

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

RÔMULO BATISTA SÁ MORAES

**O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO COTIDIANO E NA
QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS**

SÃO LUÍS

2017

RÔMULO BATISTA SÁ MORAES

**O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO COTIDIANO E NA
QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca de defesa do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Profa. Dra. Lísia Divana Carvalho Silva.

SÃO LUÍS

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Moraes, Rômulo Batista Sá.

O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO COTIDIANO E NA
QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS / Rômulo Batista Sá
Moraes. - 2018.

54 p.

Orientador(a): Líscia Divana Carvalho Silva.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, 2018.

1. Autocuidado. 2. Conhecimento. 3. Insuficiência
Cardíaca. 4. Qualidade de vida. I. Silva, Líscia Divana
Carvalho. II. Título.

RÔMULO BATISTA SÁ MORAES

**O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO COTIDIANO E NA
QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS**

Trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem
apresentado à banca de defesa do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão.

Aprovado em __, de _____, do ano 201__.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Líscia Divana Carvalho Silva (Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Patrícia Ribeiro Azevedo

Universidade Federal do Maranhão

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, pela força e amparo em todas as circunstâncias de minha vida, à mulher mais incrível e admirável que se dedicou a mim e aos meus dois irmãos com amor e zelo, minha mãe, você é o motivo de minha felicidade, te amo demais, com você posso compartilhar todos os meus sonhos e acreditar neles, meu porto seguro é você. Aos meus irmãos Eduardo e Romário, o melhor presente de Deus.

“A confiança requer que você coloque sua agenda nas mãos de Deus, crendo que o tempo dele é perfeito para todas as coisas em sua vida. Sua natureza humana quer que as boas coisas aconteçam imediatamente, não mais tarde. Mas você aprende a crer e a esperar que as coisas aconteçam no tempo perfeito de Deus à medida que amadurece na vida cristã. Confiar em Deus frequentemente significa não saber como Ele irá realizar algo e quando Ele o fará. Mas não saber “como e quando” fortalece sua fé e lhe ensina lições de confiança. Lembre-se, a confiança não é herdada, é aprendida. O tempo desempenha um papel importante para aprender a confiar em Deus. À medida que você experimentar a fidelidade do Senhor, vez após vez, desistirá de confiar em si mesmo e colocará sua vida nas mãos habilidosas de Deus. Esse é um lugar maravilhoso para se estar!”.

(Joyce Meyer)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à **Deus** pelo dom da vida, pela concretização de mais um sonho e por sua magnitude e misericórdia em todos os momentos de minha caminhada.

À **Universidade Federal do Maranhão** pela oportunidade de concluir mais esta etapa de minha vida e por contribuir com a formação de profissionais com qualidade.

Aos **sujeitos** participantes da pesquisa pela disponibilidade e compreensão da importância deste trabalho e aos **profissionais** do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário (HUUFMA) no qual foi realizada a pesquisa, pelo incentivo e apoio durante as abordagens, em especial a **Ester Campos**.

À minha orientadora **Profª Dra. Líscia Divana Carvalho Silva**, pela paciência e sabedoria na compreensão de minhas limitações e pela rica contribuição na construção deste trabalho com recomendações preciosas e sábias.

A todos os professores e professoras do Departamento de Enfermagem por todos os conhecimentos compartilhados, terei referências para a vida, em especial às professoras da banca de defesa **Profª Dra. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes e a Profª Drª Patrícia Ribeiro Azevedo**

À minha mãe **Maria Divina Soeiro Sá** pelo apoio, zelo e amor em todos os momentos de minha vida, minha principal referência e meu maior exemplo, mãe, o maior presente de Deus, te amo incondicionalmente!

Ao meu pai **João Batista Moraes**, pelo carinho e apoio em todas as minhas decisões, e por me fazer sentir um filho tão especial, mesmo quando duvido de mim mesmo.

Aos meus irmãos e melhores amigos, **Carlos Eduardo Soeiro Sá e Romário Benedito Sá Moraes**, pelo companheirismo e cumplicidade, vocês me ensinam a cada dia ser uma pessoa melhor, não consigo dimensionar o quanto amo vocês!

À minha irmã paterna **Kátia Denise Moraes**, pelo companheirismo, amizade e pelos momentos de diversão.

As minhas amigas e companheiras de curso **Deuzilene Silva dos Santos, Elizete Sousa Ribeiro, Jeane França Vieira e Maria Eduarda Costa Sereno** por todos estes anos de amizade e cumplicidade e por me fazerem acreditar que existe sim amizade verdadeira e que vai muito além do que se possa oferecer em troca, o convívio com vocês me tornou um ser humano melhor, minhas irmãs!

A todos os meus amigos e amigas pelo apoio, credibilidade e confiança em especial à **Jéssica da Hora** pela ajuda na construção deste trabalho, ao **Diego Henrique, André Leite, Addson Pinheiro, Tharciana Muniz, Jainara Santos**, meus melhores!

Aos irmãos e irmãs da Igreja Batista do Angelim e aos meus pastores **Emmanuel Emiliano e Mouracyr Coelho**, pelas orações e apoio espiritual e por não desistirem de mim!

Aos colegas de curso, em especial aos do estágio **Jackson Diego, Joselma Pinheiro, Ribamar Nava, Jennifer Nayara, Ana Carolina Moraes**, pela troca de experiências e conhecimentos, apoio e companheirismo e todos aqueles que aqui não estão explícitos, gratidão!

RESUMO

A insuficiência cardíaca é uma síndrome causada por um distúrbio ou perda do músculo cardíaco, caracterizada por dilatação ou hipertrofia do ventrículo esquerdo. Constitui-se num grave problema de saúde pública que pode impactar significativamente a qualidade de vida dos portadores. O estudo tem por objetivo investigar o impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano e na qualidade de vida dos indivíduos. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo realizado no período de setembro a novembro de 2017 no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Utilizou-se dois instrumentos, um questionário sobre o conhecimento dos indivíduos acerca da insuficiência cardíaca e o *Minnesota Living With Heart Failure- MLHFQ* para avaliar a interferência da insuficiência cardíaca nas atividades diárias. O estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, parecer favorável número 2.249.362. Prevaleceu a média etária de 56,9 anos, comorbidades de hipertensão 34 (54,8%) e dislipidemia 27 (43,5%), insuficiência cardíaca com classes funcionais I 23 (37,1%) e II 30 (48,4%), etiologia isquêmica 21 (33,9%), tempo de diagnóstico 1 a 7 anos 34 (54,8%), uso de diurético 52 (83,9%). Metade dos pacientes não sabem o que é a insuficiência cardíaca 31 (50%), limitam-se a defini-la de maneira superficial e a descrevem como coração fraco 46 (74,2 %). Os sintomas mais frequentemente relatados foram dispneia 38 (61,3%), edema 23 (37,1%) e taquicardia/palpitação 18 (29%). Foi significativo o abandono do tabagismo 16 (25,8%) e etilismo 10 (16,1%). A maioria negou a prática de uma atividade física regular 34 (54,8%) e aqueles que praticavam 28 (45,2%), a caminhada foi a mais referida. Todos os pacientes reconhecem que para melhorar a doença devem seguir algumas recomendações: dieta hipossódica, controle do peso, terapêutica medicamentosa, evitar o tabagismo e manter calendário vacinal atualizado. Mais da metade relata ter sido orientado pelo médico 36 (58,1%) e a quase totalidade da amostra apresenta boa expectativa em relação ao tratamento 57 (91,9%). Na avaliação da interferência da doença nas atividades diárias, as pontuações baixas na dimensão física 14,9 ($\pm 10,2$), na dimensão psicológica 7,46 ($\pm 5,9$) e no escore total 35,8 ($\pm 21,5$) refletem boa qualidade de vida. Conclui-se que os pacientes possuem uma sintomatologia leve relacionada a insuficiência cardíaca, justificada pelo estágio inicial e controle da doença o que ocasiona pouco impacto no seu cotidiano com manutenção de uma boa qualidade de vida. As principais modificações nas suas vidas relacionam-se as mudanças nos hábitos de vida e as limitações impostas pela doença.

Descritores: Insuficiência cardíaca. Conhecimento. Autocuidado. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Heart failure is a syndrome caused by a disorder or loss of heart muscle, characterized by dilation or hypertrophy of the left ventricle. It constitutes a serious public health problem that can significantly impact the quality of life of the patients. The aim of this study is to investigate the impact of heart failure on patients' daily lives and quality of life. This is a descriptive quantitative study performed between September and November 2017 at the Cardiology Outpatient Clinic of the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HUUFMA). Two instruments were used, a questionnaire on individuals' knowledge about heart failure and Minnesota Living With Heart Failure - MLHFQ to assess the interference of heart failure in daily activities. The study was approved by the Research Ethics Committee of HUUFMA, assent number 2,249,362. Prevalence of the mean age of 56.9 years, comorbidities of hypertension 34 (54.8%) and dyslipidemia 27 (43.5%), heart failure with functional classes I 23 (37.1%) and II 30 (48.4%), ischemic etiology 21 (33.9%), diagnosis time 1 to 7 years 34 (54.8%), use of diuretic 52 (83.9%). Half of the patients do not know what heart failure is (31%), they are confined to the superficial way, and describe it as a weak heart 46 (74.2%). The symptoms most frequently reported were dyspnoea 38 (61, 3%), edema 23 (37.1%) and tachycardia / palpitation 18 (29%). Smoking cessation was significant 16 (25.8%) and alcoholism 10 (16.1%). The majority denied the practice of regular physical activity 34 (54.8%) and those who practiced 28 (45.2%), the walk was the most reported. All patients recognize that to improve the disease should follow some recommendations: low-sodium diet, weight control, drug therapy, avoid smoking and keep the vaccine calendar updated. More than half report being guided by the physician 36 (58.1%) and almost all of the sample has a good expectation regarding treatment 57 (91.9%). In the assessment of disease interference in daily activities, the low scores in the physical dimension 14.9 (\pm 10.2), in the psychological dimension 7.46 (\pm 5.9) and in the total score 35.8 (\pm 21.5) reflect good quality of life. It is concluded that the patients have a mild symptomatology related to heart failure, justified by the initial stage and control of the disease, which causes little impact in their daily life with maintenance of a good quality of life. The major changes in their lives are related to changes in lifestyle and the limitations imposed by the disease.

Keywords: Heart failure. Knowledge. Self-care. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sócio demográfica dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.....	26
Tabela 2- Perfil clínico dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.....	27
Tabela 3- Hábitos de vida dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.....	28
Tabela 4- Conhecimento dos indivíduos sobre a Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.....	28
Tabela 5- Dimensões do <i>Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire</i> dos indivíduos do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA, São Luís- Ma, 2017.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Definição e Sintomatologia da Insuficiência cardíaca	15
3.2 Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca	17
3.3 Conhecimento, Autocuidado e Qualidade de vida na Insuficiência Cardíaca.....	19
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo e Local de Estudo.....	23
4.2 População e Amostra	23
4.3 Coleta de Dados	23
4.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	24
4.5 Análise dos Dados.....	25
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	25
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXOS.....	42
APÊNDICE.....	52

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar no mundo dentre as causas de mortalidade desde a década de 60, tanto para homens quanto para mulheres. Há meio século essas doenças eram consideradas como mazelas exclusivas de indivíduos ricos, até se reconhecer sua presença e importância também em populações de países em desenvolvimento (ACHUTTI, 2012). São responsáveis, no mundo, por um terço do total de óbitos, tornando-se um problema de saúde pública. Dados apontam que quinze milhões de pessoas morrem por ano, no mundo, vítimas dessas doenças. Segundo projeções para o ano 2020, as doenças cardiovasculares serão as maiores responsáveis pela mortalidade e incapacitação da população mundial, sendo que, no Brasil, representam a primeira causa de morte, especialmente em adultos, entre 35 e 64 anos de idade (CAMPONOVARA; SILVEIRA; CIELO, 2014).

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome causada por um distúrbio ou perda do músculo cardíaco, caracterizada por dilatação ou hipertrofia do ventrículo esquerdo. Representa uma situação de complexidade com deterioração do quadro clínico por um estado fisiopatológico de transtorno estrutural ou funcional cardíaco que prejudica a capacidade dos ventrículos de bombear sangue em quantidade suficiente para o organismo ou por meio de elevadas pressões de enchimento (PEREIRA, 2012).

A IC constitui-se num grave problema de saúde pública em decorrência do aumento significativo nas últimas décadas. No mundo existem aproximadamente 23 milhões de portadores, sendo dois milhões de pessoas diagnosticadas com a doença anualmente. Cerca de 6,5 milhões de pessoas sofrem de IC na Europa, 5 milhões nos Estados Unidos, 2,4 milhões no Japão e 6,4 milhões no Brasil. A doença é responsável por grande número de casos de atendimentos de emergência e altos custos com hospitalizações, o que gera um acentuado número de aposentadorias precoces por incapacidades (FREITAS; PUSHEL, 2012).

Observa-se o aumento de prevalência e incidência da IC o que demanda grande atenção dos profissionais de saúde devido ao alto índice de internações hospitalares e sobrecarga nos custos para pacientes e instituições. De acordo com os dados do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013), no Brasil houve em 2013 o registro de aproximadamente 252.560 internações decorrentes de IC com 24.580 óbitos (LAMARCA, 2015). Todos os anos são diagnosticados aproximadamente 240 mil novos casos da doença (CASTRO, et al., 2015).

A principal etiologia da IC, no Brasil, é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial, uma das principais causas de hospitalizações e responsável por elevada taxa de morbimortalidade. Existem em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições socioeconômicas, formas de IC associadas à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvular reumática crônica, que são situações especiais em nosso meio, constituindo, portanto, um problema epidêmico em progressão e um dos mais importantes desafios clínicos na área da saúde (BRASIL, 2009; NASCIMENTO; PUSCHEL, 2013).

A IC representa grande impacto na morbimortalidade e nos gastos financeiros com o tratamento por ser caracterizada como uma síndrome complexa com declínio da capacidade funcional do indivíduo e sintomatologia diversa, ocasionada por dispneia, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, taquicardia, palpitações, síncope e dor torácica (BRASIL, 2008). Normalmente os indivíduos portadores apresentam intolerância às atividades, com perda de energia psicológica ou fisiológica caracterizada por fadiga, desconforto respiratório e palpitações ao realizar suas atividades diárias, isso se dá em decorrência do coração ser incapaz de manter um débito cardíaco que consiga atender as necessidades teciduais de oxigênio e da diminuição do fluxo sanguíneo periférico, o que pode provocar impacto na qualidade de vida do indivíduo (AZEVEDO, et al., 2015).

Portadores de IC tendem a assumir um novo comportamento em relação a sua saúde, uma vez que seu estilo de vida provavelmente sofrerá mudanças para enfrentar o adoecimento crônico (BOSCHCO; MANTOVANI, 2007). Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem ater-se não somente às alterações fisiológicas consequentes da doença, mas estarem sensíveis às demandas psicológicas, emocionais, sociais e culturais relacionadas ao processo de adoecimento (LAMARCA; RODRIGUES, 2015).

Constata-se que o conhecimento sobre os aspectos fisiológicos e emocionais relacionados a manifestação dessa doença a confirmação do diagnóstico, ao cotidiano dos indivíduos e seus papéis sociais, as expectativas e medos necessitam de uma melhor compreensão. Assim, a presente pesquisa propõe responder ao seguinte questionamento: A insuficiência cardíaca modifica/interfere o cotidiano dos pacientes? Existem razões para acreditar na existência de grandes mudanças na vida das pessoas após a descoberta de uma doença, relacionadas principalmente, ao modo de sentir e perceber a doença. Considera-se, portanto, oportuno a realização desta pesquisa no sentido de conhecer como os indivíduos sentem e percebem esse processo de adoecimento e principalmente se existem interferências e limitações desta doença

em suas atividades diárias, o que poderá ajudar-nos a compreender o impacto da insuficiência cardíaca no seu cotidiano, na sua vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar o impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano e na qualidade de vida dos indivíduos.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o conhecimento dos indivíduos acerca da insuficiência cardíaca;
- Verificar as interferências e limitações da insuficiência cardíaca nas atividades diárias;
- Identificar os indicadores da qualidade de vida dos indivíduos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definição e Sintomatologia da Insuficiência Cardíaca

A Insuficiência cardíaca têm se destacado como um grave problema de saúde pública com alta prevalência na morbimortalidade da população mundial, sendo responsável por elevado índice de hospitalizações e reinternações que somada aos avanços nas estratégias de tratamentos geram altos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Sabe-se que pacientes com IC apresentam diversas comorbidades associadas como doença renal, depressão, apnéia do sono, hipertensão arterial, fibrilação atrial, doença coronariana, diabetes e doença pulmonar as quais acentuam-se com o envelhecimento e interferem na sua qualidade de vida (MESQUITA et al., 2016).

No Brasil, em decorrência do crescente processo de envelhecimento e da presença de comorbidades associadas, a IC é a principal causa de internações em pessoas com idade acima dos 65 anos, contribuindo significativamente para manutenção das altas taxas de morbimortalidade. Constitui uma síndrome crônica de alto impacto social que não se restringe apenas a uma determinada classe social e interfere, sobremaneira, na capacidade do indivíduo de realizar atividades diárias, levando ao afastamento laboral (LAMARCA; RODRIGUES, 2015).

A IC é uma condição crônica de tratamento complexo que envolve uma série de fatores tanto na gênese como no seu desenvolvimento, gerando impacto significativo nas condições socioeconômicas, psicológicas e sociais de seus portadores favorecendo a perda da qualidade de vida. Nos países desenvolvidos, o aumento da longevidade e da expectativa de vida tem uma influência significativa no aumento de casos de IC uma vez que em razão de sua lógica natural, a doença aumenta com o envelhecimento populacional, sendo mais prevalente em idosos, constituindo-se como a primeira causa de internações hospitalares (FREITAS; PUSHEL, 2012).

O aumento da incidência de insuficiência cardíaca está relacionado aos avanços terapêuticos no tratamento do infarto agudo do miocárdio, da hipertensão arterial e mesmo da insuficiência cardíaca, o que ocasiona maior sobrevida e, conseqüentemente, aumento da prevalência e de internações hospitalares por essa síndrome, gerando altos custos para países cuja população idosa é crescente (LAMARCA; RODRIGUES, 2015, p.25).

Reconhecida por sinais e sintomas de sobrecarga hídrica ou perfusão tecidual inadequada, a IC resulta na incapacidade do coração em gerar um débito cardíaco suficiente que

consiga suprir as necessidades teciduais de oxigênio e nutrientes para atender as demandas exigidas pelo organismo. O termo insuficiência cardíaca remete à doença miocárdica em que existe um problema de contratilidade do coração (disfunção sistólica) ou com o enchimento do coração (disfunção diastólica), que poderá ou não causar congestão pulmonar ou sistêmica. Frequentemente, constitui um diagnóstico progressivo permanente o qual é tratado com mudanças no estilo de vida e terapêutica medicamentosa com a finalidade de evitar episódios congestivos intensos (BRUNNER e SUDDARTH, 2008).

A avaliação clínica do indivíduo com IC deve incluir a busca dos fatores de risco como os antecedentes de infarto agudo do miocárdio, aterosclerose, angina e possíveis causas precipitantes de descompensação hemodinâmica. A definição da etiologia é etapa fundamental da avaliação dos pacientes, contribuindo para a avaliação do prognóstico e terapêutica utilizada. Dados obtidos por história, exame físico, eletrocardiograma e exames laboratoriais são capazes de, na maior parte dos casos, sugerir a etiologia da doença, muitas vezes, associada a vários determinantes, dificultando de certo modo a definição exata das causas ou fatores da prevalência da disfunção cardíaca. Estudos tem relacionado a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, dislipidemias e diabetes mellitus como os principais fatores de risco para a doença (TEIXEIRA, et al., 2013; CASTRO, et al., 2015).

Os pacientes com IC apresentam uma disfunção miocárdica em consequência da hipertensão arterial, miocardiopatia, distúrbios valvares e da doença coronária, esta última constitui a causa primária da IC. A isquemia causa disfunção miocárdica por causa da hipóxia resultante e da acidose devido ao acúmulo de ácido láctico; o infarto causa necrose focal do músculo cardíaco, a morte das células miocárdicas e uma perda de contratilidade; a extensão do infarto correlaciona-se com a gravidade da IC (BRUNNER e SUDDARTH, 2017). A IC tem sido associada a vários determinantes e fatores de risco, relacionada a doença arterial coronariana, dislipidemias, diabetes mellitus e principalmente a hipertensão arterial, por aumentar a carga de trabalho do músculo cardíaco, com possibilidade de hipertrofia das fibras musculares do coração, gerando um mecanismo compensatório porque intensifica a contratilidade cardíaca. Todavia, a hipertrofia cardíaca pode prejudicar a capacidade do coração para se encher adequadamente durante a diástole, e o ventrículo hipertrofiado, pode sofrer falhas (BARBOSA, et al., 2013).

O portador de IC sofre grandes alterações em seu estilo de vida resultante da incapacidade gerada pelos sinais e sintomas da doença, que gera um débito cardíaco insuficiente responsável pela perfusão coronariana ineficiente. Clinicamente, a IC apresenta sinais e sintomas típicos ou inespecíficos que resultam das alterações morfoestruturais e/ou funcionais como:

dispneia (mesmo quando o indivíduo está em repouso), fadiga, edema periférico e pulmonar, pressão venosa jugular elevada, crepitações pulmonares, alterações hepáticas, dentre outros. Não é incomum que portadores dessa doença apresentem intolerância às atividades cotidianas, apresentando-se em um estado em que não há energia psicológica e/ou fisiológica suficientes para completar essas atividades, tudo em consequência das alterações ocasionadas. A capacidade funcional de pacientes para a realização de atividades cotidianas fica comprometida e as limitações impostas pela doença podem interferir sobremaneira nos seus hábitos de vida, atividade física, trabalho e em casa (SOARES, 2008; COSTA, 2015; XAVIER et al., 2015; LAMARCA; RODRIGUES, 2015).

3.2 Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca

No diagnóstico de Insuficiência cardíaca, principalmente em situações agudas, pode-se utilizar os critérios de Framingham, essencial na prática da atenção primária já que são capazes de detectar sinais e sintomas de agravo da doença, independente de exames complexos e caros o que auxilia na tomada de decisões clínicas adequadas contribuindo para redução da necessidade de internações e tratamento nas atenções secundária e terciária. Conforme Framingham para diagnóstico da IC será necessário pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior acompanhado de dois critérios menores. São considerados como critérios maiores, a dispneia paroxística noturna, turgência jugular, crepitações pulmonares, cardiomegalia (à radiografia de tórax), edema agudo de pulmão, terceira bulha (galope), aumento da pressão venosa central (>16 cm H₂O no átrio direito), refluxo abdominojugular e perda de peso > 4,5 kg em cinco dias em resposta ao tratamento. Já o edema de tornozelos bilateral, tosse noturna, dispneia aos esforços ordinários, hepatomegalia, derrame pleural, diminuição da capacidade funcional em 1/3 da máxima registrada previamente e taquicardia (FC > 120 bpm) são os critérios menores de diagnóstico. Os critérios menores são válidos apenas quando não atribuídos à outra condição clínica como a hipertensão pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose, ascite ou síndrome nefrótica (MONTERA et al., 2009).

A IC é classicamente categorizada conforme a intensidade de seus sintomas em quatro (4) classes propostas pela New York Heart Association (NYHA): Classe I - ausência de sintomas; Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços e Classe IV - sintomas em repouso. A classificação da IC com base na progressão da doença por meio da NYHA, é uma estratificação de medida simples, baseada na história clínica e que possibilita ao

profissional avaliar a qualidade de vida e o prognóstico: Estágio A – pacientes sob o risco de desenvolver insuficiência cardíaca, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca; Estágio B – pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, porém não apresentam sintomas da insuficiência cardíaca; Estágios C – pacientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos de insuficiência cardíaca e Estágio D – pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos. A classificação por estágios avalia não somente os sinais e sintomas, mas os determinantes de risco para desenvolver a doença (BRASIL, 2009).

Para o diagnóstico inicial da IC pode-se utilizar a radiografia de tórax e eletrocardiograma, mas para o diagnóstico definitivo, é necessário a realização do ecocardiograma que é o exame padrão ouro para medir a fração de ejeção ventricular, além de ser um exame essencial para a necessidade de modificação terapêutica. (GRACIANO, 2015). O ecocardiograma é considerado o principal método não invasivo para o diagnóstico de IC, na qual é indicado para auxiliar na busca da etiologia e prognóstico da doença, investigando se o tipo de disfunção é sistólica ou diastólica, se há comprometimento de câmaras, lesões valvares e alterações de contratilidade segmentar e pericárdio, podendo ser utilizado também para definir o perfil hemodinâmico e orientação terapêutica (MANGINI et al., 2013)

Ressalta-se que a anemia, hiponatremia e alteração da função renal são preditores prognósticos adversos da IC, a anemia pode ser fator consequente ou precipitante da disfunção, Já as alterações na função renal podem ocorrer por comorbidades associadas, pelo débito cardíaco reduzido por consequência da cardiopatia ou por efeito adverso consequente do tratamento, avaliação laboratorial assume um peso significativo na abordagem clínica do paciente (BRASIL, 2009).

O tratamento não farmacológico constitui parte integrante e essencial para a terapêutica da IC, a não adoção destas medidas põe em risco a eficácia em todo o tratamento. As medidas não farmacológicas dizem respeito as mudanças no estilo de vida, principalmente no que se refere a dieta e exercícios físicos. A indicação de betabloqueadores como o carvedilol para pacientes com disfunção sistólica apresenta nível de evidência A para o tratamento da doença, levando em consideração que 60 % dos casos de IC apresentam disfunção sistólica. Já a associação entre o uso de digitálicos e risco de desenvolvimento de taquicardia e risco de óbito, comprova dados da literatura que orientam o uso criterioso de digitálico já que a taquicardia é um dos sinais relacionados a possíveis intoxicações digitálicas (GRACIANO et al., 2015).

Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) constituem um grupo de fármacos com comprovados benefícios na evolução de pacientes com IC, tanto no que se refere à morbidade, como à mortalidade. Esta afirmação baseia-se em numerosos ensaios randomizados, placebo-controlados ou comparativos, que atestaram os benefícios dos IECA nos diferentes estágios evolutivos da IC, e de disfunção ventricular sistólica, inclusive na assintomática (BRASIL, 2009).

O tratamento cirúrgico da IC compreende a revascularização do miocárdio, cirurgia da válvula mitral e remodelamento cirúrgico do ventrículo esquerdo, podendo ser realizado também transplante cardíaco ou implantação de dispositivos de estimulação cardíaca artificial como marcapasso, terapia de ressincronização cardíaca, cardioversor desfibrilador cardíaco implantável e ventrículo artificial. A correção da causa da IC modifica significativamente a história natural da doença, dessa forma, a correção de valvopatias ou a revascularização miocárdica podem melhorar muito a evolução do quadro (LAMARCA, 2015). A revascularização da artéria coronária por uma intervenção coronária percutânea ou por cirurgia de *by-pass* da artéria coronária pode melhorar a oxigenação miocárdica e a função ventricular (BRUNNER e SUDDARTH, 2012).

Acresce-se que de forma geral, o tratamento da IC abrange o controle nutricional e da dieta, eliminação de hábitos como tabagismo e etilismo, prevenção de infecções e fatores de risco, inserção do indivíduo em programas de reabilitação cardiopulmonar e vascular, além do tratamento farmacológico e cirúrgico que varia de acordo com indicação clínica de indivíduo para indivíduo (BOCCHI et al., 2012). A IC apresenta peculiaridade importante por ser uma doença permanente, complexa, debilitante e raramente ocorrer de forma isolada, sendo necessária para potencializar seu tratamento, uma atenção integral ao ser humano numa abordagem multidisciplinar envolvendo principalmente os aspectos físicos, comportamentais e psicossociais. O principal objetivo das intervenções no âmbito da saúde desses indivíduos, é atender suas necessidades individuais, otimizando sua capacidade funcional e sua qualidade de vida, e, conseqüentemente reduzir as taxas de reinternações (BARBOSA et al., 2014).

3.3 Conhecimento, Autocuidado e Qualidade de vida na Insuficiência Cardíaca

O homem busca o conhecimento desde o seu surgimento, uma busca de informações pela verdade num mundo em que vive, necessária para seu desenvolvimento e para a sua própria existência. Este desenvolvimento está ligado a característica individual, social, o viver em grupo

e a troca de experiência e dessa maneira o conhecimento vai sendo construído, replicado e propagado. A população em seu dia a dia constrói e desenvolve um saber popular que chega a ter sua importância. Embora este saber não seja sistematizado, não é destituído de validade, pois ele é o início para transformação e mediante o apoio do saber técnico científico pode se constituir num processo educativo no qual se assentará o conhecimento (LAMARCA, 2015).

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. O conhecimento é considerado uma tecnologia essencial para a melhora da saúde, da qualidade de vida e diminuição dos custos com o manejo de doenças crônicas e seu tratamento. A intervenção educativa e o acompanhamento ambulatorial são essenciais e necessários para as pessoas com IC, dentro desse cenário o enfermeiro exerce um papel fundamental na identificação do que os pacientes sabem acerca da doença e do tratamento para planejar a partir daí suas intervenções e ações educativa (FREITAS; PUSHEL, 2013).

Nessa perspectiva, o conhecimento sobre uma doença, em especial, a insuficiência cardíaca, é determinado pela capacidade de assimilar as informações de saúde, uma vez que são passíveis de modificações. Quaisquer intervenção educativa deve ser adaptada ao nível de escolaridade dos portadores da doença (SALVADÓ et al., 2017). Vários fatores podem levar um paciente à descompensação clínica, como o desconhecimento sobre a doença, a falta de adesão as recomendações sobre o autocuidado, a restrição de líquidos e de sódio na dieta, a monitorização do peso e a inatividade física. Uma abordagem centrada no indivíduo e voltada para a autogestão no seu cuidado pode ajudar o indivíduo a ser mais confiante para identificar barreiras e solucioná-las dentro do processo de autocuidado e favorecer a melhor qualidade de vida (FERREIRA, et al., 2015).

O autocuidado pode ser definido como um processo de tomada de decisão naturalista, envolvendo a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado). Em pacientes com IC, vários aspectos clínicos, físicos, psicológicos, situacionais e sociais podem afetar o manejo do autocuidado, exigindo do indivíduo alterações no seu comportamento para lidar com a doença e o seu tratamento o que pode levar a perturbações psicológicas (FERREIRA, et al., 2015, p.389).

A promoção do autocuidado é definida como o encorajamento de um processo de tomada de decisão que os pacientes usam na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica e a resposta para sintomas, assim que eles ocorrem. Ela pode ser uma grande aliada

para os profissionais de saúde que cuidam de pacientes com IC (MESQUITA et al., 2017). A relação entre o conhecimento e o autocuidado são etapas importantes para a melhora do quadro clínico e consequente diminuição da possibilidade de descompensação hemodinâmica, com maior autonomia e controle sobre a doença. A partir do conhecimento sobre seu processo saúde doença, os hábitos de vida poderão modificar-se, melhorando, assim, a sua qualidade de vida e seu prognóstico (LAMARCA; RODRIGUES, 2015).

Nas últimas décadas, a mensuração da qualidade de vida surgiu na ciência, como um importante instrumento para investigar e avaliar a saúde dos indivíduos e os resultados têm auxiliado como um dos critérios para abordagens nas intervenções (ALMEIDA NETO, 2015). Não somente na área da saúde, mas também em outras áreas, a pesquisa a respeito do cotidiano dos pacientes e, conseqüentemente, sobre sua qualidade de vida é um dos campos mais importantes para o diálogo entre as diferentes disciplinas e escolas de pensamento, com busca de avanços reais para indivíduos das mais diferentes culturas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O Termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da realidade cultural (MINAYO et al., 2003, p. 10).

A percepção do indivíduo sobre a influência da doença na sua vida por meio da capacidade funcional, da saúde ocupacional, do seu estado de saúde físico, psicológico e social é importante. Por se tratar de uma doença crônica, com potenciais desfechos desfavoráveis, a IC tem um impacto na vida dos pacientes. Os sintomas da doença (dispneia, fadiga), distúrbios psicológicos (ansiedade, depressão), efeitos adversos das medicações e custos com o tratamento podem acarretar alterações adicionais na vida diária. Além disso, a idade, a disfunção ventricular, a classe funcional e a gravidade da IC configuram-se como variáveis que podem influenciar nessa qualidade de vida (SOUSA et al., 2017). Conhecer a percepção do indivíduo sobre a influência da doença na sua vida, no seu cotidiano, torna-se fundamental.

As limitações físicas desencadeadas pela presença de sintomas como dispneia, fadiga, edema e psicológicas como medo, ansiedade e tristeza decorrentes da IC apresentam impacto negativo referente a manutenção da autonomia e da capacidade funcional das pessoas acometidas. Assim, a IC influencia diretamente a qualidade de vida em virtude das mudanças

impostas pela doença ao estilo de vida com adoção de novos hábitos (SOUSA et al., 2017). Apesar de grandes avanços no manejo clínico e no tratamento da doença, a IC continua sendo um grande desafio pelo sofrimento físico, psicológico, social e existencial ocasionado pela progressão da doença e sua mudança nos hábitos de vida, mudança que é necessária para melhorar a gestão do autocuidado e manter uma boa qualidade de vida (SOUSA et al., 2017).

Cada indivíduo se percebe de modo diferente, relacionado as suas experiências, vivências, expectativas, medos, desenvolvendo sentimentos e reações diversas no enfrentamento da insuficiência cardíaca. Existe uma diversidade de pensamentos e atitudes em relação à descoberta do diagnóstico de IC, inicialmente há uma atitude de negação, pois o indivíduo geralmente prioriza o cuidado com a família, os afazeres cotidianos, como se não pudesse adoecer, negligenciando a própria saúde, o cuidado com seu corpo, os seus hábitos de vida e sua vida emocional, podendo chegar posteriormente à exacerbação dos sintomas. O convívio constante com a doença é próprio de uma condição crônica de saúde, principalmente quando é permanente e incurável, mudando o estilo de vida, os hábitos e os papéis sociais do indivíduo, sendo fundamental que o indivíduo se perceba no enfrentamento de um processo crônico, para facilitar a contribuição consigo mesmo durante o processo de tratamento (BOSCHO; MANTOVANI, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Local do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa, com o objetivo de investigar o impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano e na qualidade de vida dos indivíduos.

O estudo foi realizado no setor do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). O HUUFMA é uma instituição pública federal da cidade de São Luís-MA, de assistência terciária e de referência no Estado do Maranhão para os procedimentos de alta complexidade em cardiologia, onde são ofertados os serviços de cardiologia clínica e cirúrgica, eletrofisiologia, teste ergométrico, ergoespirometria, eletrocardiografia, ecodopplercardiograma transtorácico e transesofágico. O Ambulatório de Cardiologia é o local destinado ao atendimento de pacientes clínicos nas afecções cardiovasculares diversas, dentre elas, a insuficiência cardíaca.

4.2 População e Amostra

A população foi constituída por adultos de ambos os sexos com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca. Os critérios de inclusão foram indivíduos com capacidade cognitiva e de verbalização preservadas e que possuísse o diagnóstico médico de insuficiência cardíaca há mais de um ano, por acreditar-se ser considerável para o conhecimento do seu processo saúde-doença. A amostra foi representada por sessenta e dois (62) pacientes. Foram excluídos cinco (5) pacientes, destes, três (3) pacientes com limitações funcionais e de verbalização e dois (2) pacientes por não manifestar interesse em participar da pesquisa.

4.3 Coleta de Dados

A coleta de dados realizou-se por meio de uma entrevista individual no período de setembro a novembro de 2017, duas vezes por semana, nos turnos matutino e vespertino do Ambulatório de Cardiologia do HUUFMA. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador-entrevistador no setor após a explicação dos procedimentos éticos, garantindo o anonimato e confidencialidade das informações. Os participantes foram interrogados individualmente, numa sala de consulta do ambulatório, respeitando sua privacidade e foram convidados a descrever

sobre o conhecimento que possuíam sobre a insuficiência cardíaca, as experiências e vivências e o seu cotidiano com a doença. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE) e solicitado assinatura.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário sobre o conhecimento dos indivíduos acerca da insuficiência cardíaca (ANEXO A) e dados sobre a interferência da insuficiência cardíaca nas atividades diárias da vida (ANEXO B). Para o conhecimento da doença foi utilizado o instrumento desenvolvido por Artinian et al. (2002) da Wayne State University em Detroit, Estados Unidos que engloba questões do conhecimento da doença e autocuidado relacionadas à dieta (duas questões), líquidos e peso (duas questões), informações gerais da insuficiência cardíaca (duas questões), tratamento (sete questões), insuficiência cardíaca terminal (uma questão) e motivos de reinternação (uma questão), totalizando 15 questões. O instrumento sofreu validação de conteúdo e a reprodutibilidade para uso na população brasileira (Rabelo et al., 2011), reformuladas algumas questões, mostra-se ser uma ferramenta adequada para avaliar o conhecimento de brasileiros sobre a insuficiência cardíaca (ANEXO A).

O questionário *Minnesota Living With Heart Failure- MLHFQ* (ANEXO B), desenvolvido para avaliar a interferência da insuficiência cardíaca nas atividades diárias foi amplamente estudado no mundo e validado na população brasileira, é composto por 21 questões relacionadas a limitações que frequentemente estão associadas como a doença cardíaca, no último mês, impede os pacientes de viverem como gostariam. A escala de respostas para cada questão varia de 0-zero (não) a 5-cinco (demais), onde o 0-zero representa sem limitações e o 5-cinco, limitação máxima. Essas questões envolvem uma dimensão física (de 1 a 7, 12 e 13) que estão altamente inter-relacionadas com dispneia e fadiga, uma dimensão emocional (de 17 a 21) e outras questões (de número 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16). Na dimensão física a pontuação normal é de 0-45 com média 22,5; na dimensão psicológica a pontuação normal é de 0-25 com média 12,5 e na qualidade de vida variação é de 0-105 com média 52,5. Um escore mais baixo reflete melhor qualidade de vida (LAMARCA; RODRIGUES, 2015).

4.5 Análise dos Dados

O banco de dados foi criado e analisado no Microsoft Office Excel 2007, a análise descritiva (frequência, média aritmética e desvio padrão) foi realizada com o objetivo de identificar as características gerais e específicas da amostra estudada. A discussão foi embasada nas leituras referentes a insuficiência cardíaca, conhecimento, percepção, sentimentos, hábitos de vida, atividades diárias, cotidiano com a doença cardíaca e qualidade de vida.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Em atendimento a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA obtendo parecer favorável sob o número 2.249.362 em 30/09/2017 (ANEXO E). Anteriormente ao início da entrevista, foi apresentado o objetivo da pesquisa e permitida a contribuição e para aqueles que concordarem em participar da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice, solicitando-se a assinatura do mesmo.

5 RESULTADOS

A caracterização a seguir refere-se aos sessenta e dois (62) participantes do estudo no que se refere aos dados sociodemográficos (Tabelas 1).

Tabela 1- Caracterização sócio demográfica dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.

VARIÁVEL	Nº	%
Idade		
18 - 29	2	3,2
30 - 41	6	9,7
42 - 53	12	19,4
54 - 65	25	40,3
66 - 77	11	17,7
78 - 89	6	9,7
Sexo		
Feminino	28	45,2
Masculino	34	54,8
Cor auto-referida		
Branca	8	12,9
Parda	40	64,5
Preta	14	22,6
Procedência		
Capital	24	38,7
Outros municípios	33	53,2
Outros estados	5	8,1
Religião		
Católico	35	56,5
Evangélico	25	40,3
Umbandista	2	3,2
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	33	53,2
Ensino fundamental completo	5	8,1
Ensino médio incompleto	1	1,6
Ensino médio completo	18	29,0
Ensino Superior incompleto	0	0
Ensino Superior completo	5	8,1
Trabalho		
Aposentado	35	56,5
Empregado	11	17,7
Do lar	5	8,1
Licença médica	1	1,6
Desempregado	10	16,1
Situação conjugal		
União Estável	37	59,7
Solteiro	11	17,7
Viúvo	9	14,5
Divorciado	5	8,1
Total	62	100,0

*União estável inclui aqueles que vivem com companheiro e casados oficialmente.

O dados sociodemográficos demonstram predomínio de idade entre 54 a 65 anos 25 (40,3%) (média etária 56,9 anos), sexo masculino 34 (54,8%), cor auto-referida parda 40

(64,5%), provenientes de outros municípios 33 (53,2%), religião católica 35 (56,5%), ensino fundamental incompleto 33 (53,2%), aposentado 35 (35%) e união estável 37 (59,6 %).

A Tabela 2 refere-se ao perfil clínico dos participantes do estudo.

Tabela 2- Perfil clínico dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.

VARIÁVEL	N	%
Comorbidades		
Diabetes	14	22,6
Dislipidemias	27	43,5
Hipertensão	34	54,8
Outras	10	16,1
Nenhuma	21	33,9
Classe funcional da IC		
Classe I	23	37,1
Classe II	30	48,4
Classe III	6	9,7
Classe IV	3	4,8
Etiologia da IC		
Isquêmica	21	33,9
Hipertensiva	9	14,5
Chagásica	3	4,8
Valvar	20	32,3
Etfílica, medicamentosa, drogas ilícitas	5	8,1
Congênita	1	1,6
Outra	3	4,8
Tempo de diagnóstico IC		
01 a 7 anos	34	54,8
08 a 15 anos	18	29,0
16 a 23	5	8,1
24 a 31	3	4,8
32 a 39	2	3,2
Terapêutica Medicamentosa		
Diuréticos	52	83,9
Vasodilatadores	50	80,6
Betabloqueadores	51	82,3
Hipoglicemiantes	27	43,5
Antiplaquetários	17	27,4
Inibidor da ECA*	12	19,4
Antiarrítmicos	4	6,5
Digitálicos	2	3,2
Realização de exames		
1 vez ao ano	5	8,1
6 em 6 meses	32	51,6
Menos de 6 meses	25	40,3
Procedimentos invasivos		
Revascularização do miocárdio	16	25,8
Angioplastia	7	11,3
Implante de marcapasso	3	4,8
Nenhum	36	58,1
TOTAL	62	100

*ECA- Enzima Conversora de Angiotensina

A maioria dos indivíduos apresenta como comorbidade a hipertensão 34 (54,8%) seguida da dislipidemia 27 (43,5%). As classes funcionais I 23 (37,1%) e II 30 (48,4%) foram as mais

prevalentes, etiologia isquêmica 21 (33,9%), tempo de diagnóstico de 1 a 7 anos 34 (54,8%), uso de diuréticos 52 (83,9%), exames por semestre 32 (51,6%) e cirurgia de revascularização do miocárdio 16 (25,8%).

A Tabela 3 refere-se aos hábitos de vida dos participantes do estudo.

Tabela 3- Hábitos de vida dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.

VARIÁVEL	N	%
Tabagismo		
Sim	2	3,2
Não	44	71
Ex-tabagista	16	25,8
Etilismo		
Sim	2	3,2
Não	50	80,6
Ex-etilista	10	16,1
Atividade física		
Sim	28	45,2
Não	34	54,8
Reabilitação física		
Sim	0	0
Não	62	100
TOTAL	62	100

A maioria dos participantes negou o hábito tabagista e etilista, porém chama-se atenção a quantidade que relataram o abandono do tabagismo 16 (25,8%) e etilismo 10 (16,1%). A maioria negou a prática de uma atividade física regular 34 (54,8%) e aqueles que relataram realizar atividade física 28 (45,2%) comumente realizam caminhada de três a cinco vezes semanalmente com duração de trinta minutos a uma hora. Nenhum relatou participar de um programa de reabilitação física.

A Tabela 4 refere-se ao conhecimento dos participantes sobre a IC e informações sobre o autocuidado.

Tabela 4- Conhecimento dos indivíduos sobre a Insuficiência Cardíaca do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís - MA, 2017.

VARIÁVEL	N	%
Conhecimento sobre a doença		
Sim	31	50,0
Não	31	50,0
Definição da doença		
Coração frágil	6	9,7
Coração não funciona bem	5	8,1
Doença no coração	5	8,1
Doença que entope a veia	4	6,4
Problema no coração	3	4,8

VARIÁVEL	N	%
Outras descrições	8	12,9
Não sabe	31	50
Descrição do problema		
Sangue no organismo	1	1,6
Coração fraco	46	74,2
Problema na veia do coração	11	17,7
Não sabe	4	6,5
Sintomas relacionados		
Falta de ar	38	61,3
Coração bate rápido ou forte	18	29
Inchaço	23	37,1
Tristeza	14	22,6
Não sabe	9	14,5
Pesar é importante		
Sim	57	91,9
Não	4	6,5
Não sabe	1	1,6
Bebida alcoólica		
Melhora	0	0
Piora	59	95,2
Não sabe	3	4,8
Alimento prejudica a saúde		
Melancia	8	12,9
Laranja	3	4,8
Pão	40	64,5
Todos acima	3	4,8
Não sabe	13	21
Alimento que melhora a saúde		
Sopas prontas ou em saquinho	2	3,2
Alimentos em conserva	3	4,8
Frutas e verduras frescas	59	95,2
Não sabe	1	1,6
Opinião sobre atividade física		
Pode praticar qualquer atividade	11	17,7
Praticar atividade física sem esforço	44	71
Não pode praticar	6	9,7
Não sabe	1	1,6
O que melhora a IC		
Comer menos sal	62	100
Controlar o peso	62	100
Tomar os medicamentos	62	100
Não fumar	62	100
Tomar as vacinas contra gripe e pneumonia	62	100
Orientação profissional		
Sim	40	64,5
Não	22	35,5
Tipo de profissional		
Médico	36	58,1
Enfermeiro	4	6,5
Nutricionista	3	4,8
Agente comunitário de saúde	2	3,2
Psicólogo	1	1,6
Expectativas em relação a doença		
Melhorar	57	91,9
Piorar	5	8,1
TOTAL	62	100

Observa-se na Tabela 4 que metade dos indivíduos não sabem o que é a insuficiência cardíaca 31 (50%), e aqueles que verbalizaram algum conhecimento, limitam-se a defini-la como uma “doença no coração”, “coração não funciona bem” ou “problema no coração”, outras descrições foram relatadas como “doença que causa falta de ar”, “doença que causa palpitações”, “coração grande” e “doença que causa infarto” 8 (12,9%). Entretanto, quando solicitado para responder qual o problema que possui, a maioria verbalizou “coração fraco” 46 (74,2 %).

Os sintomas mais frequentemente relatados foram dispneia 38 (61,3%), edema 23 (37,1%) e taquicardia/palpitação 18 (29%). Enfatizam a importância de saber o seu peso 57 (91,9%), evitar bebida alcoólica 59 (95,2%), descrevem como alimento mais prejudicial o pão 40 (64,5%), mais saudável frutas e verduras 59 (95,2%) e a importância da prática de uma atividade física sem esforço 44 (71%). Todos os participantes reconhecem que para melhorar a IC devem seguir algumas recomendações: dieta hipossódica, controle do peso, terapêutica medicamentosa, evitar o tabagismo e manter calendário vacinal atualizado. Mais da metade relata ter sido orientado 40 (64,5%), pelo médico 36 (58,1) e quase a totalidade apresenta boa expectativa em relação ao tratamento 57 (91,9%).

A tabela 5 refere-se a qualidade de vida segundo as dimensões do Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

Tabela 05-Dimensões do *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*, dos pacientes do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA, São Luís-Ma, 2017.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Varição
Dimensão Física	14,9	10,2	0-45
Dimensão Psicológica	7,46	5,9	0-25
Escore total	35,8	21,5	0-105

Os dados pertinentes a qualidade de vida dos indivíduos com IC apresentam média considerada baixa refletindo melhor qualidade de vida (Tabela 5). A dimensão física que varia de 0-45 com média 22,5, alcançou 14,9 ($\pm 10,2$) e a dimensão psicológica que varia de 0-25 com média 12,5 alcançou 7,46 ($\pm 5,9$). O escore que varia de 0-105 com média 52,5 totalizou 35,8 ($\pm 21,5$). Evidencia-se boa qualidade de vida relacionada a saúde já que as dimensões física, psicológica e o escore total obtiveram pontuação baixa relacionada as variações, pois resultados mais baixos refletem melhor qualidade de vida.

6 DISCUSSÃO

A Insuficiência cardíaca é uma condição crônica de tratamento complexo que envolve uma série de fatores tanto na gênese como no seu desenvolvimento, podendo impactar significativamente nas condições socioeconômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais de seus portadores, interferindo na sua qualidade de vida (FREITAS; PUSHEL, 2012). As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações (NETO, 2015) tiveram como principal consequência, maior exposição dos indivíduos a fatores de risco relacionados as doenças cardiovasculares, com destaque a insuficiência cardíaca. Apesar dos avanços tecnológicos na promoção da saúde e prevenção de agravos, ainda existe maior prevalência desta doença em pessoas com idade avançada (CAMPONOGARA, 2014).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Homem, estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais susceptíveis a doença cardiovascular do que as mulheres, com mortalidade mais precoce (PNAISH, 2008). No presente estudo, o sexo masculino e a baixa escolaridade apresentaram maior prevalência, resultados semelhantes a outros estudos (ALMEIDA et al., 2013; FERREIRA et al., 2015; MANTOVANI et al., 2015; SOUSA et al., 2017; HEO et al., 2015; SETO et al., 2011). A média de escolaridade nos países desenvolvidos, como o Canadá, por exemplo, é de doze anos o que conseqüentemente pode resultar em melhores condições de saúde já que a escolaridade tem influência significativa no processo do autocuidado e melhores condições de acesso e qualidade na assistência ao passo que no Brasil, a média escolaridade é de 7,2 anos.

Destaca-se também um número elevado de aposentados neste estudo, com idades abaixo da mínima estabelecida pela previdência social do país, que é de 60 anos. Tal fato pode ser determinado pelas limitações impostas pela doença, o que pode influenciar em aposentadorias precoces (FERREIRA et al., 2015). A intervenção educativa deve ser adaptada ao nível de escolaridade dos portadores de IC, uma vez que uso de uma linguagem compatível com a realidade favorece o autocuidado e interfere também nas condições clínicas (SALVADÓ et al., 2017).

A hipertensão arterial esteve presente na maior parte da amostra do estudo. Reconhece-se que a hipertensão arterial constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da IC, apontada em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos que, além de poder causar a IC a hipertensão arterial pode piorar as condições clínicas dos portadores já que favorece a queda do

débito cardíaco e do volume sistólico no coração em condições graves de IC (GRACIANO et al., 2015).

A classificação funcional da IC tem como base de referência as atividades cotidianas que variam de um indivíduo para outro conforme seu contexto de vida, requerendo subjetividade a esta medida, além de estratificar o grau de limitação imposto pela doença, sendo importante considerar que possui caráter funcional, uma vez que indica a interferência negativa da doença nas atividades de vida diária das pessoas (BOCCHI et al., 2012).

Um número expressivo de participantes da amostra possuem insuficiência cardíaca classe funcional I e II segundo NYHA, resultado similar a outros estudos (MANTOVANI et al., 2015; SOUSA et al., 2017). Sabe-se que a classificação funcional é um meio simples de classificar a extensão da IC e categoriza os indivíduos em uma das quatro classificações baseada na limitação para atividade física em classe I, II, III, IV, essas classes representam sinais e sintomas decorrentes do progresso negativo da doença (PUSHELL, 2012). Os sintomas mais frequentemente relatados pelos participantes foram dispneia, edema, taquicardia, tristeza, com pouca interferência nas atividades cotidianas, o que pode ser explicado pelas classes funcionais da IC identificadas, como a Classe I que significa ausência de sintomas durante atividades cotidianas cuja limitação dos esforços podem ser comparadas a esperada em indivíduos normais e a classe II com sintomas desencadeados pelas atividades cotidianas significando ausência de sintomas e limitação leve em atividade física e de vida diária.

A identificação da etiologia da IC é uma etapa fundamental para avaliação dos portadores da doença, pois contribui para a avaliação do prognóstico e pode influenciar na terapêutica instituída (BOCCHI et al., 2012). A etiologia isquêmica foi a mais prevalente no presente estudo, semelhante a outras pesquisas (MANTOVANI et al., 2015; SILVA et al., 2014; SOUSA et al., 2017), ocasionada pelo hipofluxo sanguíneo do músculo cardíaco com bloqueio parcial ou total das artérias coronárias, havendo desequilíbrio na oferta e demanda de oxigênio. Em algumas condições, o comprometimento da oferta de oxigênio é secundário à diminuição do fluxo sanguíneo (NETO, 2015).

No presente estudo, mais da metade dos participantes possuem o tempo de diagnóstico entre 1 a 15 anos, predominando até 7 anos. Sabe-se que o tempo de convivência com a doença revela na maioria das vezes o momento evolutivo da doença em que o paciente se encontra, como está sua qualidade de vida, seu prognóstico e permite estabelecer prioridades e, sendo

considerado um fator importante para o autocuidado (BOCCHI et al., 2012; KNAFL, RIEGEL, 2014).

Um dos fatores que mais contribuem para a melhora dos sintomas e da qualidade de vida dos portadores de IC é a utilização adequada da terapêutica medicamentosa, com efetiva adesão e satisfação dos pacientes. Observou-se, neste estudo, predomínio de uso de diuréticos e betabloqueadores, que reduzem os fluídos extracelulares, pressões de enchimento e cavidades cardíacas com conseqüente melhora da função cardíaca, promovendo alívio sintomático rápido da congestão pulmonar e periférica pelo aumento da eliminação de sódio pela urina e prevenindo a eliminação excessiva de potássio (GRACIANO et al., 2015; SOUSA et al., 2017; POFFO et al., 2017).

Um número expressivo de pacientes do estudo relatou a realização de exames de rotina a cada seis meses. Sabe-se que os exames de rotina são indispensáveis para a monitorização do estado funcional, favorecendo a prevenção de possíveis complicações decorrentes da doença e a manutenção da qualidade de vida já que essa prática evidencia importante atividade de autocuidado (SOUSA et al., 2015). O procedimento invasivo mais frequente foi a cirurgia de revascularização do miocárdio, uma cirurgia reconstrutora que reduz os sintomas associados a isquemia e é capaz de diminuir a angina e o risco de morte em indivíduos com disfunção ventricular esquerda, o que possibilita significativa sobrevida aos pacientes (LAMARCA; RODRIGUES, 2015).

Em relação aos hábitos de vida, a maioria negou o etilismo e tabagismo, poucos relataram o consumo do cigarro. Menos da metade dos participantes realizam práticas de atividade física e nenhum referiu a reabilitação física. Sabe-se que nos portadores de IC o tabagismo é um fator de risco importante, pois compromete a função ventricular podendo favorecer o desenvolvimento de arritmias cardíacas e a atividade física previne agravos da doença. A inatividade física pode ser explicada pelas limitações impostas pela doença, sendo caracterizada pela intolerância ao exercício, a fadiga precoce e a miopatia, culminando em caquexia cardíaca, portanto, programas de exercícios associados ao tratamento medicamentoso apresentam impacto positivo na melhora das condições física dos indivíduos prevenindo complicações e favorecendo a melhora de sua qualidade de vida (BOCCHI et al., 2012; NETO, 2015). A realização da atividade física deve ser periódica, sob supervisão profissional e em quadros compensados da doença uma vez que a prescrição de exercícios deve ser individualizada requerendo um nível de atividade que não desencadeie sintomas (LAMARCA, 2015).

Apesar de metade dos participantes do estudo não saber definir a doença, houve descrição de “coração fraco”. Existe, pois um reconhecimento de que o coração apresenta uma fragilidade, sendo, portanto, incapaz de um manter débito cardíaco adequado para suprir as necessidades exigidas pelo organismo (GRACIANO et al., 2015). Nessa perspectiva, o conhecimento é considerado uma tecnologia essencial para a melhora da saúde, da qualidade de vida e diminuição dos custos com o manejo de doenças crônicas e seu tratamento (FREITAS; PUSHEL, 2013; SALVADÓ et al., 2017). O reconhecimento dos sintomas da doença torna-se essencial. No presente estudo os sintomas mais comuns foram dispneia, edema, e taquicardia/palpitação.

A dispneia e a fadiga são os sintomas mais frequentes da IC, os quais interferem adversamente vários aspectos cotidianos da vida dos indivíduos, como limitação da atividade física diária, do trabalho, de atividades sociais, sendo um importante preditor de má qualidade de vida (LEE et al., 2014). O controle do peso interfere de maneira significativa nas condições clínicas da doença (FERREIRA et al., 2015). O monitoramento dos sintomas, especialmente do peso e da presença do edema, é o primeiro passo para a realização do manejo adequado do autocuidado, o que poderá ajudar os portadores de IC a evitar a descompensação cardíaca (MANTOVANI et al., 2015).

Em relação à bebida alcoólica houve um reconhecimento significativo da maioria dos participantes do estudo que o etilismo piora a doença, pois a maioria abandonaram o hábito. Para Lamarca (2015) é necessária completa abstinência do álcool principalmente para com miocardiopatia alcoólica, pois há a possibilidade de causar depressão miocárdica, ocasionando arritmias cardíacas. Entretanto, quantidades limitadas diárias, de 20 a 30 ml de álcool em vinho tinto em pacientes estáveis, classes I-II, pode ser de benefício na presença de doença coronariana.

Dos alimentos que podem prejudicar a saúde o pão foi mencionado pela maioria dos participantes como o mais prejudicial e a melancia foi considerada por poucos. Sabe-se que a melancia é um alimento rico em água podendo piorar as condições clínicas dos portadores de IC, a literatura traz a importância da restrição de líquidos em conformidade com as condições clínicas do paciente e em média a ingestão de líquidos deveria ser de 1.000 a 1.500 ml diariamente principalmente em indivíduos sintomáticos e com risco para hipervolemia, já as frutas e verduras foram consideradas como alimentos mais saudáveis e que podem contribuir para melhora das condições de saúde (BOCCHI et al., 2012)

O excesso de substratos energéticos obtidos por meio de dietas hipercalóricas ou nutricionalmente desequilibradas pode contribuir para desenvolvimento e progressão da doença

(BOCCHI et al., 2012). A ingestão energética deve ser composta de carboidratos integrais com baixa carga glicêmica, evitando alimentos ricos em açúcar e em água como a melancia por exemplo, por serem agravantes quanto a resistência à insulina e precipitadores das limitações provocadas pela doença, já a alimentação saudável como maior ingestão de frutas e verduras tem fundamental importância no tratamento e contribui para o equilíbrio da doença (LAMARCA, 2015).

No presente estudo, os participantes consideraram a dieta hipossódica, o controle do peso, a terapêutica medicamentosa, evitar o tabagismo e imunização contra a gripe e a pneumonia como medidas importantes e que melhoram a doença cardíaca. Reconhece-se que as medidas gerais, não farmacológicas são tão importantes quanto a prescrição medicamentosa, como o controle do peso corporal e a ingestão de sódio ajustada à situação clínica. O cumprimento dessas medidas influencia no prognóstico da doença e na qualidade de vida do paciente. Dentre estas incluem: prescrição de exercícios físicos (adequada a condição clínica do indivíduo), não fumar, vacinação (contra influenza e pneumococo) visto que a IC é uma condição com alto risco para infecções do trato respiratório podendo levar a descompensação clínica, tendo como consequência a morbimortalidade. Uma das principais medidas da terapêutica não farmacológica é a educação em saúde com orientações sobre a doença, nutricionais, hábitos saudáveis e tratamento farmacológico. A eficácia destas intervenções tem sido descrita, o que contribui para a redução de re-internações, diminuição do tempo de internação hospitalar e melhor adesão ao tratamento prescrito (MESQUITA et al., 2017).

A promoção do autocuidado é definida como o encorajamento de um processo de tomada de decisão que os indivíduos usam na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica e a resposta para sintomas, assim que eles ocorrem. (MESQUITA et al., 2017). A educação em saúde torna-se fundamental na promoção do conhecimento aos portadores de IC, na orientação sobre os benefícios do tratamento, no manejo adequado da doença, na solução de complicações, na adoção de estilos de vida saudáveis, motivando-os à adesão ao tratamento e propondo estratégias que favoreçam o seu envolvimento, oportunizando o autocuidado (FREITAS; PUSHEL, 2013).

Estratégias de acompanhamento com foco no controle do peso, restrição hidrossalina, uso correto das medicações, prática regular de atividade física e o reconhecimento de sintomas de piora da doença, são práticas recomendadas para educação e orientação do paciente. Visando reduzir ou minimizar possíveis complicações bem como o favorecimento da promoção da saúde, adesão terapêutica e qualidade de vida desta população. No presente estudo a maioria dos

participantes relataram receber orientações para o autocuidado, principalmente pelo médico e poucos relataram receber orientações pelo enfermeiro. O enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar deve desempenhar um papel importante no processo educativo e na elaboração do plano de cuidados. Em relação as expectativas sobre a doença a maioria relatou que espera melhorar, a literatura enfatiza que o estado emocional é essencial para a percepção positiva do indivíduo sobre a qualidade de vida e para manutenção do autocuidado (LAMARCA, 2015; SOUSA et al., 2017).

Evidências têm demonstrado que intervenções realizadas por equipes multidisciplinares com médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e psicólogo no acompanhamento de portadores de IC tem impacto significativo na diminuição do número de readmissões hospitalares, mortalidade, maior adesão à terapêutica proposta e melhor qualidade de vida. Esse fato indica a necessidade da implementação de programas de acompanhamento com enfoque multidisciplinar nos cuidados destinados a essa clientela, objetivando o planejamento adequado e incentivando o autocuidado no manejo da doença (SOUSA et al., 2017).

Com relação à medida da qualidade de vida avaliada pelo MLHFQ, a pontuação mostrou-se baixa para as dimensões física, psicológica e para o escore total. Os escores baixos representam melhor qualidade de vida com interferência na saúde global, o que significa influência positiva na percepção da doença crônica (SOUSA et al., 2017). Estes dados refletem as condições clínicas que caracterizam os participantes do estudo, com destaque para a ausência de sintomas ou sintomas decorrentes de esforço físico, o que favorece menor impacto da IC na percepção da qualidade de vida relacionada a saúde.

A qualidade de vida traduz-se na percepção que o indivíduo tem da sua vida, levando em consideração seu contexto cultural, seus valores e sentimentos, expectativas e necessidades, englobando suas dimensões físicas, mentais, sociais e bem estar relacionado ao ambiente em que vive. As limitações físicas desencadeadas pela presença de sintomas como dispneia, fadiga, edema e psicológicas como medo, ansiedade, tristeza, apresentam um impacto negativo para a manutenção da autonomia e da capacidade funcional das pessoas acometidas e por este motivo, a IC tem influência direta na qualidade de vida em consequência das mudanças impostas pela doença ao estilo de vida com adoção de novos hábitos (SOUSA et al., 2017).

7 CONCLUSÃO

Sumarizando-se as características sociodemográficas e clínicas prevaleceu a faixa etária de 54 a 65 anos 25 (40,3%), sexo masculino 34 (54,8%), cor auto-referida parda 40 (64,5%), natural de outro município 33 (53,2%), católico 35 (56,5%), ensino fundamental incompleto 33 (53,2%), aposentado 35 (35%), união estável 37 (59,6%), comorbidades de hipertensão 34 (54,8%) e dislipidemia 27 (43,5%), classes funcionais I 23 (37,1%) e II 30 (48,4%), etiologia isquêmica 21 (33,9%), tempo de diagnóstico 1 a 7 anos 34 (54,8%), uso de diurético 52 (83,9%), exames semestrais 32 (51,6%) e cirurgia de revascularização do miocárdio 16 (25,8%).

Em relação ao conhecimento sobre a insuficiência cardíaca apesar da maioria dos participantes descrever que possui um “coração fraco” 46 (74,2%), metade não sabe definir a doença 31 (50%), limitam-se a dizer “doença no coração”, “coração não funciona bem” ou “problema no coração”. Os sintomas mais frequentemente relatados foram dispneia 38 (61,3%), edema 23 (37,1%) e taquicardia/palpitação 18 (29%). Em relação aos hábitos de vida, destaca-se a quantidade de participantes que relataram o abandono do tabagismo 16 (25,8%), etilismo 10 (16,1%) e apenas 28 (45,2%) pratica a caminhada como atividade física. Todos os indivíduos reconhecem que para melhorar a insuficiência cardíaca devem seguir algumas recomendações: dieta hipossódica, controle do peso, terapêutica medicamentosa, evitar o tabagismo e manter calendário vacinal atualizado. Mais da metade dos participantes relata ter sido orientado pelo médico 36 (58,1) e quase a totalidade apresenta boa expectativa em relação ao tratamento 57 (91,9%).

Na avaliação da interferência da doença nas atividades diárias por meio do MLHFQ foi possível constatar que a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes apresentou-se boa levando em consideração as pontuações baixas na dimensão física 14,9 ($\pm 10,2$), na dimensão psicológica 7,46 ($\pm 5,9$) e no escore total 35,8 ($\pm 21,5$), o que reflete melhor qualidade de vida.

Conclui-se que os indivíduos possuem uma sintomatologia leve relacionada a insuficiência cardíaca, justificada pelo estágio inicial e controle da doença o que ocasiona pouco impacto no seu cotidiano com manutenção de uma boa qualidade de vida. As principais modificações nas suas vidas relacionam-se as mudanças nos hábitos de vida e as limitações impostas pela doença. Como limitações do estudo, ressalta-se a amostra reduzida e o local onde foi desenvolvido, um serviço especializado. Sugere-se que a proposta da pesquisa seja ampliada a outras realidades e serviços.

REFERÊNCIAS

1. ACHUTTI, A. Prevenção de doenças cardiovasculares e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p.18-22, jan. 2012.
2. ALMEIDA, G.A.S.; et al. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 328-335, 2013.
3. ARTINIAN, N. et al. What do patients know about their heart failure? **App. Nurs. Res.**, v. 15, n.4, p. 200-208, 2002.
4. BONIN, Christiani Decker Batista et al. Construção e Validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 4, p. 364-373, Apr. 2014
5. BOCCHI, Edimar Alcides et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 93, n. 1, supl. 1, p. 3-70, 2009.
6. BOCCHI, E. A.; MARCONDES-BRAGA, F.G.; BACAL, F; FERRAZ, A. S.; ALBUQUERQUE, D.; RODRIGUES, D.; et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo, v.98, n.1, p.1-33, 2012.
7. BOSCHCO, MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI, MARTHA. As percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento. **Cienc. Cuid. Saúde** 2007 out/dez; 6(4): 463-470.
8. Smeltzer SC, Bare BG. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. vol. I e II.
9. CAMPONOGARA, S; SILVEIRA, M; CIELO, C. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia vascular sobre o adoecimento. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014 jan/abr; 4(1):993-1003
10. FERREIRA, Viviane Martinelli Pelegrino, et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Rev. Esc. Enferm USP** 2015; 49(3):388-394.

11. GRACIANO, Miriam Monteiro de Castro et al. Perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca em município de referência regional. **Rev. Med. Minas Gerais** 2015; 25 (2): 199-207.
12. HEO S, LENNIE TA, PRESSLER SJ, DUNBAR SB, CHUNG ML, MOSER DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. **Eur J Cardiovas Nurs.** 2015;14(2):137-44.
13. KNAFL GJ, RIEGEL B. What puts heart failure patients at risk for poor medication adherence? **Patient Prefer Adherence.** 2014, Jan; 8: 1007-18.
14. LAMARCA, FÁTIMA ROSANE RODRIGUES E SOUSA. Convivendo com a insuficiência cardíaca: uma análise do conhecimento como fator relevante para a qualidade de vida/ Fátima Rosane Rodrigues e Sousa Lamarca. -2015.
15. LUCIO, J. M. G. Representações sociais de adultos jovens que vivenciam a doença aterosclerótica coronariana. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
16. MANGINI, Sandrigo et al. Insuficiência cardíaca descompensada. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 383-391, Sept. 2013.
17. MESQUITA, Evandro Tinoco et al . Entendendo a hospitalização em pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Int J Cardiovasc Sci.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 81-90, out. 2016.
18. MONTERA, MW et al., II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. **Arq Bras Cardiol.** v. 93, n. 3, p. 1-65, 2009.
19. NASCIMENTO, Heloisa Ribeiro do and PUSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. Self-care actions in patients with heart failure. *Acta paul. enferm.* [Online]. 2013, vol.26, n.6 [cited 2016-06-05], pp.601-607.
20. NETO, O. P. A.; qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015.

21. PEREIRA, Danielle Aparecida Gomes et al. Capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca avaliada pelo teste de esforço cardiopulmonar e classificação da New York Heart Association. *Fisioter. Pesqui.* [online]. 2012, vol.19, n.1 [cited 2016-06-03], pp.52-56.
22. RABELO, Eneida Rejane, et al. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado para uma amostra da população brasileira de pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar-abr 2011; 19(2).
23. Salvadó-Hernández C, et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. *Aten Primaria.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008>.
24. SERVANTES, DENISE et al. Correlação entre qualidade de vida e capacidade funcional na insuficiência cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol** 2010; 95(2): 238-243.
25. SETO E, LEONARD KJ, CAFAZZO JA, MASINO C, BARNSLEY J, ROSS HJ. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. **J Cardiovasc Nurs.** 2011;26(5):377-8.
26. SILVA, Pedro Gabriel Melo de Barros et al. Impacto Inicial de uma Clínica de Insuficiência Cardíaca em Hospital Cardiológico Privado. *Rev. Bras. Cardiol.* vol.27, n 2, março/abril, 2014.
27. SOARES, DJANIRA et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta. Paul. Enferm** 2008; 21 (2)243-8.
28. SOUSA, Mailson Marques de et al..Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 2, e65885, 2017.
29. SOUSA, Mailson Marques de et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, 11(3):1289-98, mar., 2017.
30. VALADARES, YWLA et al. Aplicabilidade de testes de atividades de vida diária em indivíduos com insuficiência cardíaca. **Rev. Bras. Med. Esporte**-vol.17.nº5-set/out. 2011.

31. XAVIER, Sara de Oliveira et al. Insuficiência cardíaca como preditor de dependência funcional em idosos hospitalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 790-796, out. 2015.

ANEXO A- Conhecimento dos pacientes acerca da doença insuficiência cardíaca

Dados de identificação

Nome: _____ Reg: _____

Endereço: _____ Tel. _____

Idade: _____ Sexo: _____ Cor auto-referida: _____

Naturalidade: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____

Trabalho: () aposentado () empregado () do lar () licença médica () desempregado

Situação conjugal: _____ Comorbidades: _____

Tempo de diagnóstico da doença (Insuficiência Cardíaca Congestiva):

Medicações em uso:

Classe NYHA 1-() classe I 2-() classe II 3-() classe III 4-() classe IV

Etiologia: 1- () Cardiopatia Isquêmica

2- () Cardiopatia Hipertensiva

3- () Cardiopatia Chagásica

4- () Cardiopatia Valvar

5-() Cardiopatia Etílica, Medicamentosa, Drogas Ilícitas

6-() Cardiopatia Congênita

7-() Outra

Tabagismo 1-() sim

2-() não

3- () Ex-tabagista

Etilismo 1-() sim

2-() não

3- () Ex-etilista

Atividade Física 1-() sim

2-() não

Reabilitação Física 1-() sim

2-() não

Período de realização de exames

1-() 1 vez ao ano

2-() 6 em 6 meses

3-() menos de 6 meses

Cirurgias prévias

Leia atentamente a afirmação e marque com um X a opção que demonstra concordância com a

sua opinião.

1. O Sr. (a) sabe o que é insuficiência cardíaca? O que sabe?	a. sim b. não O que sabe? _____
2. A doença que o Sr. (a) tem é um problema no (a):	a. Sangue no organismo b. Coração que é fraco c. Veia (vaso) do coração d. Não sabe
3. O que o senhor (a) sente com essa doença do coração?	a. falta de ar b. o coração bate rápido ou forte c. inchaço dos pés, mãos ou barriga d. tristeza e. não sabe
4. É importante que o Sr. (a) se pese e anote seu peso?	a. sim b. não c. não sabe
5. A bebida alcóolica, tais como cerveja, vinho ou cachaça (destilada) piora a doença?	a. piora b. não piora c. não sabe
6. Qual (is) alimento (s) pode prejudicar sua saúde?	a. melancia b. laranja c. pão d. todos e. não sabe
7. Qual o alimento pode fazer seu coração bater melhor?	a. sopas prontas ou em saquinho b. alimentos em conserva (exemplo: milho, ervilha, pepino, cenoura) c. frutas e verduras frescas d. não sabe
8. Em relação a atividade física, o Sr.(a):	a. pode praticar qualquer atividade física b. pode praticar atividade física, não se esforçando muito c. não pode praticar exercícios físicos de forma alguma. d. não sabe
9. O que mais o Sr. (a) pode fazer para melhorar sua doença do coração?	a. comer menos sal b. controlar o peso c. Tomar os medicamentos prescritos d. não fumar e. tomar vacina contra a gripe e pneumonia f. todas acima g. não sabe
10. O Sr. (a) recebe orientações de algum profissional?	a. sim qual? _____ b. não

11. Quais as suas expectativas em relação a essa doença do coração?	a) melhorar b) piorar c) não sabe
12. O (a) Sr. (a) quer nos falar mais alguma coisa?	

ANEXO B- Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria por quê?

DATA:					
PONTUAÇÃO:					
1-Causou inchaço em seus tornozelos e pernas					
2-Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia					
3-Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil					
4-Tornando seu trabalho doméstico difícil					
5-Tornando suas saídas de casa difícil					
6-Tornando difícil dormir bem a noite					
7-Tornando seus relacionamentos ou atividades familiares e amigos difícil					
8-Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil					
9-Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil					
10-Tornando sua atividade sexual difícil					
11-Fazendo você comer menos as comidas que você gosta					
12-Causando falta de ar					
13-Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia					
14-Obrigando você a ficar hospitalizado					
15-Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos					
16-Causando a você efeitos colaterais das medicações					
17-Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos					
18-Fazendo você sentir uma falta de auto controle na sua vida					
19-Fazendo você se preocupar					
20-Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas					
21-Fazendo você sentir-se deprimido					
NÃO	MUITO POUCO	POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	DEMAIS
0	1	2	3	4	5

ANEXO C-Parecer do colegiado do curso de Enfermagem



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS - CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: O impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano dos pacientes de um serviço especializado
2. ALUNO(A): Rômulo Batista Sa Moraes
3. ORIENTADOR(A): Profa Dra. Lígia Divana Carvalho Silva
4. INTRODUÇÃO: Coerente aos objetivos propostos
5. JUSTIFICATIVA: Apresenta de forma clara a relevância do trabalho
6. OBJETIVOS: Claros e passíveis de execução
7. PROCESSO METODOLÓGICO: Adequado aos objetivos
8. CRONOGRAMA: Dentro dos prazos estabelecidos
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: Ainda será submetido ao comitê de ética
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Adequado as normas da ABNT
11. CONCLUSÃO DO PARECER: Favorável a execução do projeto.

São Luís, 29 de Novembro de 2016

Tandey A. Silva
Professor(a) Relator(a)

Prof. Dr. Tonicy Alexandre da Silva
Matricula SIAPE: 1843637
Matricula UFMA: 11261-5

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 29 / 11 / 2016
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / /

ANEXO D-Parecer do Comic

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HUUFMA	
PARECER DE AUTORIZAÇÃO			
Financiamento		Finalidade do projeto	
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Público Nacional <input type="checkbox"/> Fomento Público Internacional <input type="checkbox"/> Fomento Privado Nacional / Ind. Farmacêutica <input type="checkbox"/> Fomento Privado Internacional / Ind. Farmacêutica		<input checked="" type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência Multiprofissional <input type="checkbox"/> Residência Médica <input type="checkbox"/> Residência Buco Maxilo <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Serviço/HU-UFMA <input type="checkbox"/> Outros/ Multicêntrico	
		Nº do Protocolo: 23523.006574/2016-63 Data de Entrada: 16/12/2016 Nº do Parecer: 19/2017 Parecer: APROVADO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO COTIDIANO DOS PACIENTES DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO
Pesquisador Responsável: LÍSCIA MARIA DIVANA CARVALHO SILVA
Maior Titulação: DOUTORADO
Equipe Executora: RÔMULO BATISTA SÁ MORAES
Unidade onde será realizado: (X) HUPD () HUMI () CEPEC () Biobanco () Anexos
Sector de realização: Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)
Cooperação estrangeira: () Multicêntrico: () Coparticipante: ()

II - OBJETIVOS

- 2.1 Objetivo geral - Analisar o impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano dos pacientes.
- 2.2 Objetivos específicos
- Identificar o conhecimento dos pacientes acerca da insuficiência cardíaca.
 - Descrever as experiências e vivências dos pacientes com a insuficiência cardíaca.
 - Investigar as interferências e limitações da insuficiência cardíaca nas atividades diárias.

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: FEV/2017**Final do estudo: MAIO/2017****IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA: 45****V - RESUMO DO PROJETO:**

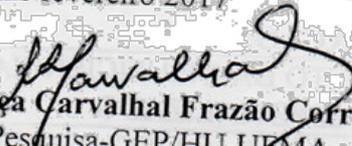
Estudo observacional, qualitativo, com o objetivo de avaliar o impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano dos pacientes, através de 2 questionários de qualidade de vida de pacientes portadores de ICC, validados para a população brasileira. Serão estudados os pacientes do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), que preencherem os critérios de inclusão do estudo, durante o período de fevereiro - maio 2017. Financiamento Próprio.

VI - PARECER: Aprovado

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA de 03 de agosto de 2007, entretanto o início da coleta de dados está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA em atendimento à Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final (resumo, cópia em CD) à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HU-UFMA).

São Luis, 06 de fevereiro 2017


Prof. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HU-UFMA

ANEXO E-Parecer do CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO COTIDIANO DOS PACIENTES DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

Pesquisador: Líscia Divana Carvalho Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67538017.8.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.249.362

Apresentação do Projeto:

A insuficiência cardíaca é uma síndrome causada por um distúrbio ou perda do músculo cardíaco, caracterizada por dilatação ou hipertrofia do ventrículo esquerdo. A avaliação clínica do indivíduo com IC deve incluir a busca dos fatores de risco. Existem razões para acreditar na existência de grandes mudanças na vida das pessoas após a descoberta de uma doença. O estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa, com o objetivo de avaliar o impacto da insuficiência cardíaca na vida dos pacientes. O local de estudo será o setor do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). A população será constituída por pacientes de ambos os sexos com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca. A discussão e análise dos dados será embasada nas leituras referentes a insuficiência cardíaca, conhecimento, percepção, sentimentos, hábitos de vida e o cotidiano com a doença cardíaca.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano dos pacientes.

Objetivo Secundário:

- Identificar o conhecimento dos pacientes acerca da insuficiência cardíaca - Descrever as

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.249.362

experiências e vivências dos pacientes com a insuficiência cardíaca.
- Investigar as interferências e limitações da insuficiência cardíaca nas atividades diárias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Caso ocorra algum tipo de risco mínimo como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário, será prestada assistência imediata a (o) senhor (a) como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso aceite ainda participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie.

Benefícios:

Em relação aos benefícios do estudo estão relacionados a contribuição para ampliar os conhecimentos a respeito do tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_872915.pdf	21/06/2017 19:53:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOROM.pdf	21/06/2017 19:47:41	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETORO.docx	21/06/2017 19:45:35	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.249.362

Outros	CARTAREPOSTA.docx	21/06/2017 19:42:15	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERO.docx	21/06/2017 19:40:01	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	TERMOANUENCIA_RO.pdf	25/04/2017 10:12:34	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	PARECERROMULO.pdf	25/04/2017 10:08:06	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	24/02/2017 18:31:12	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

APÊNDICE- Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa cujo tema é: “**O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO COTIDIANO DOS PACIENTES DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO**”. A preocupação em desenvolver essa pesquisa advém do fato dessa doença manifestar-se de forma singular, podendo interferir em algumas atividades diárias, modificando o seu cotidiano. Esta pesquisa tem como responsável a Profa. Dra. Lísia Divana Carvalho Silva (orientadora) e eu Rômulo Batista Sá Moraes, acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA (entrevistador).

Para participar o (a) senhor (a) deverá me conceder uma entrevista, fornecendo informações sobre a doença, suas experiências, vivências e seu cotidiano. A sua participação é voluntária e sem custos, não acarretará benefício direto ou prejuízo ao seu tratamento e não haverá nenhum gasto ou ganho financeiro. Sua privacidade será preservada e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso às informações. A qualquer momento da pesquisa o (a) senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos que julgar necessário, assim como, interromper sua participação. A pesquisa não oferecerá riscos a sua saúde, porém existe a possibilidade de ocorrência de situação de risco mínimo de ordem emocional aos participantes da pesquisa, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionados às perguntas formuladas.

Qualquer dado que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e a qualquer momento, durante ou posteriormente a pesquisa, o (a) senhor (a) poderá solicitar das pesquisadoras informações sobre sua participação e ou sobre a pesquisa, o que pode ser feito por meio de contatos explicados neste Termo.

Em caso de dúvidas acerca da pesquisa, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora, na Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no prédio Paulo Freire, localizada na Avenida dos Portugueses, nº 1966, Bacanga- CEP: 65080805, situada no município de São Luís – MA, Telefone: (98) 3272 9700 ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), Rua Barão de Itapary, 227- Centro- São Luís - MA, CEP: 65020-070. Telefone (98) 21091250.

Desde já agradecemos sua participação.

Eu _____ RG: _____

Concordo em participar da pesquisa.

Data: ___/___/2017

Assinatura da Pesquisadora/Orientadora

Profa. Dra. Lísia Divana Carvalho Silva. Universidade Federal do Maranhão- UFMA. Av. dos Portugueses, Campus do Bacanga. Prédio Paulo Freire. Departamento de Enfermagem. tel; E-mail: liscia@elo.com.br

Assinatura da Pesquisador/ Entrevistador

Rômulo Batista Sá Moraes. Universidade Federal do Maranhão-UFMA. Av. dos Portugueses, Campus do Bacanga. Prédio Paulo Freire. Departamento de Enfermagem. Tel. (98) 3272 9700, ou realizar o contato através do e-mail: romulobsm@gmail.com.

São Luís, de

2017.

