

Silva de Freitas, Maria Teresa; de Araújo Alves Püschel, Vilanice
Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 47, núm. 4, agosto, 2013, pp. 922-929
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033327021>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença*

HEART FAILURE: EXPRESSIONS OF PERSONAL KNOWLEDGE ABOUT THE DISEASE

INSUFICIENCIA CARDIACA: EXPRESIONES DEL CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS SOBRE LA ENFERMEDAD

Maria Teresa Silva de Freitas¹, Vilanice de Araújo Alves Püsche²

RESUMO

Pesquisa de natureza qualitativa que teve como objetivos caracterizar pessoas com Insuficiência Cardíaca (IC) segundo perfil sócio-demográfico, de saúde e de tratamento e analisar o conhecimento sobre a doença e tratamento. Foram entrevistados 42 pacientes com IC, em um hospital de cardiologia de São Paulo, foi utilizado questionário semiestruturado e análise de conteúdo dos dados. Predominou sexo masculino, idade maior que 45 anos, classe funcional II, comorbidades associadas e tratamento farmacológico. Da análise de conteúdo emergiram as categorias: conhecimento sobre a doença e conhecimento do tratamento. O conhecimento é ilustrativo, diagnóstico e explicativo, sendo atribuídos muitos significados à doença. A maioria desconhece nome, dose e frequência de uso dos medicamentos. O tratamento não farmacológico está relacionado às orientações dos profissionais de saúde sobre alimentação, sal e ingestão hídrica. Os resultados abrem perspectivas para intervenções educativas sistematizadas que possam contribuir para um melhor enfrentamento e manejo da doença.

DESCRITORES

Insuficiência cardíaca
Conhecimento
Educação em saúde
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

This qualitative study characterized individuals with heart failure (HF) according to their sociodemographic, health, and treatment profiles and analyzed their knowledge on the disease and its treatment. A total of 42 volunteers with HF were interviewed at a cardiology hospital in São Paulo using a semi-structured questionnaire; the data were subjected to content analysis. The sample comprised mostly males and individuals older than 45 years old; the sample was classified as functional class II with associated comorbidities and was subjected to pharmacological treatment. The type of knowledge exhibited by the sample was illustrative, diagnostic, and explanatory, and many different meanings were attributed to the disease. Most volunteers did not know the names, doses, or frequencies of use of their medications. Non-pharmacological treatment was identified as related to the information provided by the healthcare professionals about nutrition and salt and water intake. The results pave the road for systematic educational interventions that can improve the coping with and management of this disease.

DESCRIPTORS

Heart failure
Knowledge
Health education
Nursing care

RESUMEN

Investigación de naturaleza cualitativa que tuvo como objetivos caracterizar personas con Insuficiencia Cardiaca (IC), según el perfil sociodemográfico, de salud y de tratamiento; así como, analizar el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento. Fueron entrevistados 42 pacientes con IC, en un hospital de cardiología de Sao Paulo, se utilizó un cuestionario semiestructurado, cuyos datos fueron tratados por el análisis del contenido. Predominó el sexo masculino, edad mayor a 45 años, clase funcional II, con enfermedades asociadas y tratamiento farmacológico. Del análisis del contenido surgieron las categorías: conocimiento sobre la enfermedad y conocimiento sobre el tratamiento. El conocimiento es ilustrativo, diagnóstico y explicativo, atribuyéndose muchos significados a la enfermedad. La mayoría desconoce el nombre, la dosis y la frecuencia del uso de los medicamentos. El tratamiento no farmacológico se relaciona con las orientaciones de los profesionales de salud sobre alimentación, sal e ingestión hídrica. Los resultados revelan perspectivas para intervenciones educativas sistematizadas que puedan contribuir a un mejor enfrentamiento y manejo de la enfermedad.

DESCRIPTORES

Insuficiencia cardiaca
Conocimiento
Educación en salud
Atención de enfermería

* Extraído da dissertação “Conhecimento e significado da doença: expressões de pessoas com insuficiência cardíaca”, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010. ¹Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. materesa@usp.br ²Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. vilanice@usp.br@usp.br

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. A importância de estudar essa doença se deve aos aspectos epidemiológicos e clínicos envolvidos e por se tratar de um problema de saúde pública pela sua magnitude e transcendência⁽¹⁾.

O aumento da expectativa de vida e a longevidade nos países desenvolvidos têm potencialmente uma grande influência sobre a epidemiologia da IC. Aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras de IC e 2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano no mundo. Cerca de 6,5 milhões de pessoas na Europa, 5 milhões de pessoas nos Estados Unidos e 2,4 milhões de pessoas no Japão sofrem de IC⁽²⁻³⁾.

No Brasil, estima-se que 6,4 milhões de brasileiros sofram de IC. Essa doença é responsável por altos custos hospitalares e grande número de atendimentos de emergência e provoca perda da qualidade de vida e, muitas vezes, aposentadorias precoces e com altos custos para o país⁽⁴⁾.

No ano de 2007 as doenças cardiovasculares, no Brasil, representaram a terceira causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), com 1.156.136 hospitalizações. Sendo a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular a IC foi responsável, em 2007, por 2,6% das hospitalizações e por 6% dos óbitos registrados no país, consumindo 3% do total de recursos utilizados para atender as internações do SUS⁽⁴⁾.

A IC, em razão de sua história natural, é mais prevalente entre idosos. É a primeira causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos de idade no país^(1,5).

Observa-se crescimento da população idosa no Brasil e, portanto, potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de IC⁽⁶⁾. Em 2011, apenas no estado de São Paulo, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 8,5% da taxa de mortalidade⁽⁵⁾.

Dados norte-americanos mostram que os fatores precipitantes mais comuns da hospitalização por IC são o descumprimento do regime médico na restrição de sódio e de líquido, isquemia miocárdica, controle inadequado da pressão arterial, arritmias, introdução de novos medicamentos, embolia pulmonar, uso de antiinflamatórios não esteroidais, abuso de álcool ou drogas ilícitas, descompensação e infecções por pneumonia ou infecções virais⁽⁷⁾.

O tratamento da IC tem se tornado cada vez mais complexo devido à necessidade do uso de muitas drogas. O objetivo do tratamento não é somente diminuir a mortalidade

e morbidade, mas também melhorar a qualidade de vida, diminuindo os custos do tratamento para o sistema de saúde, principalmente pela redução das hospitalizações⁽⁸⁾.

A despeito das novas tecnologias que têm sido desenvolvidas para melhorar a saúde, a qualidade de vida e reduzir os custos da população com doenças crônicas, ainda são poucos os estudos que mostram o conhecimento da pessoa com IC sobre sua doença e tratamento.

No que se refere a qual conhecimento é mais importante na IC, ainda não se tem dados sistemáticos sobre a necessidade de um conhecimento específico, mas estudos apontam semelhanças sobre a importância de alguns temas educativos, tais como, restrição hídrica, peso diário e reconhecimento de sinais de piora clínica, como falta de ar e edemas⁽⁹⁾.

No Brasil, um artigo de revisão concluiu que os enfermeiros devem investir na adesão dos pacientes ao tratamento, destacando-se as recomendações da III Diretriz Brasileira para o Tratamento e Diagnóstico da IC que compreende: educação sobre a doença, monitorização de peso e identificação de sinais e sintomas de descompensação, além de educação para o uso dos medicamentos, atividade física e repouso, dieta e atividades sociais⁽¹⁾.

O objetivo deste estudo foi caracterizar pessoas com IC, segundo perfil sócio-demográfico, de saúde e de tratamento e analisar o conhecimento dessas pessoas com IC sobre a doença e tratamento.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza qualitativa, com a finalidade de identificar e compreender o conhecimento dos pacientes com insuficiência cardíaca sobre a doença e tratamento.

A pesquisa foi realizada no ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁽¹⁰⁾ localizado na cidade de São Paulo. A coleta de dados ocorreu no período de 27 de março a 30 de abril de 2010.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob o Protocolo de Pesquisa nº 0017/10.

Os participantes da pesquisa foram constituídos por 42 pacientes com diagnóstico de IC e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de IC registrado no prontuário; estar em Classe Funcional II e III (classificação da *New York Heart Association – NYHA*) registrada na última consulta médica; ter idade igual ou superior a 18 anos.

A escolha da classe funcional II e III foi considerada à medida que possibilitou uma abordagem dos pacientes em nível ambulatorial. Excluiu-se a classe I por entender que o paciente estaria em condições clínicas mais estáveis. E a classe funcional IV por estar possivelmente internado ou em condições que dificultaria a participação na pesquisa. Foram excluídos, pacientes em tratamento dialítico e em fila de transplante por apresentarem doenças e ou comorbidades que pudessem modificar as interpretações da entrevista.

O número de participantes da pesquisa foi baseado em publicações referentes ao tema indexadas na SciELO e no PubMed com abordagem metodológica semelhante.

Cada sujeito da pesquisa foi esclarecido e convidado a participar do estudo e após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deu-se início à entrevista individual.

Foi utilizado um *Instrumento* composto por três partes: 1. Identificação e Dados Sócio-demográficos (idade, sexo, raça, religião, escolaridade, trabalho, renda e moradia); 2. Perfil de Saúde e Tratamento (diagnóstico, histórico familiar, co-morbidades, medicamentos, restrição de líquidos e de sal); 3. Conhecimento da Doença e Tratamento (perguntas abertas).

As entrevistas foram realizadas no consultório de enfermagem pela investigadora principal, o tempo de duração variou de 30 a 45 minutos, elas foram gravadas e transcritas na íntegra, o que gerou 29 páginas de material que foi analisado⁽¹¹⁾.

Os conteúdos das entrevistas obtidos foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo⁽¹²⁾. A análise de conteúdo pode ser entendida como um

conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Permitindo, assim, explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão deste conteúdo, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares⁽¹²⁾.

As entrevistas foram transcritas e organizadas em arquivo digitado. Após cada depoimento foi colocada, entre parêntesis, a letra P referindo-se a Participante e o número do participante, conforme entrevista realizada que foi numerada seqüencialmente.

Neste estudo, o critério de categorização foi semântico, ou seja, foram elaboradas categorias temáticas, cujos temas comuns ficaram agrupados numa categoria sob um título.

A seguir, foi feita a exploração do material a partir da leitura das entrevistas. Nesse momento, o material foi decomposto por temas e por palavras com o mesmo

significado, iniciando-se a decodificação e construção das categorias de análise. A partir daí, iniciou-se a operação de atribuir significados e validação dos resultados, sendo feitas inferências, interpretações e análise dos resultados à luz do referencial teórico da educação em saúde, da aprendizagem e de resultados de outras pesquisas.

Da análise do conteúdo das entrevistas emergiram duas categorias: Conhecimento da Insuficiência Cardíaca e o Conhecimento do Tratamento da Insuficiência Cardíaca.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados, inicialmente, por meio da caracterização das pessoas com IC, em seguida, pelas categorias de análise construídas a partir da análise de conteúdo das entrevistas, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa são, predominantemente, homens (57,1%), idade maior que 45 anos, casados, religião católica, baixo nível de escolaridade (73,6%) e provenientes de São Paulo Capital e da Grande São Paulo. Houve predomínio de renda familiar baixa, na faixa de até três salários mínimos (52,2%). Quanto à ocupação, a maioria ocupa baixos postos, sendo que 18 (42,8%) dos entrevistados são aposentados e oito (19,0%) estavam desempregados.

Quanto ao perfil de saúde, 22 (52%) dos entrevistados estavam com IC em classe funcional II, com etiologia predominantemente isquêmica e hipertensiva. Dos entrevistados 30 (71,0%) mencionaram ter antecedentes familiares de doença cardiovascular.

Os dados da Tabela 1 mostram que, apesar de se observar predomínio da hipertensão arterial sistêmica como comorbidade associada a IC, a doença isquêmica do miocárdio e o diabetes tipo 2 também foram significativas. Em seguida menos frequentes, as dislipidemias e arritmias cardíacas. Com menos frequência, nessa população encontramos valvulopatias, insuficiência renal crônica, obesidade, hipotireoidismo, doença pulmonar, febre reumática e acidente vascular encefálico. Apenas um entrevistado tinha doença de chagas, contudo é a primeira causa de IC em áreas endêmicas e a terceira causa no Brasil⁽¹⁾.

Em relação ao perfil de tratamento, houve predomínio de tempo de tratamento entre um a cinco anos (60,0%). O intervalo de consultas médicas foi de zero a três meses e de quatro a seis meses. Os principais medicamentos prescritos foram os beta-bloqueadores (100,0%), diuréticos de alça (78,0%) e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) (74,0%). Dos entrevistados, 36 (86,0%) receberam orientação sobre o uso dos medicamentos no hospital, sendo que a maioria apontou o médico como responsável pela orientação (43,0%). Trinta e seis (86,0%) pacientes referiram que faziam controle de sal na alimentação e 30 (71,0%) faziam controle de líquidos na dieta.

Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem dos pacientes com insuficiência cardíaca conforme comorbidades associadas – São Paulo, SP, 2010

Comorbidades associadas	Participantes da pesquisa	
	N	%
Hipertensão arterial sistêmica	30	71,4
Doença Arterial Crônica/Isquemia/Infarto	14	33,3
Diabetes tipo 2	12	28,5
Dislipidemia	10	23,8
Arritmias (Fibrilação Atrial, Bloqueio Átrio Ventricular Total, Bloqueio de Ramo Esquerdo)	09	21,4
Valvulopatia	05	11,9
Insuficiência Renal Crônica não dialítica	04	9,5
Obesidade	04	9,5
Hipotireoidismo	04	9,5
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	03	7,1
Febre Reumática	02	4,7
Acidente vascular encefálico	02	4,7
Chagas	01	2,3
Outros (Ansiedade, Depressão, Câncer, Lúpus, Sinusite)	07	16,6

Os medicamentos utilizados prescritos no prontuário são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes com insuficiência cardíaca, conforme medicamentos prescritos, identificados no prontuário – São Paulo, SP, 2010

Medicamento Prescrito	N	%
Beta-bloqueadores (Carvedilol, Metropolol)	42	100,00
Diuréticos		
Furosemida	33	78,5
Hidroclorotiazida	17	40,4
Espironolactona	18	42,8
IECA (Captopril, Enalapril)	31	73,8
Anticoagulantes ou Antiagregantes Plaquetários	26	61,9
Digoxina	23	54,7
Sinvastatina/Atorvastatina	18	42,8
Omeprazol	12	28,5
Bloqueadores do canal de cálcio (Anlodipina)	11	26,2
Hidralazina e Nitrato	10	23,8
Antagonista de Aldosterona (Losartan, Valsartan)	08	19,0
Hipoglicemiente oral	10	23,8
Hormônio Tireoideano	07	16,6
Insulina	06	14,2
Antiarrítmicos (Amiodarona)	02	4,7
Outros (Sertralina, Alupurinol, Clonidina, Ciprofibrato, Clonazepam)	12	28,57

As categorias do conhecimento sobre a doença e o tratamento serão analisadas a seguir, sendo apresentados alguns depoimentos dos entrevistados para expressar e exemplificar essas categorias. Em geral, evidenciaram a experiência e as estratégias que utilizam para lidar com a doença, que é crônica e limitante e as fontes de apoio e estímulo na vivência da doença.

Conhecimento da doença

Para todos os 42 entrevistados, o início da doença estava associado ao momento em que apresentaram uma manifestação clínica da doença, conforme pode ser visto em alguns depoimentos a seguir. Após cada depoimento, a letra P se refere a Participante e o número, à ordem de numeração das entrevistas.

Foi em maio, quando tive infarto. Eu tinha problema de pressão, a pressão era sempre alta. Eu não sei te explicar. Eu acho que essa doença aí é ruim (P12).

É uma pergunta difícil, gostaria de saber, mas não sei. Sei que é do coração. Se é chagas que eu tenho não sei... já faz uns sete meses que tinha falta de ar, seis meses atrás inchava as pernas (...) (P15).

O início da doença, manifesto por 21 pacientes, estava associado à trajetória de atendimento nos serviços de saúde até o encaminhamento para um hospital especializado em cardiologia, conforme depoimento abaixo.

Descobri quando tava indo pro Ipiranga, vomitei, deu uma dor no peito, parei o carro por uma hora. Fui pro hospital, cheguei no PS muito mal, os cara lá me colocaram na maca, e daí descobri que tava com problema do coração. Depois de 30 dias me encaminharam para o Incor. Aqui no hospital me aliviou a pressão interna no peito. Sofri bastante.. Tive uma vida de rei no hospital, nunca faltou nada (...) (P17).

A análise dos depoimentos evidenciou que o conhecimento do início da doença está associado ao momento de atendimento de emergência no serviço de saúde, às manifestações clínicas apresentadas ou à trajetória pelos serviços de saúde até se chegar ao diagnóstico da IC e iniciar o tratamento devido.

Vinte e quatro pacientes (57,2%) não souberam referir o nome do problema de saúde que levou à IC ou ao diagnóstico de IC, enquanto 18 (42,8%) pacientes souberam referi-lo.

Essa doença não é muito boa. É por causa do coração. Não sei qual é a doença. Falaram que o coração tava inchado. Mas porque que ele tava inchado não sei (P03).

Pela análise de conteúdo das entrevistas, que constituiu a categoria O Conhecimento da doença emergiram três subcategorias que expressam o que os pacientes sabem da doença, denotando um conhecimento Ilustrativo, Diagnóstico e Explicativo, conforme pode ser visualizado na Figura 1.

O Conhecimento Ilustrativo refere-se ao saber meramente ilustrativo do problema do coração. Esse conhecimento é

expresso à medida que se descreve o coração com adjetivos peculiares à IC, como *coração inchado*, *coração fraco* e *coração grande*. Já o *Conhecimento Diagnóstico* é aquele que associa o problema do coração ao diagnóstico médico da doença, tal como *infarto*, *pressão alta* e *doença de chagas*. No *Conhecimento Explicativo*, os entrevistados usam modelos explicativos para descrever o problema do coração, como por exemplo, *sangue não circula no corpo*, *fração de ejeção baixa* e *manda menos sangue para as veias*.

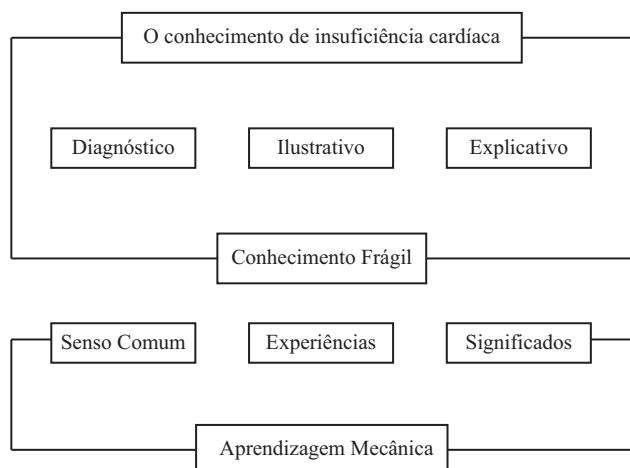


Figura 1 – Esquema Representacional do conhecimento dos entrevistados sobre a IC

As categorias de análise revelam que os pacientes apresentam conhecimento insuficiente *conhecimento frágil* para compreender o problema que acomete o coração, e assim, manejar a doença. No conjunto da análise desses depoimentos o conhecimento é fruto do senso comum, experiências e significados.

O conteúdo que os pacientes têm sobre a doença, não se liga a algo já conhecido, as novas informações são aprendidas sem interagir com conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva. Assim, a pessoa decora fórmulas, leis, mas esquece após a avaliação⁽¹³⁾.

Por isso, a educação em saúde deve ser desenvolvida, visando à mobilização da pessoa com IC para o conhecimento sobre a doença. A educação do paciente deve integrar o conhecimento popular e do senso comum com o científico para que o paciente possa associar as informações e dar significado a elas.

O conhecimento sobre o tratamento

A análise de conteúdo das entrevistas mostrou que, na perspectiva dos entrevistados, o tratamento da IC baseia-se no uso de medicamentos, no controle da dieta, na restrição de sal e de líquidos, no acompanhamento médico, na orientação de enfermagem, no atendimento dos profissionais de saúde e na realização de exames.

Ao analisar as respostas dos participantes da pesquisa, verificou-se que todos os entrevistados têm conhecimento de que o *tratamento farmacológico* é indicado para o controle da doença. Para a maioria, 33 pacientes (78,5%), o tratamento farmacológico é a principal estratégia para o manejo da doença.

Ah, eu tomo os remédios bem direitinho (...) Agora tô muito melhor (P25).

Eu só tomo esses remédios daqui mesmo. Os remédios que o médico passa (P20).

Para 20 (47,6%) entrevistados, o efeito do tratamento farmacológico traduz-se em controlar, recuperar e melhorar sinais e sintomas da doença, conforme depoimento abaixo.

... se não fosse o controle desse tratamento, eu acho que já tinha morrido. O tratamento melhorou minha vida (...) (P35).

Se você não tiver um controle, o tratamento não chega a lugar nenhum.... o tratamento é algo para recuperar (...) (P05).

Para pouco mais da metade dos entrevistados (22 - 52,3%) o tratamento farmacológico é: *Ótimo, muito bom e positivo; Trouxe mudanças para melhor; é Lento e Complexo; Faz sofrer; É para sempre, pois a doença não tem cura*.

Alguns pacientes (24%) relataram descuidar-se ou esquecer, fazer uso irregular ou indevido dos medicamentos.

As vezes descuido um pouco. Tomo remédio, mas quando melhoro descuido (P10).

Relaxo meu, não tomava os remédios direito, era quinze por dia, não agüentava mais. Tomava um só de manhã, tinha dia que tomava todos, outro tomava a metade (P32).

Apesar dos entrevistados terem identificado o tratamento farmacológico para o controle da doença, a maioria desconhece o nome, dose e frequência dos medicamentos.

Apenas 12 (28%) entrevistados conheciam o nome de todos os medicamentos, cinco (12%) conheciam a dose de todos os medicamentos e 10 (24%) conheciam a frequência de uso de todos os medicamentos.

O *conhecimento sobre o tratamento não farmacológico* na perspectiva dos entrevistados está relacionado às orientações dos profissionais de saúde sobre o controle da alimentação, do sal e da ingestão hídrica. Também mencionaram com menos frequência a abstinência de bebida alcoólica, a aferição da pressão arterial, a realização de atividades de lazer, a redução do estresse e o descanso, conforme alguns depoimentos a seguir.

Eu sigo o tratamento e a orientação dos médicos religiosamente. Praticamente o controle de sal eu faço muito bem, o de líquido também (P07).

O que eu faço, eu procuro evitar bebida. Não bebo mais (...) (P18).

Em relação à dieta no controle da IC, 23 (55%) entrevistados apontaram cuidados no dia a dia com a alimentação, controlando ou evitando excessos na dieta.

... Não comer massa, gordura e o sal. E eu tirei essas coisas: sal, gordura, pra eu viver bem. Tudo aquilo que vocês falam pra mim eu faço (P21).

Não abuso no sal e nem na gordura por causa do colesterol (P23).

Para 19 (45%) pacientes, o tratamento não farmacológico é feito conforme orientação do médico, da enfermeira ou da nutricionista.

Observou-se também que no tratamento não farmacológico, 13 (31%) pacientes utilizavam outras estratégias de cuidado, como evitar o estresse, relaxar, descansar e realizar atividades de lazer.

Contudo, na análise das entrevistas, identificaram-se depoimentos que expressam a falta de conhecimento ou manejo inadequado do tratamento não farmacológico, uma vez que alguns tomam muito líquidos e não controlam o sal.

Controlo o sal na comida, tomo bastante água, e bastante suco de maracujá (P06).

O sal e água, não controlo, não sinto nada quando como comida salgada (P08).

Ainda, identificou-se nos depoimentos a dificuldade do paciente para seguir o tratamento. Algumas expressões denotam cuidados insuficientes por considerar que o efeito do tratamento é lento, é muito complexo ou não sabe o efeito do tratamento, por isso deixou de tomar os medicamentos.

Daí junta todos remédios fico fraca, na cama até passar o efeito dos remédios (P11).

O risco desses remédios é de eu ficar prostrada numa cama (P24).

Nesse sentido, apreendeu-se que o *manejo do tratamento*, seja farmacológico ou não farmacológico ocorre de maneira regular e irregular. Como pode observado nos depoimentos.

Eu procuro tomar as medicações corretamente do jeito que eles mandam. Não tem essa de não gostar de medicamento (P12).

(...) eram quinze por dia e não aguentava mais, não mesmo... Tinha dia que tomava todos, outro tomava a metade... não sentia nada com a pressão alta (P32).

Identificaram-se também nos depoimentos expressões que evidenciam uma *disponibilidade interna para se cuidar* que é motivada pelo desejo de evitar a descompensação da doença e de manter a vida; porque compreendeu o que é a doença; pela fé e pela família, conforme depoimentos a seguir.

Eu sei que é uma doença grave e que tenho que tomar cuidados (...) Eu me cuido o máximo possível pra evitar piora (P42).

Pra mim tá sendo bom, muito bom. Espero em Deus (...) (P25).

Eu tenho motivação da família, do meu marido (...) (P28).

DISCUSSÃO

A análise de conteúdo das respostas evidencia que o conhecimento do início da doença se deu no momento em que os participantes vivenciaram uma situação pontual em que as primeiras manifestações clínicas se fizeram presentes. O que sugere que o conhecimento do início da doença é um saber que se constituiu pela vivência de um evento que marcou a vida das pessoas entrevistadas.

Apenas alguns pacientes com os sintomas iniciais da IC são diagnosticados num período relativamente curto de tempo, a maioria sofre um atraso longo e difícil antes da IC ser diagnosticada corretamente⁽¹⁴⁾.

O conhecimento sobre a doença é fruto das experiências vivenciadas e de senso comum e não produto da aprendizagem significativa. Estes resultados sugerem que as atuais orientações dadas pelos profissionais não estão sendo suficientemente compreendidas pelos entrevistados. Portanto, a atuação educativa deve considerar a complexidade do paciente com IC, cabendo ao enfermeiro implementar e garantir estratégias educacionais voltadas às necessidades específicas desse grupo.

Um estudo com hipertensos sobre adesão ao tratamento revela que a enfermagem desempenha papel importante em favorecer o aumento dos índices de adesão. O enfermeiro deve atuar diretamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença, que na IC pode se relacionar com o diagnóstico precoce dos sinais e sintomas de descompensação. E uma vez instalada a doença, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis⁽¹⁵⁾.

Em 2009 um estudo mostrou as características clínicas e psicossociais de um grupo de paciente com IC hospitalizados por descompensação clínica, revelando que, para o desenvolvimento e a implementação de orientações educacionais eficazes, é preciso identificar as peculiaridades do perfil sociodemográfico e clínico desse grupo, que pode variar, de acordo com região, com as características sócio-culturais locais e disponibilidade de serviços de atendimento de saúde⁽¹⁶⁾.

Existem autores que apontam limites do modelo clínico e hospitalar de atenção à saúde, já que este modelo é baseado na hipervalorização do profissional, porque detém o poder do conhecimento do corpo, e que, portanto, determina o tratamento a ser seguido, sendo a pessoa doente, a receptora das ações. Desse modo, não inclui a peculiaridade, o emocional, a subjetividade, nem os vínculos estabelecidos da pessoa doente⁽¹⁷⁾.

Há, portanto, necessidade de validação das orientações recebidas pelos pacientes e de novas estratégias que promovam a educação em saúde e a aprendizagem significativa das orientações dadas pelos profissionais.

A aprendizagem significativa é o processo por meio do qual uma nova informação (um novo conhecimento) se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva (não literal) à estrutura cognitiva do aprendiz. É no curso desse processo que o significado lógico do material de aprendizagem se transforma em significado psicológico para o sujeito⁽¹⁸⁾.

A aprendizagem ocorre à medida que o novo conteúdo é incorporado às estruturas de conhecimento e adquire significado para ele a partir da relação com seu conhecimento prévio. Ao contrário, ela se torna mecânica ou repetitiva, uma vez que se produziu menos essa incorporação e atribuição de significado e o novo conteúdo passa a ser armazenado isoladamente ou por meio de associações arbitrárias na estrutura cognitiva⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Do que foi apreendido do conhecimento sobre o tratamento farmacológico, os entrevistados sabem que este é indicado para o tratamento da IC e que precisam tomar os medicamentos, porque estes controlam a doença e reduzem sinais e sintomas, porém não conhecem efetivamente o nome, a dose e a frequência de uso. Ao fazer uso dos medicamentos expressam uma avaliação deste tratamento que é lento, complexo, faz sofrer e é para sempre.

No contexto da IC, o conhecimento está diretamente relacionado a adesão ao tratamento. Um estudo descritivo realizado com 252 pacientes em um hospital no Rio Grande do Sul mostrou que o conhecimento prévio dos cuidados não farmacológicos e identificação dos sintomas de congestão foram relacionados à adesão ao tratamento. E a baixa adesão ao tratamento farmacológico ou não farmacológico estava entre as maiores causas de descompensação da IC em 92% dos pacientes⁽¹⁹⁾.

Dessa forma, o enfermeiro ao promover o conhecimento aos pacientes com IC sobre sua doença e tratamento desempenha papel importante, a medida que favorece a adesão às práticas de saúde. Quando a doença já está instalada, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis. A importância do enfermeiro

está atrelada ao seu papel como educador atuando na motivação do paciente quanto à adesão ao tratamento, seu autocuidado, propondo estratégias que favoreçam seu envolvimento com a doença e seu tratamento⁽¹⁴⁾.

Para alguns autores, embora falte sistematização do conhecimento, a população em seu cotidiano constrói e desenvolve um saber popular, que não é destituído de valor e importância. Este saber é o ponto de partida para a transformação, mediante apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará o conhecimento. Este é o desafio para os profissionais da saúde⁽²⁰⁻²¹⁾.

CONCLUSÃO

O conhecimento dos participantes da pesquisa é permeado pela experiência de ter e viver com a doença e está voltado aos sinais e sintomas e ao cuidado diário para controle da IC, o que sugere um conhecimento mais vivido do que adquirido conceitualmente e não advém de saberes técnicos e científicos, mas da vivência e do manejo diário da IC.

Neste sentido, o acompanhamento de enfermagem a pessoas com IC no ambulatório é fundamental e deve englobar ações voltadas à educação em saúde e à aprendizagem do autocuidado. Visto que a educação não se faz de uma só vez e o modo de viver da pessoa só pode ser mudado quando, de certa forma, ela já está aberta à possibilidade de mudança, é necessário sensibilizar o paciente com IC para que encontre em si razões próprias que o levem a buscar o conhecimento e melhorar o manejo da doença.

Identificam-se as limitações desse estudo, uma vez que por ser exploratório e descritivo, possibilitou nesta etapa de investigação conhecer apenas o perfil do grupo estudado e apreender o que sabem da doença e tratamento. No entanto, conhecer tais aspectos abre perspectivas para intervenções educativas que permitam acompanhar essas pessoas de forma sistematizada e, por meio da problematização, ir construindo a aprendizagem do conhecimento da doença, do tratamento e das formas de enfrentamento da doença. Tal acompanhamento poderá contribuir para uma melhor vivência da doença e convivência de pessoas que são coparticipantes do processo de tratamento e que, portanto, devem interagir de maneira mais empática e mais vínculo, ou seja, a relação paciente e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bocchi EA, Marcondes FBG, Ayub SFM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009;93(1 Supl.1):1-71.
2. Najafi F, Jamrozik K, Dobson AJ. Understanding the epidemic of heart failure: a systematic review of trends in determinants of heart failure. Eur J Heart Fail. 2009; 11(5):472-9.
3. Rossi Neto JM. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca no Brasil e no Mundo. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2004;14(1):1-10.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2012 abr. 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>

5. Fiorelli AI, Coelho HB, Oliveira Junior JL, Oliveira AS. Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. *Rev Med (São Paulo)*. 2008;87(2):105-20.
6. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1 Supl 1): 1-33.
7. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009;119(14):1977-2016.
8. Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(8):CD0072
9. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1-3):128-35.
10. Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina; Instituto do Coração (InCor). Unidade de Informações Médicas e Hospitalares [Internet]. São Paulo; 2012 [citado 2012 fev. 12]. Disponível em: <http://www.incor.usp.br>
11. Hugler BP, Beck CT, Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Pelizzari A, Kriegel M.L, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Rev PEC (Curitiba)*. 2002;2(1):37-42.
14. Rodriguez KL, Appelt CJ, Switzer GE, Sonel AF, Arnold RM. "They diagnosed bad heart": a qualitative exploration of patients knowledge about and experiences with heart failure. *Heart Lung*. 2008;37(4):257-65.
15. Stael SBES, Colósimo FC, Pierin AMG. The effect of educational interventions on nursing team knowledge about arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2012 Feb 12];44(2):488-96. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_35.pdf
16. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2012 Feb 12];43(1):44-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_06.pdf
17. Püschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Modelos clínicos e psicosocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):261-8.
18. Moreira M. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro; 2009.
19. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2010 [citado 2012 fev. 12];31(2):225-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgen/v31n2/04.pdf>
20. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2006.
21. Gazzinelli MF. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006.