

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DE
PACIENTES DE SÃO VICENTE E CUBATÃO
PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.**

CARLOS JOSÉ ALBUQUERQUE CUNHA

Santos

2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DE PACIENTES DE SÃO VICENTE E CUBATÃO PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

CARLOS JOSÉ ALBUQUERQUE CUNHA

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva, no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, na Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Linha de Pesquisa: condições sociais, modos de vida e desigualdades em saúde.

Orientadora: Prof^ª Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Santos

2011

RESUMO

Este estudo teve como principal objetivo compreender o impacto gerado pelo diagnóstico de insuficiência cardíaca nas condições de vida de sujeitos moradores nos municípios de Cubatão e São Vicente. O estudo foi desenvolvido através de pesquisa qualitativa, envolvendo cinco sujeitos em cada um dos referidos municípios, no total de dez, com o intuito de: avaliar a compreensão das informações recebidas pelos sujeitos através dos profissionais de saúde; avaliar as condições de acesso dos mesmos ao tratamento da insuficiência cardíaca; avaliar as perspectivas de futuro dos referidos sujeitos e o impacto da referida doença em suas atividades produtivas, familiares, sociais e sexuais. Para atender aos objetivos do estudo, utilizamos a entrevista com roteiro. Os resultados apontaram que, de forma geral, a doença foi muito impactante nos sujeitos estudados, os quais manifestaram reduzido entendimento de sua patologia e relataram dificuldade de acesso ao tratamento de forma geral. Em concordância com a literatura médica, corroborou-se tratar de patologia com elevado grau de limitação produtiva. O presente estudo mostrou que tal grau de limitação estende-se também às esferas familiar, social e sexual.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca; condições de vida; impactos familiares, sociais e sexuais; vida cotidiana.

ABSTRACT

This study aimed to understand the impact generated by the diagnosis of heart failure in subjects living conditions of residents in the cities of Cubatão and São Vicente. The study was conducted using qualitative methodology, involving ten subjects in each of these cities, in order to assess the understanding of information received by the subjects from health professionals, to evaluate the conditions of access to the same treatment of heart failure, assess future prospects of these subjects and the impact of the disease in their productive activities, as long as the family, social and sexual context. We note that, in general, the disease was very striking in the subjects studied, which showed reduced understanding of its pathology and reported difficulty of access to treatment in general. Consistent with the literature, was confirmed that heart failure is a very striking disease with high impact in labor activities and the present study showed that this degree of restraint extends also to the familiar, social and sexual context.

Keywords: heart failure; living conditions; family, social and sexual impacts; everyday life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 Cineangiocoronariografia.....	20
Figura 02 Cardiomegalia em radiografia de tórax.....	20
Figura 03 Orientação do tratamento da insuficiência cardíaca de acordo com a classe funcional.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 Sobrevida da IC.....	12
Gráfico 02 Gênero dos sujeitos.....	36
Gráfico 03 Proporção de gênero de sujeitos por cidade.....	37
Gráfico 04 Renda familiar dos sujeitos por gênero.....	38
Gráfico 05 Renda familiar dos sujeitos por cidade.....	39
Gráfico 06 Composição familiar.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 Gastos do SUS-MS com doença cardíaca e insuficiência cardíaca em 2002.	13
Tabela 02 Distribuição de faixa etária por cidade.....	39
Tabela 03 Alfabeto grego.....	42
Tabela 04 Códigos dos sujeitos com gênero e cidade de residência.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ARA II	Antagonistas de receptores de angiotensina II
AT1	Angiotensina I
AT2	Angiotensina II
AVC	Acidente Vascular Cerebral
B3	Terceira bulha
BB	Beta-bloqueadores
BDAS	Bloqueio divisional ântero-superior
BRA	Bloqueadores de receptores de angiotensina
CF	Classe funcional
CIBIS III	Randomized Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study
COMET	Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos
CONSENSUS	Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DC	Débito cardíaco
ECA	Enzima conversora da angiotensina
EEUU	Estados Unidos da América
FC	Frequência cardíaca
FE	Fração de ejeção
HA	Hipertensão arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência cardíaca
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
ICDS	Insuficiência cardíaca com disfunção sistólica
ICFEP	Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IECA	Inibidores da enzima de conversão da angiotensina
INAF	Indicador de Alfabetismo Funcional
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MCO	Managed Care Organizations
PAAP	Perguntar, avaliar, aconselhar e preparar
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QV	Qualidade de vida
SOLVD	The Studies of Left Ventricular Dysfunction
SRAA	Sistema renina-angiotensina-aldosterona
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-MS	Sistema único de Saúde – Ministério da Saúde
TECLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNISANTOS	Universidade Católica de Santos
US	United States
VE	Ventrículo esquerdo
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life Instrument
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version
WHOQOL-OLD	The World Health Organization Quality of Life Instrument for Older Adults

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DO PONTO DE VISTA TÉCNICO-CIENTÍFICO.....	17
CAPÍTULO II: TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	23
CAPÍTULO III: A PESQUISA.....	29
3.1: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.2: O CENÁRIO DA PESQUISA: AS CIDADES DE CUBATÃO E SÃO VICENTE.....	34
3.2.1: CUBATÃO.....	34
3.2.2: SÃO VICENTE.....	35
3.3: PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	36
3.4: OS SUJEITOS EM PARTICULAR.....	43
CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	49
4.1: CONDIÇÕES DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO.....	49
4.2: IMPACTO DA IC NAS ATIVIDADES PRODUTIVAS, FAMILIARES, SOCIAIS E SEXUAIS.....	52
4.3: CONDIÇÕES DE VIDA: EXPRESSÕES E REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
BIBLIOGRAFIA.....	66
APÊNDICE 01: MODELO DO TECLE.....	72
APÊNDICE 02: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PACIENTES.....	74

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) pode ser definida como uma síndrome clínica na qual uma desordem estrutural ou funcional do coração leva à diminuição da capacidade ventricular de ejetar e/ou de se encher de sangue nas pressões de enchimento fisiológicas (Braunwald). É caracterizada clinicamente por dispnéia, fadiga, edema e redução da sobrevida.

A IC é reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública devido ao crescente número de casos que surgem a cada ano. Na última década, ela tornou-se um dos principais problemas em saúde pública, surgindo como uma fonte de preocupação para definirem-se as políticas de saúde do Brasil. (ROSSI apud HELITO, 2009, p.50)

A III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009) considera que a IC é a via final da maior parte das cardiopatias, sendo um importante desafio atual na área de saúde.

Ela apresenta elevada prevalência e significativo impacto na morbimortalidade do sistema de saúde universal, em especial em idosos.

Em face à sua importância em termos de morbi-mortalidade, BARRETO e RAMIRES (1998) citam que ela prossegue sendo uma síndrome maligna, do ponto de vista da alta mortalidade nas formas mais avançadas, podendo esta alcançar 50% em um ano nos pacientes em classe funcional IV da New York Heart Association.

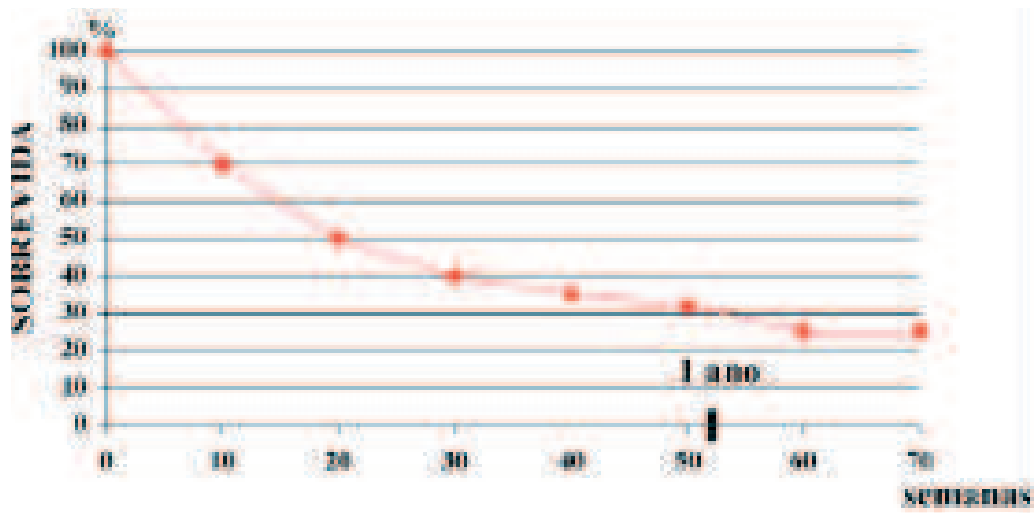


Gráfico 01: Sobrevida na IC (Fonte: BARRETTO, A.C.P.; RAMIRES, J.A.F. Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol* volume 71 - número 4 - 1998)

Os referidos autores prosseguem afirmando que ela é altamente limitante, sendo, em termos de qualidade de vida, mais limitante que o diabetes mellitus, a doença pulmonar obstrutiva crônica e outros.

Além disso, apresenta elevada mortalidade, como já bem expresso em grandes estudos como o CONSENSUS e o SOLVD, que demonstraram que, quanto maior a classe funcional, menor a sobrevida dos acometidos.

No Brasil, segundo MOUTINHO (2008), é uma “epidemia emergente”, sendo a terceira causa em internações em termos absolutos e a primeira em termos cardiovasculares, em termos do SUS, em pacientes com mais de 65 anos, contribuindo de forma significativa com o aumento de gastos na saúde.

LATADO (2006) afirma que, de acordo com o DATASUS, ocorreram 340.000 admissões por IC no Brasil em 2004 responsáveis por 28% de todas as hospitalizações por doenças cardiovasculares e 3% das causas totais (p.186).

O custo total de tratamento das 11.714.184 hospitalizações pelo SUS em 2002 foi de R\$5.401.359.717,36, dos quais R\$1.012.457.705,60 foram tomadas pelas 1.216.771 hospitalizações devido a doenças cardiovasculares, o que equivale a 10,38% de todas as hospitalizações. A IC representou R\$198.836.488,73 para cobrir 372.604

hospitalizações, o que corresponde a 3,68% de todas as admissões e 19,64% daqueles resultantes de doenças cardiovasculares. (ALBANESI FILHO 2005)

Region	No. of hospital admissions (%)	Total Cost	Cost for CVD	Cost for HF
North	911,232	282,439,044.81	25,239,399.89	8,100,184.12
Northeast	35,133,825	1,298,561,855.69	167,439,485.13	46,804,232.55
Southeast	4,408,379	2,411,701,635.22	506,498,835.46	81,507,869.60
South	1,935,684	1,017,900,039.40	236,706,254.47	43,457,569.17
Central-West	945,064	390,757,142.24	765,733,730.65	18,966,633.29
Total	11,714,184	5,401,359,717.36	1,012,457,705.60	198,836,488.73

N^o = number; CVD = cardiovascular disease; HF = heart failure.

Tabela 01: Gastos do SUS-MS com doença cardíaca e insuficiência cardíaca em 2002 (Fonte: ALBANESE FILHO, F.M. What is the current scenario for heart failure in Brazil? *Arq Bras Cardiol*, volume 85, nº 3, 2005)

Dados da III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009) mostram que ocorreram, 2007, segundo o DATASUS, 111.309.325 internações, sendo 67.933.328 (60,07%) do sexo feminino, o que consumiu o montante total de R\$ 7.607.591.178,43, sendo empregados 38,68% na região sudeste (4.373.947 internações), que além de ser a mais populosa, é a que tem maior número de habitantes cobertos por seguro saúde não-estatal. Nesse mesmo ano, as doenças cardiovasculares representaram terceira causa de internações no SUS, com 1.156.136 hospitalizações. A IC é a causa mais freqüente de internação por doença cardiovascular. (p.4)

Ainda segundo a mesma Diretriz, “é mais encontrada na faixa etária acima de 60 anos, onde mais de 2/3 (69,8%) das hospitalizações foram realizadas, o que é uma disposição similar à dos países do primeiro mundo” (p.4). No Brasil, a principal causa é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial, sendo também importante, em determinadas áreas do País a doença de Chagas, além de outras causas como a endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvar reumática (Idem, p.5).

Nos EEUU a IC é a principal doença incapacitante (BHARMAL et. al., 2008), com gastos superiores a 10 bilhões de dólares ao ano, na Suécia (CLINE, et. al., 2002) acomete cerca de 2% da população, com gastos anuais estimados em 275 milhões de euros e no Canadá estima-se um gasto por volta de 2,3 bilhões de dólares ao ano (BENTKOVER, et. al., 2003).

As afecções cardíacas estão em primeiro lugar como causa de óbito na população, superando doenças infecciosas, acidentes, guerras e câncer, entre outros e a IC tornou-se mais comum, em decorrência do incremento na expectativa de vida da população e maior efetividade dos novos tratamentos, além da melhora da qualidade de vida (QV) desses indivíduos, uma vez que hoje sabemos ser possível mudar a história natural da IC, quer pela terapêutica medicamentosa, quer pela cirúrgica (transplantes, por exemplo).

Enfim, do ponto de vista estritamente técnico, muito se tem dito acerca da insuficiência cardíaca na literatura médica, mas relativamente pouco tem sido relatado sobre o impacto nas condições de vida dos pacientes acometidos por esta que é, como já relatado acima, uma entidade nosológica francamente prevalente e incapacitante, com significativos reflexos nas políticas de saúde de nosso mundo atual.

Pelo acima exposto, é fácil depreender-se o enorme impacto da IC, doença prevalente, incapacitante e potencialmente letal, com enorme importância sócio-econômica em todo o mundo, e conseqüentemente também em nosso meio, promovendo enorme contingente de gastos, quer com seu tratamento, quer com gastos para a recuperação de seqüelas, quer com gastos da Previdência Social com o afastamento laboral e eventual aposentadoria por invalidez ainda em idade produtiva desses indivíduos.

Muito tem sido estudado, e discutido, como também já visto anteriormente, no tocante à fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da IC, todavia com relação às conseqüências nas condições de vida dos indivíduos portadores dessa nefasta síndrome, pouco tem sido pesquisado.

Outro fator importante é o impacto nas relações familiares e sociais dos indivíduos portadores de IC.

Pode-se ainda inquirir quanto à expectativa desses indivíduos acerca de sua qualidade de vida, sobrevivência, expectativa de seqüelas e limitações além de eventuais fantasias no contexto.

O Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) notificou, no mês de janeiro de 2010, o total de 3.871 casos de hospitalizações com diagnóstico de insuficiência cardíaca no Estado de São Paulo, e 21.228 internações em todo o País, no mesmo período.

O avanço terapêutico e tecnológico em saúde fez com que a sobrevivência de portadores de doenças crônicas aumentasse consideravelmente (SOARES et. al., 2008), sendo assim, avaliar as condições de vida destes pacientes envolve conceitos multidimensionais, que relacionam aspectos físicos, psicológicos e espirituais do indivíduo (Idem).

Embora não seja o objetivo deste estudo, atualmente a QV pode ser definida de duas maneiras - de forma genérica ou relacionada à saúde. SOARES (2008) faz significativa menção sobre o impacto da IC na qualidade de vida nesses sujeitos.

De maneira geral, a definição mais difundida atualmente é a da Organização Mundial da Saúde que a define como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades. Esse conceito engloba dimensões amplas, como o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive. De acordo com esse conceito, ter QV significa não apenas que o indivíduo tenha saúde física e mental, mas que esteja bem consigo, com a vida e com as pessoas com quem convive, capaz de reagir de forma satisfatória frente aos problemas e ter controle sobre os acontecimentos do cotidiano [...] Em geral, os portadores de problemas cardíacos sofrem modificação em seu padrão de vida normal, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, decorrente dos sinais e sintomas da IC (dor ou desconforto precordial, dispnéia, ortopnéia, palpitação, síncope, fadiga e edema) (SOARES et al, 2008, p.244)

Falando nos impactos nas condições sociais dos pacientes portadores de IC também é necessário estar atento aos aspectos religiosos e espirituais, sobre os quais discorre, com propriedade, FLECK.

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Entretanto, a medicina ocidental, como um todo, e a psiquiatria em especial têm tido, essencialmente, duas posturas em relação ao tema: 1) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidências de psicopatologias diversas.

A tradição da medicina oriental, por outro lado, busca integrar de forma explícita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde/doença. Existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada com saúde mental (FLECK et al, 2003, p.447)

Por fim, dada à crescente “tecnicidade” da profissão médica, nem sempre é fácil ao paciente entender o “mediquês” em que por vezes são transmitidos diagnósticos e orientações terapêuticas pelo médico ao paciente nestes tempos de massificação da profissão médica, que por vezes tanto afasta o médico de seu paciente, posto que o médico pouco tempo para examinar, orientar, tratar e acima de tudo confortar seu paciente, sendo, nos dias atuais, um mero funcionário da engrenagem corroída do sistema de saúde, como cita PEREIRA (1986)

Difícilmente serão os médicos que, nas condições concretas de sua atuação decidirão quem e como alguém será atendido, considerando critérios tão somente médicos. O mais das vezes, como umas vidas têm maior valor do que outras em termos societários, políticos e econômicos, serão nesses termos que as decisões serão tomadas. Ou seja, os pacientes serão atendidos em razão de sua capacidade de pagamento, ou porque podem exigir a assistência médica dado o poder de que dispõem, ou ainda, porque são considerados economicamente mais produtivos do que outros. Sobretudo nas sociedades capitalistas, em que há um quase completo domínio dos interesses econômicos, os valores alheios à medicina tenderão, em muito, a orientar as decisões (PEREIRA, 1986, pag. 2

CAPÍTULO I - A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DO PONTO DE VISTA TÉCNICO- CIENTÍFICO

Mais uma vez recorreremos à III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009), para ilustrar aspectos teóricos e conceituais sobre a IC.

A IC é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Na maioria das formas de IC, a redução do débito cardíaco é responsável pela inapropriada perfusão tecidual (IC com débito cardíaco reduzido). De início este comprometimento do débito cardíaco se manifesta durante o exercício, e com a progressão da doença ele diminui no esforço até ser observado sua redução no repouso.

Existem condições nas quais o débito cardíaco poderá ser normal ou até elevado, como em condições de pós-carga diminuída ou hipermetabolismo, porém inadequado à demanda metabólica tecidual, caracterizando a IC com débito cardíaco elevado (IC alto débito) (pag. 6).

Vê-se que a IC pode ter manifestações inclusive com débito cardíaco elevado e ainda assim apresentar-se dentro da caracterização sindrômica da doença. Ainda segundo a mesma III Diretriz, temos que a sintomatologia da IC pode dever-se à disfunção sistólica, diastólica ou a ambas, acometendo um ou ambos os ventrículos.

Em adultos, cerca de 60% dos casos devem-se à disfunção ventricular esquerda sistólica e nos restantes 40% à disfunção diastólica, sendo que esta última vem sendo cada vez mais frequente, dado o aumento da expectativa de vida da população.

A IC é, em termos clássico, classificada em quatro graus, ou classes, de acordo com a intensidade de seus sintomas, de acordo com proposição da New York Heart Association, e que prestam-se a estratificar o grau de dificuldade imposto pela doença no cotidiano do indivíduo por ela afetado, servindo portanto, também para avaliar a qualidade de vida do paciente por ela afetada.

Tais classes são, segundo relato da mesma III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009),:

Classe I - ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais;

Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas;

Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços;

Classe IV - sintomas em repouso (pag. 6).

Evidentemente tal medida depende da avaliação individual e cada sujeito acometido, razão pela qual é subjetiva. Embora também possua boa relação com o prognóstico e a qualidade de vida, não possui adequada relação com a fração de ejeção, servindo em maioria, além de parâmetro para avaliação inicial dos pacientes, também para avaliar sua resposta terapêutica.

Com base em dados de anamnese pode-se, de forma relativamente simples, avaliar o momento em que o paciente se encontra em termos da doença, podendo-se então, além de avaliar sua qualidade de vida, também estabelecer prioridades em termos inclusive de planejamento terapêutico. Assim, de acordo, ainda, com a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009), podemos estratificar a IC em quatro estágios, a saber:

Estágio A - Inclui pacientes sob risco de desenvolver IC, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas atribuíveis à IC.

Estágio B - Pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca.

Estágio C - Pacientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos de insuficiência cardíaca.

Estágio D - Pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos.

Para podermos avaliar inicialmente o paciente com IC devemos, em princípio, confirmar o diagnóstico, o que, embora pareça óbvio, por vezes é negligenciado; tentar identificar a etiologia (isquêmica, hipertensiva, miocardiopatias, etc); tentar avaliar eventuais fatores precipitantes (anemia, infecções, etc); tentar definir modelo fisiopatológico (IC com disfunção sistólica ou com função sistólica preservada) e avaliar prognóstico (via de regra através do conjunto de fatores como etiologia, idade, classe funcional, entre outros).

No que concerne à etiologia, esta evidentemente implica em determinação do prognóstico e pode influenciar a terapia. Essa etiologia muitas vezes é dada por dados de anamnese, exame físico e alguns exames complementares.

Assim, a etiologia isquêmica pode ser sugerida, por exemplo, em indivíduos com precordialgia, antecedente de infarto agudo do miocárdio, fatores de risco para doença aterosclerótica, zona inativa no eletrocardiograma e presença de disfunção segmentar ao ecocardiograma, por exemplo, além, é claro, de alterações na cineangiocoronariografia, que selam o diagnóstico isquêmico (figura 01).



Figura 01: Cineangiocoronariografia (imagem obtida em http://www.hemodinamica.com.br/coronaria_esquerda.jpg)

Da mesma forma, em indivíduos provenientes ou de passagem por zona endêmica para doença de Chagas, bem como aqueles expostos a alimentos contaminados, ou casos de transmissão materno-fetal, transfusões de sangue suspeitas, associados à IC com alterações eletrocardiográficas ditas típicas, como bloqueio divisional ântero-superior esquerdo, bloqueio de ramo direito, raios-X de tórax com aumento global de área cardíaca (figura 01) e ao ecocardiograma com imagens como aneurisma de ponta e trombo apical, podem sugerir a etiologia chagásica.



Figura 02: Cardiomegalia em radiografia de tórax (Imagem obtida em <http://sdcidad.blogspot.com/2009/11/coracao-aumentado.html>)

A história de hipertensão artéria, etilismo e parentes com cardiomiopatias, por exemplo, podem indicar outras causas de IC. Em casos pontuais, em que a etiologia não parece evidente, pode-se recorrer a métodos complementares para tentar estabelecer um diagnóstico etiológico, tais como a ressonância nuclear magnética, a cineangiocoronariografia e a biópsia endomiocárdica.

Do ponto de vista de sua fisiopatologia, MOUTINHO (2008) refere que:

Os modelos fisiopatológicos conhecidos, como já acima referidos são de dois tipos: a insuficiência cardíaca com disfunção sistólica (ICDS) e a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP), sendo que estatisticamente a ICFEP é responsável pela maioria dos casos. A fisiopatologia da IC associada à disfunção sistólica tem sido bem estudada e os ensaios clínicos e as diretrizes de diferentes sociedades médicas têm sido direcionados para o respectivo grupo de pacientes (MOUTINHO, 2008 pag. 2).

Do ponto de vista fisiopatológico, BARRETO e RAMIRES (1998, pag. 636), citam o mecanismo de Frank-Starling como usualmente um dos primeiros a ser estimulado para a melhora da função cardíaca. Tal mecanismo baseia-se no fato de que a distensão das fibras miocárdicas aumenta sua capacidade contrátil, até determinado limite acima do qual não mais se observa aumento da força de contração da fibra. Os referidos autores ainda estabelecem que

A estimulação simpática e a neuro-humoral também podem ser adaptativas no início dos quadros, mas a sua perpetuação ou maior intensidade de estimulação é deletéria para o coração (Idem, p.636).

Os conhecimentos teóricos sobre a fisiopatologia da IC têm aumentado muito nos últimos anos, com evolução dos conceitos de remodelação, apoptose, ativação neuro-hormonal (catecolaminas, angiotensina II, endotelina, aldosterona, etc), peptídeos natriuréticos, etc., bem como algumas prostaglandinas (em especial a prostaciclina) e a bradicinina, esta última explicando muitos dos efeitos benéficos dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina, além do papel das citocinas, quer as inotrópicas positivas quer as pró-inflamatórias vasodepressoras, o que leva à conclusão que a IC é

uma situação clínica complexa, com múltiplos fatores influenciando em sua evolução, sendo que a intervenção quer medicamentosa quer não, embora possa vir a melhorar o estado clínico dos indivíduos por ela acometidos, pode não levar ao controle total da doença (BARRETO E RAMIRES, 1998).

Não discorreremos acerca do diagnóstico da IC, pois não nos parece pertinente no escopo deste estudo. Passaremos a seguir a tecer comentário sobre o tratamento da IC, que nos parece exercer significativa participação no tocante ao estudo da qualidade de vida de seus portadores.

CAPÍTULO II - TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Com referência ao tratamento da IC, temos que ele pode ser não-farmacológico, farmacológico e cirúrgico, podendo ser também uma interação entre os três, dependendo do estágio da evolução clínica.

Elemento fundamental para o sucesso do tratamento é uma adequada relação médico-paciente-famíliares, o que contribui para uma boa aderência terapêutica do paciente, com evidente motivação do mesmo, o que é fundamental na necessária mudança de estilo de vida e seguimento das normas terapêuticas recomendadas, visando, em última análise, maior autonomia e bem-estar do paciente, com conseqüente melhora de sua qualidade de vida. Tal tarefa transcende apenas à competência médica isolada e envolve, sempre que possível equipes multidisciplinares.

Esse tratamento com medicamentos tem apresentado evidências consistentes de redução da morbimortalidade, provenientes de ensaios prospectivos, duplo-cegos, randômicos, envolvendo grande número de pacientes, propiciando um amplo arsenal terapêutico na IC. O tratamento medicamentoso é permanente e, conforme o quadro clínico, as doses das medicações serem modificadas.

Antes, todavia, de nos referirmos ao tratamento medicamentoso, há que se falar do tratamento higieno-dietético e de mudanças de estilo de vida, que são de fundamental importância. Assim, o bom senso recomenda que a cada consulta, o médico ou enfermeira devam mensurar o peso, identificar a presença de hipotensão postural e realizar exame físico focado para sinais clínicos de congestão pulmonar e periférica.

O monitoramento do peso, medida simples de ser empregada, auxilia na avaliação do estado nutricional e volêmico dos pacientes.

Do ponto de vista do acompanhamento nutricional, há consenso geral de que avaliar a adesão do paciente a medidas de restrição hidro-salina é marcador de qualidade

assistencial, sendo parte importante das iniciativas das clínicas de IC. Tal orientação nutricional tem ainda fundamental importância no tratamento de pacientes com IC, contribuindo para maior equilíbrio da doença, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida com impacto positivo na morbimortalidade.

Quanto à composição da dieta, recomenda-se, como orientação geral, 28 kcal/kg de peso para pacientes com estado nutricional adequado e 32 kcal/kg de peso para pacientes nutricionalmente deficientes,

Para mais detalhamento da dieta, recorreremos à orientação nutricional especializada, conforme estabelecido na III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009, pag. 16):

1) *Carboidratos* - De 50 a 55% da ingestão energética, priorizando os carboidratos integrais com baixa carga glicêmica, evitando os refinados (açúcar), por agravar a resistência à insulina.

2) *Lipídeos* - De 30 a 35%, com ênfase às gorduras mono e poliinsaturadas, em especial aos ácidos graxos da série ômega- 3, e níveis reduzidos de gorduras saturadas e trans^{77,79,80}.

3) *Proteínas* - De 15 a 20% do valor calórico total da dieta, priorizando as proteínas de alto valor biológico.

4) *Sódio* - De 2 a 3g/dia, principalmente nos estágios mais avançados da doença e na ausência de hiponatremia ou na dificuldade para alimentação com baixo teor de sódio. Composições alternativas tais como sais de cloreto de potássio, amônia ou cálcio, podem contribuir para a redução da ingestão sódica, contudo, com risco de elevação do potássio sérico particularmente na disfunção renal concomitante e em uso de alguns fármacos poupadores de potássio.

5) *Líquido* - A restrição deve ser de acordo com a condição clínica do paciente e deve ser considerada a dose de diuréticos. Em média a ingestão de líquidos sugerida é de 1.000 a 1.500 ml em pacientes sintomáticos com risco de hipervolemia.

6) *Álcool* - Há a necessidade de completa abstinência do álcool principalmente para pacientes com miocardiopatia alcoólica, por causar depressão miocárdica e precipitar arritmias. Entretanto, quantidades limitadas diárias (20- 30ml de álcool em vinho tinto) em pacientes estáveis, classes I-II, poderiam ser de benefício na presença de doença coronariana.

7) *Suplemento nutricional* - Indicado nos pacientes com baixa ingestão alimentar, má absorção de nutrientes, uso de medicamentos que alteram a síntese ou que aumentam a excreção de nutrientes, e em estado de hipercatabolismo. Nos casos de anorexia, refeições pequenas e freqüentes ou até a nutrição enteral provisória, podem contribuir para a meta calórica diária. Pacientes em uso de anticoagulação oral com dicumarínicos devem evitar a variabilidade de ingestão alimentos ricos em vitamina K, a exemplo de folhosos (alface, brócolis, couve, dentre outros).

Devemos ainda lembrar a importância da vacinação desses pacientes, posto que a presença de IC torna-se uma condição de alto risco para infecções do trato respiratório, podendo levar à descompensação clínica, tendo como consequência o aumento da morbimortalidade. Diante da necessidade preventiva, os pacientes devem receber vacina contra *Influenza* (anualmente) e *Pneumococcus* (a cada cinco anos e a cada três anos em pacientes com IC avançada), sobretudo nas localidades de grandes modificações climáticas entre as estações do ano (inverno mais rigoroso) e, com relação ao tabagismo, ele aumenta o risco de doença cardiovascular total, assim como de infecção pulmonar. Portanto, os pacientes com IC devem ser estimulados a suprimir o uso do tabaco - passivo e ativo - por meio de abordagem breve/mínima ou PAAP (perguntar, avaliar, aconselhar e preparar), terapia cognitiva comportamental e suporte medicamentoso se necessário (III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2009, pags. 17 e 18).

Com relação ao tratamento farmacológico, dentro do arsenal terapêutico disponível para o tratamento da IC destacamos os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), os antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA II), digitálicos, diuréticos, antagonistas de aldosterona (no Brasil acha-se disponível apenas a espironolactona), beta-bloqueadores (cujo uso, há algum tempo atrás seria impensável no tratamento da IC) e outras drogas, como os nitratos e os bloqueadores de canais lentos de cálcio.

Os IECA são talvez o grupo de fármacos com maiores evidências acumulado em reduzir a morbimortalidade do indivíduo com IC, comprovada através de inúmeros estudos de grande porte, como o CONSENSUS e o SOLVD. Seus mecanismos de ação são

complexos e fundamentam-se na inibição da ação da enzima conversora da angiotensina.

Seu uso está fundamentado nas diferentes etiologias de IC bem como em pacientes com disfunção ventricular esquerda pós-infarto do miocárdio.

Já com relação aos digitálicos, estes permanecem como uma droga comumente usada para o tratamento da IC. Atuam modulando a ativação neuro-hormonal, reduzindo a ação simpática e estimulando a ação vagal, gerando diminuição do consumo de oxigênio, de acordo com a Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca (2002, pag. 12).

Com relação aos diuréticos, embora nenhum estudo controlado demonstre redução da mortalidade na IC através de seu uso, a melhora dos sintomas com o mesmo está bem documentada (idem pags. 12 e 13).

Neste grupo temos, dentre outros, a espironolactona, com maior tempo de uso e estudos que demonstrem sua eficácia, como o RALES, que teve que ser interrompido antes de seu término, por ser anti-ético prossegui-lo tendo em vista a diferença de mortalidade nos pacientes tratados com espironolactona daqueles que não a receberam.

Já com relação ao uso de beta-bloqueadores, a ativação simpática e os níveis elevados de noradrenalina nos pacientes portadores de IC desempenham importante papel na progressão da disfunção ventricular esquerda, além dos conhecidos efeitos deletérios da noradrenalina no miocárdio e do aumento do consumo de oxigênio e da ocorrência de arritmias aumentada. Por esses motivos, o bloqueio beta-adrenérgico, outrora impensável, passou a ser prescrito de forma rotineira aos pacientes com IC.

A III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009), nos ensina que os beta-bloqueadores (BB) apresentam diversas atuações na fisiologia e metabolismo do cardiomiócito de pacientes com IC em decorrência de sua ação no antagonismo da atividade simpática, que cronicamente apresenta efeitos deletérios à função e geometria ventricular. Os benefícios da redução do antagonismo da atividade simpática se traduzem pela melhora clínica e da função ventricular com aumento da sobrevida dos

pacientes com IC. Os BB com eficácia clínica comprovada no tratamento da IC são: carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol. Recentemente, o nebivolol teve a sua eficácia demonstrada em idosos.

Quando associados aos IECA, aumentam sobrevida por redução na mortalidade global e cardiovascular. A redução da mortalidade cardiovascular deve-se a uma redução de cerca de 20% na morte por progressão do IC e de 36% a 44% na morte súbita. Estes benefícios foram demonstrados de forma semelhante com os três tipos de BB. Nos pacientes assintomáticos, somente no grupo com disfunção ventricular pós-infarto do miocárdio, é que se tem comprovado o benefício dos BB na redução da mortalidade total e cardiovascular.

Nos pacientes idosos (> 70 anos) a utilização de nebivolol demonstrou benefício na redução de eventos combinados de mortalidade e internação hospitalar por IC. A utilização dos BB como monoterapia, assim como o seu ajuste até a dose tolerada antes do ajuste do IECA, demonstraram benefícios clínicos semelhantes ao uso isolado da IECA, e resultados superiores na redução da remodelagem e melhora da função ventricular em longo prazo. Não foi observado aumento de efeitos adversos como hipotensão arterial e bradicardia, ou agravamento da IC.

O estudo CIBIS III demonstrou a possibilidade do início da terapia com bisoprolol anterior ao do maleato de enalapril com redução significativa de morte súbita e reinternação hospitalar sem agravamento do quadro clínico de congestão pulmonar ou sistêmica. Os BB apresentam ação (três a seis meses) de remodelamento reverso e melhora da função ventricular quando comparados com IECA e BRA.

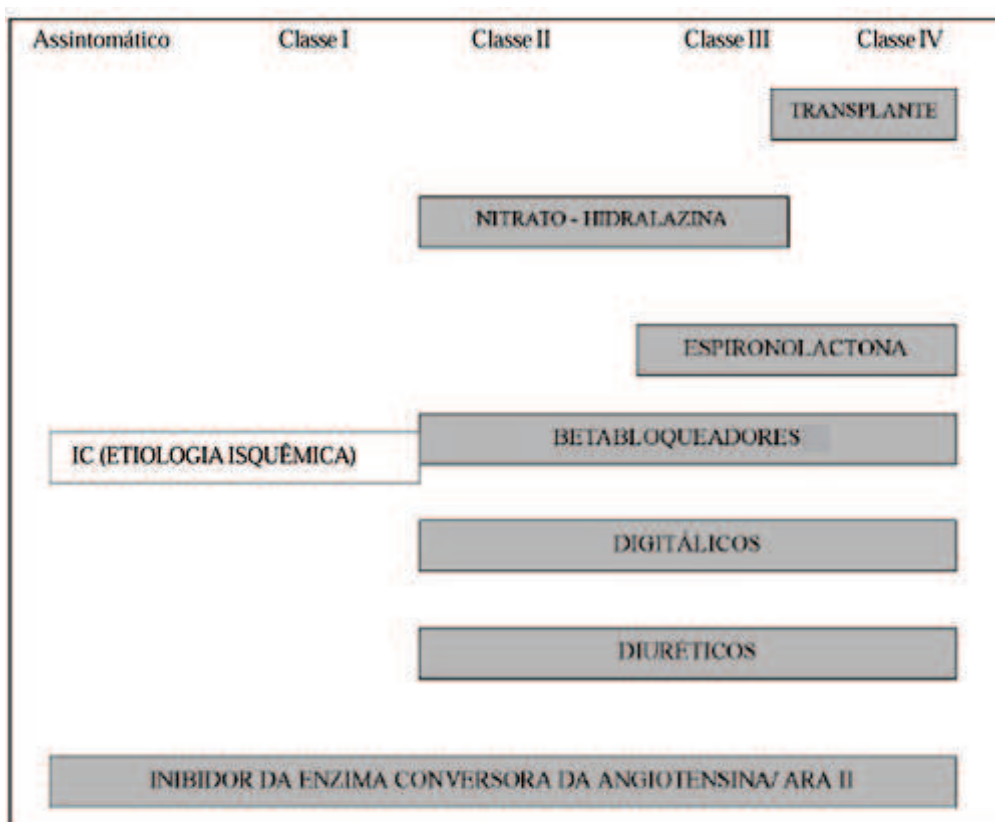
Com referência aos Bloqueadores de Receptor de angiotensina II (BRA), temos que a angiotensina provoca efeitos adversos no coração, no sistema cardiovascular como um todo e na coagulação. Estas drogas atuam bloqueando seletivamente os receptores do subtipo AT1 da angiotensina II, liberando a ação da AT2, com consequente diminuição dos níveis de aldosterona e catecolaminas, induzindo vasodilatação arterial e redução da resistência vascular periférica, além de exercerem ação antiproliferativa, com pouco efeito no cronotropismo e inotropismo. Ademais, como recentemente vem sido demonstrado que os IECA não inibem por completo o sistema renina-angiotensina-

aldosterona (SRAA), e que seu uso continuado poderia gerar um “escape” do bloqueio, com aumento dos níveis de aldosterona. Assim, um bloqueio na via dina do SRAA com o uso dos BRA, talvez possa vir a ser útil ao proporcionar um bloqueio mais efetivo do sistema (III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2009, pag. 25).

Podem, por fim, ser utilizados também em casos de intolerância ao uso dos IECA.

Com relação aos bloqueadores de canais de cálcio, tem-se que os dihidropiridínicos são contra-indicados em presença de IC manifesta. Já os de terceira geração podem ser usados para tratar comorbidades como hipertensão arterial e angina (Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca -2002-, pag. 16).

Há, por fim, o tratamento cirúrgico, que pode compreender revascularização miocárdica, implante de marca-passo ou cardiodesfibriladores implantáveis, cirurgia de correção da insuficiência mitral, cardiomioplastia, ventriculectomia e até transplante



cardíaco. Fig 3 - Orientação terapêutica na IC pela classe funcional

(Fonte: GUIMARÃES, J.I. et al. Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*, volume 79 - suplemento IV -, 2002)

CAPÍTULO III – A PESQUISA

Para o desenvolvimento deste estudo optamos pela realização de uma pesquisa qualitativa, a qual, segundo MINAYO, além de privilegiar os sujeitos sociais em suas relações, não desconsiderando nenhuma informação ou dado que possua potencial explicativo, até mesmo quando essa informação é única, procura compreender as diferenças e semelhanças, através de utilizar um conjunto diversificado de informantes.

Pela natureza do estudo, foi realizada pesquisa de caráter compreensivo e explicativo. A natureza descritiva da pesquisa proposta pretende conhecer tanto os aspectos da materialidade da vida de portadores de IC como seu impacto na cotidianidade dos pacientes, que se reflete nos aspectos sociais, econômicos, sexuais e emocionais. Os dados coletados foram analisados e interpretados a partir de um referencial teórico determinado, a partir do qual se destacam as relações indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, aspirações, crenças e valores, estrutura e significados, tomados na totalidade do processo histórico da sociedade, o qual é determinante do conjunto das relações sociais que por ele perpassam, ou seja, através da análise marxista.

Nas pesquisas qualitativas parte-se do reconhecimento da singularidade do sujeito e, por consequência, a importância de se conhecer a sua experiência social e não apenas as suas circunstâncias de vida. É, pois, em direção da captura da experiência social que as pesquisas qualitativas se valem da fonte oral, na busca dos significados de vivências para os sujeitos que os esforços do pesquisador deve se concentrar, buscando apreender a forma como eles são atribuídos (MARTINELLI, 1999).

Portanto, não é o grande número de sujeitos que vai oferecer informações o mais importante, mas o aprofundamento do conhecimento em relação àqueles sujeitos com os quais se está dialogando. Assim, existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre o sujeito e o objeto, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (BAPTISTA, 1999, p. 35). A coleta de dados neste tipo de investigação consiste na busca sistemática de informações consideradas importantes para a compreensão e explicação do fenômeno estudado.

Nesta perspectiva, nos propusemos então a avaliar sujeitos de ambos os sexos, com idades variadas, que tinham em comum o diagnóstico de IC, que viviam e realizavam seu tratamento para IC nas cidades de São Vicente e Cubatão e que se dispuseram a participar deste estudo que teve os seguintes objetivos:

Geral: Avaliar as condições de vida de pacientes residentes em São Vicente e Cubatão com Insuficiência Cardíaca e

Específicos:

1. Compreender como as informações sobre a doença oferecidas, pelo profissional de saúde são recebidas pelo paciente;
2. Analisar as condições de acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento da IC;
3. Avaliar o impacto da IC em suas atividades produtivas, familiares, sociais e sexuais.
4. Avaliar as perspectivas de futuro na visão do paciente em relação à IC e em que termos estas perspectivas são expressas.

3.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a escolha dos municípios em que realizamos a pesquisa, levamos em conta alguns fatores.

Optamos por atuar junto à população mais carente de nossa região, certamente aquela mais vulnerável, como de todo, e assim, em nosso entender, aquela que poderia nos fornecer melhor substrato para nosso estudo, do ponto de vista qualitativo, como é o foco do mesmo.

Isso feito, optamos por realizar a pesquisa nos municípios de Cubatão e São Vicente, nos Ambulatórios de Especialidades, por serem aqueles em que:

- 1) Exercemos nosso mister enquanto médico;

- 2) Obtivemos mais adequada receptividade dos responsáveis pelas políticas de saúde municipais (os respectivos secretários de saúde municipais) e
- 3) Por refletirem, de forma geral, a situação vigente, não apenas nos municípios de nossa região metropolitana, mas também em nosso meio, de uma forma geral.

Para o início da pesquisa, solicitamos inicialmente, autorização dos secretários municipais de Saúde, de São Vicente, e de Cubatão,

No caso da Prefeitura Municipal de São Vicente, a aprovação do projeto de pesquisa a ser realizado naquele município, deu-se em 24 horas, todavia, no tocante ao município de Cubatão, tivemos que aguardar por um período de quase dois meses antes da obtenção da autorização para a pesquisa.

A seguir, o projeto foi encaminhado em 22 de junho de 2010 ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos – COMET, de acordo com o que preconizam os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovado, gerando o processo 1614.20.2010, tendo sido aprovado em 29 de junho de 2010.

O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Dentro dos diferentes modelos de entrevista optou-se pela entrevista com roteiro, dentro de uma referência específica proposta por RODRIGUES (2005) e QUEIROZ (1991).

Conforme QUEIROZ (1991), a captação dos dados é feita em uma conversa entre o informante e o pesquisador, dirigida e sistematizada previamente pelo segundo, na qual pesquisador e informante se relacionam segundo determinadas condições.

O mesmo autor (1991) descreve assim a entrevista com roteiro, ou semi-orientada:

Na entrevista com roteiro, o conhecimento anterior sobre os problemas a serem resolvidos pode ser menor, ou então o pesquisador deseja ao mesmo tempo ter certo conhecimento de como o informante conduz seu discurso. Deixa-lhe por isso certo grau de liberdade, trazendo-o novamente aos problemas todas as vezes que percebe uma divagação por rumos totalmente diversos; trata-se, pois, de dosar as

intervenções. Por outro lado, também nesse caso o pesquisador segue um caminho pré-determinado, e suas intervenções são no sentido de impor este caminho ao informante. (p.58).

De acordo com os critérios previamente estabelecidos, foram entrevistados dez sujeitos, sendo que cinco em São Vicente e cinco em Cubatão, cujo perfil e caracterização apresentaremos no item 3.3.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, para proceder-se sua análise e interpretação. Os dados organizados e analisados foram categorizados “*a posteriori*”, relacionando-os com os referenciais teóricos adotados neste estudo.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa foram devidamente informados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TECLE, que consta nos apêndices da dissertação, bem como o roteiro utilizado nas entrevistas.

A coleta dos dados baseou-se nas entrevistas efetuadas com os sujeitos e também nos dados dos prontuários destes pacientes, os quais muitas vezes estavam incompletos, dificultando, por vezes, a adequada informação dos dados para a pesquisa.

A pesquisa teve o seguinte desenvolvimento:

- 1) Mapeamento dos serviços de saúde da região que constituiriam o universo da pesquisa;
- 2) Contatos os serviços onde foi realizada a pesquisa visando a autorização por escrito dos mesmos;
- 3) Definição dos sujeitos da pesquisa;
- 4) Processo de abordagem aos sujeitos;
- 5) Realização da pesquisa de campo;
- 6) Preparação do material coletado (transcrição de fitas e de outros materiais utilizados);
- 7) Organização, categorização, análise e interpretação dos dados;
- 8) Elaboração do relatório final.

Seguiu-se no estudo o seguinte cronograma:

Fevereiro a Abril de 2010: embasamento teórico da pesquisa

Maio de 2010: Escolha dos locais de aplicação da pesquisa

Junho de 2010: Encaminhamento do Projeto ao Comitê de Ética da UNISANTOS;

Agosto de 2010: Contatos com os Ambulatórios de Especialidade de São Vicente e Cubatão para seleção dos pacientes;

Setembro de 2010: Realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa;

Outubro a Novembro de 2010: organização e análise dos dados e

Março de 2011: elaboração do relatório final da pesquisa.

Obtidas as autorizações e encaminhadas as mesmas aos Ambulatórios de Especialidades dos referidos municípios, contamos então com o auxílio das enfermeiras dos mesmos, deixando aqui nosso preito de gratidão às enfermeiras: Responsável Técnica do Ambulatório de Especialidades de São Vicente e a enfermeira lotada na Policlínica de Especialidades da Prefeitura de São Vicente, que muito auxiliaram na realização de nossa pesquisa.

O mesmo agradecimento não pode, infelizmente ser estendido aos colegas médicos. Mesmo tendo sido formalmente avisados da realização de nossa pesquisa e de nosso interesse em obter dos mesmos encaminhamentos de pacientes portadores de insuficiência cardíaca para participar da mesma, apenas uma médica, lotada na Prefeitura Municipal de Cubatão, colaborou com o encaminhamento de sujeitos para a entrevista.

A seguir optamos por apresentar um breve panorama das cidades do estudo, visando contextualizar o cenário da pesquisa.

3.2. O CENÁRIO DA PESQUISA: AS CIDADES DE CUBATÃO E SÃO VIVENTE

3.2.1. CUBATÃO

Elevada à categoria de Município em 1833, em 1841 foi anexada ao Município de Santos, de quem emancipou-se em 1949. Tinha, em 2000, uma população de 107.904 habitantes, distribuídos numa área de 148 km².

Apresenta, segundo o IBGE, um PIB *per capita* de R\$ 51968,00 expressivamente maior que o de São Vicente, talvez pela maior concentração de indústrias em seu Município, com uma produção portanto significativamente maior, todavia, ainda assim, apresenta um índice de pobreza ainda maior que o de São Vicente, de 21,13%, e um índice de Gini de 0,45.

Seu IDH, calculado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano foi, em 2000, de 0,772, também inferior ao de São Vicente, ainda que disponha, como já referido acima, de um aporte financeiro maior, em termos de PIB Municipal.

Em termos de saúde, ainda de acordo com o IBGE, em dados de 2005, possui 34 estabelecimentos de saúde, dos quais 19 públicos, todos aqui também municipais, não havendo, em nenhum dos dois municípios, serviços de saúde estaduais e/ou do governo federal. Desses estabelecimentos de saúde, há um único que possibilita internações e que é privado.

Também aqui a mortalidade é maior em termos de doenças cardiovasculares, com 28,5% do total de óbitos em 2004, segundo o DATASUS, e segundo a mesma fonte e no mesmo ano, naqueles com mais de 60 anos, as doenças cardiovasculares respondem por 43,4% do total de óbitos.

Por fim, com referência à entidade nosológica em foco em nosso estudo, tem-se que a mortalidade por insuficiência cardíaca, ainda segundo o DATASUS, foi, em julho de 2010, significativamente menor que em São Vicente, sendo de apenas 9,09%.

3.2.2. SÃO VICENTE

Fundada em 22 de janeiro de 1532, por Martim Afonso de Souza e conhecida como “Célula Mater” da Nacionalidade, o município conta na atualidade, segundo dados da própria Prefeitura Municipal, com cerca de 320000 habitantes, distribuídos numa área de 146 km².

Apresenta, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE, um índice de pobreza de 15,01% e um índice de Gini de 0,46, segundo o Censo de 2000. Ainda segundo o mesmo IBGE, apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) Municipal *per capita* de R\$ 6740,00, em dados de 2007, contrastando com o do Brasil, estimado no mesmo ano em US\$ 6852,00. Apresentava ainda, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,798 em 2000, o que é um índice tido como médio pelo referido Programa, e tendo em conta ter sido, naquele ano, nosso melhor IDH o de São Caetano do Sul, com 0.919.

Em termos de saúde, ainda de acordo com dados do IBGE de 2005, apresenta 56 estabelecimentos de saúde, dos quais 38 públicos (todos da rede municipal), sendo que apenas três desses estabelecimentos possuem capacidade para internação, e destes, apenas um é público.

Segundo dados do DATASUS em 2004, a mortalidade do Município, como em geral em todo o País, tinha em sua maioria doenças do aparelho cardiovascular, com 28,4% na totalidade e alcançando níveis de 39,7% nos indivíduos com mais de 60 anos.

Especificamente no tema de nosso estudo, dados de julho deste ano, do mesmo DATASUS mostram uma taxa de mortalidade, em julho de 2010 de 26,32% nas

internações com o diagnóstico de insuficiência cardíaca no município de São Vicente, cerca do triplo da mortalidade verificada em Cubatão, como vimos anteriormente.

3.3. PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Embora sem preocupação em analisar estaticamente os dados, tendo em vista tratar-se de um estudo qualitativo, a seguir descreveremos alguns dados pontuais obtidos da análise dos sujeitos.

Gênero

Os sujeitos da pesquisa foram seis homens e quatro mulheres.

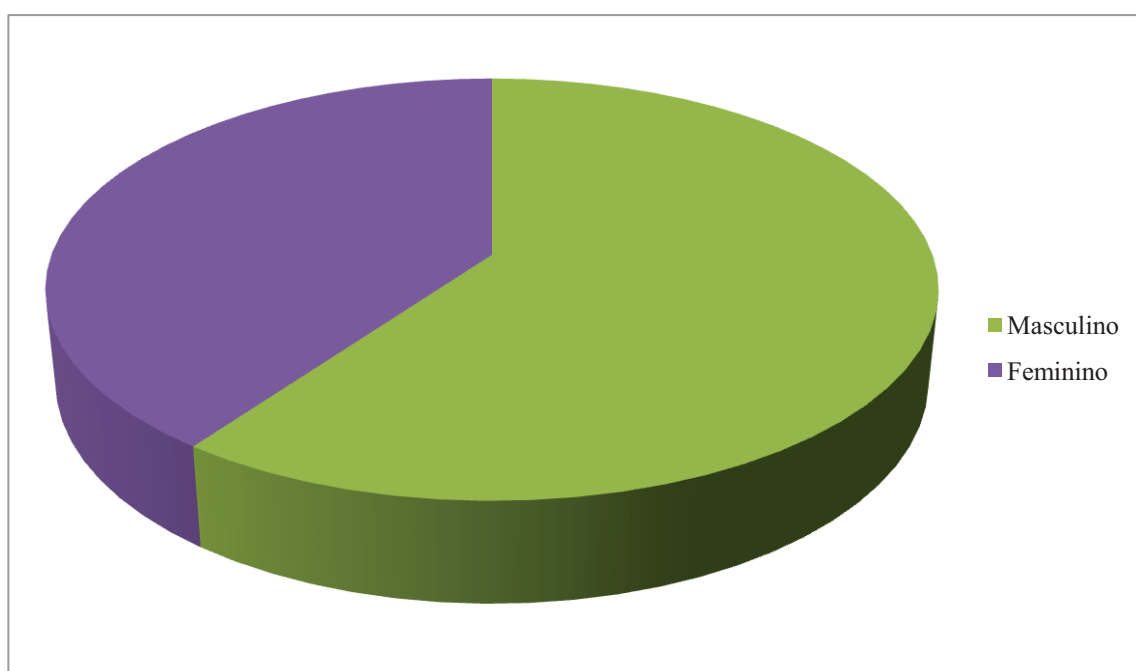


Gráfico 02 – Gênero dos sujeitos

O gênero masculino predominou em São Vicente e o feminino em Cubatão.

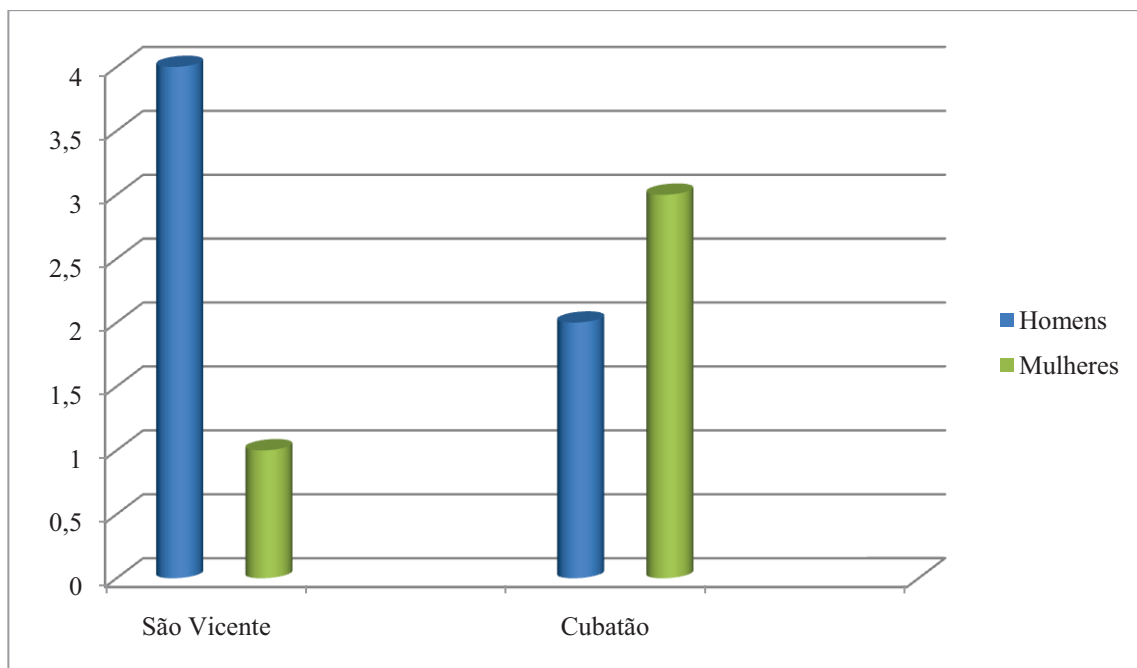


Gráfico 03 - Proporção de gênero dos sujeitos por cidade

Escolaridade

Quanto à escolaridade, todos têm o ensino fundamental incompleto, sendo que dois apenas “assinam o nome”, podendo ser enquadrados na categoria de analfabeto funcional, aquele que, ao contrário do analfabeto, que é a pessoa que não sabe ler, consegue reconhecer as letras. Ocorre que o analfabeto funcional, um conceito difundido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), não consegue entender o que lê e nem elaborar um enunciado, por mais curto que seja, sobre um assunto genérico.

O Instituto Paulo Montenegro, ligado ao Ibope, faz, desde 2001, um levantamento chamado Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF), que apontou em 2005 que apenas 26% da população brasileira consegue ler e escrever plenamente. Ou seja, por esse levantamento três em cada quatro brasileiros têm algum nível de analfabetismo ou analfabetismo funcional.

Renda Familiar

Foi em média de R\$1225,00, todavia se avaliarmos por gênero, foi maior nos homens (R\$ 1568,33) que nas mulheres (R\$ 700,00).

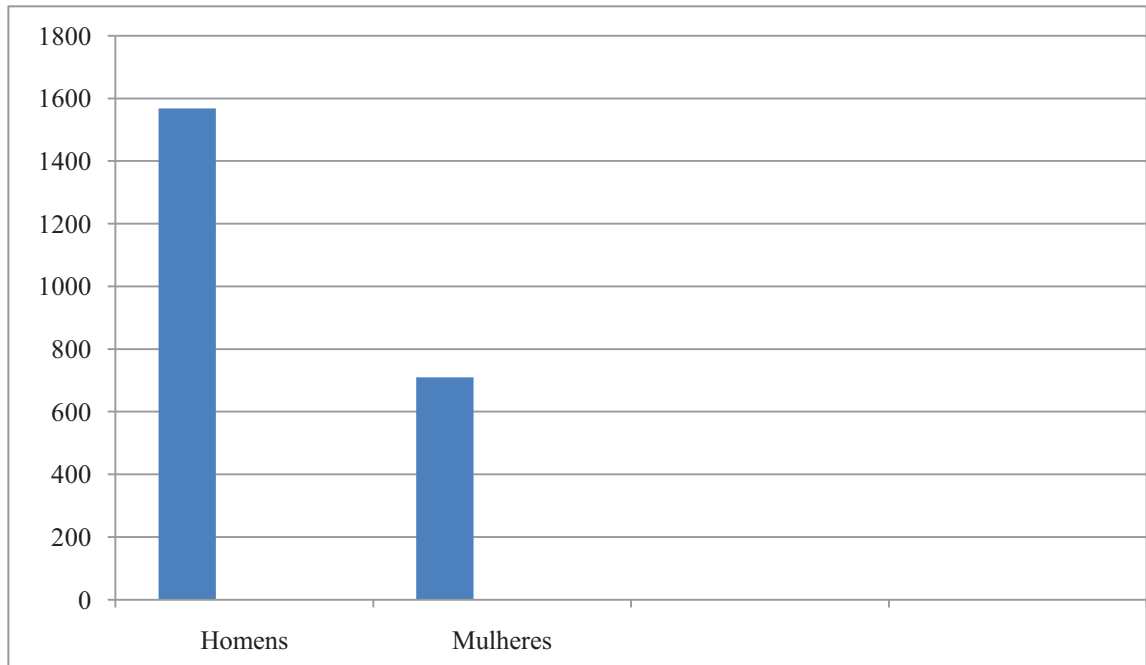


Gráfico 04 - Renda familiar dos sujeitos por gênero.

Se ainda levarmos em consideração os locais de moradia de cada sujeito, em São Vicente a renda foi maior que em Cubatão, sendo respectivamente de R\$ 1524,00 e R\$ 926,00.

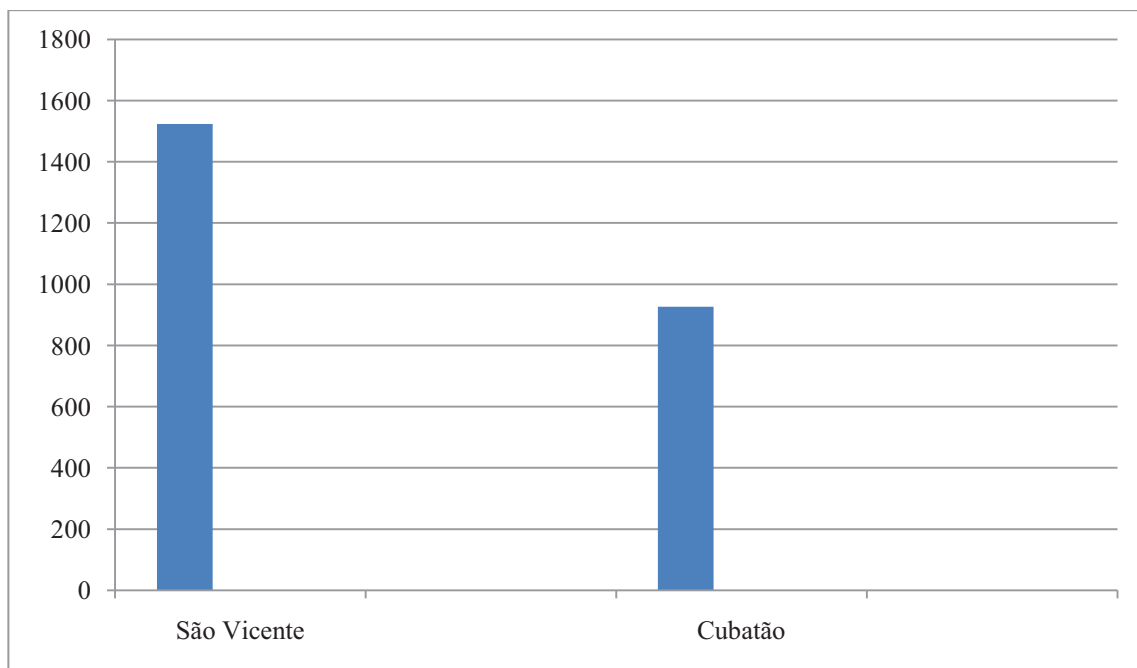


Gráfico 05 - Renda familiar por cidade

Faixa etária.

Foi em média de 62,7 anos, sendo em média de 58,8 em São Vicente e 66,6 em Cubatão, sendo a distribuição por faixa etária expressa na tabela a seguir.

Município	50 A 60	61 A 70	71 A 80	➤ 80
São Vicente	4	-	-	1
Cubatão	1	2	2	-

Tabela 02: Distribuição da faixa etária por cidade

Religião

Quatro sujeitos declararam-se crentes, dois católicos e quatro não definiram sua fé religiosa. No caso desta pesquisa, este tipo de informação é relevante, considerando que

a fé religiosa ou a ausência dela pode afetar o entendimento da relação saúde/doença e, assim, as condições de enfrentamento das dificuldades cotidianas que a IC traz ao indivíduo.

Ocupação

Quatro sujeitos declararam-se como “do lar”, um como estivador aposentado, um metalúrgico aposentado, um pedreiro, um carpinteiro e dois não declararam sua ocupação.

Composição familiar

Cada núcleo familiar é composto em média por 3,8 sujeitos, distribuídos conforme o gráfico a seguir.

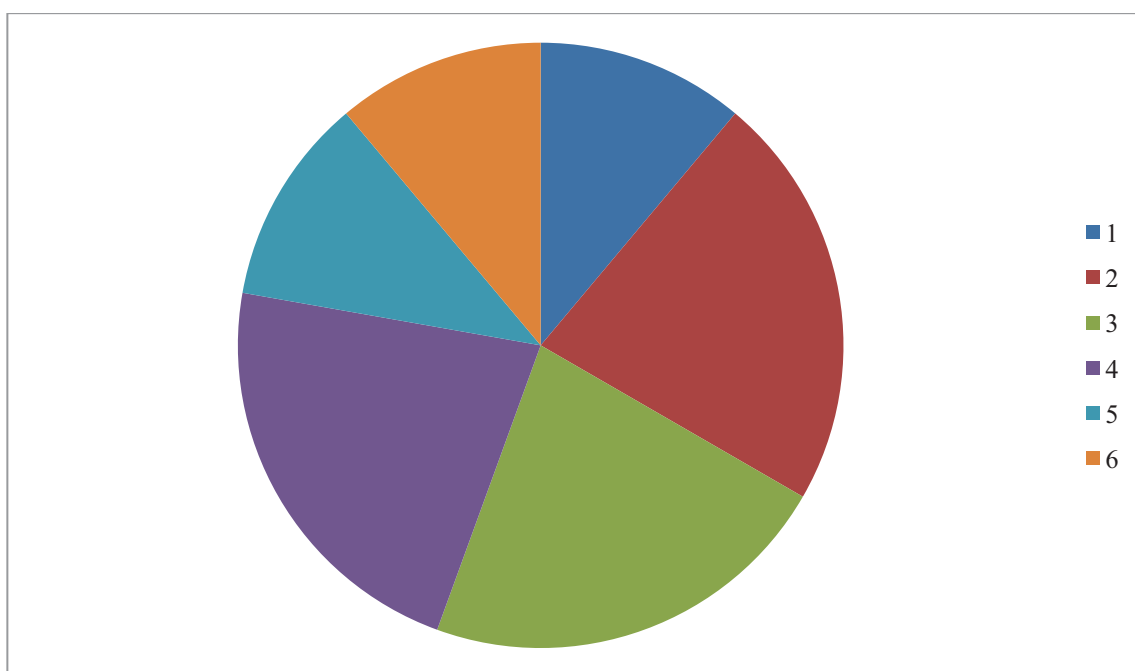


Gráfico 06 - Composição familiar

Procedência

Metade dos sujeitos é composta por nordestinos, sendo dois cearenses, um baiano, um alagoano e um potiguar. A outra metade é do sudeste, sendo três mineiros e dois paulistas, sendo que apenas um é natural de um dos municípios do estudo, quer seja, de São Vicente, o que demonstra, ao menos na população estudada, uma significativa parcela de migrantes. Este dado também assume relevância neste estudo pois os aspectos culturais também interferem no modo de viver e de sobreviver com a doença.

Causa da insuficiência cardíaca

Em nosso meio é difícil precisar com certeza as principais etiologias da insuficiência cardíaca, todavia, como cita LESSA (2001)

Como nos países que têm a doença arterial coronária como principal causa de morte esta é, também, a principal causa da IC, seguida da hipertensão arterial, seria lógico presumir que no Brasil, onde a primeira causa de morte são as cerebrovasculares e a HA o fator de risco mais consistentemente presente nos casos (aproximadamente 80%), pode-se hipotetizar que a hipertensão arterial também seja a principal causa da IC (pag.388).

Em nossa análise, levando-se em conta a superposição de patologias comum entre os pacientes, temos que a hipertensão arterial fez-se presente em sete sujeitos, há um dislipêmico, um diabético, um portador de arritmia ventricular, dois coronarianos e dois chagásicos.

Todos os sujeitos do estudo apresentam miocardiopatia dilatada, sendo a etiologia provavelmente hipertensiva de forma isolada em quatro sujeitos, coronariopatia de forma isolada em um, chagásica de forma isolada em um, hipertensiva e coronariana em um, hipertensiva associada a *cor pulmonale* em um, hipertensiva e chagásica em um e em um sujeito a etiologia não foi determinada até a data de coleta dos dados.

Para preservar a identidade dos sujeitos entrevistados, omitimos seus nomes reais neste texto, optando por denominá-los por letras do alfabeto grego.

Pronúncia	Minúscula	Maíscula	Pronúncia	Minúscula	Maíscula
alfa	α	A	ni	ν	N
beta	β	B	ksi	ξ	Ξ
gama	γ	Γ	omicron	ο	Ο
delta	δ	Δ	pi	π	Π
épsilon	ε	Ε	rho	ρ	Ρ
dzeta	ζ	Z	sigma	σ	Σ
eta	η	H	tau	τ	T
teta	θ	Θ	upsilon	υ	Υ
iota	ι	I	phi	φ	Φ
capa	κ	K	khi	χ	X
lâmbda	λ	Λ	psi	ψ	Ψ
mi	μ	M	ômega	ω	Ω

Tabela 03: Alfabeto grego

Código do sujeito	Gênero	Cidade
ALFA	Masculino	Cubatão
BETA	Masculino	São Vicente
GAMA	Feminino	Cubatão
DELTA	Feminino	Cubatão
EPSILON	Masculino	São Vicente
TETA	Masculino	Cubatão
MI	Feminino	São Vicente
SIGMA	Feminino	Cubatão
PI	Masculino	São Vicente
OMEGA	Masculino	São Vicente

Tabela 04 : Códigos dos sujeitos, com gênero e cidade de residência.

3.4 OS SUJEITOS EM PARTICULAR.

Alfa.

Com 72 anos, masculino, é natural do interior de Minas Gerais, carpinteiro por profissão, viúvo, semi-analfabeto e vive em Cubatão com seu filho, com uma renda em torno de R\$ 2300,00.

É hipertenso e coronariano e diz não saber se tem doença:

“Eu não sei se eu tenho doença. Eu sei que tive um infarti”.

Não sabe referir o nome das medicações de que faz uso e nega ter recebido auxílio de família ou de quem quer que seja quanto à sua doença. Sente-se muito triste com o falecimento de sua esposa, a qual morreu próximo a ele, no leito do casal.

Diz não possuir nenhuma atividade de lazer. Nega também vida sexual ativa, todavia não relaciona o fato com sua patologia e quando perguntado como ficou sua atividade sexual após a doença diz:

“Não, ficou foi mio, né? Já tava ruim”.

Beta.

Masculino, tem 51 anos de idade, é natural também do interior de Minas Gerais, pedreiro e ultimamente vem trabalhando como camelô. Casado, vive com a esposa e dois filhos em São Vicente, e tem uma renda declarada na pesquisa de R\$ 2400,00, sendo metade de aluguéis de propriedades que possui e a outra metade de auxílio-doença recebido do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Possui ensino fundamental incompleto e declara ser católico.

É portador de miocardiopatia dilatada, forma arritmogênica, de etiologia chagásica.

Conforta-se com o fato de ter sempre efetuado uma poupança e por ter seus imóveis alugados, fruto do fato de sempre ter trabalhado muito. Diz ter sido avisado que era

portador de insuficiência cardíaca durante seu tratamento, e que ficou assustado quando o soube. Também não se recorda do nome de todas as medicações em uso e refere como efeito colateral dificuldade na esfera sexual. Com relação ao suporte familiar, sente-se magoado pois refere que esposa não crê que ele esteja tão doente.

Gama.

Com 61 anos, feminino, é “do lar”, potiguar, apresenta ensino fundamental incompleto e vive só, com renda de um salário mínimo, no município de Cubatão, sendo portadora de miocardiopatia dilatada, de etiologia indeterminada até a data de coleta dos dados.

Diz ter ficado sabendo de sua doença durante uma internação de urgência:

“(...)porque eu passei mal, tive uma canseira, falta de ar, quase que eu morro mesmo, ai cheguei aqui já nas última, fizeram a maior correria comigo, ai foi que descobriram...”.

Refere melhora com o uso das medicações, mas relata dificuldade para adquirir o carvedilol que lhe é prescrito e que não é fornecido pelo Município. Refere ter tido auxílio quanto à sua doença apenas da filha, e chora quando cita isso. Relata que gostaria de ter oportunidades de exercer alguma atividade de lazer, mas diz não o fazer por não ter como pagar.

Delta.

Com 68 anos, é baiana, viúva, evangélica, semi-analfabeta, “do lar” e vive em Cubatão, com a filha, o genro e três netos, tendo uma renda declarada na pesquisa de R\$ 800,00.

É portadora de hipertensão arterial e miocardiopatia dilatada de provável etiologia hipertensiva.

Diz ter ficado sabendo de sua patologia também durante uma internação hospitalar.

Refere grande limitação após o início da doença:

“(..).num faço, num faço mais. Levantá peso, fazê assim faxina de casa, nada disso eu faço. Minha minina qui faz. E saí sozinha, não posso, não posso mais saí sozinha. Saí sempre acompanhada”.

Também não sabe referir o nome das medicações de que faz uso, mas refere melhora com o tratamento. Quando inquirida sobre atividades de lazer, diz que o que mais apreciava era lavar roupa e ter a casa limpa, mas diz que, após o desenvolvimento da doença, não o pôde mais fazer. Diz ter muito apoio da família.

Epsilon.

Masculino, paulista, natural e morador de São Vicente, tem 52 anos, ensino fundamental incompleto, é casado, vive com a esposa, quatro filhos e dois netos, com uma renda declarada de R\$ 1200,00. Não declarou sua atividade profissional.

É portador de miocardiopatia dilatada, de provável etiologia hipertensiva. Diz também ter ficado sabendo de seu diagnóstico através de uma internação de urgência. Diz sentir muita falta de ar:

“(..).eu sinto falta de ar prá cara.....(impublicável)”.

Nega conhecimento sobre o nome de todas as medicações em uso e diz que tem que comprar o carvedilol:

“(..).que não tem no postinho é o cardiolol. Os outros todos tem”.

Quanto a atividades de lazer diz gostar de ficar com os netos e quando perguntado sobre sua atividade sexual após a doença diz que acabou. Diz ter ficado muito triste após seu diagnóstico e procurou assistência na igreja.

Teta.

Cearense, com 77 anos, é metalúrgico aposentado, tem ensino fundamental incompleto, é viúvo e vive em Cubatão com a filha, o genro e a neta, com uma renda familiar declarada de um salário mínimo.

É diabético, hipertenso e portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, apresentando um misto de insuficiência cardíaca esquerda e *cor pulmonale*. Soube também de sua doença durante uma internação hospitalar. Refere que a patologia é muito limitante:

“Porque agora eu não posso fazê mais nada, porque eu trabalho de serviço de pedreiro, mais bico, encanador essas coisa. Agora não posso fazê mais nada. A canseira não deixa. Qualquer coisa que eu fizé me cansa (...) Os remédio alivia, mas só prá mantê parado. Se eu fizé qualqué atividade eu me canso muito, num dá prá fazê nada”.

Não sabe referir o nome das medicações de que faz uso.

Refere ter apoio familiar quanto à sua doença. Nega atividade sexual.

Em relação a lazer, diz ser limitado pela doença, ficando em casa apenas para ver televisão.

Mi.

Com 55 anos, alagoana, casada e católica, vive em São Vicente com o esposo e três filhos, tem ensino fundamental incompleto e declara ser “do lar” e possuir uma renda de dois salários mínimos.

É hipertensa, portadora de miocardiopatia dilatada (provável etiologia mista, chagásica e hipertensiva), já sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e diz ter sido informada do diagnóstico de insuficiência cardíaca durante consulta com outro profissional médico.

Relata seu sofrimento com a doença:

“Tem hora que eu pareço que não vou viver, né. Cada dia acontece alguma coisa assim na gente... é... cansera [...]”.

Diz sentir-se melhor com o tratamento com o médico atual, pois tinha medo de tratar-se com o outro médico. Também diz não recordar-se do nome das medicações em uso e diz que sua qualidade de vida piorou muito após a doença:

“(...)veis que em até tomá um banho eu fico cansada”.

Perguntada sobre atividades de lazer, também relata que o que aprecia é cuidar da casa e tomar conta dos filhos.

No tocante ao apoio familiar, retrata mágoa ao dizer que não conta com o apoio do hoje ex-esposo, que diz beber muito e que caçoava de sua forma de deambular após seu AVC.

Relata sentir-se depressiva com a doença.

Sigma.

Contando com 53, natural do Ceará, é católico, tem o ensino fundamental incompleto e é casado, vivendo com a esposa e uma filha, na cidade de São Vicente, com uma renda de R\$ 1200,00. Não declarou sua ocupação. É portador de miocardiopatia dilatada isquêmica, além de dislipemia. Diz ter ficado assustado quando ficou sabendo de seu diagnóstico, durante uma internação de urgência e relata que a doença lhe é muito limitante. Ao mesmo tempo relata não ter sido adequadamente esclarecido sobre sua patologia:

“(...)não, eles não explicaram, porque eles me falaram que eu tava com ritmia, só isso”.

Foi o único dos sujeitos a saber referir de forma adequada o nome de todas as medicações de que faz uso, e também relata não conseguir obter da rede pública o carvedilol.

Diz que após seu diagnóstico, muito mudou em sua vida. Refere ter apoio familiar no tocante à sua doença e relata significativa piora em sua atividade sexual.

Relata ainda estar triste e depressivo sabedor de sua doença.

Pi.

Natural de Minas Gerais, tem 55 anos, é viúva e vive com dois de seus três filhos na cidade de Cubatão. Declara ser “do lar” e ter renda familiar de um salário mínimo. É portadora de miocardiopatia dilatada com provável etiologia hipertensiva. Diz ter ficado surpresa ao saber de sua doença durante consulta de rotina. Não sabe referir o nome de todas as medicações de que faz uso, mas relata significativa melhora de sua doença após o início do tratamento. Fica feliz ao relatar que tem muito apoio da família quanto à sua doença. Nega vida sexual ativa, mas não relaciona o fato à doença, mas sim à falta de parceiro após sua viuvez.

Refere que sua única atividade de lazer é assistir televisão.

Omega.

Com 83 anos, é o mais longevo dos sujeitos de nossa pesquisa, sendo paulistano, todavia ora residindo em São Vicente apenas com sua esposa, embora tenha dois filhos.

É estivador aposentado, relata ser crente, não se recorda ao certo até que série estudou e diz ter renda de R\$ 1800,00. É portador de miocardiopatia dilatada, também de provável etiologia hipertensiva. Diz ter ficado sabendo do diagnóstico de sua doença no momento de nossa entrevista. Não sabe referir o nome de todas as medicações de que faz uso, mas diz que as mesmas proporcionaram significativa melhora em seu quadro. Quanto a atividades de lazer diz gostar de passear, ir à casa do filho. Refere apoio familiar quanto à sua doença e nega atividade sexual, todavia não relaciona a ausência à patologia.

CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram organizados para proceder-se sua análise e interpretação articulando os eixos referenciais que emergiram da realidade investigada para, neste movimento, chegar-se à compreensão e explicação do fenômeno estudado.

Os resultados foram analisados a partir dos seguintes eixos referenciais: condições de acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento da IC; impacto da IC nas atividades produtivas, familiares, sociais e sexuais; condições de vida: expressões e representações sobre a doença.

4.1 CONDIÇÕES DE ACESSO DO PACIENTE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA IC

No presente estudo constatou-se que o acesso dos sujeitos ao diagnóstico da IC é praticamente nulo, considerando o extrato da população em que se realizou a pesquisa, o que mostra a fragilidade do atendimento dos serviços junto a estes pacientes.

A IC pode ser definida como uma síndrome clínica na qual uma desordem estrutural ou funcional do coração leva à diminuição da capacidade ventricular de ejetar e/ou de se encher de sangue nas pressões de enchimento fisiológicas (BRAUNWALD, 2004).

Conforme PEREIRA (1986), dada à crescente “tecnicidade” da profissão médica, nem sempre é fácil ao paciente entender o “mediquês” em que por vezes são transmitidos diagnósticos e orientações terapêuticas pelo médico ao paciente nestes tempos de massificação da profissão médica, que por vezes tanto afasta o médico de seu paciente, posto que o médico pouco tempo para examinar, orientar, tratar e acima de tudo confortar seu paciente.

Por outro lado, a relação médico/paciente se torna fundamental para que as pessoas acometidas pela doença possam compreendê-la e, assim, aderirem ao tratamento de forma correta, assim como seus familiares. O profissional de saúde tem o dever de informar da melhor maneira possível e a informação é direito do paciente e dever do médico, conforme expresso no artigo 34 do Código de Ética Médica, em vigor desde 13 de abril de 2010, que diz ser vedado ao médico “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”.

“Tem sentido melhor porque antes eu tinha pânico de entrá na sala do médico. Quando eu ia pro douto (omitimos o nome do colega, o qual consta na transcrição original) mesmo, eu tinha pânico de entra na sala dele. A pressão aumentava.[...] eu perguntava pra ele, ele brigava muito comigo.[...] Ele falava: qualquer dia você entrar numa cadeira de rodas, você vai ficar com derrame. E que eu não sei o que é isso, né? Eu não acreditava. Eu trabalhava e trabalhava, ia correndo pra passá assim por ele. Ai quando ele falava: vai dá um derrame. Ficava bravo, porque ele é bravo”.(Mi)

As pessoas com baixa escolaridade e com maior precariedade sócio-econômica não podem ser consideradas, por princípio, sem condições de compreender o que se passa com ela e quais os cuidados devem ser tomados. Este é um preconceito que não combina com a profissão, independentemente das suas condições de trabalho.

A não compreensão da doença pode trazer conseqüências nefastas à vida cotidiana dos sujeitos, gerando medo da morte, depressão, e uma série de outros problemas relativos à sua vida em sociedade.

“Eu me sinto um pouco... triste. Porque eu quero fazê alguma coisa e não consigo. Eu faço, mas é muito pouquinho, depois eu to cansado, eu pego qualche peso daqui daqui, quase.. me sinto falta de ar. Num é muito, mas é aquela coisa que você num tem? Acha que vai morrê, tá muito ruim”.(Pi)

“É uma situação meio complicada, que ninguém espera, sabendo que isso ai mata. Ninguém espera.”(Beta)

“Tem hora que eu pareço que não vou vive, né. Cada dia acontece alguma coisa assim na gente... é... cansera ...”.(Mi).

“Eu me senti muito mal, achei que eu ia morre, né?(Pi).

De todos os sujeitos pesquisados, nenhum deles demonstrou saber de sua situação de saúde com maior precisão. A maioria só tomou conhecimento da doença após uma internação de urgência.

“Eu não sei se eu tenho doença. Eu sei que tive um infarti”.(Alfa).

“Porque eu passei mal, tive uma canseira, falta de ar, quase que eu morro mesmo, ai cheguei aqui já nas última, fizeram a maior correria comigo, ai foi que descobriram...”.(Gama)

“ Eu acho bom o médico ser direto”.(Mi)

“Não, eles não explicaram, porque eles me falaram que eu tava com ritmia, só isso. Mas eles não explicaram se é, o que é essa doença, insuficiência cardíaca, num me explicaram não. Só falaram que eu tava com ritmia e o coração crescido, foi isso que me falaram”. (Pi).

A falta de informação é tanta que um dos pacientes ficou sabendo da doença no momento da entrevista da pesquisa.

Por outro lado, a medicação também é uma incógnita para o paciente. A pesquisa revelou que dos dez entrevistados, apenas um dos sujeitos sabia referir de forma adequada o nome de todas as medicações de que faz uso. Todos os demais não conseguiram fazê-lo.

O acesso aos medicamentos também é um fator que onera o paciente. Nas unidades de saúde, os remédios que são fornecidos para o tratamento da IC são: captopril, enalapril, furosemide e espironolactona. Porém um dos medicamentos que propicia melhor qualidade de vida, além de redução da morbimortalidade é o carvedilol, o qual não se

acha disponível na rede pública em nossa região metropolitana, não sendo, portanto, fornecido aos sujeitos do estudo.

“Que não tem no postinho é o cardiolol. Os outros todos tem”.(Epsilon).

“Olha doto eu acho que esses comprimidos que eu to tomando pro coração melhorou bem, porque um mês eu não achei pra compra, assim não é barato, mas do caro tinha, mas não dava pra comprar do caro e eu me senti a mesma coisa, falta de ar, uma cansera (...). Desde que passaram a primeira vez é comprado... é, tenho que comprá (Gama).

4.2. IMPACTO DA IC NAS ATIVIDADES PRODUTIVAS, FAMILIARES, SOCIAIS E SEXUAIS

A IC é caracterizada clinicamente por dispnéia, fadiga, edema e redução da sobrevida.

Em geral, os portadores de problemas cardíacos sofrem modificação em seu padrão de vida normal, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, decorrente dos sinais e sintomas da IC (dor ou desconforto precordial, dispnéia, ortopnéia, palpitação, síncope, fadiga e edema) (SOARES et al, 2008, p.244)

O impacto e a interferência negativa da IC na qualidade de vida das pessoas são inquestionáveis.

“(..)agora eu não posso fazê mais nada, porque eu trabalho de serviço de pedreiro, mais bico, encanador essas coisa. Agora não posso fazê mais nada. A canseira não deixa. Qualquer coisa que eu fizé me cansa” (Teta).

Para MIRANZI (2008) qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Está relacionada ao que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, como foco na promoção da saúde.

Em geral, de acordo com HURST (2000) e GALDEANO (2002) os portadores dessa patologia sofrem modificação em seu padrão de vida normal, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, decorrentes dos sinais e sintomas (desconforto precordial, dispnéia, ortopnéia, palpitação, síncope, fadiga e edema).

PIRES (1994) descreveu a dificuldade desses indivíduos em conviver com as alterações que a doença cardíaca impõe no cotidiano e com os sentimentos ameaçadores que surgem em virtude das restrições a que são submetidos.

“(...)eu só entendo que é ruim mesmo. Tem hora que eu pareço que não vou viver, né. Cada dia acontece alguma coisa assim na gente... é... cansera... (Mi).

A intolerância à atividade que acomete os portadores de IC é definida pela NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (2007-2008) como “estado no qual um indivíduo tem energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias, requeridas ou desejadas”.

Os sujeitos com IC deparam-se com obstáculos importantes ao autocuidado, nomeadamente, limitações físicas, falta de conhecimento, constrangimentos financeiros, dificuldades na obtenção de suporte social e emocional (WHILE et al., 2009) e situações múltiplas de cronicidade. De um modo mais ou menos progressivo esses sujeitos vivenciam situações de grande fragilidade no relacionamento marital e familiar, no exercício profissional e no desempenho em sociedade pela progressiva limitação da capacidade funcional associada (OGUZ et. al., 2008).

No tocante ao impacto nas atividades produtivas temos que, como visto anteriormente a fadiga e a dispnéia são sintomas da insuficiência cardíaca. Esses sintomas levam a limitações funcionais que podem acarretar comprometimentos de ordem psicológica e social, com prejuízo para a qualidade de vida.

A fadiga é uma das manifestações frequentes na insuficiência cardíaca, assim como a falta de ar e a ortopneia, além de ser significativamente relacionada à evolução desfavorável da doença. (EKMANN, 2005).

Perder a vida laboral ativa pode conduzir a uma perda de status no seio familiar. O futuro torna-se imprevisível. Desta forma, a notícia da doença surge num contexto de grande dependência familiar, conjugal, especialmente se a sua vida profissional e/ou social se modificou drasticamente.

“Mesmo nessa situação, em casa, nem a mulhé acredita que a gente tá tão ruim, eu mesmo nessa situação. A própria mulher não acredita que você sente isso, situação que num tá agüentando mesmo” (Beta).

“(…)sobre o meu marido é, meu ex-marido. Que é por isso o motivo da separação, por causa que ele não me deu apoio até hoje. Ele bebe, ele é muito, sabe, ele não entende. Que aquele negócio que eu to sentindo, ele não entende. Ele acha que é normal, que a minha vida tá sendo normal como antes. Então ele não tem consideração nenhuma sobre essa minha doença” (Mi).

A atividade profissional continua a ser vista como uma das fontes mais importantes fundadoras de sentido para a vida humana. Quem não tem emprego está condicionado socialmente a uma vida dependente dos outros, mesmo tendo um rendimento social base, parece estar à margem da vida social. A idéia do cidadão produtivo está tão enraizada nas sociedades que uma pessoa a quem seja recusado o acesso ao emprego corre o risco de perder a sua auto-estima e o seu sentido de cidadania. O emprego é bem mais do que uma fonte de rendimento, é a medida do valor pessoal, e estar desempregado é sentir-se improdutivo e cada vez mais destituído de valor, sendo que o

indivíduo que possui um emprego tem uma conotação muito positiva na sociedade, porque apresenta uma integração em nível social e cultural, objetivos pessoais, independência financeira e auto-estima (PARIS et al., 1992).

“(...)agora eu não posso fazê mais nada, porque eu trabalho de serviço de pedreiro, mais bico, encanador essas coisa. Agora não posso fazê mais nada. A canseira não deixa. Qualquer coisa que eu fizé me cansa” (Teta).

O próprio sujeito sente-se útil e valorizado pelo fato de ter uma ocupação, o trabalho é um suporte pessoal. O indivíduo passa grande parte do seu tempo trabalhando, por isso, o trabalho acaba por influenciar sua saúde, não só devido a fatores relacionados diretamente com ele, mas também, porque o sujeito não se sente bem com a falta do mesmo. Assim, não ter uma atividade produtiva acaba por acarretar problemas para a saúde, e, sendo a IC a doença incapacitante que é como já descrito anteriormente, é uma causa importante em termos de incapacitação laboral, e essa a qual incapacidade laboral conduz, não raro, os portadores de IC a quadros depressivos.

A IC, entre outras doenças cardiovasculares interfere na atividade sexual dos pacientes e na vasta maioria das vezes atua como um fator complicador. Isto tem sido observado basicamente por duas razões principais:

- 1) pelo diagnóstico cardíaco e todas as implicações psicológicas que tal "marca" acarreta, como ansiedade, medo da morte, restrição na atividade física e
- 2) a necessidade do uso, para seu tratamento de diversos fármacos capazes de produzir efeitos adversos que prejudicam a performance sexual (especialmente pelo desencadeamento de disfunção erétil e/ou perda da libido).

“(...)o que eu gosto de fazê é o que eu num posso. Gosto muito de lavá roupa, isso é o que eu num posso tá fazendo. Tê a casa limpinha, isso eu num posso tá fazendo” (Delta).

“(...)ficô muito difícil, dotor. É, não é que nem antes. Diminuiu bastante. É e a mulher às vezes a gente procura e ela às vezes

tem medo.” (Pi, quando perguntado sobre sua atividade sexual atual).

O manejo dos sujeitos com IC inclui uma grande diversidade de drogas e procedimentos invasivos de variados graus. Tais procedimentos produzem diferentes níveis de restrição à atividade física e, com ela, impactos distintos na vida sexual do indivíduo. Estima-se que, após um diagnóstico, tratamento ou procedimento cardíaco, cerca de 25% dos pacientes retornem a vida sexual normal, apresentando a mesma frequência e intensidade prévias.

Metade dos pacientes retomam a vida sexual com algum grau de diminuição em frequência e/ou intensidade e que os 25% restantes não reassumem sua vida sexual (THORSON, 2003). Tais números representam um espectro mais funesto quando nos referimos isoladamente à insuficiência cardíaca, dentre todas as outras doenças cardiovasculares. Cerca de 40% dos homens em classe funcional III da New York Heart Association referem ser incapazes de ter uma vida sexual ativa (TAYLOR, 1999). Há diversas explicações para uma atividade sexual reduzida após eventos cardiológicos, dentre os quais podem ser citados medo de morte coital ou reinfarto, dispnéia, ansiedade, angina pectoris, exaustão, alterações no desejo sexual, depressão, perda da libido, impotência, preocupação ou ansiedade do cônjuge, além de sensação de culpa (RERKPATTANANIP ET AL, 2001).

A disfunção erétil tem sido queixa freqüente entre pacientes portadores de cardiopatias, aliada a dúvidas sobre a segurança quanto ao retorno à atividade sexual. Da mesma forma, enfermeiros que trabalham com esses pacientes, principalmente na fase aguda de episódio isquêmico grave, se sentem inseguros ao orientar os pacientes durante a internação hospitalar.

Dados da literatura indicam alta prevalência de disfunção sexual na ocasião do diagnóstico do IAM e elevada incidência de distúrbios sexuais após o evento coronariano, que variam de 24% a 89% dos casos, (PAPADOPOULOS ET AL, 1983; GUPTA ET AL, 1990). Acredita-se que a impotência sexual esteja presente em 10% a 15% dos indivíduos cardiopatas, e que 40% a 70% dos pacientes apresentem redução da

freqüência da atividade sexual e pior qualidade de vida, além daqueles que não retornam a essa atividade após evento coronariano (TUTTLE ET AL, 1964; MCLANE, 1980).

Em relação à sexualidade das mulheres, não foi possível obter as informações necessárias, pois, apesar do questionamento ter sido efetuado para as quatro mulheres sujeitos da pesquisa, apenas uma delas afirmou que não tinha vida sexual. As demais não se dispuseram a prestar tal informação. Este fato pode ter relação com vergonha das mulheres em falar do assunto, principalmente pelo gênero masculino do pesquisador. Podemos inferir também que os motivos podem ser de ordem religiosa ou cultural. Porém, em relação aos homens podemos afirmar que também foi difícil obter informações mais detalhadas sobre sua vida sexual e sua sexualidade, embora tenhamos obtido respostas, ao contrário das mulheres que se abstiveram de fazê-lo.

Falando na interferência da IC nas relações familiares, temos que o homem é um ser dinâmico, instituído por uma esfera biológica que lhe garante o funcionamento vital, funções e estruturas psíquicas em constante interação com o meio social através de relações.

Assim a condição de saúde não compreende apenas ausência de doença e sim bem-estar biopsicossocial do ser humano (O.M.S.).

A doença significa a perda da homeostase, levando o indivíduo a buscar um novo equilíbrio. O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o paciente e também sua família, pois é o primeiro grupo de relações em que o indivíduo está inserido.

Na maioria das vezes são os familiares as pessoas mais próximas das vivências do paciente.

Muitas mudanças ocorrem na vida do doente, levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças serão definidas pelo tipo de doença, maneira que se manifesta e como segue o seu curso, além do significado que o paciente e família atribuem ao evento.

“Tenho apoio sim do meu genro sim. Não pode vê eu doente. Quando vê eu deitada ele diz assim: a senhora fica deitada direto! Levanta! Mas é porque eu num tô muito boa, Carlos. Ele chama Carlos. É que eu num to muito boa, fio. A senhora fica deitada aí direto. Eu gosto quando eu vejo a senhora lá na frente do fogão, fazendo as coisa, né? Eu gosto de fazê cumida também. Eu gosto. Aí a minha minina tá dando apoio, meu genro tá dando apoio, meus filho. Tem um filho caçula também que é muito carinhoso comigo. É, tudo dá apoio prá mim”
(Delta, quando perguntada sobre o apoio familiar que recebe).

As doenças crônicas, consideradas incuráveis e permanentes, exigem que o indivíduo ressignifique sua existência, adaptando-se às limitações e novas condições geradas. É necessário estabelecer uma nova relação com a vida.

A família necessita se reorganizar e também se adaptar, pois o paciente pode precisar de cuidados. Os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

As limitações impostas pela doença crônica afetam também a família que precisa se adaptar às necessidades do membro doente, para isso utilizando de novos recursos de enfrentamento. Segundo ROMANO (1999), há uma quebra do equilíbrio dinâmico familiar diante do novo evento. As mudanças que ele acarretará e as adaptações que essa família realizará dependem dos recursos que dispõe, de como o evento (no caso a doença) começou e o significado que atribui ao acontecimento.

O equilíbrio é buscado através das novas adaptações.

SANTOS e SEBASTIANI (2001) relatam três tipos de reações da família frente à situação de crise ocasionada pela doença e pelas limitações causadas:

O primeiro tipo é a reação em que o sistema mobiliza-se com o intuito de resgate de seu estado anterior. No caso das doenças crônicas, esse estado anterior não pode ser resgatado exigindo que a família alcance uma outra identidade. O sistema familiar passa por dificuldades no processo adaptativo, tentando acomodar a enfermidade.

O segundo tipo de reação é a paralisação frente ao impacto da crise. Essa reação sempre ocorre, sendo superada em maior ou menor tempo. Essa paralisação se dá proporcionalmente à importância que o indivíduo possuía no equilíbrio dinâmico do sistema.

O terceiro tipo dá-se quando o sistema familiar identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la. O doente é colocado como bode expiatório, sendo o depositário de todas as patologias das relações dentro da família. No caso da doença crônica, o paciente terá dificuldades em se adaptar à nova realidade, com suas limitações e perdas, devido ao fato de o sistema não abrir espaço para que ele se coloque, conspirando contra tal tentativa.

“Mudou muita coisa na minha vida. Eu não trabalho mais, é, to afastado pelo INSS, voltei, tentei volta a trabalha mas o patrão não tem condições, num aceita. Ai eu fui fazê o exame no médico do trabalho mas eles não quiseram fazê, só com uma cartrinha que o senhor me desse prá eles me liberá, mas como eu não to liberado, eles não quiseram fazê exame e o patrão não aceita eu trabalha, então eu to afastado pelo INSS. Só isso” (Pi).

“A gente depende de tudo prá sobrevive, intão o que acontece? A gente percura te uma média de sobrevivência. A média de sobrevivência são o quê? São moradia e a gente comê e bebê, que a gente faz isso aí. Intão procuro te pra gente i passando com o que tem. Num tem outro meio. Porque trabaiá eu num guento trabaiá mesmo” (Beta).

Um estudo da hipertensão arterial no sistema familiar (ARAÚJO, MACIEL e SILVA, 1998) demonstrou através de entrevistas com o membro mais envolvido no tratamento

do paciente em cinco famílias, que as principais necessidades das famílias com tais pacientes cronicamente afetados são: o alívio da ansiedade, a provisão de informações e apoio, a proximidade do paciente e um sentimento de solidariedade para com eles.

Foram notados alguns comportamentos que caracterizaram alteração no sistema familiar como incapacidade da família para adaptar-se às mudanças ou para lidar construtivamente com experiência traumática, rigidez nas funções e nos papéis, processo de decisão insatisfatório da família e inabilidade para aceitar ou receber ajuda.

Qualquer doença implica o indivíduo, a sua família e o seu sistema social. Se a doença for longa, ou se permanecer por longo prazo, influencia os papéis sociais do indivíduo, tornando difícil manter contatos sociais e até familiares. A família terá de encontrar no exterior uma fonte de auto-estima, de apoio financeiro e social, os quais poderão ser benéficos para compensar os efeitos negativos da doença.

A vida social altera-se, o indivíduo fica limitado nas participações com atividades exteriores e laborais.

Por fim, com relação à interferência nas relações sociais, podemos dizer que o suporte social, concebido como conforto, assistência e informação que o indivíduo recebe através de conexões formais e informais, individuais ou em grupos, é considerado como um dos fatores favoráveis na melhoria da qualidade de vida e longevidade dos portadores de IC e, sua ausência entre idosos portadores de IC hospitalizados constitui um importante fator de risco, principalmente após a alta hospitalar (COHEN & SYME, 1985; WALLSTON et. al., 1985; ORTH-GOMER & UNDEN, 1987).

Nesse sentido, alguns estudos foram realizados com o intuito de demonstrar a influência do suporte social de natureza familiar na reabilitação do paciente cardíaco (BOUTIN-FOSTER & CHARLSON, 2002; DANTAS, et. al., 2002).

A vida e cultura nas sociedades e nos indivíduos não se esgota na produção, são sobretudo e fundamentalmente a relação e dimensão interpessoal os aspectos indispensáveis à viabilização do projeto pessoal e social. O acesso à sociabilidade, à utilidade social e à integração psicossocial faz-se através do trabalho economicamente

produtivo e, sobretudo, através de atividades com lógicas e dinâmicas inter-relacionais e afetivas ao serviço da promoção do homem, onde a racionalidade instrumental é condimentada com as emoções, como as atividades criativas, a reflexão, o lazer e a convivência comunitária.

4.3: CONDIÇÕES DE VIDA: EXPRESSÕES E REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA.

Uma entidade tão complexa, prevalente e letal como a IC por certo suscita as mais variadas expressões e manifestações dentro do imaginário e da vivência dos sujeitos.

Aqui temos aqueles que, talvez por terem adequado suporte familiar, têm melhor aceitação e entendimento de sua doença, com melhores condições de seguir as orientações terapêuticas e, por conseguinte, obterem melhora mais acentuada, com menor impacto em sua qualidade de vida.

“(...)tô sentindo melhó. Tô sentindo melhó. Minina fala, minha minina que fala, ô mãe, a senhora tá melhó. Aí ela brinco: já vai tá precisando de outro já... Meu Deus! Fia isso aí não. A senhora tá melhó” (Delta, sujeito que evidenciou forte suporte familiar na entrevista).

(...) Aí a minha minina tá dando apoio, meu genro tá dando apoio, meus filho. Tem um filho caçula também que é muito carinhoso comigo. É, tudo dá apoio prá mim”(Delta)

Há, todavia, os que, talvez por não terem tão evidente suporte, sentem-se isolados e, nesses, observamos maior evidência em relação aos sentimentos de tristeza.

“(...)é uma situação meio complicada, que ninguém espera, sabendo que isso ai mata. Ninguém espera. Mas ia fazê o que? Tive que convivê com isso ai e fazê o tratamento. Quero me tratá, entendeu? O que for preciso pra faze o tratamento eu faço. O que eu quero é melhorá, porque é uma doença que a gente não pode fazê nada, porque tem um dia que a gente tá melhorzinho um pouco quando é na outra semana a gente ta

sendo atacado. Ta atacado, e não pode fazê nada, eu mesmo to nessa situação. Uma vez eu to melhor, quando é na outra eu to sem podê até andá igual que eu falo pro senhor (Beta, sujeito que relata que a esposa não crê em suas limitações)

O potencial letal da patologia associado com o imaginário coletivo em torno da doença cardíaca certamente contribuem para aumentar o medo em torno dos portadores da doença.

“(...)eu me sinto um pouco... triste. Porque eu quero fazê alguma coisa e não consigo. Eu faço, mas é muito pouquinho, depois eu to cansado, eu pego qualche peso daqui, quase.. me sinto falta de ar. Num é muito, mas é aquela coisa que você num tem? Acha que vai morrê, tá muito ruim. Eu sinto umas pancada, fica aquelas pancada no peito, de que o coração que pará. Dá medo, viu?” (Pi).

O sistema de crenças e representações socialmente produzidas tende a padronizar o entendimento de saúde e doença a partir de critérios externos aos processos vitais dos sujeitos e dos grupos envolvidos, gerando limitações, preconceitos, e espaços de identidade social que prejudicam as pessoas envolvidas mais do que sua situação de doente. Por outro lado, saúde e doença são questões da vida humana e, portanto, devem ser compreendidas no universo das relações humanas e sociais dos indivíduos.

Esses aspectos estão relacionados com a idéia de participação dos indivíduos na vida social e de sua capacidade de equacionar uma relação virtuosa entre vida e saúde, aspectos estes referidos pelos sujeitos.

(...) porque é uma doença que a gente não pode fazê nada, porque tem um dia que a gente tá melhorzinho um pouco quando é na outra semana a gente ta sendo atacado. (Beta)

“A gente depende de tudo prá sobrevive, intão o que acontece? A gente percura te uma média de sobrevivência”.(Beta)

(...) Eu não trabalho mais, é, to afastado pelo INSS, voltei, tentei volta a trabalha mas o patrão não tem condições, num aceita.” (Pi).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IC é entidade nosológica muito prevalente, quer em nosso meio, quer em termos globais, e vem tendo, assim como as doenças cardiovasculares e as doenças crônico-degenerativas de uma forma geral, um aumento de incidência e prevalência à medida que aumenta a idade média populacional, bem como as condições médicas para diagnóstico mais precoce da mesma.

Trata-se de uma doença complexa e multifatorial, com vários fatores desencadeantes (insuficiência coronariana, hipertensão arterial, miocardiopatias, etc.), o que por vezes contribui para um eventual retardo do diagnóstico, com complicações maiores devido à evolução do quadro sem tratamento adequado.

Mesmo com o devido tratamento, a doença é limitante de *per se*, impondo significativas limitações quer na esfera social, quer em termos de trabalho, atividade sexual, etc., levando, via de regra, ou à morte ou à precoce incapacitação dos acometidos.

Ademais, também o tratamento pode implicar em efeitos colaterais significativos, que por vezes fazem com que os sujeitos acometidos abandonem o tratamento (caso, por exemplo, dos homens acometidos por ginecomastia com o uso de espironolactona).

Mas mesmo considerando os casos em que os efeitos colaterais são toleráveis ou por vezes ausentes, há ainda que pensar-se na polimedicação necessária ao tratamento, e isso apenas para citar o tratamento da IC pois, boa parte dos sujeitos acometidos têm outras comorbidades como diabetes mellitus, dislipemia, insuficiência coronariana, etc., tendo que fazer uso de várias outras medicações, além daquelas para o tratamento da IC, o que, por vezes, torna difícil para os sujeitos a compreensão de seu tratamento. Por outro lado, a baixa escolaridade esta dificuldade de compreensão tende a agravar-se. Em nossa pesquisa, dos dez sujeitos entrevistados, oito possuíam ensino fundamental incompleto, e dois apenas sabiam assinar o nome, podendo ser enquadrados na categoria de analfabeto funcional. Ainda, neste aspecto pode-se ressaltar a por vezes difícil relação do paciente com o médico assistente, provocada talvez pela massiva carga de

atendimento médico enfrentada pelos profissionais de saúde nos ambulatórios do SUS em que foi efetuada a pesquisa. Em alguns casos foi relatado inclusive o medo do médico por um dos sujeitos:

“(..)antes eu tinha pânico de entrá na sala do médico. Quando eu ia pro douto (nome não mencionado neste texto) mesmo, eu tinha pânico de entra na sala dele. A pressão aumentava (Mi).”

Em nosso estudo, somente um dos pacientes entrevistados (Pi) conseguiu lembrar do nome de todas as medicações em uso, o que pode implicar, em nosso entendimento, desde simples falta de memória (metade dos sujeitos entrevistados tem mais de 61 e 3 mais de 71 anos), falta de entendimento do esquema terapêutico ou até falta de uso das medicações, quer por desinteresse, quer por efeitos colaterais não relatados quer por falta de condições econômicas para adquirir as medicações.

No tocante a este último, a renda familiar foi em média de R\$1225,00, sendo maior nos homens (R\$ 1568,33) que nas mulheres (R\$ 700,00). Levando em conta que cada núcleo familiar no estudo é composto, em média por 3,8 sujeitos, podemos avaliar o grau de dependência dos mesmos na entrega gratuita das medicações pelas farmácias dos Ambulatórios onde foi realizado o estudo.

Com referência a isso, em nossa pesquisa vislumbramos que, apesar de absolutamente aceito e indicado no tratamento da IC, com melhoras evidentes da sintomatologia e da morbi-mortalidade nos casos em que não há contra-indicação ao seu uso, o uso do beta-bloqueador carvedilol não é padronizado nas Farmácias dos Ambulatórios da rede pública de Cubatão, nem de São Vicente, e, até onde pudemos obter informação, em nenhuma rede pública da Região Metropolitana da Baixada Santista.

Tal fato, a nosso ver, mereceria atenção detalhada das autoridades de saúde de nossa região, tendo em vista que, como já referido anteriormente, há plenitude de dados da literatura médica demonstrando a redução de evolução da IC e redução de sua morbi-mortalidade e também da morte súbita que tragicamente levam a óbito tantos desses pacientes.

A eventual “economia” que os gestores de saúde fazem em não disponibilizar tal medicação em nossa região, não se justifica, mas ao contrário, aumenta o gasto do sistema público como em todo, tendo em vista que aumenta as internações, o grau de afastamento laboral e diminui sobremaneira a qualidade de vida dos sujeitos acometidos por essa nefasta síndrome, o que por vezes leva a quadros depressivos como já relatado não só nesta, mas em outras doenças crônicas incapacitantes.

Outro aspecto a considerar é que, até pela falta de informações sobre a doença e o tratamento da IC pelos pacientes, observou-se que ela suscita as mais variadas expressões e manifestações dentro do imaginário e da vivência dos sujeitos. O potencial letal da patologia associado com o imaginário coletivo em torno da doença cardíaca certamente contribuem para aumentar o medo em torno dos portadores da doença.

Assim, ainda que a partir de um recorte da realidade dos pacientes que foram sujeitos deste estudo, foi possível avaliar os impactos que a Insuficiência Cardíaca provoca nas condições de vida das pessoas, principalmente as oriundas das camadas mais pobres da população atendida pelo Sistema Único de Saúde, o que sugere maior atenção dos gestores para que as políticas públicas se efetivem e se tornem um direito real do cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBANESE FILHO, F.M. What is the current scenario for heart failure in Brazil? *Arq Bras Cardiol*, volume 85, nº 3, 2005.

ARAÚJO, T. L. de; MACIEL, I. C. F. ; MACIEL, G. G. F. & SILVA, Z. M. (mar/abr 1998). Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. Suplemento da Revista da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo, vol.8, nº2,(supl.A),1-6.

BALINT, M., 1984. O Médico, seu Paciente e a Doença. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

BARRETTO, A.C.P.; RAMIRES, J.A.F. Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol* volume 71 (número 4), 1998.

BENTKOVER, J.D.; STEWART, E.J.; IGNASZEWSKI, A.; LEPAGE, S.; LIU, P.; COOPER, J. New technologies and potential cost savings related to morbidity and mortality reduction in Class III/IV heart failure patients in Canada. *Int. J Cardiol*;88(1):33-41, 2003 Mar.

BERTRAM PITT, FAIEZ ZANNAD, , WILLEM J. REMME, , ROBERT CODY, , ALAIN CASTAIGNE, , ALFONSO PEREZ, , JOLIE PALENSKY, , AND JANET WITTES, for the Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators *N Engl J Med* 1999; 341:709-717

BHARMAL, M.; GEMMEN, E.; ZYCZYNSKI, T.; LINNSTAEDT A.; KENNY D.; MARELLI C. Resource utilization, charges and mortality following hospital inpatient admission for congestive heart failure among the elderly in the US. *J Med Econ*; 11(3): 397-414, 2008.

BOCCHI EA, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(1 supl.1): 1-71

_____ et al. I Diretriz Latino-Americana para Avaliação e Conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 85, Suplemento III, Setembro 2005.*

BOLTANSKI, L., 1989. As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro: Graal.

BOURASSA M.G., GURNÉ O., BANGDIWALA S.I., GHALI J.K., YOUNG J.B., ROUSSEAU M., JOHNSTONE D.E., YUSUF S.. Natural history and patterns of

current practice in heart failure. The Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) Investigators. *J Am Coll Cardiol*. 1993 Oct;22(4 Suppl A):14A-19A.

BOUTIN-FOSTER C, CHARLSON ME. Getting to the heart of social support: a quantitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 2002; 55(6 Suppl):629.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. 2010 [citado 2010 Mar 14]. Disponível em: <http://datasus.gov.br/>

BRAUNWALD, E.; ZIPES, D.E.; LIBBY, P.; BONOW, R. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 7th edition. Saunders, 2004.

CHACHAMOVIC, E; FLECK, M.P.; TREENTINI, C; POWER,M.: Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch Analyze of a new instrument. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):308-16.

CLINE, C.M.; BOMAN, K.; HOLST, M.; ERHARDT, L.R.; SWEDISH SOCIETY OF CARDIOLOGY WORKING GROUP FOR HEART FAILURE. The management of heart failure in Sweden. *Eur J Heart Fail*; 4(3):373-6, 2002 Jun.

COHEN S, SYME, SL. Social support and health. San Diego: Academic Press; 1985.p.310-57.

COUTINHO, M. Insuficiência Cardíaca. Disponível em <http://www.hu.ufsc.br/~cardiologia/icc.pdf>. Acesso em 21 nov 2009. COWIE MR – The epidemiology of heart failure – An epidemic in progress. In: Coats A, Cleland JGF (ed). *Controversies in the management of heart failure*. Churchill Livingstone, 1997, p.11-23.

DANTAS RA, STUCHI RA, ROSSI LA. The hospital discharge for the family of the coronary artery disease patients. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(4 Suppl):345-50.

DE LISSOVOY, G.; ZODET, M.; COYNE, K.; O'CONNELL, J.B. Treatment charges and resource use among patients with heart failure enrolled in an MCO. *Manag Care Interface*; 15(5):46-52, 2002 May.

DOUGLAS CR. Fisiologia do coração. In: Douglas CR, editor. *Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde*. 1^a ed. São Paulo:Robe;1994.p.555-600.

EKMAN I, CLELAND JG, SWEDBERG K, CHARLESWORTH A, METRA M, POOLE-WILSON PA, et al. Symptoms in patients with heart failure are prognostic predictors. *J Card Fail* 2005 May; 11(4):288-92.

FERNANDES, J. C. L. Who Cares How Doctors and Patients Relate ? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993.

FERREIRA FILHO, A. A. in *Suplemento Cultural da Revista da Associação Paulista de Medicina*, abril 2010-nº 212, p.6

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):446-55.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVIC,E.; TRENTINI,C.: Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública* 2006;40(5):785-91.

FOUCAULT, M., 1987. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

GALDEANO LE. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirúrgica cardíaca [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.

GOOD GOD, E.M. et al. Favorable effects of the optimized drug treatment of heart failure on ventricular arrhythmias. *Arq Bras Cardiol*, 2008; 91(6):363-369.

GRADY KL, DRACUP K, KENNEDY G, MOSER DK, PIANO M, STEVENSON LK, et al. Team management of patients with heart failure. A statement for health care professional from the cardiovascular nursing council of the American Heart Association. *Circulation*. 2000;102(19):2443-56

GUIMARÃES, J.I. et al. Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*, volume 79 (suplemento IV), 2002.

GUPTA MC, SINGH MM, GURNANI KC, PANDEY DN. Psychopathology of delayed resumption of sexual activity after myocardial infarction. *J Assoc Physicians India*. 1990; 38: 545-8.

HELITO, R.A.B. et al. Qualidade de vida dos candidatos a transplante de coração. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2009; 24(1): 50-57.

HURST JW. Exame inicial para o diagnóstico cardiovascular. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

LATADO, A.L. et al. Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. *Arq Bras Cardiol - Volume 87, Nº 2, Agosto 2006*.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens* 8: 383-92, 2001

- LUZ, M. T., 1986. *As Instituições Médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. O Uso das Abordagens Qualitativas na Pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). *Pesquisa Qualitativa; um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa, v. 1).
- MCLANE M. Psychosexual adjustment and counseling after myocardial infarction. *Ann Int Med*. 1980; 92: 514-9.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª Ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- _____. (Org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 17ª Ed. Petrópolis, RJ: VOZES, 2000.
- MIRANZI, M., A., S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto completo enferm. Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 08 Jan. 2011
- MONTERA MW et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(3 supl.3):1-65
- MOUTINHO, M.A.E. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e com disfunção sistólica na comunidade. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(2) : 145-150.
- NEUBERN, Maurício S.. Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de dezembro de 2010. doi: 10.1590/S0102-79722001000100020.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- OGUZ, SÝDÝKA ; ENÇ, NANCY (2008) - Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *Journal Compilation- International Council of Nurses*. Vol. 55, nº 4, p. 462-467.
- ORTH-GOMER K, UNDEN AL. The measurement of social support in population surveys. *Soc. Sci. Med*. 1987; 24(1 Suppl):83-94.
- PAPADOPOULOS C, BEAUMONT C, SHELLEY SI, LAMRIMORE P. Myocardial infarction and sexual activity of female patient. *Arch Intern Med*. 1983; 143: 1528-30.

- PARIS, W., DIERCKS M., BRIGHT J., ZAMORA M., et al.- Social rehabilitation and return to work after cardiac transplantation – multicenter survey, Official Journal of the Transplantation Society, Feb 1992; 53(2): 433-438.
- PEREIRA, JOSÉ CARLOS DE MEDEIROS: Medicina, saúde e sociedade. José Carlos de Medeiros Pereira. – Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 2003.
- PIRES CA, SHAROVSKY LL, ROMANO BW. Coronariopatas e valvopatas: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1994; 4(5 Suppl A):1-7.
- QUEIROZ, Maria Isaura P. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.
- RERKPATTANAPIPAT P, STANEK MS, KOTLER MN. Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? Eur Heart J 2001; 22:201-08.
- RICH, M.W. Epidemiology, pathophysiology, and etiology of congestive heart failure in older adults. *J Am Geriatric Soc* 45(8):968-74, 1997 Aug.
- ROCHA, L.A. e SILVA, L.F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: Diagnósticos e intervenções de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):484-93. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>
- ROCHA, N.S. et al. Validity of the Brazilian Version of WHOQOL-BREF in depressed patients, using Rasch modeling. Rev Saúde Pública 2009;43(1):147-53.
- ROMANO, B.W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo, Casa do psicólogo - 1999.
- ROSSI Neto JM. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca do Brasil e do mundo. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2004;14(1):1-8.
- SANTOS, C. T. dos & SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em: CAMON, V. A. A.(ORG) E a psicologia entrou no hospital(pp 147-76), São Paulo, Pioneira.
- SCATTOLIN, F.A.A. et al. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11):2705-2715, nov, 2007.
- SOARES, D.A. et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm* 2008;21(2):243-8.
- SWEDEBERG, K et al. Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study [CONSENSUS] Trial. *Am J Cardiol*. 1988 Jul 11;62(2):60A-66A.

TAYLOR HA. Sexual Activity and the Cardiovascular Patient: Guidelines. *Am J Cardiol* 1999; 84:6N-10N.

THORSON AI. Sexual activity and the cardiac patient. *Am J Geriatr Cardiol* 2003; 12:38-40.

TROGDON, J.G.; FINKELSTEIN, E.A.; NWAISE, I.A.; TANGKA, F.K.; ORENSTEIN, D. The economic burden of chronic cardiovascular disease for major insurers. *Health Promoct Pract.*;8(3):234-42, 2007 Jul.

TUTTLE WB, COOK WLJR, FICTH E. Sexual behavior in postmyocardial infarction patient. (abstract). *Am J Cardiol.* 1964; 13:140.

VAN VONNO, C.J.; OZMINKOWSKI, R.J.; SMITH, M.W.; THOMAS, E.G.; KELLEY, D.; GOETZEL, R.; BERG, G.D.; JAIN, S.K.; WALKER, D.R. What can a pilot congestive heart failure disease management program tell us about likely return on investment?: A case study from a program offered to federal employees. *Dis Manag*;8(6):346-60, 2005 Dec.

WALLSTON BS, ALAGNA SW, DEVELLIS BM. Social support and physical health. *Health Psychol* 1985; 2:367-91.

WHILE, Alison ; KIEK, Fiona (2009) - Chronic heart failure: promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing.* Vol. 14, n° 2, p. 54-59.

WILLENHEIMER R, et al. Effect on Survival and Hospitalization of Initiating Treatment for Chronic Heart Failure With Bisoprolol Followed by Enalapril, as Compared With the Opposite Sequence Results of the Randomized Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS) III. *Circulation* 2005;112:2426-35.

APÊNDICE 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TECLE)

Eu, _____
fui informado (a) sobre o estudo Avaliação dos Impactos da Insuficiência Cardíaca nas condições de vida de pacientes de São Vicente e Cubatão. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto gerado pelo diagnóstico de Insuficiência Cardíaca nas Condições de vida em pacientes residentes nas cidades de São Vicente e Cubatão. Trata-se de uma pesquisa realizada pelo Dr. Carlos José Albuquerque Cunha, aluno regularmente matriculado no Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob a orientação da Prof. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto. O estudo consta de entrevistas gravadas em áudio, com meu relato sobre minha experiência em relação às minhas condições de vida como portador de insuficiência cardíaca.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistado (a). Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trazer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
- O acesso às respostas será reservado ao Dr. Carlos José Albuquerque Cunha. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
- A vantagem em participar deste estudo é que estarei contribuindo para uma melhor compreensão dos aspectos que envolvem o diagnóstico e o tratamento da insuficiência cardíaca e contribuir com meus depoimentos para melhorar o sistema de saúde.
- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com o Dr. Carlos José Albuquerque Cunha, na Rua Júlio Conceição, 270, ou na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar,

sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716. Ainda posso recorrer ao COMET – Comitê de Ética da UNISANTOS, à Av. Conselheiro Nébias nº 300.

- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
- Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Discuti com os pesquisadores sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
- Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Endereço: _____

R.G. nº _____

Data: ____ / ____ / ____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE 02:

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PACIENTES

Bloco A: dados de identificação

Nome:

Idade:

Gênero:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião:

Local de Nascimento:

Endereço:

Profissão/ocupação (antes e depois do diagnóstico, está afastado?):

Bloco B: situação familiar

Nº de pessoas que vivem com você:

Composição familiar:

Nº de filhos, faixa etária dos filhos:

Faixa de renda da família e condições de sobrevivência:

A família recebe algum auxílio financeiro: Se sim, de quem?

Bloco C: o impacto da IC na vida cotidiana do paciente

- 1) Quem informou o diagnóstico da doença?
- 2) Como você recebeu este diagnóstico?
- 3) Como foi explicada para você sua doença e suas limitações?
- 4) Qual o entendimento que você tem sobre a doença?
- 5) Como vem sendo o tratamento?
- 6) Quais os medicamentos que usa?
- 7) Sente algum efeito colateral em relação aos medicamentos?

- 8) Estes efeitos colaterais o impedem de realizar suas atividades diárias?
- 9) O que mudou na sua rotina diária?
- 10) Você se sente capaz de trabalhar? Se não, por quê?
- 11) Quais são suas atividades de lazer?
- 12) Como ficaram suas relações familiares após a doença? Tem apoio da família, amigos e parentes?
- 13) Como ficou sua vida sexual? Até que ponto a doença interferiu no seu desempenho sexual?
- 14) Tem algum sentimento de tristeza ou depressão em consequência da doença?
- 15) Fale sobre os aspectos que mais lhe incomodam em relação à doença e em sua vida atual.