

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: FATORES QUE INTERFEREM NA  
QUALIDADE DE VIDA**

**RODRIGO NEVES DE OLIVEIRA SOUSA**

**CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS**  
**2012**

**RODRIGO NEVES DE OLIVEIRA SOUSA**

**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: FATORES QUE INTERFEREM NA  
QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como requisito parcial para  
obtenção do título de Especialista

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

**CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS  
2012**

**RODRIGO NEVES DE OLIVEIRA SOUSA**

**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: FATORES QUE INTERFEREM NA  
QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como requisito parcial para  
obtenção do título de Especialista

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa (Orientador)

Prof.<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 12/08/2012

*Àquela que, me concebeu...*  
*Mostrando-me que os obstáculos existiriam e que eu teria que ser forte para superá-los...*  
*MINHA MÃE (in memoriam),*  
***VOCÊ sempre será minha eterna inspiração!***  
***Eu dedico essa conquista, com todo meu amor, a VOCÊ.***

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS**... Sua proteção nunca me levou para onde Tuas graças não pudessem me alcançar!

À **MINHA FAMÍLIA**, Papai Juares e Irmão Bruno, obrigado por estarem sempre por perto, auxiliando-me nas necessidades... apoiando-me nas decisões... Amo Vocês!

**AOS MEUS BEBÊS** (Tunico, Julie e Mel; agora também, Camilo e Bibi), minhas alegrias.

À **PROFA DRA. KÁTIA POLES**, obrigado pela referência de “*Enfermeira Padrão*” e por despertar minha vaidade profissional na busca pelo conhecimento!

À Tutora **LUCIMARI ROMANA DIPE DE FARIA** (Lú). Tenho a certeza de que a palavra **CARINHO** resume todo esse caminhar, você foi apoio e segurança... Acreditou em mim... Nunca terei palavras para lhe agradecer por este grande impulso!

Ao competentíssimo orientador **PROF. EDISON JOSÉ CORRÊA**, pela propriedade das sugestões apresentadas neste trabalho e pela disponibilidade, você ajudou a tornar um desafio distante, nesta realidade! **MUITO OBRIGADO!**

À Equipe do **PSF PALMEIRAS** e aos **PACIENTES** dos Bairros Palmeiras e São Judas Tadeu... Vocês são meu estímulo quando encontro-me instável. Em especial, gostaria de agradecer à Agente Comunitária de Saúde (FATINHA), pelo carinho de Mãe que sempre teve comigo!

Ao Prefeito Municipal de Bom Sucesso, **ALOÍSIO ROQUIM**, pela confiança em meu trabalho e por sempre estimular os funcionários a buscarem e trazerem o melhor de si para a vida profissional!

À minha querida cidade **BOM SUCESSO**... Minhas raízes...  
Onde vivenciei os maiores momentos de AMOR da minha vida!

*Enfim, a todos (as) que passaram por mim e que ainda habitam meu coração...  
Pessoas queridas... presentes sempre serão!!!*

*“Todos esses que aí estão atravancando meu caminho,  
Eles passarão...  
Eu, passarinho!”*

*(Mário Quintana)*

## RESUMO

O presente trabalho contextualizado na experiência do autor no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e focado no tema Insuficiência Cardíaca (IC) busca traçar um novo objetivo para a atenção à saúde em que a atuação profissional possa ser permeada pela aquisição de novos paradigmas sobre o conceito do conhecer e do cuidar da saúde e pela redefinição do papel do profissional nesse processo. Em revisão bibliográfica abordam-se conceito, causas e correlações entre insuficiência cardíaca e estilo e qualidade de vida, a clínica da insuficiência cardíaca, a educação em saúde e a organização do processo de atenção à saúde, com destaque para o papel da enfermagem. Investiga-se a qualidade de vida do paciente acometido, tendo em vista que a IC se apresenta como um grande problema de saúde pública, elevando os índices de internação e óbitos/ano. Propõe-se a estratégia da educação em saúde, prerrogativa da Atenção Básica, como forma de trabalhar a prevenção. Busca-se analisar como as expectativas do paciente poderiam influenciar no tratamento. Conclui-se que as descompensações cardíacas ocorrem envolvendo vários aspectos do sujeito em sua integralidade, que devem ser preocupação do profissional enfermeiro.

**Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca. Qualidade de Vida. Atenção Primária.

## **ABSTRACT**

The present work is contextualized in the author's experience in Specialization Course in Primary Care in Family Health and, focused on heart failure (HF), seeks to draw a new goal for health care in which the professional activity can be permeated by the acquisition of new paradigms about the concept of knowing and health care and by redefining the professional role in this process. In a literature review themes as concept, causes and correlations between heart failure and life style and quality of heart failure clinic are considered, as well health education and the organization of health care, with emphasis on the role of nursing. It is investigated as patient's quality of life is affected, bearing in mind that the HF presents itself as a major public health problem, raising the rates of hospitalization and deaths/year. The strategy of education in health, prerogative of primary care, is proposed as the way to work on prevention. We seek to analyze how the expectations of the patient could influence on treatment. It is concluded that hearth failure can occur involving various personnel aspects, in its integrity, and that should be the concern of the professional nurse.

Key-words: Heart failure. Quality of life. Primary Health Care



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1 Insuficiência cardíaca: conceito, causas e correlações com estilo e qualidade de vida.....	16
5.2 Clínica da insuficiência cardíaca.....	20
5.3 Educação em saúde e insuficiência cardíaca.....	22
5.4 A organização do processo de atenção à saúde.....	23
5.5 O papel da enfermagem.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

## 1 INTRODUÇÃO

O início da trajetória profissional do autor deste trabalho deu-se no Programa de Saúde da Família (PSF), pois a opção era trabalhar com promoção e prevenção de doenças, em que se teriam inúmeras oportunidades de aprimorar conhecimentos, nesse contexto.

Além disso, a Unidade de Saúde da Família é caracterizada por oferecer ações de promoção e prevenção em saúde, assistindo a família como um todo.

Desta forma, atuar nesse cenário poderia concretizar um objetivo maior do cuidado que, até então, era contribuir para que as ações de atenção básica se concretizassem, ou seja, possibilitassem que os pacientes e família cuidassem de si mesmos, com conhecimento de suas doenças.

Contudo, ao vivenciar a dinâmica de trabalho na referida unidade, havia a percepção que, em contato com diversas situações, aquele objetivo, anteriormente traçado, não era atingido e os índices de internações por condições sensíveis à atenção básica se elevavam. Uma dessas situações se referia aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) submetidos, em longo prazo, a terapia inadequada e que acabavam evoluindo para complicação, a Insuficiência Cardíaca (IC).

Mediante essa situação, confirmava-se um total desprovimento de recursos para manejar as demandas de assistência ao paciente e família naquele momento.

Nesse momento, houve um despertar para um cuidado mais abrangente, em que o conhecer da fisiopatologia da doença contribuísse com o objetivo da atenção.

Com o passar do tempo, as lacunas referentes às ações de promoção de saúde e prevenção de doença se mostravam. Desse modo, essa inquietação fez com que eu procurasse o programa de pós-graduação da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), onde me especializei em Cardiologia.

Neste momento, foi buscado um caminho de descobertas, permeado pela possibilidade de conhecer a fisiopatologia da doença e, posteriormente, os melhores princípios para a atenção secundária e terciária e de considerar que a descompensação cardíaca pudesse ser o fato da não adesão dos pacientes à terapia.

Mesmo assim, após a conclusão dessa especialização, os esforços tornavam-se insuficientes, pois os pacientes continuavam a apresentar restrições ao tratamento. Nesse ínterim, esse autor buscou o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o Curso de Especialização em Atenção

Básica em Saúde da Família. Vários foram os subsídios oferecidos durante o caminhar, entre eles observar a abrangência do cuidado em saúde da família e da orientação meticulosa.

Desse modo, foi traçado um novo objetivo, permeado pela aquisição de novos paradigmas sobre o conceito do conhecer e do cuidar e da redefinição do papel profissional nesse processo.

Foi tomado como referência o contexto de trabalho, descrito a seguir. A Unidade Básica de Saúde (UBS) “José da Mata Santiago”, base para o Programa de Saúde da Família (PSF) Palmeiras, é equipamento de saúde da cidade de Bom Sucesso, situada a 20 km da Rodovia Fernão Dias, a 130 km de Belo Horizonte e a 450 km de São Paulo. A cidade possui 137 anos de emancipação política e tem como principal fonte geradora de emprego a atividade agrícola (cafeicultura).

O município tem população de 17.243 habitantes (BRASIL, 2010), em um território de 705 km<sup>2</sup>. Bom Sucesso dispõe de cinco equipes de saúde da família, sendo uma delas de abrangência da zona rural. O PSF Palmeiras, com a UBS na qual estou inserido desde abril de 2006, assiste a 3602 pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Atualmente, o consolidado mensal do SIAB oferece a informação de 670 portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 130 pacientes diabéticos (DM), 610 pessoas acima de 60 anos, 450 crianças menores de cinco anos e 27 gestantes (BOM SUCESSO, 2012).

A Unidade Básica de Saúde funciona no horário de 07:00 às 17:00 horas e conta com uma equipe multiprofissional, sendo um médico generalista, um médico ginecologista (com atendimento semanal), um médico pediatra (com atendimento semanal), um Enfermeiro/Responsável Técnico (o autor desse trabalho), um Cirurgião Dentista, um Atendente de Consultório Dentário (ACD), dois Técnicos de Enfermagem e sete Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), do sexo feminino.

Uma atividade semanal de Grupo Operativo reúne os pacientes de terceira idade para realização ações de atenção e de educação em saúde, na própria UBS.

O atendimento médico é dividido em livre demanda (distribuição de fichas) no período da manhã e agendamentos para os grupos de hipertensos, diabéticos, idosos, crianças e portadores de doenças crônicas, como a Insuficiência Cardíaca.

As consultas de enfermagem são realizadas no período da manhã (para os portadores de doenças crônicas, crianças e gestantes) e, durante a tarde, o enfermeiro se dedica à supervisão geral da unidade e dos sistemas de informação.

Atualmente, são assistidos sete pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca. Eles recebem assistência multiprofissional, da atenção básica e dos serviços de referência em cardiologia.

Os cardiopatas recebem atendimento médico, de enfermagem, nutricional e psicológico mensalmente (consultas agendadas) e, com a mesma frequência, são assistidos pelo médico cardiologista da Policlínica Municipal, que revê a terapêutica. Essa assistência interligada permite que a atenção básica e o centro de especialidades ofereçam um tratamento holístico ao portador de Insuficiência Cardíaca, na medida em que o médico e o enfermeiro do PSF estão mais próximos das indagações do paciente e da monitorização das complicações e o médico cardiologista atua na terapêutica especializada.

O atendimento do serviço de nutrição se dá no acompanhamento da dieta, peso e adequação hídrica e o serviço de psicologia dos aspectos psicossociais dos pacientes e familiares. Entretanto, nem sempre se consegue todo o êxito no tratamento dos pacientes com falência da bomba cardíaca, pois descompensam com frequência devido a várias situações e às inúmeras medicações diárias. Nesse momento conta-se com a atuação das ACS, que informam as inadequações da adesão dos pacientes ao tratamento, pela simples observação, conversa e relato dos familiares.

Diante do exposto, reafirma-se a importância do papel da atenção básica sobre os fatores precipitantes da IC, ou seja, um programa adequado de educação em saúde em que toda equipe de saúde da família foque nos fatores que dificultam a adesão do paciente à terapia, para, posteriormente, serem traçadas metas para inserir o paciente e família no processo contínuo de adequação.

## 2 JUSTIFICATIVA

Durante o processo de estudo e de análise de pacientes e da área de abrangência percebem-se que os fatores de restrições auxiliavam na descompensação e nas complicações cardíacas, focos então da minha inquietação.

Na medida em que se realizavam as consultas de enfermagem, observava-se que poucos eram os pacientes que tinham perspectivas em relação à manutenção da saúde. Daí a necessidade de focar em fatores que dificultavam a adesão ao regime terapêutico.

A Insuficiência Cardíaca (IC) tem se apresentado como um grande problema de saúde pública, elevando os índices de internação e óbitos/ano. Dessa forma, os programas de saúde devem subsidiar a melhoria da qualidade e o prolongamento de vida ao portador de IC. A equipe de atenção básica deve estar atenta para esses pacientes em questão, considerando a cronicidade da doença e os esgotamentos de terapia em longo prazo. O controle ineficaz do regime terapêutico torna-se o maior agravante para os episódios de descompensação.

O portador de Insuficiência Cardíaca deve ser visto como um todo inserido no contexto da atenção básica, no âmbito familiar e em suas atividades cotidianas, para que, assim, possa ser possível uma avaliação adequada de todos os fatores que contribuem para as dificuldades e afastamento de tratamento.

Mediante o exposto, justifica-se uma revisão de literatura para analisar e sistematizar os fatores que interferem na qualidade de vida dos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca e conhecer as dificuldades dos mesmos em relação ao tratamento e às consequências, como a elevada taxa de internação/óbito por descompensação.

### **3 OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo geral:

Realizar revisão da literatura sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, independente da classe funcional.

#### 3.2 Objetivos específicos são:

Analisar os fatores/limitações que interferem na qualidade de vida dos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca e que precipitam à descompensação.

Conhecer as dificuldades e/ou facilidades que os pacientes encontram para adesão ao regime terapêutico.

#### 4 METODOLOGIA

Como metodologia foi realizada revisão de literatura orientada pela pergunta: o que determina a qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca?

Para isso, foram utilizadas as pesquisas na Biblioteca Virtual de Saúde, em publicações do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF); registros em Portfólio do CEABSF e em informações bibliográficas ou eletrônicas de autores, livros e revistas científicas disponíveis na Internet, incluindo as disponíveis nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (Pubmed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com a utilização dos seguintes descritores: “qualidade de vida” e “insuficiência cardíaca”.

É importante ressaltar que a análise de publicações teve como objetivo revisar a literatura de periódicos de 1995 a 2011.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Diante dos avanços científicos e tecnológicos, observa-se um aumento da incidência de Insuficiência Cardíaca (IC) desde a expansão da atenção básica no Brasil, em 1994. A taxa de mortalidade específica (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório no Brasil (isquemia coronariana) é de 50,3, com grandes variações regionais (71,2 no Rio Grande do Sul e 17,1 no Amapá, em 2009 (BRASIL, 2012), seja por maior prevalência de idosos, maior registro correto desses diagnósticos ou menor registro dessa causa, geralmente informada entre as “causas mal definidas”.

Na revisão de literatura, neste trabalho, o tema da Insuficiência Cardíaca será abordado a partir de alguns tópicos – conceito, causas e correlações entre insuficiência cardíaca e estilo e qualidade de vida, educação em saúde e insuficiência cardíaca, a organização do processo de atenção à saúde, clínica da insuficiência cardíaca, tratamento não medicamentoso e o papel da enfermagem.

### 5.1 Insuficiência Cardíaca: conceito, causas e correlação com estilo e qualidade de vida

A produção científica concernente à Insuficiência Cardíaca (IC) no Brasil é variada, mas todos os autores mantêm a definição de Insuficiência Cardíaca como a incapacidade do coração em adequar sua ejeção às necessidades metabólicas do organismo ou fazê-la somente através de elevadas pressões de enchimento (BRAUNWALD, 2003).

No Brasil, pode-se estimar que 6,4 milhões de brasileiros sofram de IC, com ocorrência de 27 mil óbitos anuais. Cerca de 25% dos internados do Sistema Único de Saúde (SUS) com doenças cardíacas são portadoras de IC. Além disso, entre os pacientes com mais de 60 anos, a IC é a principal causa de internação. Por todos esses motivos a IC vem se tornando um grave problema de saúde pública em todo mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Várias são suas causas diretas da IC, suas comorbidades e seus fatores de risco, Ela resulta de anormalidades intrínsecas e extrínsecas no coração, em que vários mecanismos estão envolvidos. Há uma perda de miócitos cardíacos por necrose celular e apoptose (morte celular programada), havendo também alterações estruturais nos miócitos por hipertrofia celular e alterações ultraestruturais que envolvem mudanças no padrão da matriz extracelular, anormalidades no complexo contração-excitação, deficiência na utilização de energia e alteração na responsividade neuro-humoral celular; todos esses mecanismos levam a uma



falência cardíaca global. Independente da causa inicial da lesão, o coração sofrerá uma série de eventos citados anteriormente, que levarão a mudanças profundas na sua geometria e eficiência mecânica. Com isso, todo esse processo de eventos resulta em disfunção ventricular, conhecido como remodelamento ventricular (FERRAZ e OMURA, 2005).

As primeiras publicações em IC aconteceram em 1909, quando o Dr. Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas (Carlos Chagas) publicou sua descoberta sobre uma doença que tem como desfecho a IC, que foi nomeada posteriormente Doença de Chagas (BALIEIRO, 2009).

Os estudos sobre IC no Brasil têm sido direcionados por avaliações intra-hospitalares, utilizando dados do DATASUS, nos casos de IC descompensada em ambulatórios especializados de instituições localizadas nas grandes metrópoles brasileiras (BALIEIRO, 2009). Desse modo, as doenças cardiovasculares são a maior causa da morbidade e mortalidade, sendo que a Insuficiência Cardíaca é a causa mais comum de internações e de morbimortalidade (ZASLAVSKY e GUS, 2002).

Além de seus altos custos hospitalares em atendimentos de emergência, a IC provoca uma sensível perda da qualidade de vida, resultando muitas vezes em aposentadorias precoces e altos custos socioeconômicos para o país, segundo as II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca (BARRETO e BOCCHI, 2003).

Embora essa doença se equipare ao câncer e supere a Acquired Immunodeficiency Syndrome Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) em número de mortes e prognóstico, os recursos aplicados na pesquisa de novas terapias não passam de 25% das verbas destinadas à pesquisa do câncer, segundo o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Recentes avanços da medicina, como novos medicamentos, corações artificiais e reabilitação cardíaca têm ajudado no tratamento e convivência com a doença, porém o maior desafio está em prevenir a IC, em pessoas com hipertensão arterial não tratada, colesterol elevado e infarto do miocárdio. Nesses aspectos, é reforçada a importância da educação em saúde para a população. Segundo Legrand (2004), a presença de outras doenças crônicas, precipitantes ou não para a IC, podem gerar conflitos e ansiedade no portador de Insuficiência Cardíaca, pois, além de todas as restrições, o mesmo tem que se preocupar com as complicações oriundas de outras doenças, que de certa forma, contribuem para a instabilidade de seu quadro cardiológico.

Segundo Rocha e Silva (2009) trata-se de uma doença crônica que exige adaptações nos hábitos de vida diária. Essas modificações interferem em vários aspectos da vida dessas pessoas. A partir do contato com os portadores de adoecimento crônico, em especial entre

aqueles com IC, pode-se compreender que muitos pacientes internados, em alguns casos por complicações da doença, tinham ou tiveram dificuldades de adaptação ao novo estilo de vida imposto pelo adoecimento, apesar de demonstrarem consciência da necessidade de mudança diante da sua nova condição de vida.

A qualidade de vida, a autoestima e o bem-estar pessoal incluem uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado geral de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com as atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA, 2005).

É notório que os pacientes com doença cardíaca precisam mudar seu estilo de vida, afetado pelas complicações hemodinâmicas esperadas com o evoluir da doença. Além disso, as doenças coronarianas apresentam-se em alto índice na saúde pública, porém existe um déficit no diagnóstico precoce da doença, deixando que evolua a ponto de necessitar do atendimento terciário (AGUIAR, 2011).

Além disso, alguns hábitos e estresse emocional são fatores de risco para doenças cardiovasculares, que tem merecido destaque na literatura. Dessa forma, estudos mostram uma maior incidência de eventos cardiovasculares na população com sintomas depressivos ou baixos escores de indicadores de qualidade de vida (TAKIUTI, 2007; SPERTUS, 2000).

Presume-se que, além da gravidade da doença, a associação de comorbidades como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e obesidade, frequentemente presentes nesses pacientes, representam um agravante no declínio da qualidade de vida (LEGRAND, 2004).

Nesse sentido, a definição global de qualidade de vida leva em conta as condições externas de vida e as experiências subjetivas do indivíduo (SPERTUS, 2000).

Moriel *et al.* (2010), em seu estudo, identificaram alguns fatores conflitantes na reabilitação cardiovascular, sendo eles:

- 1- Capacidade funcional: a idade avançada (acima de 60 anos), diante da menor sobrevida esperada pelo paciente portador de cardiopatia, tornou-se um fator de ansiedade.
- 2- Aspectos físicos: gravidade da doença e seu estado evolutivo.
- 3- Presença de dor: como contribuinte ao aumento da descarga adrenérgica e dependência aumentada de alguns fármacos, como por exemplo, nitratos.

- 4- Estado geral da saúde: presença de outras patologias desencadeantes de descompensação da IC (DM e prejuízo na função renal, devido ao baixo débito cardíaco).
- 5- Vitalidade: resposta do organismo ao tratamento e capacidade diminuída para atividades cotidianas.
- 6- Aspectos sociais: fatores restritivos a interação social sem limitações.
- 7- Aspectos emocionais: aceitabilidade da doença cardiovascular.
- 8- Saúde mental e sexual: capacidade de reorganizar sua dinâmica familiar e afetiva frente às limitações impostas e efeitos colaterais das medicações.

Nesse sentido, diante da discussão das variáveis citadas, Alvarez *et al.* (2003), descrevem que a presença de DM, hipertensão arterial não controlada, sobrepeso/obesidade e eventos cardiovasculares repetidos são condições que contribuem para o agravamento de saúde e afetam as atividades cotidianas dos indivíduos.

Vários são os fatores a serem avaliados no pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca. Entre os já citados, um aspecto que merece discussão é a possível implicação do prejuízo da qualidade de vida e sintomas depressivos no prognóstico desses pacientes, onde a atenção multiprofissional merece destaque. A depressão pode desencadear uma resposta fisiopatológica intensa, como, por exemplo, hipercortisolemia, fator responsável pela introdução de drogas mais potentes devido ao seu forte fator vasoconstritor em um coração incapaz de atender as demandas fisiológicas (ROZANSKI, BLUMENTHAL, KAPLAN, 1999). A maior agregação plaquetária, que contribui para a obstrução arterial coronariana secundária à Insuficiência Cardíaca (CAROLL *et al.*, 1976) e finalmente, resposta vagal diminuída, responsável pelo desenvolvimento de eventos arritmogênicos/arritmias cardíacas fatais (MUSSELMAN *et al.*, 1996; CARNEY *et al.*, 1995).

Contudo, os pacientes com IC sofrem de vários sintomas, muitos dos quais são não específicos e frequentemente resultam em redução da capacidade funcional e em piora da qualidade de vida, ambos relacionados com dispnéia e fadiga durante as atividades diárias (JOLLY *et al.*, 2007; O'CONNOR *et al.*, 2009).

De acordo com Carvalho *et al.* (2009), citado por Nogueira *et al.* (2010), a qualidade de vida é uma discrepância entre satisfação ou descontentamento com determinadas áreas da vida, de acordo com a percepção do próprio indivíduo, sendo essa percepção considerada o melhor indicador de qualidade de vida. Na linguagem convencional, satisfação com a vida refere-se ao cumprimento de necessidades, expectativas, anseios e desejos.

Valorizar a busca de qualidade de vida, como item da atenção à saúde, vem assumindo importância, sob vários aspectos, nos últimos anos, como uma ferramenta que demonstra a eficácia de várias intervenções terapêuticas na IC (FERGUS, SEMOPOULOS e LEJEMTAL, 1996).

Nogueira *et al.* (2010), ainda afirmam em seu estudo que o aspecto físico mostrou maior comprometimento, pois avalia como a saúde física interfere nas atividades do trabalho, mostrando dessa forma que a limitação funcional imposta pela doença está associada à qualidade de vida.

## 5.2 Clínica da insuficiência cardíaca

Diversas entidades patológicas são precursoras da insuficiência cardíaca, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemias e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que, por sua vez, não são controladas do ponto de vista epidemiológico e, por isso, podem explicar o aumento da incidência dessa doença (FINI e CRUZ, 2009).

Os sintomas do paciente com insuficiência cardíaca são a dispnéia e a fadiga, predominantemente durante o exercício, a dispnéia paroxística noturna, a ortopnéia, o edema de membros inferiores e a tosse noturna. Esses sintomas, especialmente a fadiga e a dispnéia levam a limitações funcionais que podem acarretar comprometimentos de ordem psicológica e social, com prejuízo para a qualidade de vida (FINI e CRUZ, 2009). Caracterizam-se pelo agravamento progressivo.

Entre os sintomas emocionais destacam-se o medo, a insegurança e a tristeza. São, ainda, descritos déficit de memória e atenção, e diminuição do equilíbrio, o que pode predispor a ocorrência de quedas (SCATTOLIN *et al.*, 2007).

Esse conjunto de repercussões compromete a qualidade de vida relacionada à saúde dos sujeitos que a vivenciam (SCATTOLIN *et al.*, 2007).

Para Aguiar (2011), a qualidade de vida está completamente relacionada às mudanças nos estilos de vida, sendo o fator mais desafiador para um paciente portador de doença crônica. Dessa forma, o estresse emocional contribui para as dificuldades, pois agora se trata de uma adequação, em que o paciente não é mais o único dono de seus hábitos, trata-se de um novo caminhar, no qual qualquer atitude inadequada pode intensificar o tratamento e diminuir a capacidade do paciente para as atividades cotidianas (TAKIUTI, 2007; SPERTUS, 2000).

A pessoa com insuficiência cardíaca está em condição de cronicidade, ou seja, conviver com a doença com a qual não obterá a cura, desse modo precisará fazer o tratamento de forma contínua, submetendo-se aos efeitos colaterais das drogas, não ficando isenta do agravamento de sua doença e, ainda, não poderá não estar completamente livre da sintomatologia que trará mudanças na sua qualidade de vida (FINI e CRUZ; 2009).

Desse modo, a fadiga tem sido incluída como variável em diversos estudos, pela alta prevalência nas diversas populações e também pelo impacto na qualidade de vida (MOTA, CRUZ e PIMENTA, 2005). Com isso, a fadiga na insuficiência cardíaca é fator associado a limitações para a manutenção de um estilo de vida compatível com senso desejável de autonomia e independência. A intensidade da fadiga é observada como fator preditivo independente da piora da insuficiência cardíaca (FINI e CRUZ, 2009).

O melhor entendimento sobre a fadiga abrange o estudo de mecanismos potencialmente associados à sua gênese e expressão. Atribuía-se a fadiga na insuficiência cardíaca à baixa perfusão muscular. Há estudos que investem na identificação de alterações estruturais e funcionais na musculatura esquelética, além da baixa perfusão, que possam contribuir para o sintoma da fadiga. O maior desafio é encontrar intervenções capazes de auxiliar os pacientes com insuficiência cardíaca e lidar com um sintoma que parece ser frequente, intenso e que tem impactos indesejáveis importantes na vida de cada um (FINI e CRUZ, 2009).

Esta forma de avaliação da qualidade de vida tem se tornado indispensável ao avaliar um paciente na prática clínica. Desse modo, a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SANTOS ; PLEWKA E BROFMAN 2009).

Para tanto, a insuficiência cardíaca tem sido apontada como o desfecho final da maioria das doenças cardiovasculares. O aumento da expectativa de vida da população e a otimização do tratamento resultam em melhorias da qualidade de vida (SCATTOLIN *et al.*, 2007).

A incidência e a prevalência da insuficiência cardíaca tendem a aumentar progressivamente com o avanço da idade, o que faz com que seja considerada uma doença dos mais velhos. A Insuficiência Cardíaca, uma vez instalada, tem um forte impacto na vida do paciente, o que pode ser explicado pelas limitações decorrentes dos sintomas físicos e psicológicos associados à síndrome (SCATTOLIN *et al.*, 2007).

Embora vários estudos evidenciem relatos do comprometimento de vida relacionado à saúde associado ao declínio da funcionalidade na insuficiência cardíaca, são escassos os estudos que avaliam entre a qualidade de vida e de independência funcional (BENNETT *et al.* 2002).

A demonstração dessa correlação tem implicações na avaliação e tratamento do paciente com insuficiência cardíaca, uma vez que pode subsidiar o desempenho de intervenções que, por meio da melhora da independência funcional, possam resultar em melhoria de sua qualidade de vida relacionada à saúde (SCATTOLIN *et al.*, 2007).

Para fazer tal afirmação compartilha-se dos ideais de Scattolin *et al.*, (2007), que relatam que a avaliação funcional tem sido destacada como um importante conceito para a compreensão do impacto da insuficiência cardíaca no dia-a-dia- dos pacientes. Inclui uma variedade de fatores, tais como a percepção dos sintomas, barreiras ambientais, necessidade de ajuda e apoio social, bem como fatores psicológicos que são todos relatados pelos pacientes.

Diante desses autores, os achados evidenciam correlações de moderada magnitude, o que sugerem que as medidas que promovam a independência funcional podem levar à melhor qualidade de vida relacionada à saúde, especialmente no domínio físico (SCATTOLIN *et al.*, 2007).

### **5.3 Educação em Saúde e Insuficiência Cardíaca**

Segundo Barreto (2002) e Falk, Wahn e Lidel (2007), a meta do cuidado para o paciente com Insuficiência Cardíaca inclui estratégias de educação para subsidiar maior adesão ao tratamento e conseqüente bem estar e aumento da qualidade de vida, com diminuição das internações. Estas estratégias se fortalecem com atuação da equipe multidisciplinar, abordagem holística, foco nas necessidades humanas individuais e inclusão do familiar. Destaca-se, nesta equipe, a atuação do enfermeiro, que prioriza através do atendimento individualizado ou em grupo, a educação em saúde.

O processo de cuidar do paciente com insuficiência cardíaca permeia a identificação e compreensão das respostas dos pacientes com insuficiência cardíaca aos problemas de saúde reais e potenciais, facilitando a escolha de intervenções de enfermagem. Estimula, assim, medidas farmacológicas e não farmacológicas que se propõe a melhorar a qualidade de vida e aderência ao tratamento através da promoção e prevenção de doenças (CAVALCANTI, CORREIA e QUELUCI, 2009). Segundo os mesmos autores, a Insuficiência Cardíaca é uma

condição endêmica, sendo a primeira causa de internação hospitalar em idosos no Brasil, apresentando alta morbimortalidade. A implementação da consulta de enfermagem tem proporcionado a compreensão das respostas dos pacientes com insuficiência cardíaca a seus problemas de saúde reais e potenciais. Facilita a escolha de intervenções alternativas como estimular medidas não farmacológicas para melhorar a qualidade de vida, a educação para a saúde, com orientações sobre alimentação, atividade física, posições de conforto, entre outras questões que possam auxiliar a manter uma vida mais saudável e aumentar a aderência ao tratamento.

Por meio das discussões em grupos e interação de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas é produzido o conhecimento de forma multidisciplinar, o que tem proporcionado a todos os membros da equipe uma experiência diversificada, única e solidária do saber e fazer em saúde (CAVALCANTI, CORREIA e QUELUCI, 2009).

#### **5.4 A organização do processo de atenção à saúde**

Todo o processo de mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) tem, por premissa, o aperfeiçoamento de seus aspectos de funcionamento, gestão e de articulação dos diferentes serviços e territórios, buscando uma melhor qualificação dos cuidados de saúde e promovendo melhorias nas condições de saúde da população (COSTA *et al.*, 2010).

Atualmente, a definição de cuidados de saúde de população oferecidos com qualidade exige que os sistemas proporcionem acesso facilitado, com atenção efetiva e equânime, com custos suportáveis para aperfeiçoar benefícios em saúde e de bem estar para todos (CAMPBELL, ROLAND e BUETOW, 2000).

Para Calderón *et al.* (2003), estudos que descrevem as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária têm sido utilizados como instrumento para avaliar o acesso da população e a qualidade dos serviços prestados pela rede básica de saúde. Essa conceituação de problemas de saúde sensíveis a cuidados primários faz referência aos processos em que o nível de atenção inicial efetivo e ágil pode ajudar a diminuir os riscos de hospitalização, prevenindo o início de uma enfermidade, tratando uma enfermidade aguda ou controlando uma enfermidade crônica.

O acesso universal e a efetiva qualidade na atenção básica diminuem as diferenças de saúde e interferem nos níveis do sistema de saúde de maior complexidade. Assim, o acompanhamento das taxas de internações por condições sensíveis a atenção primária pode ser indicador da qualidade da assistência e da efetividade dos cuidados. O indicador pressupõe

a necessidade de internação como resultado da falta de atenção oportuna e efetiva ao problema, partindo-se do princípio que acesso facilitado, e cuidados efetivos, em períodos de tempos corretos, podem reduzir os riscos de hospitalizações pela possibilidade de prevenir o início dessas doenças ou de controlar um episódio de exarcebação aguda ou ainda de manejar (CALDERÓN *et al.*, 2003).

É importante ressaltar que não há cura para a IC. Assim, a terapêutica baseia-se tanto no tratamento medicamentoso e no não medicamentoso. No primeiro caso, centra-se a melhora no controle dos sintomas no uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. O segundo foco são as mudanças no estilo de vida, para sua qualidade e prolongamento (BARRETO e BOCCHI, 2003).

Além disso, Rocha e Silva (2009) referem-se à dificuldade que emerge da terapia farmacológica da IC, ou seja, a aquisição de medicamentos.

O regime terapêutico não medicamentoso da IC requer inúmeros ajustes no estilo de vida, como evitar exageros na alimentação, limitar a ingestão hídrica, manter dieta hipossódica, praticar atividade física, quando possível, além de abolir álcool e fumo (BARRETO e BOCCHI, 2003).

## **5.5 O papel da enfermagem**

A enfermagem pode auxiliar no controle da fadiga dos pacientes com insuficiência cardíaca por intervenções que têm por objetivo melhorar a capacidade de resistência do paciente e incluem: avaliação da saúde, controle da nutrição, atividade/exercício prescrito, dieta prescrita, estabelecimento de metas mútuas, identificação de riscos, incremento do sono, produção de exercício (JOHANSON *et al.*, 2005).

Os pacientes com insuficiência cardíaca expressam inúmeras respostas à sua condição primária que interferem nas esferas biológica, social, psicológica, mental e espiritual. Diante disso, a fadiga é um dos sintomas mais frequentes nessa população, para que as intervenções sejam propostas de forma direcionada, sistematizada e fundamentada (FINI e CRUZ, 2009).

O enfermeiro é responsável não somente por administrar o medicamento, seja no cenário hospitalar ou no da saúde pública, mas também avaliar seus efeitos, benéficos e deletérios, sobre o paciente. É o equilíbrio desses efeitos que determina o tipo e a dosagem da terapia farmacológica. As ações de enfermagem para avaliar a eficácia terapêutica incluem, manter um registro do que foi ingerido e eliminado para identificar um equilíbrio negativo,



pesar o paciente no mesmo horário, realizar ausculta pulmonar rigorosa, avaliar presença e regressão de edema quando este estiver presente, controle da frequência cardíaca e da pressão arterial. Com isso o paciente será avaliado para o risco de sobrecarga hídrica (HIGA, ATALLAH e SCHIAVON, 2003).

As estratégias estão baseadas em educação e orientação de pacientes e de cuidadores de pacientes com IC. São feitas palestras em grupo ou na forma de consultas individualizadas. Essas estratégias têm como objetivo transmitir conteúdo informativo, reforçar a prescrição médica, esclarecer dúvidas, aliviar angústias, discutir objetivos e eventuais falhas no tratamento (FERRAZ e OMURA, 2005).

Essas formas de intervenções e avaliação dos pacientes com insuficiência cardíaca são fundamentais para manter a sua estabilidade e reduzir os impactos negativos da doença no sistema público de saúde, conforme Aliti *et al.* (2007).

Diante da análise da literatura, observamos que a qualidade de vida dos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca torna-se comprometida, ou seja, vários aspectos permearam tal afirmação, de modo que a atenção terciária encontra-se sobrecarregada.

No início desse levantamento de dados, várias foram as inquietações, e os autores conseguiram nos esclarecer o ponto no qual o paciente está inserido, pois não imaginávamos as dificuldades do tratamento, conseguíamos apenas julgar a não adesão.

Desse modo, vários são os aspectos que interferem no sucesso da terapêutica, e compartilhando com os autores, destacamos que a IC é irreversível e a adesão do paciente interfere completamente na qualidade de vida e na mortalidade.

Para fazer tal afirmação, vários são os aspectos envolvidos na reabilitação cardiovascular do paciente na prática clínica, identificamos como “grandes gigantes” na interferência do tratamento do paciente portador de IC: a capacidade funcional, aspectos físicos, presença de dor, adequação à terapia, vitalidade, aspectos emocionais e sociais, saúde mental e sexualidade, conforme ideia compartilhada por Favarato (2006).

Desse modo, o sucesso do tratamento da IC consolida-se no entendimento do paciente em seu estado de saúde atual, para assim intervir no processo farmacológico e não farmacológico da enfermidade imposta, conforme contribuição de Cavalcanti, Correia e Queluci (2009), em seu estudo.

Por outro lado, na prática diária, e na monitorização dos sistemas de informação e na revisão da prática cotidiana, nos deparamos com a seguinte realidade, “oferecer e receber”, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece toda uma trajetória para a assistência qualificada, e por outro lado nos deparamos com pacientes que não conseguem absorver a

seguridade de seu tratamento, pela complexidade de sua patologia. Essas inquietações motivam as pesquisas para a compreensão das facilidades/dificuldades na manutenção de seu estado de saúde, ou seja, o que oferecer a mais para a diminuição da mortalidade, considerando que a cardiologia é uma das autocomplexidades da atenção em saúde no Brasil conforme Costa *et al.*, (2010).

Nesse sentido, elegemos a fadiga, diante da grande contribuição literária, como grande condição de cronicidade, ou seja, mediante resposta terapêutica adequada, esta será, tardiamente, uma limitação imposta, fator que contradiz completamente a terapêutica do portador de Insuficiência Cardíaca. O paciente observa que não estará isento dessa sintomatologia que interferirá na sua qualidade de vida, conforme dissertam Fini e Cruz (2009).

Diante da tal afirmação, a fadiga tem sido considerada o incômodo maior dos pacientes. A cronicidade da doença e o tratamento não conseguem impedir que essa complicação se instale e, diante disso, a qualidade de vida dos pacientes torna-se comprometida (MOTA, CRUZ e PIMENTA, 2005).

Na prática diária, o enfermeiro deve encontrar subsídios para integrar completamente o paciente em todas as ações oferecidas pela atenção básica, estimulando o paciente para o exercício mínimo de sua capacidade cardiovascular e produção diária, conforme Johanson *et al.* (2005) propõem.

Tantas contribuições dos autores supracitados tornam-se necessárias para minimizar os impactos negativos da doença no paciente e família, para que o paciente compreenda suas limitações e proponha individualmente um plano de interação compatível com a doença.

A observação meticulosa do profissional torna-se necessária na avaliação do paciente como um todo em seu tratamento. Dessa forma, é possível redefinir a posição do paciente com relação à sua qualidade de vida, para que os mesmos tracem objetivos e metas que amenizem o impacto da doença, conforme colaboração de Santos, Plewka e Brofman (2009).

Os enfermeiros são a ligação entre o que se pode alcançar o que se alcança no tratamento da IC. Participam e coordenam os múltiplos serviços na educação do paciente e família no processo de saúde/doença (FERRAZ e OMURA, 2005).

Com isso, o objetivo maior do cuidado, é o aumento da expectativa de vida da população, ou seja, integrar o paciente a todas as condições impostas, para que os momentos de agonia em relação à doença tornem-se mais distantes, devido ao fato do mesmo estar

integrado em um tratamento clínico e progressivo, melhorando com isso, a qualidade de vida (SCATTOLIN *et al.*, 2007).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi apresentada uma análise bibliográfica das condições nas quais se encontra um paciente portador de Insuficiência Cardíaca. O paciente necessita de uma abordagem multiprofissional e com atenção a vários focos, dentre os quais contribuem para aproximação/afastamento da doença.

A abordagem do enfermeiro deve começar no momento do agendamento, ou seja, nesse momento interagir com o ACS responsável pelo paciente e fazer alguns questionamentos dos quais:

- O paciente está interagindo com as orientações durante as visitas domiciliares mensais?
- Você tem notado alguma dificuldade do paciente e família com relação ao tratamento medicamentoso?
- Como está o estado geral do paciente?
- Ocorreram internações?
- O paciente apresenta dispnéia? Edema?
- A família tem se mostrado acolhedora ao tratamento do paciente às orientações da atenção básica?

Partindo desse pressuposto, o enfermeiro poderá encontrar erros terapêuticos, e desse modo inserir o paciente na abordagem multiprofissional, na qual o médico fará sua análise e revisão e, outros profissionais podem intensificar suas avaliações, como o serviço de nutrição, psicologia e odontologia, considerando que uma das causas da IC são as endocardites e, cabe ao odontólogo, avaliar não só o paciente portador de IC, mas os idosos em geral que apresentam mais de três fatores para desenvolvimento da doença cardiovascular.

Diante do exposto, a presente revisão bibliográfica refinou os olhares dos profissionais do PSF Palmeiras, pois vários são os aspectos envolvidos em um tratamento tão criterioso.

Pode-se afirmar que a mudança de paradigma ocorreu no momento em que percebemos que as descompensações ocorrem envolvendo vários aspectos, dentre eles, o emocional e cotidiano, onde o paciente passou a ser visto como um todo no processo de estabilização de sua doença, e não apenas como um negador da terapia imposta.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M.I.F. *et al.* Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da Escala Whoqol. **Bref. Arq Bras Cardiol.** 2011; 96(1) 60-67. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010ahead/aop12910.pdf> >. Acesso em: 24 jul.2012.
- ALVAREZ, S.E. *et al.* Encontrando os feminismos latino-americanos e caribenhos. **Rev Estud Fem.** 2003; 11:541-75
- ALITI *et al.* Educational settings in the management os patients with heart failure. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15,n.2, p: 344-9, March-April 2007.
- BALIEIRO, H.M. *et al.* Perfil Clínico-Demográfico e indicadores de qualidade da insuficiência cardíaca em uma área rural. **Arq Bras Cardiol.**v.93, n. 6,p: 687-691. 2009Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/20.pdf> >. Acesso em: 24 mar.2012
- BARRETO, A.C.P ; BOCCHI, E.A. **Insuficiência cardíaca.** São Paulo: Editora Segmento; 2003.
- BERNETT, S.J. *et al.* Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. **Qual Life Res .v** 11,p : 349-359, 2002
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.IBGE Cidades@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=310800>. Acesso em 24 maio 2010
- BOM SUCESSO. Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB, 2012 (dados locais).  
BRASIL. Datasus - **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.phs>>.Acesso em 28 abr. 2011.
- BRASIL. Datasus. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com\\_C08.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_C08.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2012.
- BRAUNWALD, E.; ZIPES, D.P.; LIBBY, P. **Tratado de Medicina Cardiovascular.** São Paulo: Roca, 2003.
- CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Soc Sct Med.** 2000; SI: 1611-25.
- CALDERON, S.M. *et al.* Factores asociados a la hospitalizacion por procesos sensibles a cuidados ambulatorios em los municipios. **Gac. Sanit.**v.17, p. 360-72003
- CARNEY, R.M. *et al.* Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. **Am J Cardiol.** v 76, n.8, p: 562-4. 1995;

- CAROLL, B.J. *et al.* Urinary free cortisol excretion in depression. **Psychol Med.** 1976;6(1):43-50.
- CAVALCANTI, A.C.D.; CORREA, D.M.S.; QUELUCI, G.C. A implantação da consulta e Enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.11, n.1,p :194-9. 2009; Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11/n/a25.htm>>. Acesso em: 06 maio 2011.
- COSTA, J.R. *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2): 358-364, fev. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2012.
- FALK, S.; WAHN, A.K.; LIDEL, E. keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. A qualitative study. **Eur J Cardiovasc Nurs.**v.6,n.3, p: 192-199. 2007
- FAVARATO, M.E.C. de. *et al.* Qualidade de vida na doença arterial coronária: comparação entre gêneros. **Rev Assoc Med Bras** v.52, n4, p: 236-41, 2006;. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n4/a23v52n4.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2012.
- FERGUS, I. SEMOPOULOS, P., LEJEMTAL, A. L. Quality of life in older patients with congestive heart failure. Effects of ACE inhibitorsdrugs. **Aging.**v. 8 , n.1, p:23-28. 1996
- FERRAZ, R.S.; OMURA, C.M. Atuação do enfermeiro no tratamento da Insuficiência Cardíaca. **Rev Enferm UNISA.** v.6, p : 80-4. 2005Disponível em: < <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-14.pdf> >. Acesso em: 05 abr. 2012.
- FINI A; CRUZ, D. de A.L.M. da. Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.17, n. 4. jul/ago., 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_19.pdf) >. Acesso em: 25 jan. 2012.
- HIGA, S.E.M.; ATALLAH, N.A.; SCHIAVON, L.L. **Medicina de Urgência.** São Paulo: Atheneu; 2003.
- JOHANSON, M. *et al.* **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.** Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
- JOLLY, K. *et al.* Home – based exercise rehabilitation in addition ho specialist hear failure nurse care: design, rationale and recruitment to the Birmingham rehabilitation uptake maximisation study for patients with congestive heart failure (BRUM- CHF: a randomized controlled trial. **BMC Cardiovasc Disord.**v. 7. p:1-9. 2007
- LEGRAND, V.M.G. Three – year outcome after coronary stenting versus bypass surgery for the treatment of multivissel disease. **Circulation.** v.109, n.9, p:1114-202004;
- MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta Paul Enferm.** v.18, n.3, p : 285-93, jun. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a09v18n3.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2012.

MUSSELMAN, D.L. *et al.* Exaggerated platelet reactivity in major depression. **Am. J Psychiatry.** v.153, n.10, p :1313. 1996;

NOGUEIRA, I.D.B. *et al.* Qualidade de vida na insuficiência cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n.2, p : 238-243. 2010

O'CONNOR, M.C. *et al.* Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure. **JAMA.** v.301, n.14, p : 1439-50. 2009;

ROCHA, L.A.; SILVA, L.F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.11, n.3, p :484-93. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>>. Acesso em: 14 maio 2012.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J.Á.; KAPLAN, J. Impact of psychological factors of the pathogenesis of cardiovascular disease. **Circulation.** v.99, n. 16, p : 2192-217. 1999;

SANTOS, J.J.A. dos, *et al.* Qualidade de vida e indicadores clínicos na insuficiência cardíaca: análise multivariada. **Arq Bras Cardiol.** v. 93, n. 2, p : 159-166, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009000800015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000800015)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

SCATTOLIN, F.A. *et al.* Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. **Cad Saúde Pública,** v.23, n.2, p : 2705-2715, nov 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/17.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (GEIC); Departamento de Cardiologia Clínica da SBC (SBC/DCC). **II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da Insuficiência Cardíaca:** SBC, 2002. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cronica.asp>. Acesso em: 19 jul. 2012.

SPERTUS, J.Á. *et al.* Association between depression and worse disease – specific functional artery disease. **Am Heart J.**v.140, n.1, p :105-10. 2000

TAKUITI, M.E. *et al.* Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. **Arq Bras Cardiol.** v.88, n.5, p: 537-44. 2007; Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000500007)>. Acesso em: 11 abr. 2012.

VECCHIA, R.D. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol.**; v.8, n.3, p: 246-522005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>>. Acesso em: 196 mar. 2012.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso e doença cardíaca: comorbidades. **Arq Bras Cardiol.** v.79, n.6, p : 635-9. 2002 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002001500011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002001500011&script=sci_arttext)> Acesso em: 29 mar. 2012.

