

Vinícius Gomes Lima
Darlisom Sousa Ferreira
Aldalice Aguiar de Souza
Elizabeth Teixeira



SÉRIE **VALIDTE**

O GUIA

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Governo do Estado do Amazonas

Wilson Miranda Lima

Governador

Universidade do Estado do Amazonas

André Luiz Nunes Zogahib

Reitor

Kátia do Nascimento Couceiro

Vice-Reitora

*editora*UEA

Isolda Prado de Negreiros Nogueira Horstmann

Diretora

Maria do Perpetuo Socorro Monteiro de Freitas

Secretária Executiva

Wesley Sá

Editor Executivo

Raquel Maciel

Produtora Editorial

Isolda Prado de Negreiros Nogueira Horstmann (Presidente)

Allison Marcos Leão da Silva

Almir Cunha da Graça Neto

Erivaldo Cavalcanti e Silva Filho

Jair Max Furtunato Maia

Jucimar Maia da Silva Júnior

Manoel Luiz Neto

Mário Marques Trilha Neto

Silvia Regina Sampaio Freitas

Conselho Editorial

Carlos Viana
Revisão

Cael Fernando
Loredane Queiroz
Finalização

Ficha catalográfica

L732g
2023
Lima, Vinícius Gomes
O guia insuficiência cardíaca / Vinícius Gomes Lima,
Darlisom Sousa Ferreira, Aldalice Aguiar de Souza e
Elizabeth Teixeira. – Manaus (AM) : Editora UEA, 2023.
30 p.: il., color; Ebook. – (Série Validte).

Ebook, no formato PDF
Inclui referências bibliográficas

ISBN 978-85-7883-593-4

1. Insuficiência Cardíaca. 2. Autocuidado. I.Título. II.
Ferreira, Darlisom Souza. III. Souza, Aldalice Aguiar de.
IV. Teixeira, Elizabeth.

CDU 1997 – G 616.12-008.315(058)

Elaborada pela bibliotecária Sheyla Lobo Mota CRB11/ 484

PALAVRAS INICIAIS

O projeto integrado, intitulado “Tecnologias educacionais para o bem viver de indivíduos e famílias no âmbito das condições crônicas: produção e validação - PROJETO VALIDTE” tem como objetivo produzir e validar tecnologias educacionais (TE) sobre diferentes temas-assuntos no âmbito das condições crônicas. Teve início em 2019, adota como modelo operacional a pesquisa metodológica e produz e valida guias educativos, que compõem a Coletânea VALIDTE. As pesquisas são realizadas por estudantes vinculados ao Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC FAPEAM-UEA), ao Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA), ao Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública (PROENSP) e ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

O PROJETO VALIDTE segue as diretrizes para o cuidado dos indivíduos e famílias envolvidos com condições crônicas, em que o autocuidado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que diz ao usuário o que ele deve fazer, mas significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário.

Nesse sentido, os guias educativos podem mediar no contexto da prática de Enfermagem em Saúde Pública ações com vistas a potencializar a educação em saúde para o autocuidado apoiado e a qualidade de vida de indivíduos e famílias no âmbito das condições crônicas.

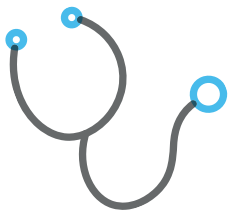
Elizabeth Teixeira (Coordenadora)



Sumário

Conheça os Autores.....	5
Apresentação.....	8
1 Parte 1 – Aspectos Gerais sobre Insuficiência Cardíaca.....	10
1.1. 1.1 O que é Insuficiência Cardíaca?.....	10
1.2 Quais os sinais e sintomas?.....	11
1.3 Quais os riscos?.....	11
1.4 Classificação.....	12
1.5 Possíveis origens da IC.....	13
1.6 Alterações e manifestações da IC.....	14
1.7 Quais exames detectam IC?.....	19
Parte 2 – Dicas de Autocuidado para o dia a dia.....	20
2.1 Sintomas e Monitoramento.....	20
2.2 Monitorizando o peso diário.....	22
2.3 O uso das medicações.....	23
2.4 Atividade Física e Repouso.....	24
2.5 O trabalhador e a IC.....	25
2.6 Atividade Sexual	26
2.7 Diminuição do consumo de sal.....	27
2.8 Diminuição da ingestão de líquidos.....	28
2.9 Telefones Úteis	29
3 - Referências.....	30

Conheça os Autores:



Vinícius Gomes Lima

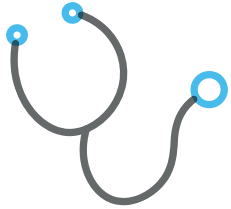
Sobre :

Acadêmico do curso de graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual do
Amazonas - Escola Superior de Ciências da
Saúde (UEA-ESA).



Contato:

vgl.enf18@uea.edu.br



Darlisom Sousa Ferreira

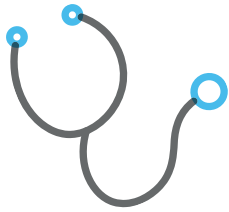
Sobre :

Orientador. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem (UFSC) e Mestre em Educação (UEPA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública (ProENSP). Líder do LATTED.



Contato:


Contato: darlisom@uea.edu.br



Aldalice Aguiar de Souza



Sobre :

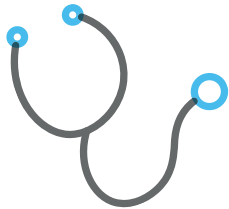


Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2011). Pesquisadora (vice-líder) do Laboratório de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde (LAPPES-UEA), Laboratório de Tecnologias para o Trabalho e Educação na Saúde (LATTED-UEA) e do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS-UFSC).



Contato:

<http://lattes.cnpq.br/6066568678678931>



Elizabeth Teixeira



Sobre :

Orientadora. Enfermeira. Pós-doutora em Sociologia (Universidade de Coimbra) e em Enfermagem (UERJ). Doutora em Ciências Sócio-Ambientais (UFPA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública (ProEnSP) Vice-líder do LATTED.



Contato:

Contato: etfelipe@hotmail.com

Apresentação



Prezado leitor (a),

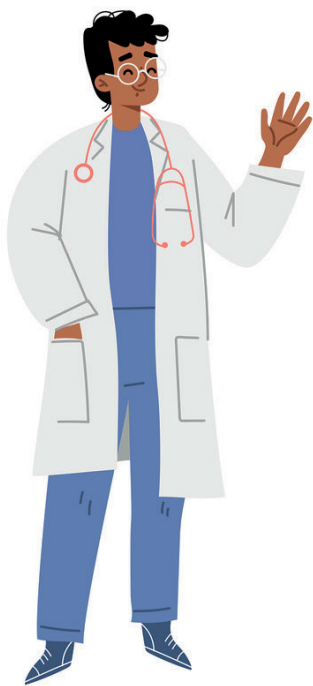
Esse Guia traz dicas de autocuidado para o dia a dia de pessoas que vivem com insuficiência cardíaca.

Embora seja uma condição progressiva e persistente, as forma de tratamento são simples e vastas.

A paciência e a constâncias serão suas fortes aliadas nesse processo de descobrimento e ajuste dos hábitos diários.

Seja persistente e os resultados virão.

Boa Leitura! Cada dica de autocuidado foi elaborada a partir de evidências científicas!



Prezado leitor (a),

Olá o meu nome é Sande e eu vou guiá-los em uma pequena jornada de conhecimento a respeito da insuficiência cardíaca.

É um prazer imenso poder te conhecer, espero que seja divertido e bastante proveitoso para você, tanto quanto é para mim.

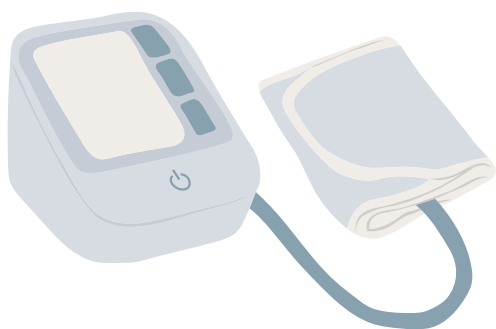


Parte 1

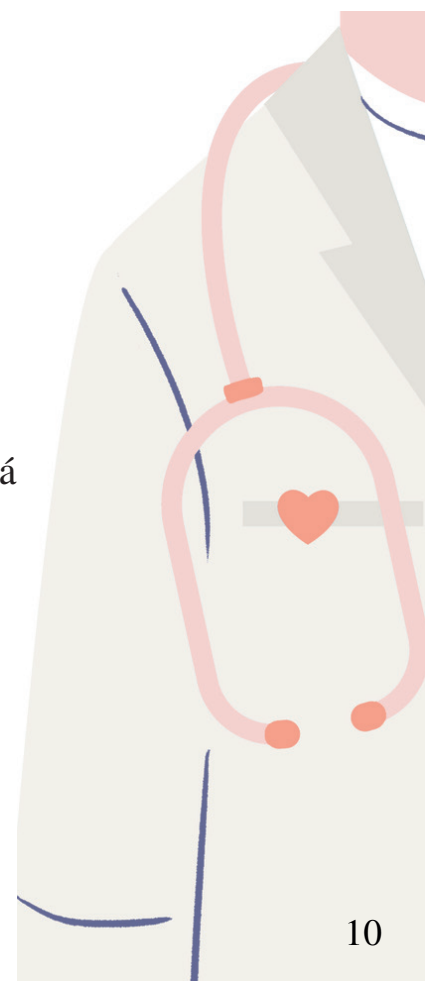
Aspectos Gerais sobre Insuficiência Cardíaca

1.1 O que é Insuficiência Cardíaca?

Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, em que o coração não consegue bombear sangue suficiente para o funcionamento do organismo. A IC é preocupante pois qualquer doença que afete o coração pode se tornar insuficiência cardíaca no futuro.



Um fato interessante de saber é que se mesmo com problema o coração conseguir realizar a sua função do jeito que deveria, será através de um esforço muito maior do que o normal e isso é um problema, pois pode deixá-lo sobrecarregado.

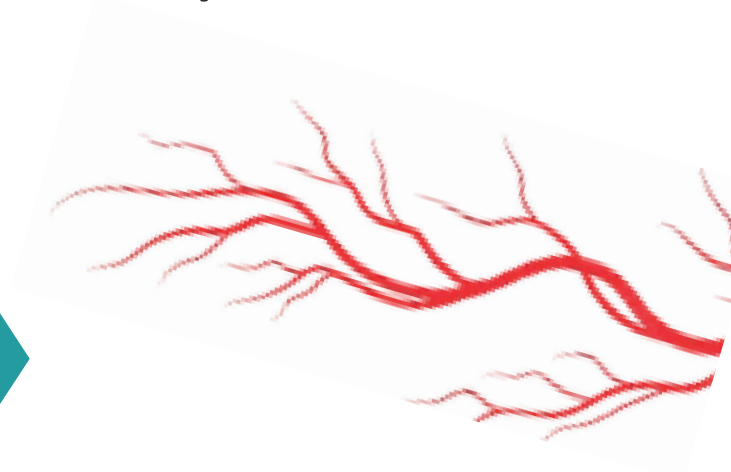


1.2 Quais os sinais e sintomas?



Geralmente uma pessoa com IC apresenta dificuldade para respirar mesmo quando está parada ou realizando alguma atividade que exige esforço, acompanhada de inchaço de pés e mãos.

Outras mudanças também podem acontecer como inchaço de vasos sanguíneos no pescoço, dificuldade para fazer xixi ou uma necessidade de urinar várias vezes durante a noite e o batimento muito acelerado do coração.



1.3 Quais os riscos?

Olhando para os sinais e sintomas, pode-se perceber que são coisas bem comuns de acontecer, afinal subir uma escada pode cansar qualquer um, não é mesmo?

Justamente por serem sintomas comuns é difícil diagnosticar a IC na primeira consulta, geralmente os profissionais de saúde pensam nela quando o paciente já convive com vários problemas de coração um após o outro e isso acaba agravando a saúde. Mas, não é impossível que esse problema apareça de repente, mas é bastante raro.

1.4 Classificação

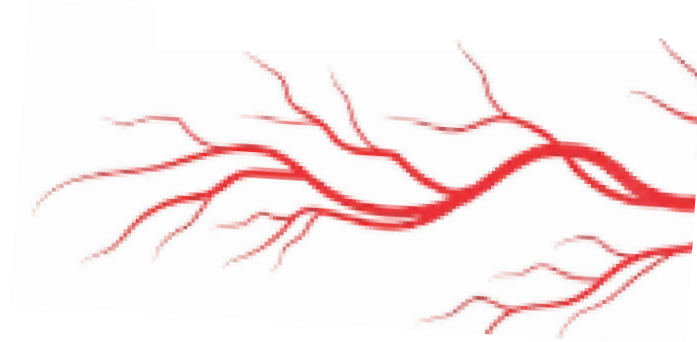


A IC pode ser analisada de várias formas, todas elas buscam entender melhor como essa doença acontece, essas formas são:

- 1** Temporal: Essa análise tem dois pontos de vista, o primeiro é caso a pessoa tenha tido um infarto no coração (coisa que acontece de repente) e depois disso logo desenvolveu IC, mas também é possível que depois de um longo período tratando algum problema cardíaco o paciente naturalmente desenvolva a IC por conta da sobrecarga no coração.
- 2** Anatômica: No caso de ser um problema anatômico significa que o sangue não está passando do jeito que deveria por todo o corpo o que pode gerar vários problemas em vários órgãos. Os órgãos que normalmente mais sofrem são os pulmões, é daí que vem aquela dificuldade para respirar e aquele cansaço até quando a pessoa está deitada, se essa dificuldade do sangue passar pelo corpo permanecer por muito tempo, dizemos que o paciente desenvolveu uma congestão sistêmica.
- 3** Débito cardíaco: Esse débito é uma informação avaliada pela equipe de saúde, através da quantidade de sangue que sai do coração e vai para o corpo, se a quantidade for muito pequena fica claro que há uma insuficiência cardíaca para distribuir esse sangue.
- 4** Perfil hemodinâmico: Já o perfil hemodinâmico avalia a forma como o sangue é distribuído no corpo de cada pessoa e tem duas formas simples de verificar, analisando a pele do paciente. Basicamente a equipe analisa se a pele do paciente está muito seca ou muito úmida para decidir se ele está retraindo líquidos ou não e também ficam atentos para temperatura da pele se estiver fria é porque não está chegando sangue suficiente naquela área e se estiver quente é provável que esteja tudo normal.

1.5 Possíveis origens da IC

Existem duas situações que são muito comuns e que geralmente, quando acontecem juntas, levam a casos de IC: o comprometimento do miocárdio primário e a sobrecarga excessiva. O primeiro nada mais é do que a dificuldade do coração de realizar sua função como bombeador de sangue de forma normal. Em outras palavras, o coração fica fraco e isso é chamado de comprometimento miocárdico.



Já a segunda, consiste quando uma parte do coração acaba ficando grande demais, o que altera o formato original e gera uma diminuição da capacidade de bombeamento sanguíneo e pode gerar alteração na capacidade respiratória também. Isso é chamado de sobrecarga cardíaca excessiva.

As doenças e complicações mais comuns que aparecem antes da IC são:

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Alcoolismo

Miocardites

Miocardiopatia Hipertrófica

Miocardiopatia Periparto

Doença Renal

Obesidade

Doença de Chagas

Fibrose Isquêmica

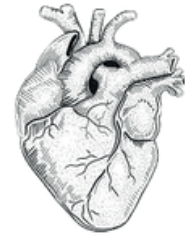
O último fator comum em casos de doenças cardíacas é a idade, isto por conta do tempo em que o coração foi exigido e ele acaba ficando “cansado” conforme o tempo passa.

1.6 Alterações e manifestações da IC

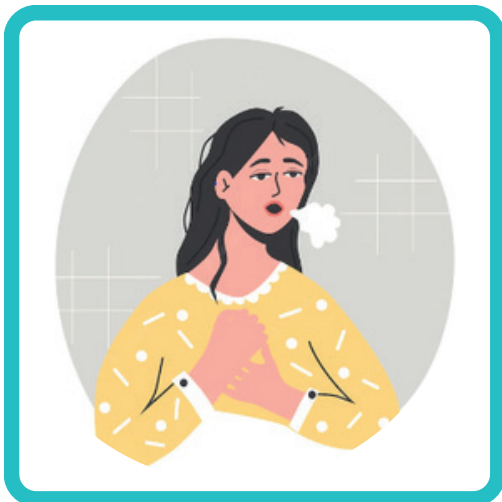


Há mudanças que podem ser percebidas tanto no dia a dia, quanto em exames que são feitos pela equipe de saúde.

Uma das mudanças mais importantes é a liberação em excesso do hormônio noradrenalina, que é naturalmente produzido pelo corpo, e quando essa substância é liberada por muito tempo ou em grande quantidade acaba agindo no coração e deixando ele mais fraco, com menos força de bombeamento, bombeamento, e pode até levar a problemas no músculo do coração.



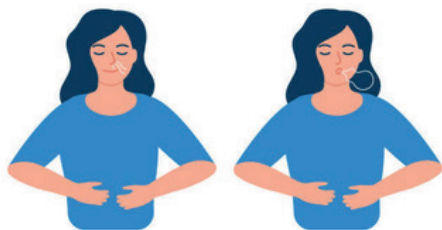
Por causa dessa mudanças que foram faladas, o organismo da pessoa que sofre com essa doença vai apresentar uma série de mudanças em seu funcionamento e são essas mudanças que serão abordadas agora, junto com dicas para aliviar o desconforto. Serão comentados o nome técnico e a explicação mais acessível do que esse nome representa, pois são vários os jeitos de falar sobre este assunto.



O termo progressiva se refere a uma dificuldade que vai aumentando ao longo do tempo, então geralmente a pessoa relata que no início sentia apenas a dificuldade de respirar depois de andar muito ou correr, com o tempo, só de andar um pouco já sentia os sintomas e mais recentemente mesmo estando em descanso a pessoa pode ficar cansada.

Dispneia progressiva: Dispneia é a sensação de desconforto respiratório/dificuldade para respirar e é uma condição muito particular em que cada pessoa descreve a experiência de uma forma diferente. Essa sensação pode aparecer de formas diferentes, como sufocamento, sensação de aperto no peito, falta de ar, cansaço, ou respiração irregular e acelerada.

Forma de alívio recomendada: Em momentos de crises em que o paciente estiver sozinho ele pode sentar de frente para uma mesa e se inclinar para frente apoiando os braços em travesseiros.



Ortopneia: É quando há uma dificuldade respiratória que ocorre quando uma pessoa está deitada geralmente reta de barriga para cima. Na IC essa dificuldade acontece por conta de líquido dentro dos pulmões, que vai parar lá por causa dos problemas de pressão da pessoa.



Forma de alívio recomendada: Deitar com alguns travesseiros nas costas, isso vai facilitar a respiração; outra opção é deitar em poltronas ou cadeiras reclináveis que possam aliviar o desconforto.

Dispneia Paroxística Noturna (DPN): É quando acontece uma sensação de afogamento enquanto a pessoa está dormindo, o que faz com que ela acorde de forma súbita e causando uma repentina sensação de sufocamento, isso causa uma vontade de sentar ou levantar para "procurar ar".



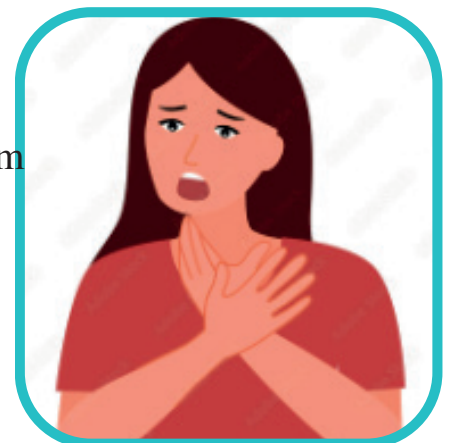
Tosse: É uma tentativa automática do corpo de pôr para fora alguma coisa que está gerando incomodo, é uma ação involuntária e vai sempre liberar o ar para limpar as vias aéreas. A tosse é um sintoma muito comum em várias ocasiões e doenças, mas em se tratando de IC, ela é mais comum durante a noite.

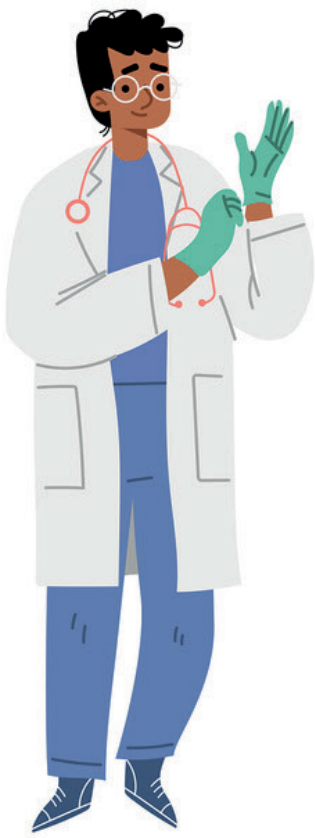
Edema Agudo de Pulmão (EAP): Também por alterações cardíacas, o EAP é quando muito líquido fica dentro dos pulmões, quando não deveria estar, deveria apenas ajudar na respiração mas acaba ficando preso quando vai passar pelos pulmões e isso acaba causando uma grande dificuldade para respirar. É uma das evidências mais fortes e comuns de que há algum problema cardíaco com esse paciente.



Alcalose Respiratória: É um sintoma que acontece quando se começa a respirar rápido demais, e isso atrapalha no processo normal da respiração. Se você estiver sentindo alguns desses sintomas pode ser alcalose respiratória: Formigamento nos lábios e no rosto; Espasmos musculares (descontrole dos movimentos dos músculos); Enjoo; Tremores nas mãos.

Derrame pleural: É uma situação que pode causar dor só de respirar, e também vai atrapalhar no desempenho respiratório. Essa dificuldade também acontece com líquido no lugar errado, mas ao invés de ser dentro do pulmão é por fora dele na pleura, e quando esta pleura se enche de líquidos, pressiona os pulmões e gera bastante desconforto.





Edema de MMII: É o inchaço que ocorre nas pernas, joelhos, tornozelos e/ou pés. Pode acontecer por várias razões, mas pessoas com IC geralmente tem esse inchaço.

Estase de jugular: É um inchaço grande e fácil de ver nas veias do pescoço, acontece depois que uma parte inteira do coração para de funcionar do jeito certo.

Hepatomegalia: Acontece quando o fígado cresce de tamanho e fica maior do que o normal. Se o paciente perceber algumas dessas coisas é importante avisar para a equipe de saúde:

Cansaço sem motivo aparente;

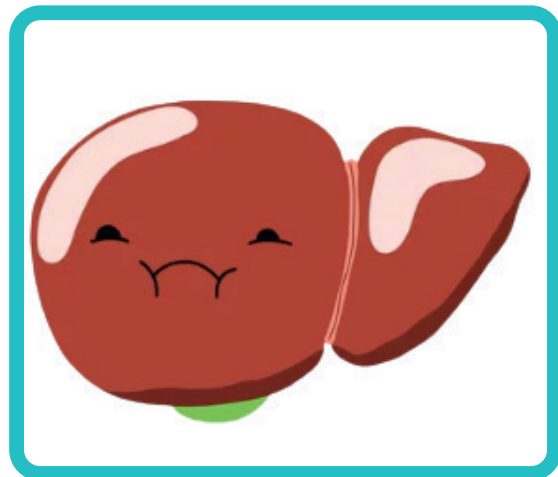
Febre ou calafrios;

Comichão (Coceira) na pele;

Dor nas juntas;

Perda rápida de pelos no corpo.

Ascite: Também é bastante conhecida como “barriga d’água”. O jeito mais fácil de desconfiar dela é uma barriga grande, inchada e que parece estar cheia de água, igual a um balão.



1.7 Quais exames detectam IC?

A avaliação dos profissionais da saúde é fundamental para o diagnóstico e tratamento de quaisquer condições de saúde, mas é importante estar ciente de quais tipos de exames são comumente solicitados para avaliar a possibilidade de fechar o diagnóstico de IC. Os exames que normalmente detectam a insuficiência cardíaca são:

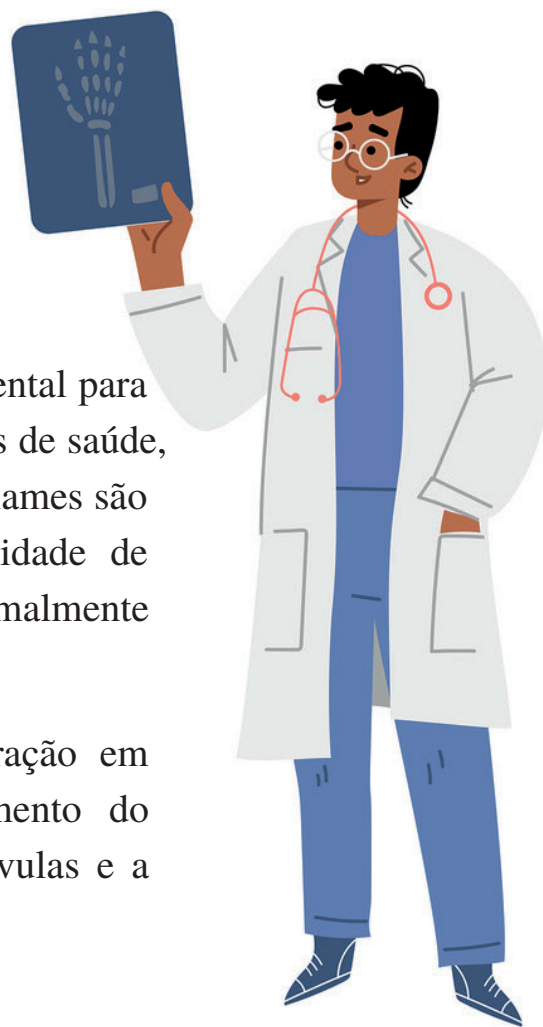
Ecocardiograma: imagem de ultrassom do coração em movimento, que permite avaliar o funcionamento do órgão, a espessura da parede, a função das válvulas e a contração cardíaca.

Eletrocardiograma (ECG): Através dele se analisa a atividade elétrica do coração e qual o ritmo dos batimentos cardíacos.

Radiografia de tórax: Ajuda a avaliar o tamanho do coração e se há presença ou ausência de líquido acumulado nos pulmões.

Dosagem de hormônios tireoidianos: Essa avaliação é necessária porque os distúrbios de tireoide podem causar ou agravar o quadro de insuficiência cardíaca.

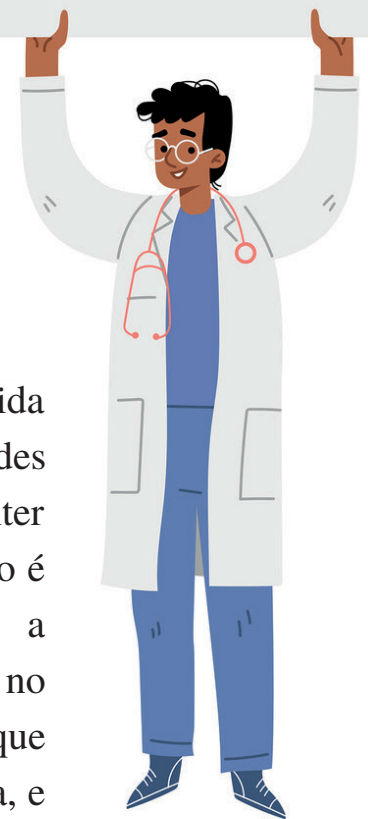
Além disso, podem ser solicitados exames de sangue para averiguar situações pontuais como anemia e disfunção renal. Vários outros exames podem ser solicitados pelo cardiologista para maior detalhamento da situação do coração ou da causa do problema como cintilografia miocárdica, angiotomografia de coronárias, ressonância de coração e até mesmo cateterismo cardíaco.



Parte 2

Dicas de Autocuidado para o dia a dia

DICAS



2.1 Sintomas e Monitoramento

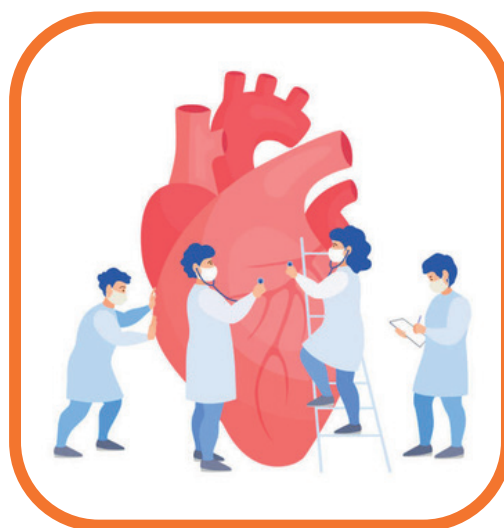
Em geral, a educação em saúde do paciente pode ser definida como o processo de melhoria de conhecimentos e habilidades que influenciam as atitudes necessárias para manter comportamentos de saúde adequados. A meta desse processo é contínua e objetiva, projetada para ajudar as pessoas a entender, valorizar e alcançar o maior progresso no autocuidado. A IC é uma doença crônica e progressiva que envolve tratamentos complexos e mudanças no estilo de vida, e sua educação tem grande impacto na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, necessitando de acompanhamento da equipe de saúde que revise todos os menores detalhes do processo.



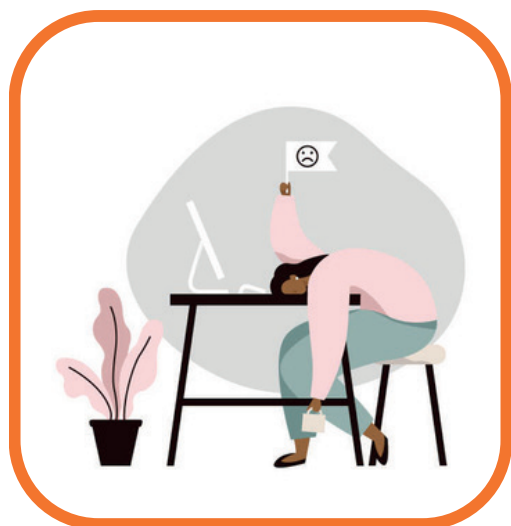
Enfermeiros, médicos, nutricionistas e demais membros da equipe multiprofissional têm papel importante na educação do paciente com IC. A configuração para iniciar ou continuar esse processo pode ser no hospital (em casos que seja necessária a internação), um ambulatório, a casa do paciente, um hospital-dia ou uma combinação dessas configurações.

É muito importante estar ciente que a equipe precisa ser composta de pessoas que o paciente se sinta confortável e seguro para falar de quaisquer coisas que aconteçam no decorrer do tratamento e que é direito do paciente solicitar atendimento de outros profissionais, caso haja necessidade.

É importante ressaltar que alguns dos fatores de risco mais comuns, que podem levar a uma hospitalização e reinternação por insuficiência cardíaca, incluem: falta de conhecimento e baixa adesão às recomendações de autocuidado, incluindo a diminuição da ingestão de líquido e sal que os pacientes geralmente tem na dieta diária, o não monitoramento diário do peso pode gerar complicações, a falta de atividade física pode levar a problemas pois ela ajuda a prevenir avanços da condição e a medicação precisa ser tomada regularmente.



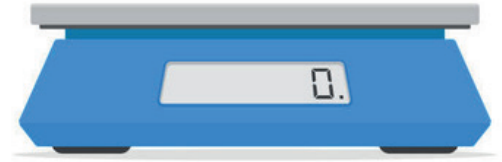
Geralmente a baixa adesão está associada à má compreensão da doença e do autocuidado, entre os pacientes que moram sozinhos, e ao fato de não terem sido hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada pré-existente, isso significa que esses pacientes nunca tiveram contato com a doença antes.



Às vezes as orientações fornecidas e reforçadas durante o aconselhamento permanecem inadequadas do ponto de vista do paciente e ele continua sem entender e por consequência não consegue realizar o que a equipe precisa que ele faça. É muito comum que pacientes com insuficiência cardíaca tolerem inchaço no corpo, ganho de peso e cansaço repentino por até 7 dias e dificuldade para respirar por 3 dias antes de procurar atendimento médico, e uma parte muito pequena dos pacientes fala sobre rápido ganho de peso como sintoma na admissão.

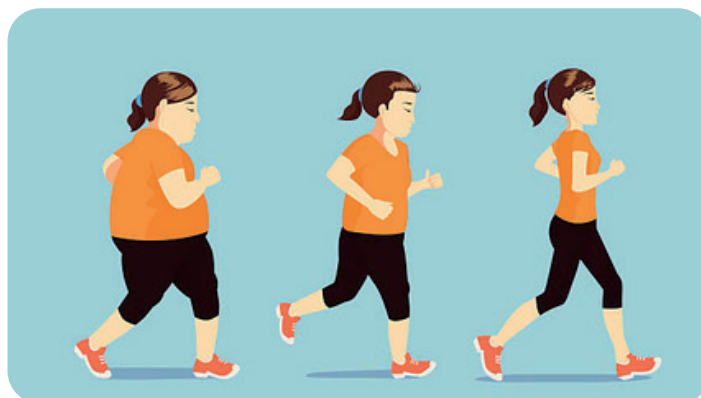
Buscando sanar ou ao menos amenizar essa dificuldade de comunicação entre a equipe e paciente, mais a frente serão abordados termos que vão desmistificar a maioria das práticas que são essenciais para uma boa evolução com a IC.

2.2 Monitorizando o peso diário



A orientação sobre medir diariamente o peso na residência dos pacientes com IC tem papel importante para ajudar na percepção dos sinais de sobrecarga de líquidos no organismo. O paciente deve medir seu peso em alguns momentos específicos do dia e anotar esses valores sempre, deve-se também usar a mesma balança em todas as medidas. Os momentos recomendados para fazer a medida são: Após fazer xixi pela manhã e antes do café da manhã, sempre utilizando roupas leves. Fazendo isso de forma diária é possível prevenir de algum mal súbito que possa ocorrer, afinal um ganho de peso de 1,3 kg em dois dias ou 1,3-2,2 kg em uma semana pode indicar retenção de líquidos.

Pode ser difícil por parte dos pacientes ligarem o ganho de peso súbito ao aparecimento de alterações associadas à piora da IC, mas já foi comprovado que um sistema de monitorização diário de peso e sintomas pode reduzir internações, mortalidade e ajudar a melhorar a qualidade de vida. É recomendado por diretrizes internacionais e nacionais, que os pacientes sejam orientados a se pesar diariamente e a entrar em contato com a equipe ou ajustar a dose de diuréticos em caso de ganho de peso súbito. Esses diuréticos são medicamentos muito comuns no tratamento de IC pois evitam o acúmulo em excesso de líquidos no organismo, e ajudam a regular a pressão sanguínea também.



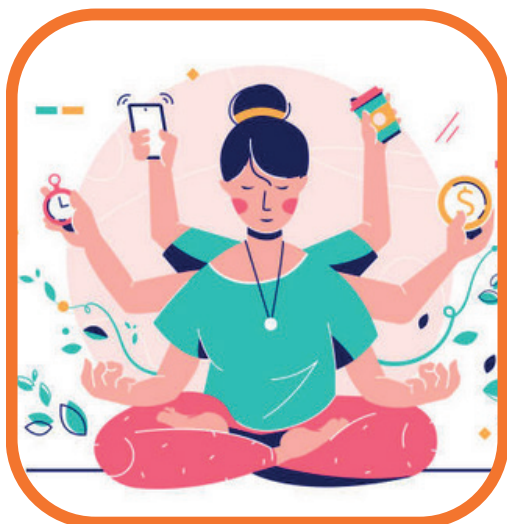
É importante destacar que a flexibilidade no uso desses medicamentos vai depender das habilidades de autocuidado do paciente, bem como da organização do serviço que o atende, pois exigem monitoramento e acompanhamento constantes.

2.3 O uso das medicações

Fica muito claro imaginar que a quantidade de medicamento utilizada, a manutenção da forma de fazer o tratamento e o número de doses diárias são fatores que afetam diretamente na continuidade ao tratamento.



Isso porque quanto maior a quantidade de medicamentos, aumento do número de vezes que precisa tomar e frequente mudança na forma de fazer esse tratamento, maior a chance de os pacientes interromperem o uso, aumentando assim o risco de descompensação. Por isso é importante o diálogo, pois assim como a equipe pode alterar o tratamento para tentar fazê-lo mais eficaz, essa mesma equipe também pode adequar o tratamento para que fique mais confortável para o paciente, basta que ele sempre esteja em contato dizendo como está a experiência para ele.



É uma excelente prática sempre revisar o esquema medicamentoso e pedir para que ele seja apresentado de forma bem clara e que fique fácil de entender, dando maior importância para o nome do medicamento, qual a função dele no tratamento, a dose e possíveis efeitos colaterais. Uma estratégia simples que tem sido utilizada há bastante tempo pelos profissionais de saúde é a elaboração de uma tabela com o nome e o horário das medicações para ser colocada em um local de fácil visualização para o paciente e seus familiares.

Uma orientação muito importante que sempre deve ficar na cabeça daqueles que fazem qualquer tratamento de longo prazo é sempre tomarem seus medicamentos, mesmo que se sintam bem, pois isso reflete no sucesso do tratamento. Também é muito comum que sempre que um paciente vá para uma consulta ou precisa ser readmitido, o enfermeiro vai orientar a levar uma tabela de medicamentos ou prescrição, pois isso facilita a identificação de possíveis erros de dose ou confusão das medicações. Muitas vezes há uma diferença entre o que é ensinado e o que é entendido. Portanto, o contato mais frequente com uma equipe multiprofissional, principalmente com enfermeiros, é fundamental para melhorar a compreensão do tratamento e aumentar a adesão ao uso de medicamentos.



2.4 Atividade Física e Repouso

A evolução dos estudos a respeito da saúde num geral comprovou que o exercício físico é uma importante forma de tratamento para a estabilização da insuficiência cardíaca crônica. A IC produz sintomas de cansaço e falta de ar que aumenta com esforço ou repouso, e muitas vezes esses são os principais motivos de procura por atendimento médico de emergência. O exercício moderado de longa duração pode melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca estável. O efeito da melhora na rotina de exercícios está diretamente ligado a diminuição da possibilidade de reinternação por IC e também diminui as características de maior risco da doença.

Um programa de caminhadas é a melhor opção para prevenir as consequências negativas, tanto fisiológicas quanto psicológicas, da inatividade. Na medida do possível, os pacientes devem aumentar a distância percorrida, de modo lento e contínuo. Se possível em lugares tranquilos que os pacientes se sintam bem e tranquilos, para que a própria experiência seja um estímulo.

Essa recomendação faz parte do conjunto de medidas não farmacológicas do tratamento da IC e deve sempre ser algo pontuado nas consultas de enfermagem, pois o profissional pode apresentar possibilidades novas ao paciente ou mesmo encaminhar para profissionais da fisioterapia ou educação física, dependendo das necessidades a serem supridas.



Falando agora sobre práticas de saúde mais antigas, acreditava-se que o repouso evitava a piora do quadro da função cardíaca de pacientes que tinham problema no coração e que ficar o máximo em repouso aumentava o fluxo sanguíneo renal e melhorava a produção de urina.

Apesar dessas informações não estarem completamente incorretas, o repouso prolongado ou inatividade podem levar a diminuição da força e tamanho dos músculos, também piora os sintomas de insuficiência cardíaca, pode causar trombos e gerar a diminuição da tolerância ao exercício. Atualmente, o repouso é necessário apenas durante os episódios de descompensação repentina e, mesmo assim, de acordo com os limites de cada paciente.

2.5 O trabalhador e a IC

Para pessoas com condições crônicas, o retorno ao trabalho é importante financeira e emocionalmente, além de elevar a autoestima. Condições suspeitas de continuar trabalhando ou retornar ao trabalho com sintomas podem aumentar o risco de desenvolver depressão.



As Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Tratamento da IC, publicadas em 2002, orientam as atividades de trabalho que não exigem grande esforço, o afastamento definitivo do emprego vai ser somente nos casos de IC grave. Além disso, a qualidade de vida do indivíduo tende a melhorar depois de feito o diagnóstico e iniciado o tratamento correto e isso auxilia na manutenção da capacidade de trabalho.

Em trabalhadores com trabalho braçal, as alterações na função do funcionário devem ser avaliadas separadamente somente após a avaliação de qual tipo de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos vão precisar ser adotados, pois em alguns casos algumas mudanças na rotina do paciente são essenciais.



Circunstâncias específicas como profissões consideradas de alto risco e/ou pacientes com implantes de Cardiodesfibrilador Implantável – CDIs serão sempre avaliadas cuidadosamente e de maneira isolada pela equipe de saúde.

2.6 Atividade Sexual

Pacientes estáveis são encorajados a permanecer sexualmente ativos, fazendo os ajustes necessários para evitar esforços e sintomas.



Essa questão será abordada de forma natural e informativa pela equipe multiprofissional de saúde na primeira consulta do paciente e quando este manifestar dúvidas ou dificuldades.

A presença de sintomas psicológicos decorrentes da IC como limitação física, efeitos colaterais de medicamentos, diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica podem ser alguns fatores que podem estar envolvidos na presença de disfunção erétil.

Isso é esperado e pode ser revertido fazendo o acompanhamento com a equipe que irá propor para pacientes que possuem a IC mais branda podem fazer uso de Sildenafil (popular pelo nome de Viagra), contudo há um rodízio que deverá ser respeitado para que esse medicamento seja usado em segurança e sem atrapalhar os efeitos das medicações para IC.

2.7 Diminuição do consumo de sal

Já houveram vários estudos que fizeram uma relação entre dieta sem restrição de sódio e o acometimento pela IC. O alto consumo de sal foi apontado como um fator de risco muito sugestivo para IC e também aumenta os riscos de outros problemas cardíacos para pessoas com sobrepeso.



Ao falar sobre este assunto, há muitas dúvidas sobre o valor do que seria uma restrição rígida de sódio para os portadores de IC. Em média, a ingestão de sódio (sal), entre os brasileiros, está em torno de 8 a 12g/dia, ultrapassando mais de cinco vezes as necessidades diárias de qualquer adulto saudável, contudo, no mundo inteiro os dados da ingestão elevada de sal não são incomuns e justamente pela humanidade ter se adaptado ao alto consumo dessa substância é bem difícil abrir mão dela de repente. A recomendação mais frequente de restrição de sódio na IC é de 2g por dia. Apesar deste tipo de indicação ser considerado uma restrição moderada, pode não ser agradável para o paladar de alguns pacientes e por isso a restrição é capaz de prejudicar a aderência ao tratamento.

Uma dieta com 3-4g de sódio/dia é o alvo mais razoável e realista para aqueles pacientes com IC leve e moderada, apesar de não ser o ideal.



O consenso atual é que os pacientes devem ser aconselhados a não adicionar sal alimentos extra aos alimentos já preparados e evitar que sejam feitos com alto teor de sal. Sabe-se que os pacientes com insuficiência cardíaca têm conhecimento insuficiente sobre a atenção dos problemas cardíacos, mas também é possível corrigir esses problemas, mantendo um bom diálogo com a equipe e principalmente tendo bem esclarecido que com o tempo o paladar irá se acostumar com a diminuição do sal na comida.

2.8 Diminuição da ingestão de líquidos



A restrição de líquidos na IC ainda não tem tantos estudos publicados como a pesagem diária e a restrição de sal, mas o que há de evidências já é o suficiente para entender que é muito importante manter o controle de quanto líquido o paciente ingere para ter uma boa ideia do funcionamento de alguns hormônios do corpo e principalmente dos rins.

Na prática diária, a quantidade máxima de líquidos recomendada é de 1,5 L/dia a todos os pacientes com IC moderada a grave; no entanto, em documentos de saúde nacionais e internacionais de IC, a quantidade exata a ser prescrita para cada variação que pode ocorrer entre os pacientes não é mencionada. A baixa adesão à prescrição do controle de líquidos ingeridos também pode ser justificada pela maior interferência na autonomia e na qualidade de vida do paciente que tal medida representa. A restrição hídrica com frequência causa sede, que é um dos sintomas menos tolerados por pacientes com IC moderada a grave, significa dizer que sempre que o paciente está com sede, o instinto natural é beber água e muitas das vezes isso é feito sem refletir sobre os impactos no organismo.

Muitos profissionais e pacientes em geral acreditam que a ingestão de líquidos deva ser liberada, de acordo com as necessidades do paciente, contanto que seja evitado o excesso ou a escassez, o problema dessa atitude é que não haveria uma quantidade adequada para nenhum paciente e o controle para saber se isto está contribuindo ou atrapalhando no tratamento seria praticamente impossível. Nos casos de IC grave, em que a concentração de hormônios que impedem a eliminação de líquidos pode estar aumentada, e a capacidade de eliminação de água pode estar prejudicada, a restrição hídrica é aconselhada para evitar que a concentração de sódio circulando no sangue caia demais, prejudicando assim o funcionamento de várias funções vitais.

2.9 Telefones Úteis

Secretária do Estado do Amazonas:

Endereço: Av. André Araújo, 701 - Aleixo, Manaus - AM, 69067-375

Horário: 08-14 horas.

Telefone: (92) 3643-6300

Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania:

Endereço: Rua Bento Maciel, 2, Conj. Celetramazon - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-300.

Horário: 08-17 horas.

Telefone: (92) 3583-9010

Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes

Endereço: Av. Camapuã n. 108 - Cidade Nova II

Horário: 7:00 às 17:00 h (seg a quin); 7:00 às 16:00 h (sexta)

Telefone: (92) 3649-2754

Policlínica Cardoso Fontes

Endereço: Rua Lobo D'almada, nº222 - Centro

Horário: 07:00 às 17:30 h

Telefone: 3627-8200 ou 8201 / 3232-5914

Policlínica Antônio Aleixo

Endereço: Praça Tancredo Neves, s/n. Colônia Antônio Aleixo

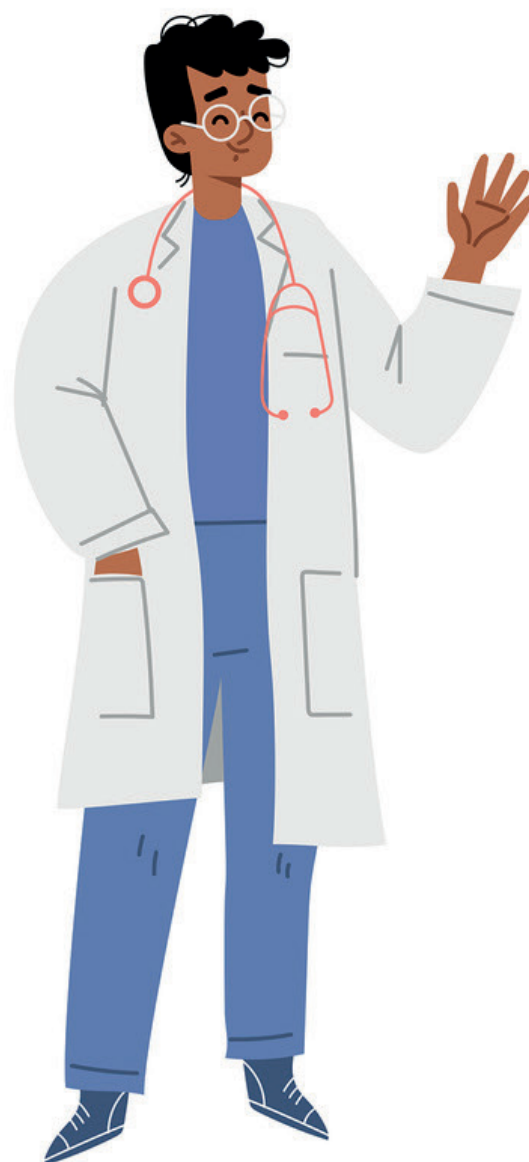
Telefone: 3617-7100

Horário: 07:00 às 18:00 h

Disque 190: Polícia Militar

Disque 192: Ambulância Pública (SAMU)

Disque 193: Corpo de Bombeiros



Referências

AMARAL, L.N.; MACHADO, R.C. Perfil clínico de pacientes com insuficiência cardíaca para embasar a prática clínica do enfermeiro. *Revista Enfermagem Brasil*, Petrolina, v. 15, n. 2, p. 90-97, 2016.

AMBROSY, A.P.; FONAROW, G.C; BUTLER, J.; *et al.* The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *Journal of the American College of Cardiology*, Washington, v. 63, n. 12, p. 1123-1133. 2014.

BARRETTO, A.C.P.; DEL CARLO, C.H.; CARDOSO, J.N.; *et al.* Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 91, n. 5, p. 335-341, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001700009 Acesso em: 10 jun. 2021.

BOCCHI, E. A.; ARIAS, A.; VERDEJO, H.; *et al.* Interamerican Society of Cardiology. The reality of heart failure in Latin America. *Journal of the American College of Cardiology*, Washington, v. 62, n. 11, p. 949-958, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Protocolo de Insuficiência Cardíaca*. 2007. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111925/insuficiencia.pdf> Acesso em: 6 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *DATASUS [Internet]*. 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/> Acessado em: 11 jun. 2021

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Petrolina, v. 66(esp), p. 134-41, 2013.

CHAVES, M. A. A.; SANTOS, R. F.; MOURA, L. K. B. LAGO, *et al.* Elaboração e validação de um álbum seriado para prevenção do pé diabético. *Revista Cuidarte*, Bucaramanga, v. 12, n. 1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1233> Acesso em: 5 maio 2021.

DIRETRIZES. II Diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 79, n. IV, p. 1-30, 2002.

FANG, J.; MENSAH, G. A.; CROFT, J. B.; *et al.* Heart failure-related hospitalization in the U.S., 1979 to 2004. *Journal of the American College of Cardiology*, Washington, v. 52, n. 6, p. 428-434, 2008.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014.

HARKNESS, K.; SPALING, M. A.; CURRIE, K. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, Philadelphia, v. 30, n. 2, p. 121-135, 2015.

HUNT, A. S.; BAKER, D. W.; CHIN, M. H. *et al.* ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of American College Cardiologist*, Washington, v. 38, n. 7, p. 2101-2113, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *População*. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>. Acesso em: 11 jun. 2021.

JACIREMA, M.; OLIVEIRA, H. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Distrito Federal, v. 57, n. 6, p. 761-763, 2004.

JONKMAN, N. H.; WESTLAND, H.; GROENWOLD, R. H. H. AGREN, S. *et al.* Do Self-Management Interventions Work in Patients With Heart Failure? An Individual Patient Data Meta-Analysis. *Circulation*, Dallas, v. 133, p. 1189-98, 2016.

MORAIS, E. R.; CARVALHO, C. S.; EUQUERES, L. *et al.* Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. *Revista de Ciências Ambientais e Saúde*, Goiânia, v. 45, p. 71–79, 2018.

NOGUEIRA, P. R.; RASSI, S.; CORRÊA, K. S. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 3, p. 392-397, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/aop09910.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PARK, H. Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. *International Journal of Nursing Knowledge*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 30-38, 2014.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 167-198.

ROCHA, R. C.; FIGUEIREDO, L. F. O perfil do paciente internado com insuficiência cardíaca no hospital das clínicas de Teresópolis. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*, Teresópolis, v. 3, p. 1, 2019.

ROHDE, L. E. P. *et al.* Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 111, n. 3, p. 436–539, 2018.

SÁ, G. G. M.; SILVA, F. L.; SANTOS, A. N. B. *et al.* Technologies that promote health education for the community elderly: Integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, 2019.

SANTOS, I. S.; BITTENCOURT, M. S. Insuficiência cardíaca. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 224-231, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59083>. Acesso em: 6 maio 2021.

SILVA, F. V. F.; SILVA, L. F.; RABELO, A. C. S. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. *Aquichan*, Cundinamarca, v. 15, n. 1, p. 116-128, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TEIXEIRA, E. *Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais – Volume II*. Porto Alegre: Moriá, 2019.



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

SÉRIE **VALIDTE**

Validação de Tecnologias Educacionais em Saúde