa e eficaz, pois prioriza o respeito aos direitos individuais, fomenta a construção de confiança e compreensão mútua, e estimula o estabelecimento de relações terapêuticas (McCormack; McCance, 2010; Villar; Martins; Rabello, 2022).

As evidências em relação ao cuidado centrado na pessoa aumentaram na última década. Este tem sido reconhecido pela influência positiva gerada na condição

de saúde dos indivíduos com doenças crônicas e visa identificar e fornecer cuidados considerando a pessoa na totalidade (Zipfel *et al.*, 2021).

Neste sentido, o cuidado centrado no paciente surge em contraposição à cultura do hospitalocentrismo, tirando o foco dos sistemas de saúde focados em interesses econômicos, e se compromete com a empatia e vínculos confiáveis entre o profissional de saúde e o paciente, que possibilitem a ambos a condição de participantes de sua saúde e existência (Ferla *et al.*, 2022).

O conceito de cuidado centrado no paciente está em constante evolução e foi inicialmente definido por Edith Balint em 1969, compreendendo o paciente como um ser único (Santana *et al.*, 2018). Internacionalmente, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA), organizações de grande importância neste assunto desenvolveram pesquisas relevantes para a prática do cuidado centrado no paciente, entre elas o *Institute of Medicine* (IOM). Esta instituição, em 2001, propôs seis objetivos de melhorias para os sistemas de saúde atuais; entre esses objetivos está o cuidado centrado no paciente, definido como o cuidado que respeita e atende às necessidades e valores individuais do paciente, e garante que seus valores orientem as decisões tomadas em sua condição clínica (IOM, 2001).

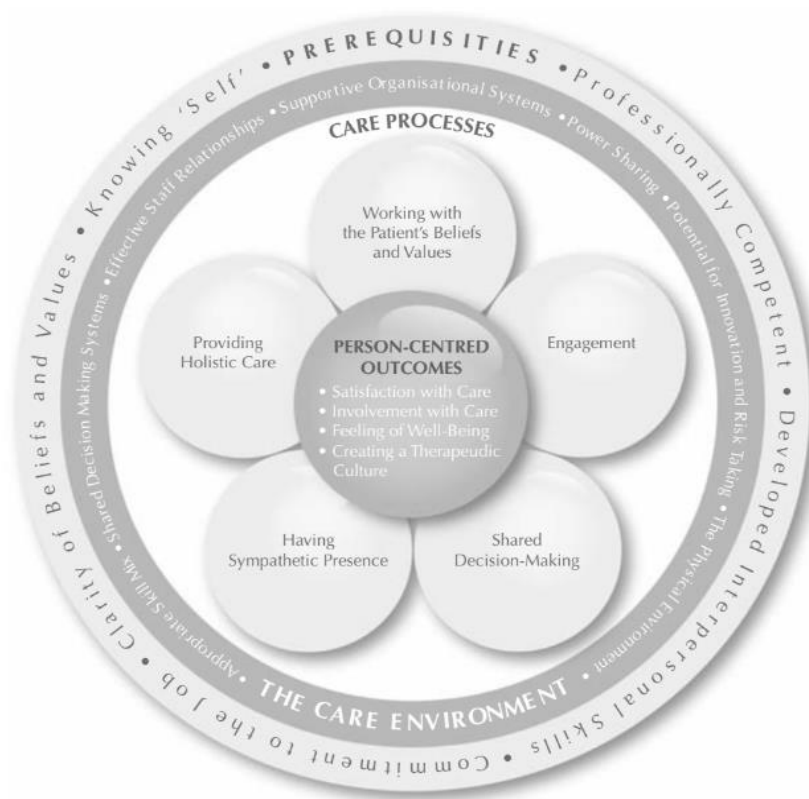
Uma gama de diferentes terminologias vem sendo utilizada para descrever a centralidade do cuidado de saúde no indivíduo. Esses diferentes termos podem variar e ser substituídos dependendo do contexto em que o serviço de saúde está inserido (Rodrigues; Portela; Malik, 2019). Para este estudo, adotou-se "cuidado centrado no paciente" como terminologia.

Apesar das evidências e da influência positiva reconhecida pelo cuidado centrado no paciente, essa abordagem ainda pode ser um desafio para os profissionais de saúde devido à falta de adequação dos profissionais para prestar esses cuidados, à falta de diretrizes que os direcionem, e também aos desafios para implementar o cuidado centrado no paciente nas rotinas de cuidado (Zipfel *et al.*, 2021).

Para que o cuidado centrado se torne viável, é essencial integrar as contribuições e conhecimentos compartilhados de diversos profissionais de saúde (Kriksciuniene; Sakalauskas, 2022). Com base em uma extensa revisão da literatura, McCormack (2004) defende a existência de quatro conceitos centrais no cerne da enfermagem centrada no paciente: estar em relação, estar num mundo social, estar no lugar e estar consigo mesmo.

O Framework de PCN (Enfermagem Centrada no Paciente) é considerado uma teoria de alcance intermediário, que compreende a interligação entre os elementos, sendo representada de forma gráfica (Figura 3). Isso significa que, para alcançar o núcleo, é primordial considerar inicialmente os pré-requisitos, seguido do ambiente de cuidados, que se torna fundamental para a prestação eficaz de cuidados por meio dos processos de assistência. Essa sequência, em última instância, conduz à realização dos resultados - o aspecto central do Framework (McCormack; McCance, 2006).

Figura 3 – Framework de PCN



Fonte: McCormack e McCance (2010).

Fornecendo uma visão geral do Framework de PCN, este compreende quatro construtos:

- 1) Pré-requisitos, que se concentram nos atributos do enfermeiro, incluindo competência profissional, habilidades interpessoais, compromisso com o trabalho, clareza de valores e autoconhecimento. Esses atributos abrangem desde habilidades técnicas até a capacidade de se comunicar

e compreender suas próprias perspectivas, fundamentais para oferecer cuidados de qualidade.

- 2) O ambiente de cuidados concentra-se no contexto em que o cuidado é fornecido, abrangendo um *mix* adequado de habilidades, sistemas de decisão compartilhada, partilha de poder, relações eficazes entre a equipe, suporte organizacional, inovação e ambiente físico;
- 3) Processos centrados na pessoa, que se concentram na prestação de cuidados por meio de uma variedade de atividades, incluindo trabalhar com as crenças e valores do paciente, engajamento, presença empática, tomada de decisão compartilhada e cuidado holístico; e
- 4) Resultados esperados, que são os resultados de uma PCN eficaz, abrangendo satisfação com o cuidado, envolvimento no processo de cuidado, sensação de bem-estar e estabelecimento de um ambiente terapêutico (McCormack; McCance, 2010).

Para oferecer um cuidado adequado, a fim de proporcionar a melhor qualidade de vida possível para o paciente, é preciso repensar a relação entre as pessoas e os serviços de saúde que utilizam. É necessário existir uma relação de parceria entre o profissional de saúde e o paciente, para que, em conjunto, formulem um plano para o seu tratamento, pautado em suas necessidades e objetivos individuais e sua capacidade pessoal. O cuidado centrado no paciente enfatiza a importância de perceber o paciente como alguém com recursos e necessidades (Wallström *et al.*, 2020).

Apesar de avanços terem ocorrido ao longo dos anos, a manutenção da estabilidade do paciente, relacionada às práticas diárias necessárias para a melhoria da sua qualidade de vida, configura-se como um grande desafio para os profissionais de saúde que lidam com estes pacientes (Sousa *et al.*, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Estudo de abordagem qualitativa e descritiva. Este método é entendido como aquele que ocupa o campo subjetivo da realidade social e é tratado por meio dos significados, das crenças, da história, das atitudes dos atores sociais, dos motivos e do universo (Minayo, 2014).

3.2 CAMPO/ LOCAL

O campo para a coleta de dados foi o ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O hospital possui uma série de especialidades e, dentre elas, o Serviço de Cardiologia composto por atendimento ambulatorial, serviço de internação em enfermarias próprias, Unidade Coronariana (UCO), Laboratório de Hemodinâmica, Laboratório de Eletrofisiologia e consultórios. No terceiro andar está localizado o SME Cardio (Serviço de Métodos Especiais – Cardiologia), onde são realizados exames de Eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO), pareceres cirúrgicos, dentre outros atendimentos ambulatoriais.

O serviço de Insuficiência Cardíaca faz parte do SME, e o atendimento ambulatorial dos pacientes com IC é realizado no 3º andar em três consultórios distintos, onde acontecem as consultas médicas e de enfermagem.

A consulta de enfermagem no ambulatório de IC é priorizada para aqueles pacientes com maior número de internações e reinternações recentes, episódios de descompensação e dificuldade na adesão ao tratamento. Esta avaliação é baseada em dados consultados em prontuário eletrônico.

A escolha deste local ocorreu devido ao acompanhamento dos pacientes com IC pelo enfermeiro no serviço ambulatorial, com a possibilidade de identificar e analisar o autocuidado realizado pelo paciente.

A escolha da instituição também se deve ao fato de ser um hospital universitário onde o aprendizado é constante, reunindo em um único local ensino, pesquisa e assistência, com circulação de diferentes categorias profissionais, o que

facilita o elo entre pesquisa e assistência e a consequente integração de profissionais de saúde e discentes em formação.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram os pacientes portadores de IC acompanhados neste hospital. Este serviço atende, em média, de 150 a 200 pacientes até o momento, número que pode variar conforme os pacientes falecem ou são admitidos no serviço.

Os critérios de inclusão deste estudo foram: pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, em qualquer estágio da Insuficiência Cardíaca, entre as classes I a III da NYHA, em acompanhamento ambulatorial regular. Os critérios de exclusão foram pacientes com transtorno neurocognitivo verificado através do MiniMental® (Anexo A) e pacientes com quadro de descompensação aguda de IC (Bennett *et al.*, 2002).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) avalia a função cognitiva, composto por vários domínios, como orientação espacial e temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem, nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. É um instrumento de fácil e rápida aplicação, com onze perguntas onde a pontuação é dividida da seguinte forma: orientação espacial e cálculo de 0 a 5 pontos; repetição de palavras de 0 a 3 pontos; memorização de 0 a 3 pontos; linguagem 1 ponto.

A pontuação do MiniMental® considerada como melhor ponto de corte foi de 20 pontos para indivíduos sem escolaridade e de 24 pontos para os indivíduos com escolaridade. A escolaridade foi avaliada com base nas informações colhidas com o paciente durante a coleta de dados, considerando a heterogeneidade e características próprias das regiões brasileiras (Brucki *et al.*, 2003).

3.4 COLETA DE DADOS

A abordagem aos pacientes para a participação da pesquisa ocorreu ambulatorialmente. A coleta de dados transcorreu conforme a disponibilidade do paciente nos dias destinados ao atendimento no ambulatório, sem interferir nas consultas agendadas. Inicialmente, realizou-se uma aproximação da pesquisadora

com o cenário de coleta de dados, a fim de conhecer as especificidades do local e se integrar à dinâmica do setor.

No dia da coleta de dados, iniciou-se a abordagem ao paciente antes ou após os atendimentos ambulatoriais, com o convite para participação na pesquisa e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os pacientes com IC foram identificados por meio dos prontuários físicos e eletrônicos. Esclarecimentos relacionados à pesquisa foram fornecidos e dúvidas foram esclarecidas. Após o consentimento voluntário do paciente em participar da pesquisa e a assinatura do TCLE, deu-se início à coleta de dados.

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador utilizando um instrumento próprio (Apêndice B). Informações referentes à caracterização clínica, social e demográfica foram recolhidas, complementadas posteriormente com dados oriundos dos prontuários, tanto físicos quanto eletrônicos. O objetivo de obter dados complementares do prontuário foi não comprometer o tempo de atendimento dos pacientes.

Após o preenchimento parcial dos dados clínicos e sociodemográficos, procedeu-se com a aplicação do MiniMental® para avaliação cognitiva do paciente. Em seguida, foi realizada uma entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas (Apêndice C), indagando sobre quais intervenções não farmacológicas foram utilizadas, se houve prescrição por um profissional de saúde ou não, a fonte de conhecimento que o paciente obteve sobre determinada intervenção e o que o paciente considerava importante saber sobre a doença para melhor controle de seus sintomas.

A pesquisadora comprometeu-se a zelar pelo anonimato dos participantes e pelo sigilo de todas as respostas fornecidas nesta pesquisa. Cada participante recebeu uma identificação (Suj.1, Suj. 2, e assim por diante). A entrada dos participantes no estudo ocorreu de forma contínua, de acordo com o fluxo de atendimento do serviço ambulatorial. As entrevistas foram gravadas em aparelhos de áudio e transcritas posteriormente, com duração média de 15 a 20 minutos, realizadas em locais que garantissem a privacidade do paciente. Os dados foram coletados no período entre novembro de 2022 e março de 2023.

A interrupção da coleta de dados desta pesquisa ocorreu quando se atingiu a "saturação teórica" dos dados. Considera-se saturada a coleta quando todas as questões e perspectivas importantes se esgotam nos dados e nenhuma nova

propriedade ou elemento são encontrados, concluindo-se que não é necessário o acréscimo de novas informações, pois não influenciam na compreensão do fenômeno estudado (Hennink; Kaiser, 2022; Nascimento *et al.*, 2018).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, as variáveis de caracterização dos pacientes coletadas, incluindo os dados sociodemográficos, clínicos e o perfil epidemiológico, foram organizadas e tabuladas no programa Microsoft Excel, para traçar o perfil e caracterizar os participantes do estudo.

Para a formação do corpus, as entrevistas foram transcritas, corrigindo-se os erros de grafia e vícios de linguagem. Após a transcrição, os dados foram organizados por meio do software de análise lexical IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) *IraMuteq® 0.7 Alpha 2* de 2020 para o tratamento dos dados. Esse software é de acesso livre e está ancorado ao software R (programa estatístico), possibilitando diferentes processamentos e ordenamentos estatísticos dos textos produzidos, e é distribuído sob os termos da licença GNU GPL (v2).

O arquivo gerado a partir da transcrição das entrevistas foi salvo em formato de texto sem formatação (.txt). Conforme a orientação para a utilização do programa e visando identificar cada entrevista, foram criadas frases de comando como ferramenta de separação entre cada uma delas.

Exemplo de linha de comando:

```
**** *pac_01 *id_1 *sex_1 *cor_1 *esc_1 *classe_1
```

3.5.1 O uso do software Iramuteq

O IraMuteq® é utilizado especificamente para o tratamento de dados qualitativos, com rigor científico. Este software começou a ser utilizado no Brasil aproximadamente em 2013 por pesquisadores da área de Psicologia e pesquisas em representações sociais. Na área da Enfermagem, começou a ser adotado em 2015, contribuindo para o processamento dos dados qualitativos e gerando maior credibilidade às investigações por meio da codificação, organização e separação das informações (Acauan *et al.*, 2020).

No âmbito da pesquisa qualitativa em saúde, este software é visto como uma inovação, possibilitando a organização dos dados de um corpus textual para análise estatística e, no campo da enfermagem, tem sido uma ferramenta com grande contribuição no processamento de dados de pesquisas qualitativas (Camargo; Justo, 2013; Souza *et al.*, 2018).

Os textos que formam o corpus textual podem ser originados de um conjunto de entrevistas, documentos, reportagens, publicações em redes sociais, redações, poemas, entre outros. Seguindo o padrão do software, os segmentos de texto considerados são os de aproximadamente três linhas (Camargo; Justo, 2013).

Vários tipos de análises podem ser realizados por meio de seu uso, como estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos-AFC; classificação hierárquica descendente (CHD); análises de similitude (AS) e nuvem de palavras (NP). Dado seu rigor estatístico, as várias possibilidades de análise e uma interface fácil e compreensível de usar, sua utilização pode trazer muitas contribuições aos estudos em ciências humanas, enfermagem e sociais, que usam conteúdo simbólico proveniente dos materiais textuais como uma fonte importante de dados de pesquisa (Camargo; Justo, 2013).

A análise lexical, também conhecida como análise textual, é um tipo de análise de dados específico, realizado sob comandos, que oferece uma variedade de possibilidades de processamento dos dados. Ela transforma os textos em segmentos de texto (ST), determina a frequência das palavras, cria um dicionário de formas ativas, suplementares e eliminadas, e permite análises estatísticas por meio do software estatístico “R”, com o qual está ancorado e trabalha conjuntamente.

Destaca-se que os cálculos estatísticos sobre variáveis qualitativas a partir dos textos inseridos não transformam o software em um método ou uma ferramenta para análise de dados, mas sim em um instrumento de apoio para a exploração dos dados deste estudo.

A utilização deste software facilitou o processamento dos textos; porém, cabe ao pesquisador a interpretação e análise dos dados. Para isso, o corpus textual formado foi analisado por meio da análise de conteúdo desenvolvida por Bardin. Esta técnica é dividida em três fases de forma sistemática: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

A fase de pré-análise é o momento de organização, com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais e criar um plano de análise através do desenvolvimento

das operações sucessivas. A etapa de exploração do material consiste em operações de codificação e categorização dos dados, na qual uma das estratégias que podem ser adotadas no processo de codificação, por exemplo, é a repetição de palavras e/ou termos (Bardin, 2011).

A etapa de tratamento dos dados, inferência e interpretação visa tratar os dados de maneira que eles se tornem válidos e significativos, demonstrando os resultados por meio de quadros, figuras, diagramas que evidenciem as informações obtidas através da análise. Diante dos resultados, o analista pode então propor inferências ou antecipar interpretações dos resultados que se alinham aos objetivos do estudo ou que tragam descobertas inesperadas (Bardin, 2011).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para cumprir as exigências éticas e legais, esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente e coparticipante, por meio do site da Plataforma Brasil, tendo sido aprovada sob o número do parecer 5.805.402, com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 61799122.8.3001.5257 (Anexo B).

A participação dos envolvidos na pesquisa ocorreu após o consentimento dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os termos foram disponibilizados em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com o sujeito, garantindo a confidencialidade da identidade e das informações colhidas. Também foi garantida aos sujeitos a liberdade de participar, bem como de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Vale ressaltar que todas as etapas realizadas atenderam à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/2012, que trata da aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, e à Resolução 510/2018 para pesquisas realizadas no âmbito do SUS.

Os riscos aos participantes desta pesquisa foram mínimos, incluindo desconfortos psicológicos, alterações emocionais e estresse, pois a pesquisa envolveu a coleta de dados por meio de questões pessoais. Durante os procedimentos de coleta de dados, houve sempre acompanhamento por um dos pesquisadores, prestando toda a assistência necessária ou interrompendo qualquer coleta de dados caso os participantes assim o desejassem. Foi garantido o anonimato dos

participantes e o sigilo de todas as respostas fornecidas nesta pesquisa. Caso a pesquisa ocasionasse algum dano ao participante, este poderia solicitar indenização, conforme proposto pela resolução n.º 466/12.

Caso o participante apresentasse alguma dúvida sobre os procedimentos do estudo ou sobre o projeto, foram fornecidos os contatos do pesquisador no TCLE para atendimento de possíveis dúvidas a qualquer momento, pelo telefone ou e-mail informado.

Os benefícios e vantagens de participar deste estudo serão, a médio e longo prazo, a melhoria do atendimento aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, não somente no que concerne ao gerenciamento da doença, mas também em outros aspectos sociais que englobam a vida de todo ser humano. Espera-se que com a realização deste trabalho seja possível estruturar o atendimento de forma ampla, trazendo benefícios a todos os envolvidos.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos durante a coleta de dados por meio do instrumento de caracterização dos pacientes (Apêndice B) e da entrevista semiestruturada (Apêndice C). Utilizou-se o Programa Microsoft Excel para a tabulação dos dados sobre a caracterização dos pacientes e o Software de análise Lexical IraMuteq® para análise do corpus gerado através das entrevistas coletadas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Foram identificados inicialmente 37 pacientes, porém 4 deles foram excluídos após o rastreamento de comprometimento das funções cognitivas identificado pelo MiniMental®, resultando em um total de 33 entrevistas válidas.

No que tange à caracterização dos 33 participantes do estudo (Tabela 1), observa-se um predomínio do sexo feminino, com 17 (51,5%), e uma maioria com idade inferior a 60 anos, 18 (54,5%), destacando que os participantes acima de 60 anos e na faixa etária de 40 a 59 anos totalizaram, igualmente, 15 (45,5%).

Quanto à autodeclaração de raça/cor, a maioria foi composta por pardos e pretos, totalizando 28 (84,8%) dos participantes. Mais da metade dos participantes relatou ser casada e possuir uma renda mensal de 1 a 5 salários-mínimos, representando 20 (60,6%) em ambos os casos.

Em relação ao nível de escolaridade, 12 (36,4%) não tinham finalizado o ensino fundamental. Sobre a classificação funcional NYHA, observou-se um equilíbrio entre as classes I, II e III. Quanto ao uso das medicações, 20 (60,6%) estavam em polifarmácia, considerando o uso de 5 ou mais medicamentos concomitantes.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à classe funcional NYHA, Rio de Janeiro - RJ (N = 33)

Variável	Característica	Classe funcional NYHA			Total
		n (%)			
		I	II	III	
Sexo	Feminino	4 (23,5)	7 (41,2)	6 (35,3)	17 (51,5)
	Masculino	7 (43,8)	5 (31,3)	4 (25,0)	16 (48,5)
Idade	≥ 80 anos	-	1 (100,0)	-	1 (3,1)

	60 a 79	5 (35,7)	4 (28,6)	5 (35,7)	14 (42,4)
	40 a 59	6 (40,0)	6 (40,0)	3 (20,0)	15 (45,5)
	25 a 39	-	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (9,1)
	Branca	-	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (12,1)
Raça/cor	Preta	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)	9 (27,3)
	Parda	9 (47,4)	5 (26,3)	5 (26,3)	19 (57,6)
	Amarela	1 (100,0)	-	-	1 (3,1)
Renda mensal	≤ 1 salário-mínimo	6 (54,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	11 (33,3)
	> 1 até 5 salários-mínimos	5 (25,0)	8 (40,0)	7 (35,0)	20 (60,6)
	> 5 até 10 salários-mínimos	-	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (6,1)
Escolaridade	Fundamental incompleto	6 (50,0)	4 (33,3)	2 (16,7)	12 (36,4)
	Fundamental completo	-	-	3 (100,0)	3 (9,1)
	Médio incompleto	1 (100,0)	-	-	1 (3,1)
	Médio completo	4 (28,6)	6 (42,9)	4 (28,6)	14 (42,4)
	Superior incompleto	-	-	1 (100,0)	1 (3,1)
	Superior completo	-	2 (100,0)	-	2 (6,1)
Estado civil	Solteiro	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	5 (15,2)
	Casado	6 (30,0)	5 (25,0)	8 (40,0)	20 (60,6)
	Viúvo	1 (33,3)	2 (66,7)	-	3 (9,1)
	Divorciado	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	5 (15,2)
Total		11 (33,3)	12 (36,4)	10 (30,3)	33 (100,0)

Legenda: n = número de pacientes entrevistados; NYHA – New York Heart Association
 Fonte: elaborado pela autora (2023).

Nos dois grupos (Tabela 2), tanto mulheres (17) quanto homens (16), a idade média foi de aproximadamente 57 anos, com a maioria dos pacientes tendo sido diagnosticada entre 1 e 5 anos atrás, num período médio de 2 anos. A fração de ejeção, que avalia a força do coração, apresentou diferenças sutis: 29% para mulheres (variação de intervalo interquartil de 25,8% a 30,8%) e 31% para homens (variação de intervalo interquartil de 27% a 35%).

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à média de idade, tempo de diagnóstico da insuficiência cardíaca e a fração de ejeção, Rio de Janeiro–RJ (N = 33)

	Feminino (N = 17)	Masculino (N = 16)	Total (N = 33)
Idade, Média ± DP	57,6 ± 13,9	57,2 ± 9,9	57,4 ± 11,9
Tempo desde o diagnóstico (anos)*	2	2	2
Mediana (q1-q3)	(1-5)	(1-4)	(1-5)
Fração de ejeção (%)*	29	31	30

Mediana (q1-q3)	(25,8-30,8)	(27-35)	(26-35)
-----------------	-------------	---------	---------

Legenda: DP = Desvio Padrão; q1 = primeiro quartil; q3 = terceiro quartil
 Fonte: elaborado pela autora (2023).

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Em relação ao perfil epidemiológico e clínico dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca (Tabela 3), observa-se uma diferença entre o uso passado e atual de álcool, tabaco e drogas ilícitas. 25 (75,8%) faziam uso de álcool no passado, enquanto apenas 12 (36,4%) fazem uso atualmente. Em relação ao uso de tabaco, 19 (57,6%) utilizavam no passado, reduzindo para 3 (9,1%) entrevistados que utilizam atualmente. Quanto ao consumo de drogas ilícitas, a maioria dos entrevistados não fazia uso no passado, com apenas 2 (6,1%) entrevistados, e atualmente nenhum deles faz uso.

Tabela 3 – Caracterização sobre consumo de álcool, cigarro e drogas ilícitas pelos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca, Rio de Janeiro–RJ (N = 33)

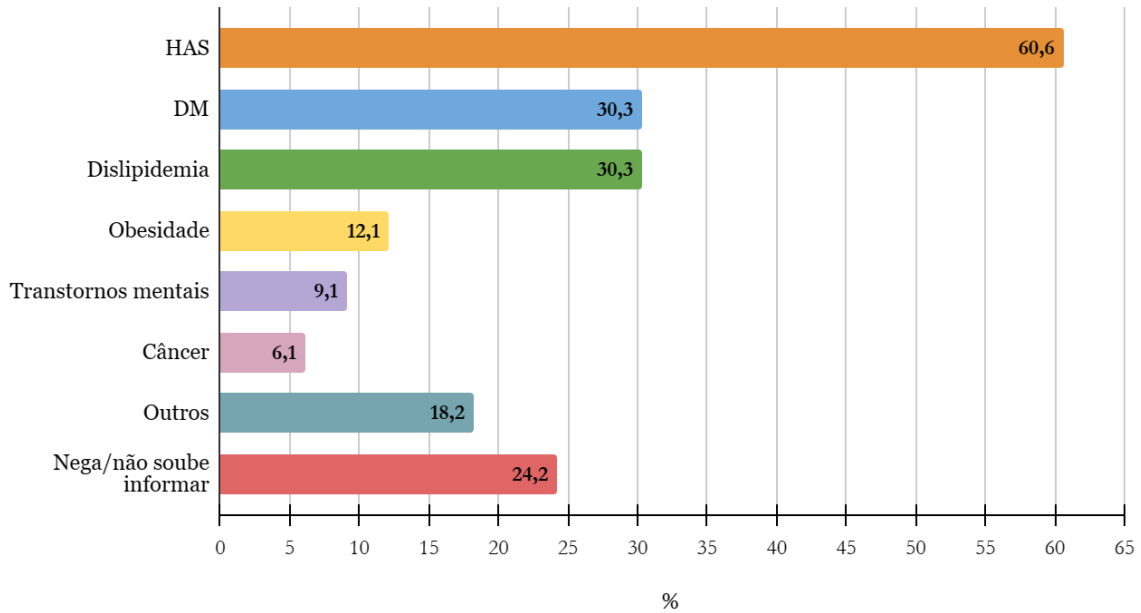
	Feminino (N = 17)	Masculino (N = 16)	Total (N = 33)
Uso de álcool			
Faz uso de álcool atualmente, sim n (%)	5 (29,4)	7 (43,8)	12 (36,4)
Fez uso de álcool no passado, sim n (%)	12 (70,6)	13 (31,3%)	25 (75,8)
Tempo de uso de álcool (anos)	14	10	12
Mediana (q1-13)	(8-22,0)	(10-26,0)	(9-24,5)
Tempo sem uso de álcool (anos)	1	12	3
Mediana (q1-13)	(0,9-11,5)	(2,5-20,0)	(1-20,0)
Uso de tabaco			
Fuma tabaco atualmente, sim n (%)	2 (11,8)	1 (6,3)	3 (9,1)
Fumou tabaco no passado, sim n (%)	9 (52,9)	10 (62,5)	19 (57,6)
Tempo de uso do tabaco (anos)	24	25	25
Mediana (q1-q3)	(17,0-33,5)	(10,0-30,0)	(10,0-32,8)
Tempo sem uso do tabaco (anos)	15	9	12
Mediana (q1-q3)	(11,0-21,5)	(1,0-17,0)	(3,3-20,3)
Uso de drogas ilícitas			
Uso de drogas ilícitas no passado, sim n (%)	0 (0,0)	2 (12,5)	2 (6,1)
Tempo de uso de drogas ilícitas (anos)	0	3,8	3,8
Média			

Tempo sem uso de drogas ilícitas (anos)	0	20	20
Média			

Legenda: n = número de usuários entrevistados; % = referente ao número de usuários; DP = Desvio Padrão; q1 = primeiro quartil; q3 = terceiro quartil
Fonte: elaborado pela autora (2023).

Quanto ao acometimento por outras comorbidades relatadas pelos pacientes assistidos no ambulatório de IC (Gráfico 1), nota-se a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 20 (60,6%); Diabetes Mellitus (DM), 10 (30,3%); e Dislipidemia (DLP), 10 (30,3%). Dos pacientes entrevistados, 8 (24,2%) negam qualquer outra comorbidade associada à sua condição de saúde. Dos transtornos mentais relatados neste estudo, destacam-se esquizofrenia, ansiedade e depressão.

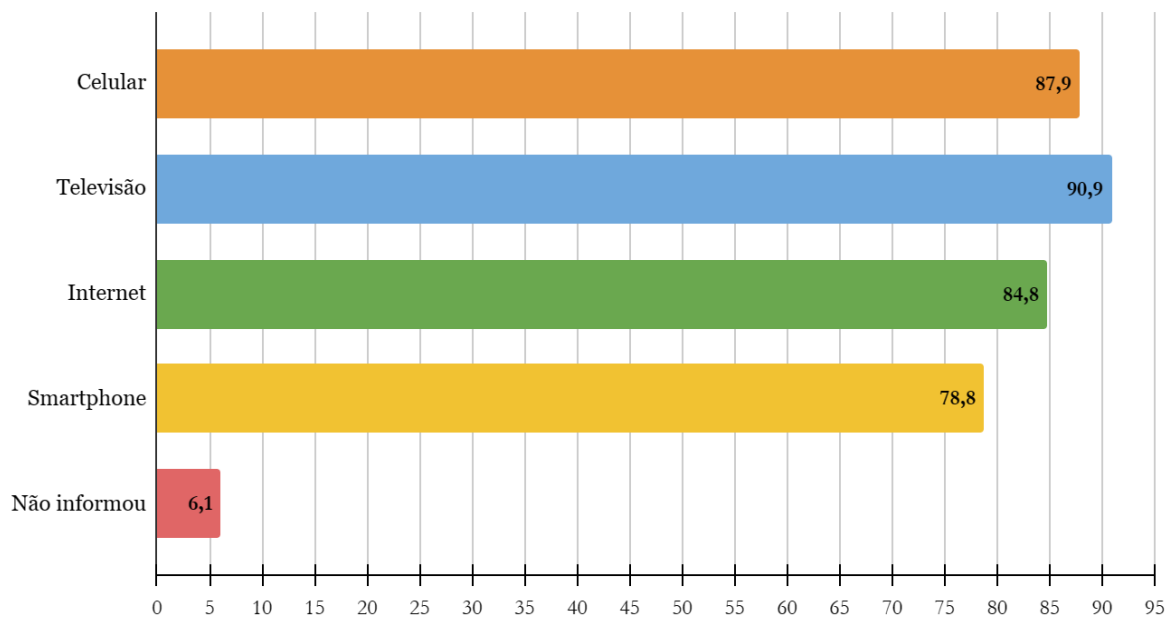
Gráfico 1 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à porcentagem de acometimento por outras comorbidades, Rio de Janeiro–RJ (N = 33)



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Em relação ao acesso dos pacientes à internet, celular, smartphone e televisão, percebe-se que 87,9% afirmam possuir celular, dos quais 78,8% são smartphones. Quanto à televisão, 90,9% dos pacientes relataram ter uma televisão em casa, e 84,8% possuem internet disponível para uso.

Gráfico 2 – Caracterização dos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca com relação à porcentagem sobre o acesso à internet, celular, smartphone e televisão, Rio de Janeiro–RJ (N = 33)

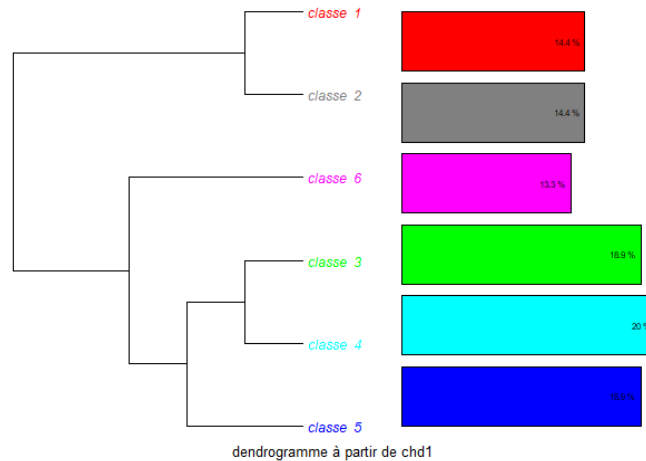


Fonte: elaborado pela autora (2023).

4.3 ENTREVISTAS

Nesta etapa da pesquisa, o corpus textual oriundo da transcrição das 33 entrevistas foi analisado utilizando o software IraMuteq®, que após análise resultou em 697 lemas, 572 formas ativas e 17 suplementares, gerando 112 segmentos de texto (ST), dos quais 90 são analisáveis. Obteve-se um aproveitamento de 80,36%, originando 6 classes lexicais conforme apresentado na Figura 4. Considera-se um bom aproveitamento de ST um índice de 75% ou mais (Souza *et al.*, 2018).

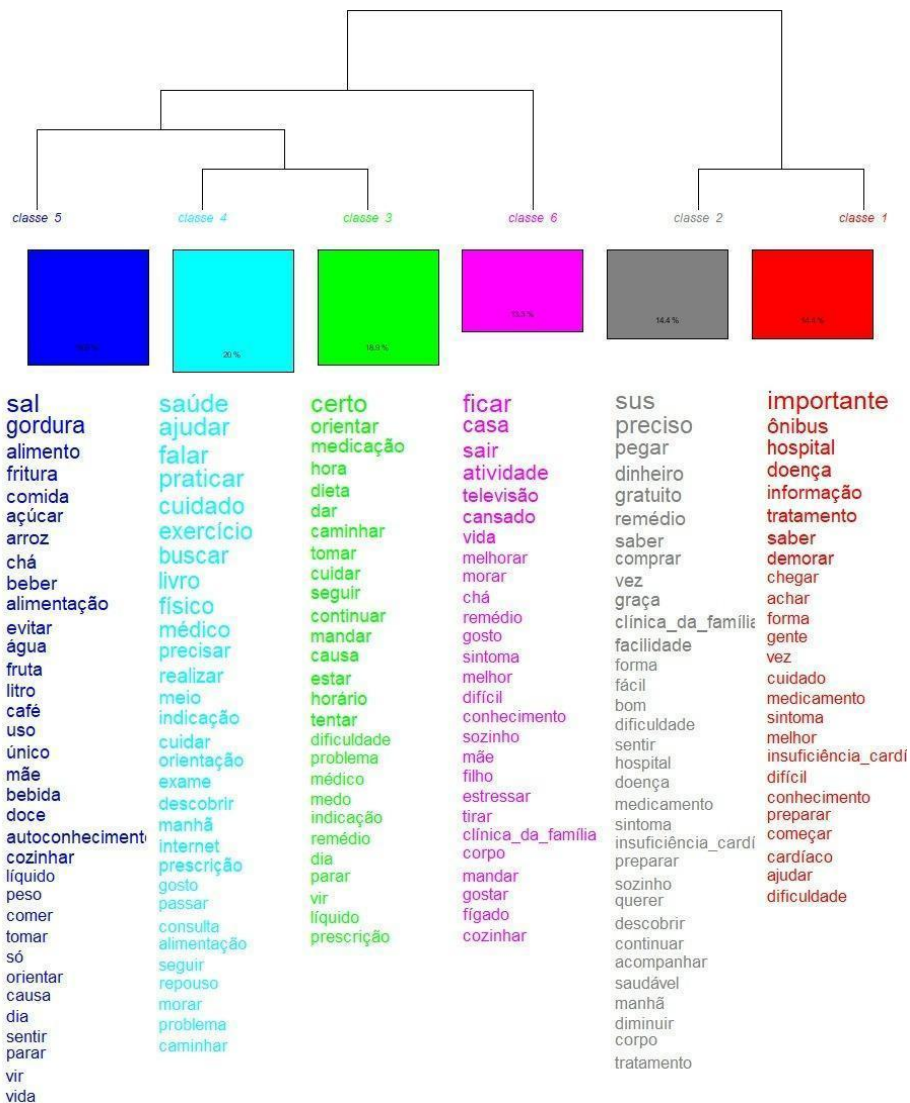
Figura 4 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente – CHD



Fonte: Relatório IraMuteq® (2023).

Este dendrograma, apresentado na Figura 5, demonstra a representação das palavras de cada classe, sendo também possível visualizar o percentual de ST em cada uma das classes juntamente com as palavras de maior associação. Analisando o dendrograma gerado, observou-se a formação de dois blocos temáticos: o Bloco Temático 1 foi composto pelas classes 5, 4, 3 e 6, e o Bloco Temático 2 foi composto pelas classes 2 e 1.

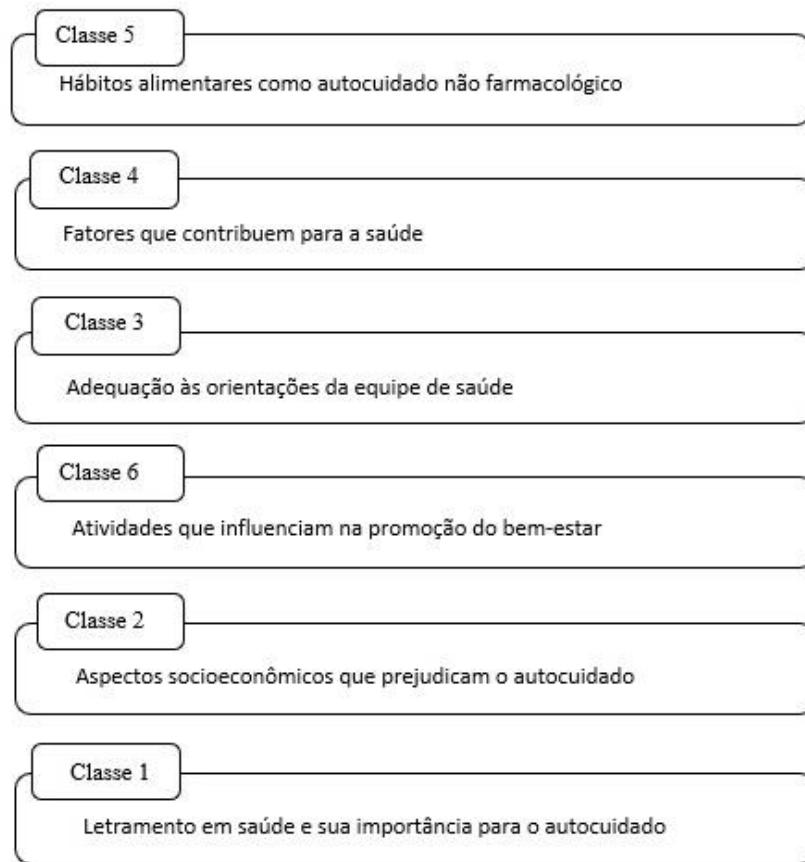
Figura 5 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente - CHD



Fonte: Relatório IraMuteq® (2023).

Diante da leitura, compreensão e interpretação dos resultados gerados pela análise textual do IraMuteq®, aliada à vivência no campo de coleta de dados, cada classe lexical foi nomeada conforme o tema central observado nas palavras que formavam cada uma delas (Figura 6).

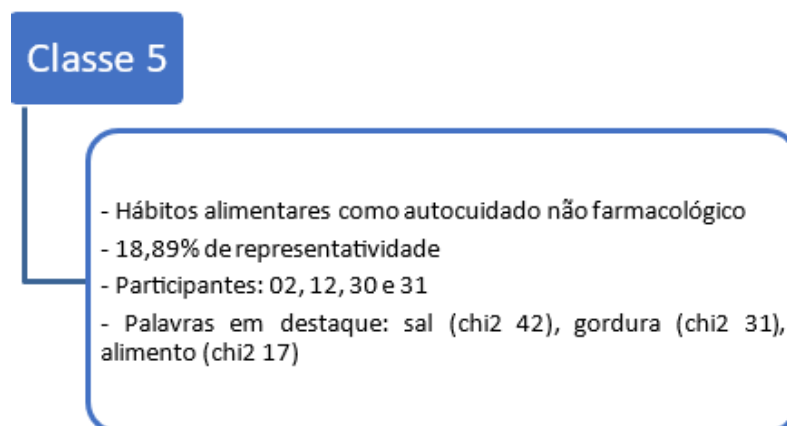
Figura 6 – Nomeação das Classes Lexicais



Fonte: elaborado pela autora (2023).

As classes foram abordadas na ordem de relação produzida pelo software, da esquerda para a direita.

Figura 7 – Descrição da Classe 5: Hábitos alimentares como autocuidado não farmacológico



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Os participantes 02, 12, 30 e 31 contribuíram para a formação da Classe 5, sobre os hábitos alimentares como autocuidado não farmacológico, corroborado pelos demais participantes. Destacaram-se as palavras “sal” (Chi2 42), “gordura” (Chi2 31) e “alimento” (Chi2 17), que evidenciaram alguns dos cuidados realizados pelos pacientes em relação aos hábitos alimentares e à quantidade de líquidos ingerida diariamente.

Alguns exemplos relatados foram os motivos da restrição da quantidade de líquidos que pode ser ingerida e as características da alimentação dos pacientes:

Cuidados com a alimentação, procuro comer frutas, legumes, arroz, feijão. Busco alimentos naturais, evito frituras, condimentos ou alimentos industrializados, gosto de chá calmante como camomila e erva cidreira [...] (Suj. 30; score 134.59)

Na comida eu evito sal, fritura e doce, não bebo, não fumo, não faço exercícios [...] (Suj. 31; score 124.49)

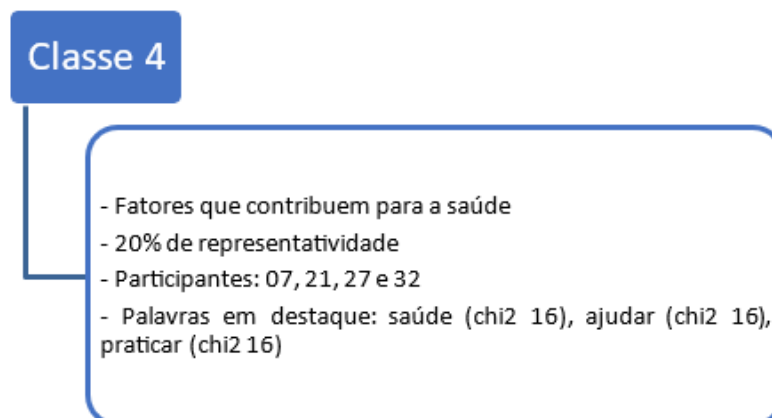
Eu não como gordura, não uso açúcar, não como massas, uso pouco sal, uso adoçante, apenas bebo suco natural, uso temperos naturais, nada industrializado, e eu posso tomar um litro de líquidos por dia [...] (Suj. 29; score 118.87)

Na minha alimentação eu evito gordura, evito doce, como nos horários certos, bebo quase 3 litros de água por dia por causa do cisto [...] (Suj. 12; score 88.44)

Eu tomo um chá de laranja da terra, chá de pitanga [...] não como sal, pouco açúcar, uso limão porque é bom para o sangue [...] (Suj. 02; score 74.52)

Eu não sabia que não podia beber muita água, foi a médica que me orientou. Eu bebia muita água porque antes da insuficiência cardíaca eu estava tratando gordura no fígado, então eu tomava água e chá o tempo todo, fora as medicações. Quando a médica me falou que eu não podia beber muita água eu fiquei sem saber o que fazer para me desacostumar [...] (Suj. 03; score 65.29)

Figura 8 – Descrição da Classe 4: Fatores que contribuem para a saúde



Fonte: elaborado pela autora (2023).

A Classe 4, que traz relatos sobre os fatores que contribuem para a saúde, possui como maiores contribuintes os participantes 07, 21, 27 e 32. Destacaram-se as palavras “saúde” (Chi2 16), “ajudar” (Chi2 16), e “praticar” (exercícios) (Chi2 16), demonstrando formas de cuidado utilizadas pelos pacientes baseadas em diferentes fontes de conhecimento, além das orientações prestadas pelos profissionais de saúde.

Alguns pacientes relataram cuidados que consideram importantes para seu autocuidado, mas adquiriram essas informações por meio de outras fontes, como livros e revistas de saúde, internet, familiares e amigos.

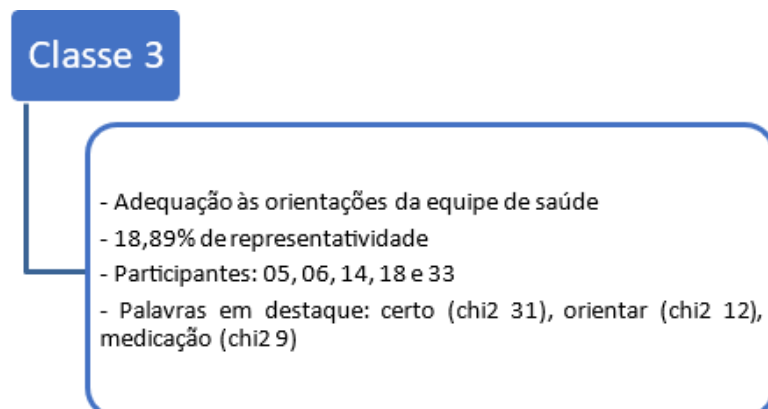
Gosto de caminhar para ajudar o coração, e praticar exercícios por indicação dos meus colegas mais velhos que fazem academia e me falaram que eu preciso praticar. Agora estou passando a ir à academia para fazer alguns exercícios leves porque ainda não foi indicado pelo médico (Suj. 21; score 79.42)

Eu tomo chá de erva cidreira, alfavaca e louro pela manhã. Eu faço esses cuidados por meio de leituras de livros e revistas de saúde, às vezes o médico fala mas eu faço por conta própria (Suj. 17; score 78.98)

Realizo exercícios físicos como ginástica, tenho uma alimentação balanceada, bebo chá preto e chá de hortelã, sigo as prescrições médicas e outros cuidados sem orientações de profissionais (Suj. 32; score 64.15)

Pesquise a respeito do meu problema, ainda não descobri a causa, então busco por meios alternativos ajudar os profissionais a encontrar a resposta. Busco orientações sobre alimentações saudáveis e restrição alimentar pela leitura de livro, internet e todos os meios que possam me dar uma pista da minha enfermidade (Suj.07; score 55.34)

Figura 9 – Descrição da Classe 3: Adequação às orientações da equipe de saúde



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Os participantes 05, 06, 14, 18 e 33 foram os que mais contribuíram para a formação da Classe 3 sobre a adequação às orientações da equipe de saúde.

Destacaram-se as palavras “certo” (hora certa, dar certo) (Chi2 31), “orientar” (Chi2 12) e “medicação” (Chi2 9), que evidenciaram algumas das orientações prestadas pelos profissionais de saúde, as quais fazem parte do autocuidado dos pacientes.

A maioria dos pacientes relatou seguir as orientações prestadas pelos profissionais de saúde que os acompanham. Algumas dessas orientações foram o uso correto das medicações conforme a prescrição médica, cuidados com alimentação e ingestão hídrica, e a restrição do consumo de bebida alcoólica.

Eu cuido da minha alimentação, tomo o remédio na hora certa, sigo os cuidados por orientação de profissional [...] (Suj. 10; score 77.12)

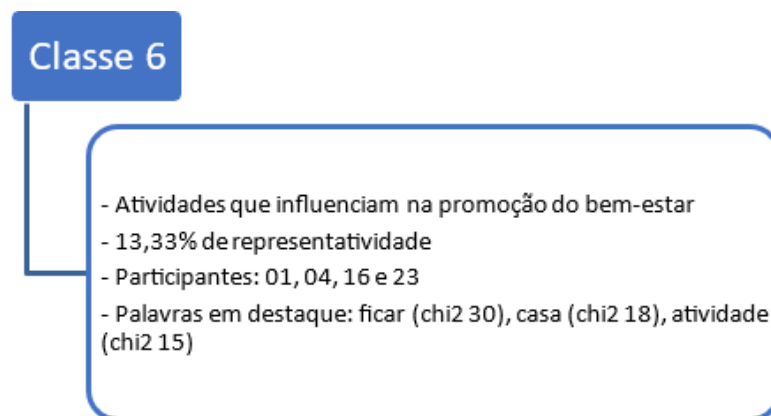
Até o momento está dando certo, não faço o que a internet ou as pessoas mandam, sigo o que o médico orienta e acho que todo mundo tinha que seguir as orientações também (Suj. 14; score 70.77)

Eu tomo os remédios todos os dias, no mesmo horário, de acordo com a prescrição médica, como foi orientado [...] (Suj. 05; score 49.24)

Já o cuidado com a alimentação e parar de beber bebidas alcoólicas foi por prescrição médica, tenho facilidade de aceitar o que o médico me orienta.” (Suj. 21; score 34.10)

Fui orientada a caminhar mas não consigo por não querer. Também fui orientada quanto a dieta e ingestão hídrica, mesmo assim não sigo, bebo mais de um litro e meio de líquido por dia. Foram orientações do médico e da enfermeira, ela me deu uma planilha com várias informações, mas não consigo colocar em prática (Suj. 33; score 22.83)

Figura 10 – Descrição da Classe 6: Atividades que influenciam na promoção do bem-estar



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Na Classe 6, os participantes 01, 04, 16 e 23 foram os que mais contribuíram para a composição da classe sobre as atividades que influenciam na promoção do bem-estar. Destacaram-se as palavras “ficar” (ficar pensando, cansado, ansioso, confortável, doente, na companhia de animais) (Chi2 30), “casa” (Chi2 18) e

“atividade” (Chi2 15), que destacaram algumas formas de manter o bem-estar tanto físico quanto emocional praticadas pelos pacientes.

Com relação à palavra "ficar", evidenciada nesta classe, ela teve uma conotação de verbo predicativo, atribuindo uma qualidade ao sujeito entrevistado, ou seja, atribuía-se uma continuidade de um estado de ser desta pessoa.

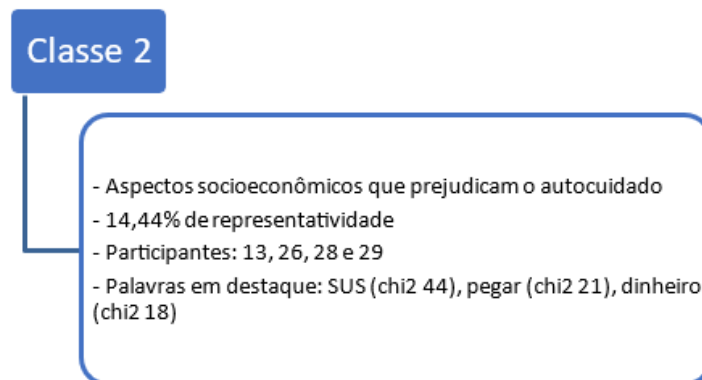
Faço as atividades dentro de casa com calma para não ficar cansada ou parada. Vejo televisão e gosto de cozinhar para me distrair, se eu fico pensando muito nos problemas do coração eu passo mal (Suj. 29; score 82.79)

Ver televisão e sair para dirigir, eu faço porque gosto não foi uma orientação profissional [...] (Suj. 23; score 72.44)

Se você entende a doença, começa a tomar cuidado com as atividades no cotidiano. Eu prefiro levar na brincadeira para não ficar ansioso e não me estressar (Suj. 08; score 46.38)

Caminho, faço exercício dentro de casa e faço atividades de casa. Quando estou com algum sintoma eu faço chá e tomo. Pode ser qualquer chá dependendo do que estou sentindo, se estou com problema no estômago eu tomo chá de erva-doce ou chá de boldo, chá de flor de goiaba [...] (Suj. 1; score 36.94)

Figura 11 – Descrição da Classe 2: Aspectos socioeconômicos que prejudicam o autocuidado



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Os participantes 13, 26, 28 e 29 foram os que mais contribuíram para a formação da Classe 2 sobre os aspectos socioeconômicos que prejudicam o autocuidado. Destacaram-se as palavras “SUS” (Chi2 44), “pegar” (pegar medicamento) (Chi2 21) e “dinheiro” (Chi2 18), que evidenciaram algumas facilidades e dificuldades encontradas pelos pacientes na implementação do tratamento em seu autocuidado.

O dinheiro muitas vezes não é suficiente. As medicações eu consigo pegar pelo SUS, pela clínica da família, raras são as vezes que preciso comprar uma medicação (Suj. 26; score 167.25)

Os medicamentos são fáceis de adquirir de forma gratuita pelo SUS, tem alguns remédios que são caros e preciso fazer o cadastro para pegar de graça, se não fosse isso seria uma dificuldade adquirir (Suj. 28; score 152.46)

[...] Os outros remédios eu preciso comprar porque não encontro no SUS, por isso tenho dois trabalhos, para ter dinheiro, se a pessoa tem uma condição financeira boa é mais fácil de tratar (Suj. 18; score 130.75)

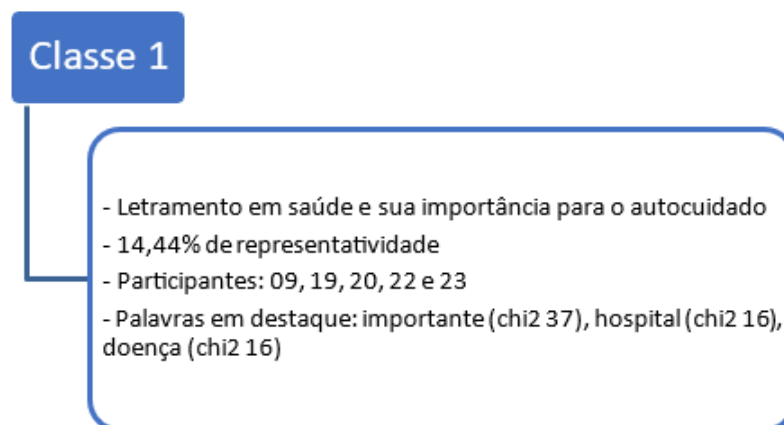
Eu compro as medicações, mas tem uma medicação que é cara e que ainda não consegui pegar pelo SUS. Eu gasto também com o deslocamento para o hospital (Suj. 33; score 76.77)

A maior dificuldade é a compra de medicações por conta da falta de dinheiro, às vezes preciso de ajuda, e tem o cigarro que ainda está atrapalhando. O hospital é uma facilidade porque consigo vir e ser atendida pelo médico (Suj. 11; score 72.39)

Sinto falta de ter acompanhamento por outros especialistas. Eu tenho outras doenças que também afetam o meu corpo e eu não sou acompanhada. Pego medicações gratuitas pelo SUS, na clínica da família, mas as vezes eu tenho dificuldade de comprar outros medicamentos porque não tenho dinheiro. O remédio do coração é caro, esse que é caro eu tenho que tomar de 12 em 12 horas, quando está acabando eu tomo apenas uma vez ao dia (Suj. 29; score 48.15)

Ainda não tenho uma resposta sobre as dificuldades e facilidades. Eu preciso emagrecer. A insuficiência cardíaca por si já engorda, se eu emagrecer irá diminuir a falta de ar. Estou tentando a reabilitação cardíaca, mas a marcação só abre de manhã e para vir tenho que faltar o serviço então preciso de um atestado (Suj. 13; score 46.70)

Figura 12 – Descrição da Classe 1: Letramento em saúde e sua importância para o autocuidado



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Os participantes 09, 19, 20, 22 e 23 foram os que mais contribuíram para a formação da Classe 1 sobre o letramento em saúde e sua importância para o autocuidado. Destacaram-se as palavras “importante” (Chi2 37), “hospital” (Chi2 16) e “doença” (Chi2 16), que evidenciaram o interesse dos pacientes em conhecer mais sobre tópicos relacionados à insuficiência cardíaca.

[...] As informações que o médico me dá são importantes, como as orientações sobre as medicações, alimentação, exercícios e os cuidados de forma geral (Suj. 20; score 80.54)

É importante saber a gravidade real da doença porque assim a gente segue a regra com mais determinação e sem descuido no tratamento (Suj. 22; score 79.68).

A gente precisa saber sobre a doença para tomar mais cuidado, saber se estou bem mesmo, se não estão me enganando, a comunicação é importante. Saber o que é insuficiência cardíaca, porque eu tenho essa doença e porque eu tenho coração grande (Suj. 10; score 64.57).

[...] É importante peneirar todo o tipo de informação que chega até nós, e na atualidade as informações chegam em excesso, então cabe filtrar e ficar com aquilo que entendemos que é melhor. Sendo um paciente cardíaco revascularizado há 13 anos, o que eu mais busco saber é se existem novidades na medicina e se cabe poder fazer uso dessa evolução e tirar proveito para uma melhor qualidade de vida (Suj. 19; score 64.23).

Gostaria de saber o que posso fazer para melhorar porque às vezes não tem cura ou não tem como operar mas se manter confortável é importante (Suj. 9; score 40.81).

É preciso saber sobre a doença para direcionar minhas ações se você entende a doença começa a tomar cuidado (Suj. 8; score 33.50).

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, será apresentada a discussão dos resultados obtidos através da coleta de dados. Dentre os 33 pacientes entrevistados, 51,5% são do sexo feminino, o que se assemelha à população nacional acometida pela IC, conforme o I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca, que aponta que o sexo feminino compreendia 63,2% da população (Silva *et al.*, 2020). Essa prevalência do sexo feminino pode se dar pelo fato de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde do que os homens, demonstrando maior conscientização em relação aos cuidados com a saúde por este grupo (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

Corroborando com os dados acima, registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) sobre a morbidade hospitalar na região metropolitana do RJ por IC revelam que 58,2% dos 916.335,41 pacientes são do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, a população entre 40-59 anos e acima de 60 anos foi a mais prevalente, com 45,5%, destacando que mais da metade dos pacientes deste estudo encontra-se abaixo dos 60 anos. Isso diverge da literatura em relação ao perfil de idade dos pacientes com IC, que possui maior incidência na população idosa (Nogueira *et al.*, 2019).

Quanto à etnia, observou-se um número expressivo de pacientes que se autodeclararam como pardos e pretos, totalizando 84,8%. Estes achados vão ao encontro dos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que evidenciam a prevalente miscigenação na população brasileira (IBGE, 2021). Ao planejar estratégias de autocuidado, as características étnicas precisam ser identificadas e consideradas para uma melhor abordagem das necessidades provenientes de cada grupo (Júnior *et al.*, 2020).

Ademais, a variável que analisou a renda mensal dos pacientes no presente estudo também revelou diferenças socioeconômicas relevantes. As desigualdades socioeconômicas podem influenciar negativamente no tratamento dos pacientes, como, por exemplo, na manutenção de hábitos que proporcionem melhor qualidade de vida e na garantia de acesso a melhores recursos. Destacou-se que uma porcentagem expressiva de aproximadamente 33% relatou receber 1 ou menos de 1 salário-mínimo, apesar de a amostra ser composta em sua maioria por pacientes com renda mensal de 1 a 5 salários mínimos (Oliveira *et al.*, 2021).

Atualmente, segundo o IBGE, o Brasil tem a maior parcela de trabalhadores recebendo um salário-mínimo desde 2012. Além disso, também se observa a realidade de que 50% dos trabalhadores brasileiros recebem por mês, em média, 15% a menos que o salário-mínimo. Nesse sentido, o IBGE utiliza o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) para calcular o poder de compra de famílias que têm rendimento mensal mais baixo (Ribeiro, 2023).

Este índice é calculado com base no consumo de alimentos da população que recebe entre 1 a 5 salários-mínimos. Desse modo, existe uma significativa diferença na realidade entre os dois extremos avaliados, onde a inflação tende a afetar mais os grupos de menores rendimentos, fazendo com que, conseqüentemente, o ajuste salarial seja, muitas vezes, insuficiente para esses grupos (Ribeiro, 2023).

A situação econômica, bem como as disparidades entre o aumento dos custos de vida, a inflação e a falta de recursos financeiros, certamente corroboram para grandes impactos na vida dos pacientes. Segundo pesquisa realizada pela SERASA (2022), a principal causa do endividamento em 2022 foi o desemprego. Além disso, mais de 40% das pessoas utilizam cartão de crédito para pagar compras de alimentos, medicamentos e tratamentos médicos. Dessa forma, percebe-se que o endividamento da população brasileira está muito relacionado às suas necessidades diárias, o que repercute diretamente no autocuidado e se torna um grande desafio para o tratamento.

Apesar das variáveis referentes ao acesso aos serviços hospitalares e à obtenção de medicamentos de forma gratuita pelo SUS terem sido identificadas como facilidades significativas para alguns pacientes, o custo dos medicamentos não oferecidos pelo sistema emerge como uma barreira substancial. Observa-se que o fator financeiro influencia diretamente na capacidade de seguir o tratamento de forma adequada. Estes fatores podem ser relacionados à defasagem de investimentos na saúde, à baixa oferta de equipe qualificada nos serviços, à falta de acompanhamento do paciente durante o percurso da doença, aos altos custos de tratamento e aos custos indiretos para o sistema de saúde (Souza *et al.*, 2022).

Corroborando com este relato, uma análise retrospectiva mostrou que quanto maior o investimento financeiro necessário por parte do paciente para aquisição de medicamentos, maior será a sua dificuldade para adquiri-los e utilizá-los (Qiao *et al.*, 2020). O investimento em saúde torna-se um elemento fundamental para contribuir com a diminuição dos custos da população em relação aos medicamentos e

tratamento, diminuindo investimentos na alta complexidade hospitalar atrelados ao agravamento do quadro e reinternações (Souza *et al.*, 2022).

No que tange à escolaridade, a maioria dos pacientes relatou ter concluído o Ensino Médio (42,4%), seguido de um grupo com número expressivo que possui o Ensino Fundamental Incompleto (36,4%). Estes resultados demonstram uma porcentagem significativa da amostra com menor nível de educação formal e baixo letramento em saúde, o que pode influenciar em uma maior probabilidade de menor compreensão das informações e orientações de saúde (Olano-Lizarraga *et al.*, 2023).

De acordo com uma pesquisa realizada em um ambulatório de cardiologia do município de João Pessoa, os indivíduos com menores níveis educacionais apresentavam medidas de autocuidado prejudicadas em relação aos que possuíam maior escolaridade (Sousa *et al.*, 2018).

Diversas sociedades científicas, incluindo a OMS, enfatizam a importância de níveis satisfatórios de letramento em saúde (LS) para a melhoria da qualidade de vida. Atualmente, não existe uma definição única para LS; no entanto, a OMS o define como a capacidade e motivação dos indivíduos, determinadas por habilidades cognitivas e sociais, para acessar, compreender e aplicar informações de saúde na tomada de decisões sobre cuidados com a saúde, visando melhorar sua qualidade de vida (Mancebo-Salas *et al.*, 2023; Moraes *et al.*, 2021).

Diante da influência que o LS exerce sobre a qualidade de vida dos indivíduos, este tem sido destacado como um importante determinante da saúde. Considera-se que baixos níveis de LS estão diretamente ligados a piores desfechos em saúde, como a falta de adesão à medicação, baixo uso de serviços de saúde e altas taxas de readmissões hospitalares (Moraes *et al.*, 2021).

Além disso, pacientes que apresentam baixo LS têm maiores dificuldades em compreender as informações de saúde, o que resulta em menor conhecimento sobre sua doença e desconforto ou vergonha ao se comunicar e esclarecer dúvidas com profissionais de saúde (Costa *et al.*, 2023).

Considerando a complexidade do autocuidado em pacientes com doenças crônicas, o LS torna-se fundamental. No entanto, tem sido evidenciado o baixo LS neste grupo de pacientes, incluindo aqueles com IC, associado a um pior prognóstico em saúde. Um estudo realizado no sul da Espanha com pacientes atendidos pelo Hospital Universitario Puerto Real (HUPR) identificou que pacientes com IC e LS

adequado apresentaram sobrevida maior do que o grupo com baixo LS (Gomez *et al.*, 2023).

Em contraponto, a partir da análise dos resultados foi possível identificar que, de acordo com a classificação NYHA, houve predominância da CF I entre o grupo de pacientes que possui ensino fundamental incompleto. A importância sobre esta característica relacionada à situação econômica, pode estar associada à importância da rede de apoio destes pacientes, como integrantes da família, amigos ou grupos de apoio, para a implementação das estratégias de autocuidado, considerando que 66,7% dos pacientes, com o referido nível de escolaridade e classificação funcional NYHA, afirmaram estar casados. O suporte, tanto físico quanto emocional, que pode ser oferecido pela rede de apoio ao paciente pode trazer benefícios à implementação do autocuidado, reafirmando a importância da integração dessa rede de apoio nas orientações e planejamento do cuidado do paciente (Manfredini *et al.*, 2021).

Os resultados deste estudo evidenciaram que a maioria dos pacientes apresentou sintomas leves a moderados de IC, conforme a classificação funcional do NYHA. A presença desses sintomas pode influenciar na implementação das medidas de autocuidado e nas intervenções necessárias. Estes dados vão ao encontro da literatura que também evidencia uma maior prevalência das Classes Funcionais II e III em pacientes atendidos ao nível ambulatorial (Alexsander *et al.*, 2022).

Segundo um estudo realizado em um hospital universitário na Paraíba (PB), foi evidenciado um tempo médio de diagnóstico de IC de 7 anos, com variação de 1 a 21 anos (Sousa *et al.*, 2022), diferentemente deste estudo, que apresentou um tempo médio de 2 anos, variando entre 1 e 5 anos de diagnóstico.

Por outro lado, em um estudo retrospectivo observacional conduzido por Cruz *et al.* (2022), foram estudados 39 pacientes com IC, revelando uma média de fração de ejeção ventricular esquerda de $29\% \pm 9,3\%$. Os resultados da pesquisa mencionada acima coincidem com os achados deste estudo, demonstrando uma mediana de 30% em ambos os sexos, com variação de intervalo interquartil de 26 a 35%.

Na análise sobre o uso de álcool e tabaco pelos participantes, observou-se uma redução percentual de 52% e 84,2%, respectivamente, no consumo. É importante destacar que a exposição crônica a substâncias tóxicas, como álcool, tabaco e outras drogas, pode causar danos ao coração e aumentar o risco de IC (Souza *et al.*, 2023).

A restrição do álcool e a cessação do tabagismo são medidas não farmacológicas intensivamente debatidas com pessoas com IC. A AHA posiciona-se contra o consumo de vinho ou de qualquer outra bebida alcoólica para fins de possíveis benefícios à saúde. Além disso, suas recomendações se alinham às da OMS ao trazer informações sobre a importância da cessação do tabagismo, da redução do uso nocivo do álcool, da prática de exercícios físicos, da redução de sódio na dieta e do consumo de frutas e vegetais para melhor qualidade de vida (American Heart Association, 2019; WHO, 2021; Cordeiro; Reis, 2022).

A maioria dos pacientes deste estudo possui duas ou mais comorbidades associadas à IC, destacando-se a HAS (60,6%), DM (30,3%) e DLP (30,3%) como as mais frequentes, o que vai ao encontro do estudo realizado na Fundação - Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) em Belém, no estado do Pará (PA), onde também foram identificadas essas comorbidades com igual ordem de prevalência em pacientes com diagnóstico de IC (Silva *et al.*, 2020).

Dessa forma, as altas taxas de comorbidades associadas à IC acarretam o elevado uso de diferentes tipos de medicamentos de forma concomitante para o tratamento das doenças. A alta prevalência dessas comorbidades, juntamente com a falta de adesão ao tratamento associada à IC, são fatores que podem justificar o elevado número de pacientes em polifarmácia, o que se configura como um grande desafio no tratamento deste público. Existem diversas definições para este termo, porém alguns estudos definem polifarmácia como o uso de cinco ou mais medicamentos de forma simultânea (Marković-Peković, 2016).

Apesar de os medicamentos serem utilizados como forma de tratamento das doenças, seu uso excessivo pode acarretar riscos à saúde do paciente, como interações medicamentosas e aumento da incidência de efeitos adversos (Beezer *et al.*, 2022). Nesse contexto, a enfermagem, integrante das equipes multidisciplinares e exercendo o papel de educador em saúde, deve incorporar em seu processo de trabalho ações educativas que busquem orientar corretamente esses indivíduos sobre suas doenças, tratamentos e terapêuticas estabelecidas, visando maior conscientização e melhor gerenciamento do autocuidado.

Ademais, entre outras características observadas, o avanço da tecnologia pode ser uma estratégia benéfica para auxiliar e corroborar comportamentos saudáveis e melhorar os índices de adesão ao tratamento. Assim, o estudo evidencia que grande parte dos pacientes do ambulatório de IC possuía acesso a tecnologias

como celulares, smartphones, televisão e internet. Conhecer essas características da clientela é crucial para a implementação de estratégias tecnológicas (Souza *et al.*, 2023).

Com o avanço da ciência e da tecnologia, torna-se indiscutível a necessidade de dispor de ferramentas tecnológicas na assistência para proporcionar um cuidado de maior qualidade (Nascimento *et al.*, 2022). O uso de recursos tecnológicos na área da saúde está em crescente evolução, uma vez que podem auxiliar os profissionais a alcançarem melhorias na sua prática assistencial. Nesse contexto, as tecnologias em saúde se destacam pela sua aplicabilidade em conhecimentos e intervenções no cuidado, visando à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento de patologias e à reabilitação dos indivíduos (Lima *et al.*, 2022).

Nesse sentido, o uso de tecnologias em saúde, aliado aos conhecimentos prévios dos profissionais, mostra-se como uma boa estratégia para potencializar as atividades educativas, por meio do desenvolvimento de recursos para a autogestão em saúde, por exemplo (Souza *et al.*, 2023).

Por outro lado, as tecnologias no mundo contemporâneo intensificam-se a cada momento, tornando-se um tópico relevante e inovador para a área da saúde. Nos anos de 2020 e 2021, no Brasil, 53% das pessoas que utilizavam a internet buscaram informações sobre saúde em geral ou serviços de saúde, enquanto em 2019 essa porcentagem foi de 47%. A facilidade e rapidez no acesso às informações sobre saúde, que não comprovam a real compreensão, avaliação e implementação de forma adequada, podem influenciar o autocuidado desses indivíduos (Macedo *et al.*, 2022).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de os profissionais entenderem as possíveis barreiras tecnológicas, assim como o baixo letramento digital em saúde (LDS) e seu conseqüente impacto no autocuidado desses pacientes. O LDS pode ser definido como a capacidade do indivíduo de buscar informações de saúde em fontes digitais, encontrá-las, compreendê-las, avaliá-las e aplicar o conhecimento adquirido para resolver um problema de saúde (Norman *et al.*, 2006).

Dentre as dificuldades destacadas, observam-se as limitações físicas impostas pela condição, que comprometem a prática de exercícios, caminhadas e atividades de vida diária. Um estudo realizado em Salvador corrobora com esses relatos, evidenciando que 58,1% dos entrevistados apresentaram dificuldades para

realizar exercícios físicos. Os programas de reabilitação cardiovascular podem ser considerados complementos no tratamento da IC (Costa; Gama; Mendes, 2020).

A logística é também mencionada como uma preocupação por alguns pacientes, especialmente em relação ao deslocamento de suas residências para hospitais ou clínicas. Segundo o estudo realizado por Sturzeneker *et al.* (2023), no ambulatório acadêmico de cardiologia no Paraná, 40% dos pacientes afirmaram ter dificuldades de acesso ao ambulatório por residir em outro município, pelo tempo prolongado no deslocamento e no atendimento (usuários de transporte público intermunicipal), além das limitações físicas impostas pela doença de base e/ou pela idade avançada, corroborando com os relatos do presente estudo.

Outro estudo evidenciou como elementos dificultadores da adesão ao tratamento a falta de acesso aos serviços de saúde pela demora nas marcações de consultas (Stuchi *et al.*, 2017), o que está de acordo com o presente estudo, que traz a mesma problemática em seus relatos.

Além disso, os pacientes expõem a importância e o interesse em conhecer a fundo a natureza da IC. Essas falas estão em concordância com a educação em saúde dos pacientes e de seus cuidadores, um componente fundamental do tratamento da IC. Uma das definições de educação em saúde consiste em um processo em que o profissional de saúde transmite aos pacientes informações que podem influenciar seu comportamento de saúde (Luz *et al.*, 2020).

Neste estudo, as narrativas apresentadas pelos pacientes revelam escolhas conscientes em relação às práticas de autocuidado, como preferência por alimentos naturais, evitando sal, gordura e açúcar. O manejo da IC requer um complexo plano de cuidados e, apesar de o estudo apontar sua implementação por parte dos pacientes, ainda se observa a baixa adesão das recomendações de estilo de vida por alguns deles. Dentre as pontuações, destacam-se os relatos sobre o consumo de sal na alimentação, que configuram uma das principais orientações estabelecidas como parte do tratamento não farmacológico. A restrição de sódio é uma importante recomendação a ser seguida e amplamente prescrita para o tratamento da IC, pois sua alta ingestão pode ser um facilitador para futuras hospitalizações (Sousa *et al.*, 2019).

Apesar de ser amplamente recomendada e de sua importância no tratamento, estudos apontam a baixa adesão dos pacientes à restrição de sódio em sua dieta. Diante do fato de a IC ser uma doença crônica não transmissível, entende-se a

importância de identificar os fatores que facilitam e dificultam o seguimento de uma dieta com baixos níveis de sódio a fim de que estratégias sejam traçadas para uma melhor adesão (Sousa *et al.*, 2019).

Além disso, a restrição de líquidos foi identificada como um obstáculo por alguns pacientes, principalmente após orientações de profissionais, demonstrando preocupação em adaptar hábitos para gerenciar a condição cardíaca. O paciente com IC é geralmente orientado a ingerir em torno de 1000 ml a 1500 ml por dia, variando conforme o estado clínico e a terapia medicamentosa. Em uma pesquisa realizada em ambulatórios de cardiologia de duas diferentes instituições públicas, vinculadas ao SUS, que avaliou a adesão ao tratamento, foi identificado que o controle do peso corporal e a ingestão de líquidos foram as recomendações menos aderidas (Sousa *et al.*, 2019).

Há evidências de que o consumo excessivo de líquidos e sódio estão relacionados ao agravamento da hipervolemia. Uma pesquisa realizada ao nível ambulatorial demonstrou que um número significativo de pacientes não faz a restrição da quantidade de líquidos que ingerem diariamente, embora realizem de forma correta a restrição do consumo diário de sal (Costa; Gama; Mendes, 2020).

Observou-se ainda que alguns pacientes buscam informações complementares às dos profissionais de saúde para seu autocuidado. Isso inclui a prática de exercícios por recomendação de colegas ou o consumo de chás, além de buscarem informações em fontes distintas, como livros, revistas e internet, visando compreender melhor sua condição de saúde. Portanto, tais práticas podem estar associadas ao gerenciamento do autocuidado, conforme destacado por Riegel *et al.* (2012), uma vez que estão intimamente relacionadas com a capacidade de avaliar sinais e sintomas, para a partir de então decidir se alguma ação se torna necessária na implementação do tratamento, e a sua avaliação.

Percebe-se o autocuidado como uma função humana aplicada deliberadamente a cada pessoa para fins da manutenção da saúde, desempenhando um papel crucial para a obtenção de bem-estar dos indivíduos com IC, sendo priorizado nos programas multidisciplinares de gestão desta condição mundialmente, conforme destacado por Jaarsma *et al.* (2021) e Silva *et al.* (2023).

Dessa forma, neste estudo destacam-se como estratégias de manutenção do bem-estar as práticas de entretenimento, distração e comportamentos de humor. Além disso, o suporte emocional e nas atividades do dia a dia por parte dos familiares,

amigos e rede de apoio também são destacados e possuem impacto positivo na adaptação e no bem-estar dos pacientes (Souza; Tibães, 2022).

Essas informações contribuem para a compreensão da singularidade e promoção da autonomia, componentes principais do cuidado centrado no paciente (Cunha *et al.*, 2021). No entanto, a implementação dessa abordagem de cuidado representa um grande desafio para os serviços de saúde. Essa complexidade se deve ao paternalismo, às crenças e culturas da população, à resistência dos profissionais a mudanças, por acreditarem que já praticam o cuidado centrado no paciente, à escassez de estudos empíricos direcionadores, à falta de lideranças e às limitações na infraestrutura do ambiente (Rodrigues; Portela; Malik, 2019).

Desta forma, destaca-se a importância da parceria entre o profissional de saúde e os pacientes, visando criar planos de tratamento personalizados com base nas necessidades individuais e capacidades (Wallström *et al.*, 2020). Portanto, estratégias de ensino focadas nas necessidades do indivíduo são imprescindíveis, visando diferentes formas e atividades para melhorar seu autocuidado (Cunha *et al.*, 2021).

Quando questionados sobre as práticas baseadas em orientações de profissionais, a maioria dos pacientes informa conseguir implementá-las. Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca (2018), o tratamento da IC é composto pela terapia farmacológica, juntamente com a não farmacológica; contudo, este estudo aponta que os participantes se referem às práticas farmacológicas com maior satisfação e convicção quando perguntados sobre as orientações dos profissionais, em comparação com as não farmacológicas, que são, por vezes, não realizadas.

Embora exista uma adesão satisfatória por grande parte dos pacientes, alguns referiram não conseguir implementar as orientações devido a acometimentos de saúde, e outros por desinteresse em realizá-las. É importante destacar que a adesão ao tratamento, além de ser crucial para o gerenciamento dos sintomas e evolução da doença, também está diretamente relacionada com a participação voluntária e ativa do paciente, devendo este estar comprometido e empenhado no desenvolvimento e ajustes do tratamento (Gomes *et al.*, 2023).

Por outro lado, a má adesão também pode estar relacionada com outros fatores que não são necessariamente de responsabilidade exclusiva do paciente, como a educação em saúde por parte dos profissionais e o estabelecimento de uma comunicação clara para a compreensão do paciente e sua rede de apoio acerca das

orientações de saúde. Tais fatores podem contribuir negativamente para a descompensação da IC, fazendo com que, em alguns casos, o paciente seja readmitido na unidade hospitalar e/ou evolua para casos mais graves, podendo acarretar óbito (Gomes *et al.*, 2023).

Uma pesquisa realizada em um hospital público da Região Norte, referência para emergências cardiológicas, mostra que a má adesão à terapia medicamentosa e infecções foram as principais causas de descompensação de pacientes com IC, consequentemente gerando internações que constituem um importante custo à saúde pública (Silva *et al.*, 2020). A reflexão sobre o gerenciamento do autocuidado na IC revela a complexidade e os desafios enfrentados por pacientes e profissionais de saúde. Diante disso, enfatiza-se a necessidade de atender às especificidades dos pacientes, oferecendo uma abordagem mais personalizada e centrada no paciente, corroborando para a melhoria da assistência prestada.

O profissional de enfermagem desempenha um papel essencial no cuidado centrado no paciente. Além de abordar questões cardiológicas, eles desempenham um papel abrangente ao lidar com outras comorbidades e necessidades específicas de saúde. Essa abordagem abrangente é fundamental para o alcance de um bem-estar ampliado dos pacientes. Apesar disso, ainda se menciona a falta de acompanhamento por outros especialistas, o que representa uma dificuldade adicional no tratamento de outras condições além da IC (Ordóñez-Piedra *et al.*, 2021).

As intervenções educacionais, quando aplicadas de forma multiprofissional, têm sido empregadas em diversos cenários para reduzir a não adesão ao tratamento, as internações hospitalares e as comorbidades associadas à IC. Todavia, no entanto, o acompanhamento por essa equipe ainda representa uma dificuldade enfrentada pelos pacientes. Nesse sentido, integrar os cuidados oferecidos pelo profissional de enfermagem com uma equipe multidisciplinar, e preferencialmente interdisciplinar, pode ser crucial para superar essa lacuna no cuidado integral do paciente (Luz *et al.*, 2020).

Um estudo longitudinal realizado no ambulatório acadêmico de cardiologia de um hospital universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), no Paraná, mostrou que ações coordenadas por uma equipe multidisciplinar melhoram a adesão ao tratamento, tanto farmacológico quanto não farmacológico, e consequentemente, melhoram a qualidade de vida dos pacientes em tratamento ambulatorial (Sturzeneker *et al.*, 2023).

Neste contexto, o profissional de enfermagem deve ser dotado de comportamentos e atitudes, ancorando-se em suas competências enquanto educador em saúde, a fim de orientar sobre fatores que geram agravos. Sua orientação deve ser direcionada por meio do diálogo entre o trinômio, composto pelo profissional, a pessoa e a família, para solucionar dúvidas e capacitar para o autocuidado, atentando para as limitações e o contexto no qual o paciente está inserido (Nascimento *et al.*, 2022).

Este grupo, portanto, deve ser educado em relação às causas da IC, o potencial de progressão da doença e cuidados diários, como acompanhamento do peso, atividade física e cuidados com a alimentação, além da monitorização dos sinais e sintomas de descompensação do paciente, como aumento do cansaço, limitação funcional e variações de peso (Rohde *et al.*, 2018).

A participação ativa do paciente e de seus cuidadores, juntamente à equipe multiprofissional, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida ou, ao menos, para a manutenção de um comportamento adequado à saúde (Luz *et al.*, 2020). Ademais, o enfermeiro desempenha um papel crucial na educação em saúde, na comunicação e coordenação, por meio de cuidados individualizados estabelecidos em comum acordo entre o profissional, o paciente e os cuidadores, contribuindo para o empoderamento desses indivíduos na manutenção do autocuidado (Ayub-Ferreira *et al.*, 2016; Nascimento *et al.*, 2022).

A participação de uma equipe multidisciplinar, através da troca de informações, desempenha um papel significativo no cuidado. Suas contribuições vão além do estímulo ao autocuidado em todas as fases do tratamento, como também promovem uma abordagem individualizada e holística. Essa colaboração busca aumentar a consciência e a participação ativa do paciente em relação à sua saúde e bem-estar, promovendo maior autonomia e engajamento.

6 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, foi possível identificar características sociodemográficas e de perfil epidemiológico dos entrevistados, as práticas de autocuidado adotadas pelos pacientes e seu gerenciamento, bem como a fonte de conhecimento dessas práticas, as facilidades e dificuldades encontradas em sua implementação e o interesse em conhecer mais sobre a doença. Isso permitiu analisar fatores que influenciam na implementação dessas práticas e, conseqüentemente, no gerenciamento do autocuidado.

A partir da identificação e análise detalhada sobre o gerenciamento do autocuidado dos pacientes no ambulatório de IC através da entrevista semiestruturada, evidenciou-se a complexidade e a interconexão de diversos fatores que influenciam a maneira como os pacientes realizam seu autocuidado.

A identificação de características sociodemográficas e econômicas distintas, como renda mensal e escolaridade, ofereceu um panorama abrangente das necessidades e desafios enfrentados por esses pacientes. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel relevante no cuidado, abordando não apenas aspectos clínicos, mas também necessidades educacionais, emocionais e sociais. Para isso, deve ancorar-se em suas habilidades e competências para fornecer informações claras e objetivas sobre a doença, suas complicações e o tratamento necessário, adaptando a abordagem conforme o nível de escolaridade dos pacientes.

Ao discutir as práticas de autocuidado, torna-se evidente que há uma correlação significativa entre as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, a adesão às recomendações farmacológicas e não farmacológicas e a implementação de abordagens individuais. A análise desses aspectos permite compreender como as dificuldades, muitas vezes não exclusivas do paciente, e as barreiras sociais e estruturais podem impactar diretamente no autocuidado.

Embora os consensos e diretrizes recomendem um trabalho em equipe multidisciplinar, a abordagem interdisciplinar pode ser mais adequada por oferecer um cuidado mais integrado e de qualidade, visando melhorar a qualidade de vida e os desfechos de saúde dos pacientes com IC. Para isso, os profissionais devem atuar na busca por soluções para essas questões, como orientar sobre os serviços disponíveis, auxiliar na marcação de consultas, fornecer informações sobre programas de assistência farmacêutica, estimular a discussão entre os pacientes, cuidadores e

profissionais sobre possibilidades mais exequíveis para alcançar o autocuidado, colaborar na identificação de recursos financeiros disponíveis e no encaminhamento dos pacientes para programas de suporte social.

A partir dessas constatações, é possível compreender que o gerenciamento do autocuidado pelos pacientes é multifacetado, envolvendo sua capacidade de adaptação às condições específicas, a busca por conhecimento complementar, a influência do suporte familiar e social, além da necessidade de um sistema de saúde mais inclusivo e acessível.

Diante disso, o estudo destacou a importância da educação em saúde direcionada ao público-alvo para melhorar a adesão às medidas de autocuidado. Nesse contexto, o enfermeiro exerce um papel fundamental, superando barreiras sociais e estruturais, e contribuindo para o cuidado integrado. Também se ressalta a necessidade de planos de cuidado personalizados, visando atender às necessidades e capacidades específicas dos pacientes, para superar possíveis lacunas durante a realização do cuidado.

Portanto, o estudo mostra a relevância na adoção de uma abordagem mais holística e centrada no paciente no ambiente ambulatorial de insuficiência cardíaca, identificando políticas e estratégias que considerem as particularidades de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ACAUAN, Laura Vargas *et al.* Utilização do software iramuteq® para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], p. e1326, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100605. Acesso em: 7 nov. 2023.
- ALEXSANDER, Renato *et al.* Análise Epidemiológica por Insuficiência Cardíaca no Brasil. **Brazilian Medical Students**, [S. l.], v. 6, n. 9, 12 abr. 2022. Disponível em: <https://bms.ifmsabrazil.org/index.php/bms/article/view/224>. Acesso em: 16 maio 2023.
- ALMEIDA, Gabriel C. de *et al.* Nova geração da telessaúde: oportunidades, tendências e desafios. **Sociedade Brasileira de Computação**, [S. l.], 27 jun. 2023. Disponível em: <https://sol.sbc.org.br/livros/index.php/sbc/catalog/view/123/547/834-1>. Acesso em: 30 nov. 2023.
- AYUB-FERREIRA, Sílvia Moreira *et al.* Diretriz de assistência circulatória mecânica da sociedade brasileira de cardiologia. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 107, n. 2 supl. 2, p. 1–33, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Hs9cG4NCf8MyyPyG5VqPkTc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2023.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEEZER, Janine *et al.* Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. **Heart Failure Reviews**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 465–492, mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10741-021-10135-4>. Acesso em: 3 dez. 2023.
- BENNETT, Jill A. *et al.* Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. **Heart Lung**, v. 31, n. 4, p. 262–70, 2002. Disponível em: doi: 10.1067/mhl.2002.124554. Acesso em: 1 set. 2021.
- BRASIL. **Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS**. [s. d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 18 out. 2023.
- BRASIL. **Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS) – DATASUS**. [s. d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em: 21 set. 2023.
- BRUCKI, Sonia M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S. l.], v. 61, p. 777–781, set. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. Acesso em: 25 maio. 2023.
- CALERO-MOLINA, Esther *et al.* The relationship between self-care, long-term mortality, and heart failure hospitalization: insights from a real-world cohort study.

European Journal Cardiovascular Nursing, v. 21, p. 116–126, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab011>. Acesso em: 2 mar. 2024.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 513–518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 set. 2021.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa *et al.* Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 118, n. 1, p. 41-51, jan. 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid-S0066-782X2022000100041. Acesso em: 22 jul. 2022.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 9, p. 4021–4032, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>. Acesso em: 13 maio. 2023.

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. ROHDE, Luis Eduardo Paim *et al.* Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 111, n. 3, p. 436–539, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em 05 set. 2021.

CORDEIRO, Cliviane Farias; REIS, Deyvylan Araujo. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência cardíaca em Coari-Amazonas. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, n. 40, p. 36–44, 16 dez. 2022. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/706>. Acesso em: 3 dez. 2023.

COSTA, Ana Caroline *et al.* Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 31, p. e3879, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6211.3879>. Acesso em: 02 mar. 2024.

COSTA, Fabiane Bomfim da Silva; GAMA, Glicia Gleide Gonçalves; MENDES, Andreia Santos. Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, n. 46, p. 1–16, 22 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769240711>. Acesso em: 7 set. 2021.

CRUZ, Isabel O. *et al.* Telemonitoramento da Insuficiência Cardíaca – A Experiência de um Centro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 3, p. 599-604, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8959025/>. Acesso em: 1 dez. 2023.

CUNHA, Debora Cristine Previde Teixeira da *et al.* Evolution of self-care in patients with heart failure at the first outpatient return and three months after hospital discharge. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**, [S. l.], v. 29, p. e3440, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/9Fx7kcZDKDMTZFG9QJWvjgs/?lang=en>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DECKWART, Oliver *et al.* Effects of remote patient management on self-care behaviour in heart failure patients: results from the randomized TIM-HF2 trial. **European Journal Cardiovascular Nursing**, v. 22, p. 786–794. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad019>. Acesso em: 2 mar. 2024.

DESSIE, Getenet *et al.* Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: a clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia. **BMC Cardiovascular Disorders**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 374, 3 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02170-8>. Acesso em: 22 jul. 2022.

FERLA, Josiane Bernart da Silva *et al.* Effect of the patient-centered care model on health professional satisfaction: a systematic review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 43, p. e20210288, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472022000200601. Acesso em: 3 dez. 2023.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 77–88, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25752018>. Acesso em: 7. set. 2021.

GOMES, Helder Jorge de Andrade; MONTENEGRO, Carlos Eduardo Lucena. Socioeconomic Indicators and Mortality from Heart Failure: Inseparable Parameters? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 117, n. 5, p. 952–953, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210826>. Acesso em: 25 maio. 2022.

GOMES, Isabel Moreira *et al.* Elementos essenciais para adesão terapêutica de pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: Revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 1, p. e023003, 13 jan. 2023. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1411>. Acesso em: 3 dez. 2023.

GOMEZ, Rocio *et al.* Health literacy and prognosis of heart failure: a prospective propensity-matched study in the community. **European Journal Cardiovascular Nursing**, v. 2, n. 3, p. 282-290, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac045>. Acesso em: 2 mar. 2024.

HAMMOND, Michael M.; EVERITT, Ian K.; KHAN, Sadiya S. New strategies and therapies for the prevention of heart failure in high-risk patients. **Clinical Cardiology**, v. 45 supl. 1, p. S13-S25, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35789013/>. Acesso em: 5 set. 2023.

HASHIMOTO, Shun *et al.* Confidence in self-care after heart failure hospitalization. **Journal of Cardiology**, [S. l.], v. 81, n. 1, p. 42–48, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2022.10.001>. Acesso em: 1 set. 2021.

HENNINK, Monique; KAISER, Bonnie N. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. **Social Science & Medicine (1982)**, [S. l.], v. 292, p. 114523, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>. Acesso em: 1 dez. 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on quality of health care in america. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>. Acesso em: 25 maio. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**. 2021. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 3 nov. 2023.

JAARSMA, Tiny *et al.* Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the heart failure association of the European society of cardiology. **European Journal of Heart Failure**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 157–174, jan. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.2008>. Acesso em: 25 out. 2023.

JÚNIOR, Edison Vitório de Souza *et al.* Perfil epidemiológico da morbimortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2013 a 2017. **Enfermería Actual en Costa Rica**, [S. l.], n. 39, 22 jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/41155>. Acesso em: 3 dez. 2023.

KRIKSCIUNIENE, Dalia; SAKALAIUSKAS, Virgilijus. **Intelligent systems for sustainable person-centered healthcare**. Switzerland: Springer Cham, 2022, v. 205. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1>. Acesso em: 17 nov. 2023.

LACERDA, Josefa Fernanda Evangelista de *et al.* Comunicação efetiva nas relações enfermeiro-paciente à luz do modelo Transcultural Interprofessional Practice. **Revista Rene (Online)**, [S. l.], v. 22, p. e61443, maio 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212261443>. Acesso em: 1 set. 2021.

LEE, Kyoung Suk *et al.* Symptom detection and the relationship with self-care in heart failure. **European Journal Cardiovascular Nursing**, v. 21, p. 821–829, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac038>. Acesso em: 2 mar. 2024.

LIMA, Maria Gisleide Penha de *et al.* Tecnologias para o cuidado em saúde mental e enfermagem: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e484111537648, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.3764>. Acesso em: 1 dez. 2023.

LOCATELLI, Giulia *et al.* The Impact of an Intervention to Improve Caregiver Contribution to Heart Failure Self-care on Caregiver Anxiety, Depression, Quality of Life, and Sleep. **Journal Cardiovascular Nursing**, v. 38, n. 4, p. 361–369, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000998>. Acesso em: 2 mar. 2024.

- LUZ, Jalusa Löbel da *et al.* Insuficiência cardíaca: avaliação e comparação do conhecimento da doença em pacientes ambulatoriais x hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 1–16, jan. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33504/pdf>. Acesso em: 3 dez. 2023.
- MACEDO, Bárbara Stéphanie Pereira *et al.* Digital health literacy of nursing or medical students: related factors. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, n. eAPE02647, out. 2022. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/digital-health-literacy-of-nursing-or-medical-students-related-factors/>. Acesso em: 2 dez. 2023.
- MANCEBO-SALAS, Noelia *et al.* Protocolo para la evaluación de una intervención de alfabetización en salud sobre morbilidad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. **Revista Espanola De Salud Publica**, [S. l.], v. 97, p. e202308068, ago. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10540934/>. Acesso em: 1 dez. 2023.
- MANFREDINI, Geruza Maria da Silva Gonçalves *et al.* Cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca após alta hospitalar: revisão integrativa. **Revista Pesquisa (UFRJ, Online)**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1684–1691, dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.96>. Acesso em: 3 dez. 2023.
- MARCONDES-BRAGA, Fabiana G. *et al.* Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 116, n. 6, p. 1174–1212, maio 2021. Disponível em: <https://abccardiologia.org/article/atualizacao-de-topicos-emergentes-da-diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-2021/>. Acesso em: 25 maio. 2022.
- MARKOVIĆ-PEKOVIĆ, Vanda *et al.* Polypharmacy among the elderly in the Republic of Srpska: extent and implications for the future. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, [S. l.], v. 16, n. 5, p. 609–618, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1586/14737167.2016.1115347>. Acesso em: 16 set. 2020.
- MCCORMACK, Brendan. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. **Journal of Clinical Nursing**, v. 13, n. 3a, p. 31-38, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15028037/>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- MCCORMACK, Brendan; MCCANCE, Tanya V. Development of a framework for person-centred nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 5, p. 472-479, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17078823/>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- MCCORMACK, Brendan; MCCANCE, Tanya. **Person-centred nursing theory and practice**. Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwell, 2010.
- MCDONAGH, Theresa A. *et al.* 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European Heart Journal**, [S. l.], v. 42, n. 36, p. 3599–3726, 21 set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>. Acesso em: 18 out. 2023.
- MEEKER, Daniella *et al.* Patient commitment to health (PACT-health) in heart failure population: a focus group study of na active communication framework for patient-

centeres health behavior change. **Journal of medical internet research**, v. 23, n. 8, p. e12483, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6701162/>. Acesso em: 18 out. 2023.

MEGIATI, Hector Martins *et al.* Relação entre apoio social percebido e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem (Online)**, São Paulo, v. 35, p. eAPE01296, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO012966>. Acesso em: 3 dez. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 407. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-33574>. Acesso em: 3 dez. 2023.

MORAES, Katarinne Lima *et al.* Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. **Acta Paulista de Enfermagem (Online)**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02171, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>. Acesso em: 1 dez. 2023.

NAKAHARA-MELO, Michele *et al.* Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 75, n. 1, p. e20210123, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>. Acesso em: 3 dez. 2023.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira De Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. 1, p. 228–233, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em: 1 dez. 2023.

NASCIMENTO, Maria Naiane Rolim *et al.* Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca: Scoping review. **Enfermagem em Foco**, v. 13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-20224>. Acesso em: 1 dez. 2023.

NOGUEIRA, Ivan Daniel Bezerra *et al.* Prevalência de insuficiência cardíaca e associação com saúde autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. **Acta Fisiátrica**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 95–101, jun. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/164952>. Acesso em: 3 dez. 2023.

NORMAN, Cameron D.; SKINNER, Harvey A. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. e9, jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>. Acesso em: 2 dez. 2023.

OLANO-LIZARRAGA, Maddi *et al.* Interventions on the social dimension of people with chronic heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 113-125, mar. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac051>. Acesso em: 3 dez. 2023.

OLIVEIRA, Gabriela *et al.* Caracterização sociodemográfica, perfil clínico e cognitivo de pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Research, Society and Development**, [S.

l.], v. 10, p. e538101019275, ago. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19275>. Acesso em: 3 dez. 2023.

ORDÓÑEZ-PIEDRA, Javier *et al.* Effectiveness of the Advanced Practice Nursing interventions in the patient with heart failure: A systematic review. **Nursing Open**, v. 8, n. 4, p. 1879–1891, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33689229/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

PEREIRA, Fernanda Ávila da Costa; CORREIA, Dayse Mary da Silva. A insuficiência cardíaca em uma cidade brasileira mineira: um panorama epidemiológico de 10 anos. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 139–145, abr. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2902/782>. Acesso em: 3 dez. 2023.

QIAO, Yanru *et al.* Association Between Medication Adherence and Healthcare Costs Among Patients Receiving the Low-Income Subsidy. **Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, [S. l.], v. 23, n. 9, p. 1210–1217, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.06.005>. Acesso em: 3 dez. 2023.

RIBEIRO, Alexandra Rayssa Nascimento. Salário: o mínimo do mínimo. **Revista Pet Economia UFES**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 47–50, jun. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/peteconomia/article/view/41522>. Acesso em: 28 nov. 2023.

RIEGEL, Barbara *et al.* An update on the self-care of heart failure index. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 485–497, dez. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19786884/>. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0. Acesso em 05 set. 2021

RIEGEL, Barbara; Jaarsma Tiny; Stromberg, Anna. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. **Advances in Nursing Science**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 194–204, 2012. Disponível em: doi:10.1097/ans.0b013e318261b1ba. Acesso em 25 maio. 2022.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 11, p. 4263–4275, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>. Acesso em: 25 maio. 2022.

SANTANA, Maria J. *et al.* How to practice person-centred care: A conceptual framework. **Wiley One Library**. 21:429–440, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12640>. Acesso em 18 out. 2023.

SANZ, M. Ferri; ACHA, B. Vallina; GARCÍA, M. Ferrando. Co-Design for People-Centred Care Digital Solutions: A Literature Review. **International Journal of Integrated Care**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 16, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.5573>. Acesso em: 30 nov. 2023.

SCHAFER-KELLER, Petra *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**, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 464–474,

jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa026>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SERASA. **Perfil e comportamento do endividamento brasileiro 2022**. Serasa, 2022. Disponível em: <https://cdn.builder.io/o/assets%2Fb212bb18f00a40869a6cd42f77cbeefc%2F3737e87997744fea99f21146c9647091?alt=media&token=0a8ba1e9-f983-4fba-8a35-789113b1da81&apiKey=b212bb18f00a40869a6cd42f77cbeefc>. Acesso em: 28 nov. 2023.

SERASA. **Pesquisa-Endividamento-2021**. Serasa, 2021. Disponível em: <https://www.serasa.com.br/assets/cms/2021/Pesquisa-Endividamento-2021-Release-.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2023.

SILVA, Marco Antonio Gomes da. *et al.* Preditores de comportamentos de autocuidado em indivíduos com insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 44, p. e20220357–e20220357, set. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220357.pt>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SILVA, Matheus Vinicius Barbosa da *et al.* Caracterização do perfil epidemiológico da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: um estudo descritivo. **Enfermagem Brasil**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 154–165, abr. 2022. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/5030>. Acesso em: 21 set. 2023.

SILVA, Weydder Tavares da *et al.* Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S. l.], v. 11, out. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000449>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SOUSA, Mailson *et al.* Desenvolvimento e validação de aplicativo móvel para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, n. 15, jan. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0315pt>. Acesso em: 1 dez. 2023.

SOUSA, Mailson Marques de *et al.* Adesão de pacientes com insuficiência cardíaca à terapêutica instituída. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, nov. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/30442>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SOUSA, Mailson Marques de *et al.* Relação entre autocuidado e condições sociais e clínicas de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Rene (Online)**, [S. l.], v. 19, p. e33062, dez. 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33062/pdf_1. Acesso em: 7 set. 2021.

SOUZA, Cicera Eduarda Almeida de *et al.* Fatores epidemiológicos para a incidência de insuficiência cardíaca. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, [S. l.], v. 15, jul. 2023. Disponível em: <https://periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/1469>. Acesso em: 21 nov. 2023.

SOUZA, Joice Poliane; TIBÃES, Hanna Beatriz Barcelar. Cuidados de enfermagem ao idoso com doenças crônicas na Atenção Primária. **CONEXÕES-Revista dos cursos de Graduação e Pós-graduação da Faculdade Única de Ipatinga na modalidade EaD**, v. 2, n. 1, 2022.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 10 mai. 2023.

SOUZA, Mônica Vieira de *et al.* Impactos da insuficiência cardíaca no sistema de saúde e previdenciário brasileiro: qual é o custo da doença? **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 149–61, ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n2.p149-61>. Acesso em: 3 dez. 2023.

STUCHI, Rosamary Aparecida Garcia *et al.* Insuficiência cardíaca e crenças dificultadoras na adesão ao tratamento. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 7, p. 1–9, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1871>. Acesso em: 3 dez. 2023.

STURZENEKER, Mario *et al.* O impacto de ações coordenadas por equipe multidisciplinar em desfechos clínicos no contexto do tratamento cardiológico ambulatorial. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 4939–4953, set. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n5-142>. Acesso em: 1 dez. 2023.

TINOCO, Juliana de Melo Vellozo Pereira *et al.* Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**, [S. l.], v. 29, p. e3389, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4281.3389>. Acesso em: 3 jan. 2022.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 46, p. 1174–1186, out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/thcVfcJVQNFj7Ds6WrXg5z/>. Acesso em: 3 dez. 2023.

WALLSTRÖM, Sara *et al.* Effects of a person-centred telephone support on fatigue in people with chronic heart failure: Subgroup analysis of a randomised controlled trial. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [S. l.], v. 19, n. 5, p. 393–400, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515119891599>. Acesso em: 3 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular Diseases (CVDS)**. WHO, 11 jun. 2021. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 4 jan. 2022.

ZIPFEL, Nina. *et al.* Determinants for the implementation of person-centered tools for workers with chronic health conditions: a mixed-method study using the Tailored Implementation for Chronic Diseases checklist. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 21, n.

1, p. 1091, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11047-6>. Acesso em: 3 dez. 2023.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo “**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO AUTOCUIDADO AOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**”, realizado pela mestrandia Julia Gonçalves Escossia Campos, da Escola de Enfermagem Anna Nery. Esta pesquisa tem como **objetivos**: 1) Identificar as práticas não farmacológicas utilizadas pelos pacientes assistidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca; 2) Analisar as práticas não farmacológicas sob a ótica do cuidado centrado no paciente; 3) Analisar como se dá o gerenciamento do autocuidado nos pacientes assistidos no ambulatório de insuficiência cardíaca. A abordagem para a participação da pesquisa acontecerá ambulatorialmente. A coleta de dados ocorrerá de acordo com a disponibilidade do paciente nos dias destinados à atendimento no ambulatório. Será realizada uma entrevista que avaliará o gerenciamento das intervenções não farmacológicas em seu autocuidado. A sua participação está condicionada ao aceite através da assinatura deste documento e, após a sua leitura, será fornecido em duas vias, ficando uma com o pesquisador e uma com o participante. Neste momento também serão esclarecidas todas as dúvidas sobre a pesquisa proposta. Ao iniciar a coleta de dados, serão coletados, pelo próprio pesquisador, dados referentes à caracterização clínica, social e demográfica, em instrumento próprio, complementados com dados oriundos dos prontuários, físico e eletrônico, posteriormente. Após o preenchimento parcial dos dados clínicos e sociodemográficos do paciente, segue-se com a aplicação do MiniMental®, como estratégia de verificação de critérios de exclusão. Após esta etapa será realizada uma entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas para a identificação das variáveis sobre a utilização de intervenções não farmacológicas no autocuidado, com perguntas sobre quais intervenções não farmacológicas são utilizadas, se houve prescrição por um profissional de saúde ou não, e qual foi a fonte de conhecimento que o paciente obteve tais informações sobre determinada intervenção não farmacológica. A entrevista semiestruturada será gravada e transcrita, garantindo o

anonimato dos participantes. Sua participação é voluntária, podendo você desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Não é obrigatório responder a todos os questionários e/ou perguntas que serão dirigidas a você, e os dados serão coletados após a consulta de enfermagem.

Os riscos aos participantes desta pesquisa serão mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que coletará dados por meio de questões pessoais. Durante os procedimentos de coleta de dados sempre haverá o acompanhamento por um dos pesquisadores, que prestará toda a assistência necessária ou interromperá qualquer coleta de dados se os participantes assim o desejarem. Será garantido um ambiente próprio para realização de perguntas necessárias em uma sala reservada. Será assegurada a sua privacidade, e sua identificação será mantida sob sigilo. Caso a pesquisa ocasione algum dano ao participante, o mesmo poderá solicitar indenização, conforme proposto pela resolução nº 466/12.

Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa e mantidos em um banco de dados, de acesso restrito para utilização em pesquisas futuras. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão, a curto e longo prazo, melhoria do atendimento aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, não somente o que concerne o gerenciamento da doença, mas também outros aspectos sociais que englobam a vida de todo ser humano. Espera-se que com a realização deste trabalho se possa estruturar o atendimento de forma ampla trazendo benefícios a todos envolvidos.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida por meio da não identificação do seu nome.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Para isso, basta entrar em contato com o pesquisador responsável conforme dados informados a seguir. Agradecemos a sua participação.

Declaro estar ciente da pesquisa, concordo em assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma via em minha propriedade e a outra com o pesquisador responsável por esta pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do(a) participante: Assinatura do(a) participante: Nome do pesquisador(a):
Assinatura do(a) pesquisador(a):

Mestranda Enfermeira Julia Gonçalves Escossia Campos. Escola de Enfermagem Anna Nery. Departamento de Metodologia da Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Fone: (21) 98676-2782. E-mail: juescossia25@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899. E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Iniciais:

Idade:

Data de Nascimento:

Sexo:

Cor autorreferida:

Endereço:

Dados Sociodemográficos

Renda mensal: Escolaridade:

Estado civil:

Bairro:

Telefone: Estado:

Possui acesso a: Celular Televisão Internet Smartphone

Perfil Epidemiológico

Uso de álcool: Sim Não

Se sim, qual quantidade:

Uso de álcool no passado: Sim Não

Parou há quanto tempo (anos):

Usou por quanto tempo (anos):

Uso de cigarro: Sim Não

Se sim, qual quantidade:

Uso de cigarro no passado: Sim Não

Parou há quanto tempo (anos):

Usou por quanto tempo (anos):

Uso de outras drogas ilícitas: Sim Não

Se sim, qual tipo:

Uso de outras drogas no passado: Sim Não

Parou há quanto tempo (anos):

Usou por quanto tempo (anos):

Data do diagnóstico de IC:

Classe funcional NYHA:

Outras comorbidades:

Quais:

Medicamentos utilizados:

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Além das medicações prescritas, quais outros cuidados você realiza no dia a dia no tratamento da insuficiência cardíaca?
2. Quais facilidades e dificuldades você tem para realizar o tratamento da insuficiência cardíaca?
3. Estes cuidados que você utiliza foram prescritos pelo médico ou enfermeiro, ou você as utiliza sem ter tido prescrição ou indicação de um profissional? Se não houve prescrição, como você conheceu este cuidado que você realiza?
4. O que você considera importante saber sobre sua doença para melhor controle de seus sintomas?

ANEXO A – MINI EXAME DE ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?

(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima
(6) não sabe

Total de pontos:

2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:

(1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

Total de pontos:

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:

Anote um ponto para cada resposta certa:

3) Por favor, diga-me:

Dia da semana () Dia do mês () Mês () Ano () Hora
aprox. ()

Total de pontos:

ORIENTAÇÃO ESPACIAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:

Onde estamos: consultório, hospital, residência ()

Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ()

Em que bairro estamos: ()

Em que cidade estamos ()

Em que estado estamos ()

Total de pontos:

REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore, Mesa, Cachorro.

A () M () C ()

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez ____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos:

ATENÇÃO E CÁLCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7;
____; ____; ____; ____; ____

(93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos:

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A () M () C ()

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos:

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta:

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C () R ()

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos:

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

"NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ"

Total de pontos:

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: "FECHE OS OLHOS". Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos:

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P () D () C ()

Total de pontos:

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro. (máximo de trinta segundos).

Total de pontos:

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo. Anote um ponto se o desenho estiver correto.

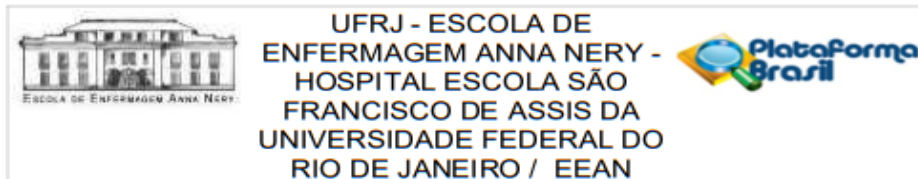


Total de pontos:

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total. A pontuação máxima é de trinta pontos.

TOTAL

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP EEAN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Intervenções não farmacológicas no autocuidado aos pacientes com insuficiência cardíaca

Pesquisador: JULIA GONCALVES ESCOSSIA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61799122.8.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

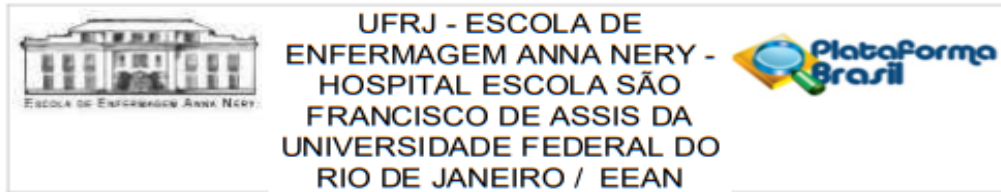
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.801.858

Apresentação do Projeto:

"Estudo de abordagem qualitativa. O campo para a coleta de dados será o ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Serviço de Cardiologia de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. O serviço de Insuficiência Cardíaca faz parte do SME Caridio (Serviço de Métodos Especiais - Cardiologia), e o atendimento ambulatorial dos pacientes com IC funciona no 3º andar em três consultórios distintos onde acontecem as consultas médicas e de enfermagem. A amostra será composta por pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca acompanhados neste hospital. O serviço ambulatorial de insuficiência cardíaca possui aproximadamente, uma média de 130 (cento e trinta) pacientes atendidos até o momento. Os critérios de inclusão serão: pacientes de ambos os sexos; maiores de 18 anos; em qualquer estágio da Insuficiência Cardíaca; em qualquer classe funcional da NYHA; em acompanhamento ambulatorial regular. E os critérios de exclusão: pacientes com transtorno neurocognitivo verificado através do MiniMental® (Anexo A) e os pacientes com quadro de descompensação aguda de IC. A pontuação do MiniMental® considerada como melhor ponto de corte será a de 20 para indivíduos sem escolaridade, e 24 para os indivíduos com escolaridade. A escolaridade será avaliada com base nas informações colhidas com o paciente, e serão consideradas a heterogeneidade e características próprias das regiões

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cep.ean.hesta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.801.858

brasileiras (BRUCKI et al., 2003). A abordagem para a participação da pesquisa acontecerá ambulatorialmente. A coleta de dados ocorrerá de acordo com a disponibilidade do paciente nos dias destinados à atendimento no ambulatório. No dia da coleta de dados será iniciada a abordagem ao paciente após os atendimentos com o convite para participação da pesquisa com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), retirada de dúvidas e possíveis esclarecimentos relacionados à pesquisa. Após o consentimento voluntário do paciente em participar da pesquisa, e assinatura do TCLE, será iniciada a coleta de dados. Após a assinatura do TCLE pelo participante da pesquisa, serão coletados, pelo próprio pesquisador, dados referentes à caracterização clínica, social e demográfica, em instrumento próprio, complementados com dados oriundos dos prontuários, físico e eletrônico, posteriormente. Após o preenchimento parcial dos dados clínicos e sociodemográficos do paciente, segue-se com a aplicação do MiniMental®. Após esta etapa será realizada uma entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas para a identificação das variáveis sobre a utilização de intervenções não farmacológicas no autocuidado. As entrevistas serão gravadas em aparelhos de áudio e transcritas. A previsão é que cada entrevista tenha uma duração média de 30 minutos. Após a coleta de dados, as variáveis coletadas sobre os dados sociodemográficos e clínicos".

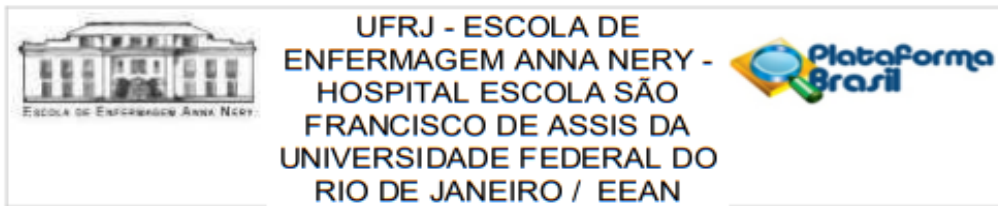
Objetivo da Pesquisa:

1) Identificar as práticas não farmacológicas utilizadas pelos pacientes assistidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca; 2) Analisar as práticas não farmacológicas sob a ótica do cuidado centrado no paciente; 3) Analisar como se dá o gerenciamento do autocuidado nos pacientes assistidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Os riscos aos participantes desta pesquisa serão mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que coletará dados por meio de questões pessoais. Durante os procedimentos de coleta de dados sempre haverá o acompanhamento por um dos pesquisadores, que prestará toda a assistência necessária ou interromperá qualquer coleta de dados se os participantes assim o desejarem. Será garantido um ambiente próprio para realização de perguntas necessárias em uma sala reservada. Será assegurada a sua privacidade, e sua identificação será mantida sob sigilo. Caso a pesquisa ocasione algum dano ao participante, o mesmo poderá solicitar indenização, conforme proposto

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 3938-0962 E-mail: cepeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5801.858

pela resolução nº 466/12.

Benefícios:

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão, a curto e longo prazo, melhoria do atendimento aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, não somente o que concerne o gerenciamento da doença, mas também outros aspectos sociais que englobam a vida de todo ser humano. Espera-se que com a realização deste trabalho se possa estruturar o atendimento de forma ampla trazendo benefícios a todos envolvidos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver conclusões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

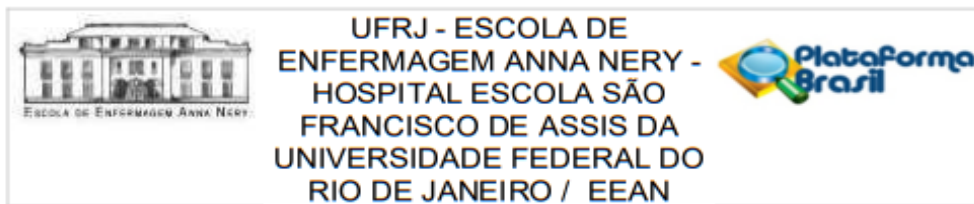
Pesquisa já aprovada nos CEP proponente e coparticipante. Emenda submetida para correção do texto do parecer. Emenda APROVADA

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo ao previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU A EMENDA ao Protocolo de Pesquisa em XX de XXXXX de 2022. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e ao Sistema Plataforma Brasil. Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração no projeto e no TCLE, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 (cinco) anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275	CEP: 20.211-110
Bairro: Cidade Nova	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 3938-0962	E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



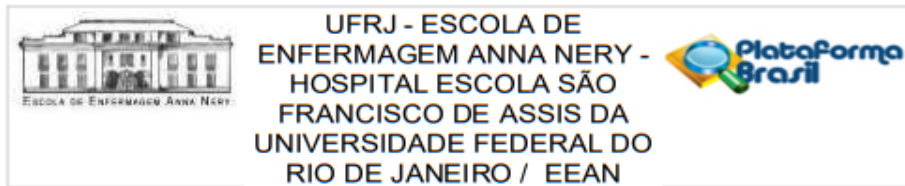
Continuação do Parecer: 5.801.858

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2063768_E1.pdf	07/12/2022 19:24:44		Aceito
Outros	Emenda_Julia_.pdf	07/12/2022 19:23:22	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Julia_modificado.docx	15/09/2022 09:26:42	JULIA GONCALVES ESCOSSIA CAMPOS	Aceito
Outros	formulario_de_respostas_as_pendencias_Julia.pdf	15/09/2022 00:06:04	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_Julia_Escossia_modificado.pdf	14/09/2022 23:38:46	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_modificado_julia.pdf	14/09/2022 23:36:40	JULIA GONCALVES ESCOSSIA CAMPOS	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_Julia_Escossia.pdf	18/08/2022 17:44:49	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_do_setor.pdf	18/08/2022 17:44:08	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Julia_Escossia.pdf	18/08/2022 17:40:47	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Entrevista_semiestruturada_Julia_Escossia.pdf	17/08/2022 15:44:21	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisadores.pdf	16/08/2022 00:29:39	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Formulario_DPq_Julia_Escossia.pdf	16/08/2022 00:22:38	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_institucional.pdf	16/08/2022 00:21:20	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Declaracao_Bolsista_CAPES_Julia_Escossia.pdf	16/08/2022 00:19:50	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_HUCFF.pdf	16/08/2022 00:16:10	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto_Julia_Escossia.pdf	15/08/2022 23:50:10	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Infraestrutura.pdf	15/08/2022 23:46:58	JULIA GONCALVES ESCOSSIA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 3938-0962 E-mail: cpeeanhsta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.801.858


Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Maria Angélica Peres
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Alonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 3938-0962 **E-mail:** cepeanhesfa@eean.ufrj.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP HU

<p>UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ</p> 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenções não farmacológicas no autocuidado aos pacientes com insuficiência cardíaca

Pesquisador: JULIA GONCALVES ESCOSSIA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61799122.8.3001.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.805.402

Apresentação do Projeto:

Emenda ao Projeto de pesquisa para correção do conteúdo do parecer ao POc do projeto "Intervenções não farmacológicas no autocuidado aos pacientes com insuficiência cardíaca".

Trata-se de projeto ACADÊMICO, de abordagem qualitativa, apresentado ao Programa de Pós- graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery como parte integrante dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Resumo do projeto:

Mundialmente, a Insuficiência Cardíaca afeta milhões de pessoas, apresentando uma gama de diferentes sintomas que interferem na qualidade de vida dos indivíduos. Apesar dos avanços na identificação e tratamento da Insuficiência Cardíaca, ainda são recorrentes as hospitalizações emergenciais. De acordo com a Diretriz de Insuficiência Cardíaca (2018), as medidas não farmacológicas fazem parte do tratamento para pacientes com Insuficiência Cardíaca e são importantes no autocuidado, pois geram autonomia, tornando-os participantes diretos do seu tratamento. Objetivos: Identificar as práticas não farmacológicas utilizadas pelos pacientes

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.805.402


assistidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca; Analisar as práticas não farmacológicas sob a ótica do cuidado centrado no paciente; Analisar como se dá o gerenciamento do autocuidado nos pacientes assistidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca. Metodologia: Será um estudo de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados será utilizada uma entrevista semiestruturada sobre as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos pacientes de um ambulatório de insuficiência cardíaca, e também, um instrumento de caracterização do paciente.

METODOLOGIA:

Estudo de abordagem qualitativa. Este método é entendido como aquele que ocupa o campo subjetivo da realidade social, e é tratado por meio dos significados, das crenças, da história, das atitudes dos atores sociais, dos motivos e do universo. (MINAYO, 2013)

Campo/ Local: O campo para a coleta de dados será o ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Serviço de Cardiologia de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. O hospital possui uma série de especialidades e, dentre elas, está o Serviço de Cardiologia que é composto por atendimento ambulatorial, serviço de internação em enfermarias próprias, Unidade Coronariana, Laboratório de Hemodinâmica, Laboratório de Eletrofisiologia e consultórios. No terceiro andar está localizado o SME Cardio (Serviço de Métodos Especiais – Cardiologia) onde são realizados exames de eletrocardiograma, ecocardiograma, pareceres cirúrgicos, dentre outros atendimentos ambulatoriais. O serviço de Insuficiência Cardíaca faz parte do SME, e o atendimento ambulatorial dos pacientes com IC funciona no 3º andar em três consultórios distintos onde acontecem as consultas médicas e de enfermagem. A consulta de enfermagem no ambulatório de Insuficiência Cardíaca é priorizada para aqueles pacientes com maior número de internações e reinternações recentes, episódios de descompensação e dificuldade na adesão ao tratamento. Esta avaliação é baseada em dados consultados em prontuário eletrônico. A escolha deste local se deu em função do acompanhamento dos pacientes com IC pelo enfermeiro no serviço ambulatorial, com a possibilidade de identificar e analisar o autocuidado realizado pelo paciente. A escolha da instituição também se deu por se tratar de um hospital universitário onde o aprendizado é uma constante, reunindo em apenas um local o ensino, a pesquisa e a assistência, com circulação de diferentes categorias profissionais, facilitando o elo entre pesquisa e a assistência e conseqüente integração de profissionais de saúde e discentes em formação.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
 UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
 FRAGA FILHO DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO
 RIO DE JANEIRO / HUCFF-
 UFRJ**


Continuação do Parecer: 5.805.402

Amostra: A amostra será composta por pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca acompanhados neste hospital. O serviço ambulatorial de insuficiência cardíaca possui aproximadamente, uma média de 130 (cento e trinta) pacientes atendidos até o momento, considerando que este número pode mudar à medida que os pacientes vão à óbito, e conforme são admitidos no serviço. Os critérios de inclusão serão: pacientes de ambos os sexos; maiores de 18 anos; em qualquer estágio da Insuficiência Cardíaca; em qualquer classe funcional da NYHA; em acompanhamento ambulatorial regular. Critérios de exclusão: pacientes com transtorno neurocognitivo verificado através do MiniMental® (Anexo A) e os pacientes com quadro de descompensação aguda de IC. A pontuação do MiniMental® considerada como melhor ponto de corte será a de 20 para indivíduos sem escolaridade, e 24 para os indivíduos com escolaridade. A escolaridade será avaliada com base nas informações colhidas com o paciente, e serão consideradas a heterogeneidade e características próprias das regiões brasileiras (BRUCKI et al., 2003). Coleta de Dados: A abordagem para a participação da pesquisa acontecerá ambulatorialmente. A coleta de dados ocorrerá de acordo com a disponibilidade do paciente nos dias destinados à atendimento no ambulatório. Inicialmente será realizada uma aproximação da pesquisadora com o cenário, a fim de conhecer e se integrar com a dinâmica do setor. No dia da coleta de dados será iniciada a abordagem ao paciente após os atendimentos com o convite para participação da pesquisa com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), retirada de dúvidas e possíveis esclarecimentos relacionados à pesquisa. Após o consentimento voluntário do paciente em participar da pesquisa, e assinatura do TCLE, será iniciada a coleta de dados. Após a assinatura do TCLE pelo participante da pesquisa, serão coletados, pelo próprio pesquisador, dados referentes à caracterização clínica, social e demográfica, em instrumento próprio (Apêndice B), complementados com dados oriundos dos prontuários, físico e eletrônico, posteriormente. A obtenção de dados complementares do prontuário físico e eletrônico tem como objetivo não comprometer o tempo de atendimento aos pacientes. Após o preenchimento parcial dos dados clínicos e sociodemográficos do paciente, segue-se com a aplicação do MiniMental®. Após esta etapa será realizada uma entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas (Apêndice C) para a identificação das variáveis sobre a utilização de intervenções não farmacológicas no autocuidado, com perguntas sobre quais intervenções não farmacológicas são utilizadas, se houve prescrição por um profissional de saúde

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** oep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.805.402

ou não, e qual foi a fonte de conhecimento que o paciente obteve tais informações sobre determinada intervenção não farmacológica. As entrevistas serão gravadas em aparelhos de áudio e transcritas. A previsão é que cada entrevista tenha uma duração média de 30 minutos.

A entrada dos participantes no estudo será de forma contínua, de acordo com o fluxo de atendimento do serviço ambulatorial.

Objetivo da Pesquisa:

- 1) Identificar as práticas não farmacológicas utilizadas pelos pacientes assistidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca;
- 2) Analisar as práticas não farmacológicas sob a ótica do cuidado centrado no paciente;
- 3) Analisar como se dá o gerenciamento do autocuidado nos pacientes assistidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos aos participantes desta pesquisa serão mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que coletará dados por meio de questões pessoais. Durante os procedimentos de coleta de dados sempre haverá o acompanhamento por um dos pesquisadores, que prestará toda a assistência necessária ou interromperá qualquer coleta de dados se os participantes assim o desejarem. Será garantido um ambiente próprio para realização de perguntas necessárias em uma sala reservada. Será assegurada a sua privacidade, e sua identificação será mantida sob sigilo. Caso a pesquisa ocasione algum dano ao participante, o mesmo poderá solicitar indenização, conforme proposto pela resolução nº 466/12.

Benefícios: Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão, a curto e longo prazo, melhoria do atendimento aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, não somente o que concerne o gerenciamento da doença, mas também outros aspectos sociais que englobam a vida de todo ser humano. Espera-se que com a realização deste trabalho se possa estruturar o atendimento de forma ampla trazendo benefícios a todos envolvidos.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
 UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
 FRAGA FILHO DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO
 RIO DE JANEIRO / HUCFF-
 UFRJ**



Continuação do Parecer: 5.805.402

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda de centro co-participante já aprovada pelo centro coordenador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos na presente emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

- 1) De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem ser assinados pelo pesquisador responsável e conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no endereço https://cep.hucff.ufrj.br/images/Modelos/Modelo_de_Relatorio_Final.pdf, bem como deve haver menção ao período a que se referem. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. A submissão deve ser como Notificação.
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, juntamente com a justificativa (item 2.2.1.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Emenda_Julia_.pdf	07/12/2022 19:23:22	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Julia_modificado.docx	15/09/2022 09:26:42	JULIA GONCALVES ESCOSSIA CAMPOS	Aceito
Outros	formulario_de_respostas_as_pendencia s_Julia.pdf	15/09/2022 00:06:04	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termo_de_consentimento_livre_e_esclar ecido_modificado_julia.pdf	14/09/2022 23:36:40	JULIA GONCALVES ESCOSSIA CAMPOS	Aceito

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.805.402

Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_modificado_julia.pdf	14/09/2022 23:36:40	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_Julia_Escossia.pdf	18/08/2022 17:44:49	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_do_setor.pdf	18/08/2022 17:44:08	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Entrevista_semiestruturada_Julia_Escossia.pdf	17/08/2022 15:44:21	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisadores.pdf	16/08/2022 00:29:39	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Formulario_DPq_Julia_Escossia.pdf	16/08/2022 00:22:38	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_institucional.pdf	16/08/2022 00:21:20	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Declaracao_Bolsista_CAPES_Julia_Escossia.pdf	16/08/2022 00:19:50	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_HUCFF.pdf	16/08/2022 00:16:10	JULIA GONCALVES ESCOSSIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Monique Loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br