IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA NA QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE UM PACIENTE

IMPACT OF HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION ON QUALITY OF LIFE: REPORT OF A PATIENT

Clarysce Gomes Batista

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário

Presidente Antônio Carlos – UNITPAC, Brasil

E-mail: clarysce@outlook.com

Kaylla Gardennia Valadares Teixeira

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário

Presidente Antônio Carlos – UNITPAC, Brasil

E-mail: valadaresteixeirak@gmail.com

Karina Maria Mesquita da Silva

Enfermeira, Centro Universitário Presidente

Antônio Carlos – UNITPAC, Brasil

E-mail: karina.silva@unitpac.edu.br

Miguel Emilio Sarmiento Gener

Médico, Centro Universitário do Maranhão, Brasil

E-mail: fmttocantins@gmail.com

Recebido: 01/04/2025 – Aceito: 11/04/2025

Resumo

A insuficiência cardíaca (IC) pode ser definida como a incapacidade do coração em manter um débito cardíaco proporcional à demanda metabólica do organismo ou quando só o faz às custas de aumento nas suas pressões de enchimento. A queda do débito pode ser por comprometimento da sístole ou diástole ou ambos, com predomínio de uma delas, segundo a etiologia específica (alterações funcionais ou estruturais no coração) e o tempo de evolução, resultando na entidade nosológica IC (sinais e sintomas). A disfunção sistólica por déficit de contractilidade miocárdica se manifesta pela queda na fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) e a disfunção diastólica por falhas de enchimento ventricular por redução da capacidade de acomodar o sangue nas cavidades, sendo em repouso ou durante a atividade física. A IC é uma síndrome complexa e heterogênea, o que torna desafiadora tanto a identificação de casos quanto à categorização de pacientes em estudos epidemiológicos. A FEVE é frequentemente considerada um marcador fenotípico de valor clínico, pois reflete tanto os mecanismos fisiopatológicos subjacentes quanto a provável resposta ao tratamento. O objetivo deste estudo é relatar e conhecer os desafios que impactam a qualidade de vida de um paciente com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr). A metodologia do estudo será a de caso clínico com uma revisão bibliográfica exploratória com abordagens qualitativas.

Palavras-chaves: IC; FEVE; patologia; coração; ICFEr.

Abstract

Heart failure (HF) can be defined as the inability of the heart to maintain a cardiac output proportional to the metabolic demand of the body or when it only does so at the expense of an increase in its filling pressures. The decrease in output may be due to impairment of systole or diastole or both, with one of them predominating, depending on the specific etiology (functional or structural changes in the heart) and the time of evolution, resulting in the nosological entity HF (signs and symptoms). Systolic dysfunction due to deficit in myocardial contractility is manifested by a decrease in left ventricular ejection fraction (LVEF) and diastolic dysfunction by ventricular filling failures due to reduced capacity to accommodate blood in the cavities, whether at rest or during physical activity. HF is a complex and heterogeneous syndrome, which makes both case identification and patient categorization challenging in epidemiological studies. LVEF is often considered a phenotypic marker of clinical value, as it reflects both the underlying pathophysiological mechanisms and the likely response to treatment. The objective of this study is to report and understand the challenges that impact the quality of life of a patient with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). The study methodology will be a clinical case with an exploratory literature review with qualitative approaches.

Keywords: HF; LVEF; pathology; heart; HFrEF.

1. INTRODUÇÃO

Podemos definir a insuficiência cardíaca (IC) quando o coração não consegue bombear sangue suficiente para suprir as necessidades metabólicas dos tecidos, ou consegue exercer com pressões de enchimento elevadas. Esta patologia pode ser gerada por alterações funcionais ou estruturais no coração e se manifesta por sinais e sintomas típicos, decorrentes da diminuição do débito cardíaco e das altas pressões de enchimento, sendo em repouso ou durante a atividade física (Sales; Bittencourt; Rocha, 2021).

A insuficiência cardíaca é uma síndrome complexa e heterogênea, o que torna desafiadora tanto a identificação de casos quanto à categorização de pacientes em estudos epidemiológicos. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é frequentemente considerada um marcador fenotípico de valor clínico, pois reflete tanto os mecanismos fisiopatológicos subjacentes quanto a provável resposta ao tratamento (Groenewegen; Rutten; Mosterd; et al, 2020).

A FEVE é considerada importante na classificação dos doentes com IC devido ao diferente prognóstico e resposta aos tratamentos e porque a maioria dos ensaios clínicos selecionam os doentes com base na fração de ejeção (FE). Nesta diretriz, a ICFe é definida como FEVE <40%. A IC com FE preservada

(ICFEp) é definida como FEVE $\geq 50\%$ e a última classificação é a IC com FE intermediária com FEVE de 40–49% (AHA/ACC/HFSA, 2022).

No Brasil, dados do registro BREATHE (Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca Aguda) apontam uma alta taxa de mortalidade no decorrer da internação hospitalar, que transcende os países do mundo ocidental. Além disso, comprovam que o principal motivo para as rehospitalizações é a falta de adesão ao tratamento (Sales; Bittencourt; Rocha, 2021).

A insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida representa um grande desafio na assistência médica, especialmente entre pacientes que necessitam de rehospitalização ou tratamento ambulatorial urgente para insuficiência cardíaca, mesmo quando seguem a terapia médica baseada em diretrizes. Para este grupo de alto risco, novas opções de tratamento são desejáveis, uma vez que o prognóstico é desfavorável em comparação com pacientes que não necessitam de hospitalização ou tratamento urgente dentro de um ano (Armstrong; Pieske; Anstrom; et al, 2020).

O estudo em questão tem como objetivo geral, relatar os desafios que impactam a qualidade de vida de um paciente com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. A pesquisa será embasada na explanação de um relato de caso como método de produzir uma apuração minuciosa de uma temática experimental específica. Portanto, a mesma, se configura em uma revisão bibliográfica de caráter exploratório, explicativo e descritivo, utilizando métodos e abordagens qualitativas.

O trabalho se divide em três capítulos, o primeiro se baseia na escolha do tema, objetivo geral, específico e problema de pesquisa. Ainda nesse sentido, o segundo evidencia o tema através de referencial teórico, conceito, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr). Por fim, a metodologia com os principais passos a serem tomados detalhadamente, com a aprovação dará início a um novo capítulo de resultados e discussão sobre as informações obtidas.

O presente estudo de caso tem como objetivo compreender os desafios enfrentados por um paciente com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida e do cuidado desses pacientes. Apesar dos avanços no tratamento da ICFeR, a doença continua a ser uma causa importante de morbidade e mortalidade. A literatura científica, embora extensa, concentra-se principalmente nos aspectos fisiológicos e farmacológicos da doença, com poucas investigações sobre a experiência do paciente. Através de um estudo de caso aprofundado, busca-se identificar os principais desafios enfrentados por esse paciente, como as limitações nas atividades diárias, as dificuldades em aderir ao tratamento e o impacto emocional da doença. Os resultados deste estudo poderão fornecer insights valiosos para a prática clínica, auxiliando os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias de cuidado mais personalizadas e eficazes.

O paciente com ICFeR vivencia dificuldades no manejo da doença, caracterizadas por dificuldades em aderir ao tratamento medicamentoso, limitações nas atividades diárias e impacto na qualidade de vida. A falta de conhecimento sobre a doença e suas implicações dificulta o autocuidado e o acompanhamento do tratamento por parte do paciente com ICFeR. O paciente com ICFeR enfrenta desafios psicossociais, como depressão, ansiedade e isolamento social, que podem impactar negativamente sua qualidade de vida e adesão ao tratamento.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A IC é uma síndrome clínica complexa com sintomas e sinais que resultam de qualquer comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou da ejeção de sangue. Sendo assim, qualquer insulto ao funcionamento das estruturas cardíacas pode promover a evolução para IC. O dano no funcionamento cardíaco pode ter início abrupto como no infarto agudo do miocárdio ou insidioso

como nas sobrecargas de volume ou pressão (ACC/AHA/HFSA, 2022).

A grande parte dos casos, após determinado insulto, os pacientes têm longos períodos assintomáticos antes de apresentar os primeiros sinais ou sintomas de descompensação. Mecanismos compensatórios deflagrados pelo dano cardíaco estão relacionados aos períodos assintomáticos (Sales; Bittencourt; Rocha, 2021).

O sistema nervoso simpático também ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), que impulsiona a retenção de sódio e água, elevando o volume sanguíneo e, assim, aumentando as forças de Frank-Starling para manter o débito cardíaco (Sales; Bittencourt; Rocha, 2021).

A remodelação cardíaca refere-se a mudanças estruturais no miocárdio que são resultantes de alterações hemodinâmicas, ativação neuro-hormonal e injúrias no músculo cardíaco. Estas modificações inicialmente têm um caráter adaptativo, podem contribuir para o aparecimento e a progressão da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr). A hipertrofia do miocárdio é uma resposta observada em pacientes com ICFEr, a mesma surge através de um aumento persistente da tensão na parede do coração, é capaz de ser causado pela dilatação ventricular ou por uma sobrecarga excessiva. Essa adaptação pretende manter a rigidez adequada e elevar a pressão diastólica final do ventrículo, resultando em um aumento da pressão no átrio esquerdo e nas pressões venosas pulmonares, além de provocar dispneia (Wollmann; Freire; Almeida; et al, 2024).

Condições adicionais podem resultar em remodelação ventricular anormal e nas manifestações clínicas da insuficiência cardíaca compreende fibrose do miocárdio, necrose e inflamação. A descoberta e uma intervenção do processo inicial podem evitar a progressão da doença (Wollmann; Freire; Almeida; et al, 2024).

2.1. Diagnóstico

A história e o exame físico continuam a ser uma pedra angular na avaliação dos doentes com IC. A história e o exame físico fornecem informações sobre a causa de uma cardiomiopatia subjacente, incluindo a possibilidade de uma cardiomiopatia hereditária, determinada pela história familiar, ou uma doença específica, como a doença cardíaca amiloide, bem como as razões pelas quais um doente previamente estável desenvolveu descompensação aguda da IC. Um componente crítico da história e do exame físico é a avaliação da congestão clínica (ou seja, os sinais e sintomas resultantes de pressão de enchimento cardíaco elevada). A congestão é um alvo de ajuste da medicação e está associada à qualidade de vida e ao prognóstico. A história e o exame físico também permitem a determinação de sinais clínicos que sugerem que o doente tem IC avançada, o que pode justificar o encaminhamento para um centro de IC avançada (ACC/AHA/HFSA, 2022).

Uma análise integral do histórico clínico, associada ao exame físico, é fundamental para avaliar pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Este processo pode ser ignorado por muitos, porém, é através dele que identificamos fatores que podem agravar a condição e fornecer informações cruciais para guiar o tratamento adequado (Mann; Januzzi, 2018).

O agravo da dispneia é um sinal que comumente é associada ao aumento das pressões de enchimento cardíaco, porém, pode estar ligada à restrição no débito cardíaco. A tosse noturna, regularmente subestimada, é mais um sintoma de insuficiência cardíaca. Ademais, o ganho de peso e aumento do perímetro abdominal, sensação de saciedade são sinais de congestão cardíaca direita. O cansaço geralmente é resultado da redução no débito cardíaco, aliado a respostas metabólicas incomuns dos músculos esqueléticos durante o exercício (Mann; Januzzi, 2018).

O diagnóstico da ICFe se dá pelos critérios de Framingham, divididos em dois eixos, o critério maior inclui a dispneia paroxística noturna, distensão da veia

jugular, estertores pulmonares, cardiomegalia, edema pulmonar agudo, galope de B3, aumento na pressão venosa e refluxo hepatojugular. O critério menor aborda edema de tornozelo, tosse noturna, dispneia ao esforço, hepatomegalia, efusão pleural, capacidade vital reduzida em $\frac{1}{3}$ da capacidade máxima e taquicardia. Classificado como critério maior ou menor a perda de peso $>4,5$ kg em cinco dias em resposta ao tratamento (Mann, 2018).

A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FE), geralmente medida por ecocardiografia, continua sendo a pedra angular do diagnóstico, caracterização, prognóstico, triagem de pacientes e seleção de tratamento da IC (Savarese; Stolfo; Sinagra; et al, 2021).

2.2. Tratamento

O manejo da insuficiência cardíaca (IC) tem passado por transformações ao longo do tempo, com o objetivo de aprimorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes. Ademais, o tratamento apresenta características específicas que variam conforme a fase da doença em que o paciente se encontra. Podemos afirmar que a primeira fase do tratamento começa nas unidades básicas de saúde ou nos consultórios médicos, com um controle minucioso de comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, anemias, doenças da tireoide, entre outras (Nascimento, 2021).

Os principais propósitos do tratamento não farmacológico da insuficiência cardíaca incluem atenuar os sintomas, alterando os hábitos de vida com restrição hidrossalina, controle do peso, cessar o tabagismo e bebidas alcoólicas e assim reduzir as taxas de hospitalização e mortalidade. Estas intervenções podem aumentar a capacidade funcional, melhora clínica e redução de comorbidades do paciente (Nascimento, 2021).

O prognóstico para pacientes com insuficiência cardíaca é preocupante: aproximadamente metade dos diagnosticados morrem dentro de um período de cinco anos (Berliner; Hanselmann; Bauersachs, 2020).

O tratamento farmacológico para insuficiência cardíaca busca prolongar a vida do paciente com medicamentos que alteram a progressão natural da doença. Estes incluem bloqueadores dos sistemas neuro-hormonal e adrenérgico, prevenindo a remodelação ventricular. Medicamentos utilizados incluem betabloqueadores, diuréticos como a espironolactona, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) e a combinação de hidralazina com nitrato (Nascimento, 2021).

Ensaio de larga escala com pacientes portadores de diabetes tipo 2 mostraram que os inibidores de SGLT2 (uma nova classe de medicamentos que são atualmente utilizados para o tratamento de doentes com DM tipo 2) estão ligados a melhores resultados cardiovasculares, particularmente em pacientes sem insuficiência cardíaca (IC) prévia. Estes resultados iniciais, que foram especialmente promissores na prevenção de hospitalizações por IC, motivaram a realização de estudos adicionais para testar o uso de SGLT2 em pacientes com IC, independentemente da presença de diabetes (Girerd; Zannad, 2023).

3. METODOLOGIA

A pesquisa será baseada em um relato de caso para investigar detalhadamente uma temática experimental específica. Utilizando métodos determinados, o estudo de caso permitirá uma apuração meticulosa, proporcionando uma compreensão mais ampla e profunda da experiência do paciente em questão, algo que métodos de pesquisa mais extensos talvez não alcancem. Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória com abordagens qualitativas.

A pesquisa será conduzida por meio de uma entrevista estruturada, utilizando um roteiro elaborado pelas pesquisadoras. A entrevista será aplicada a um paciente voluntário, permitindo um estudo detalhado de seu caso clínico. Esse

método permitirá coletar informações importantes sobre as condições de saúde do participante, sua história médica e resposta aos tratamentos, assim, enriquecendo o conhecimento sobre o tema e proporcionando uma compreensão mais profunda.

Os critérios de inclusão e exclusão foram rigorosamente formulados para direcionar a seleção dos sujeitos deste estudo de caso, centrado nas vivências de um homem com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFEr) que enfrentou desafios durante o início do diagnóstico e tratamento. Os critérios de inclusão contemplam indivíduos que possuem ICFEr, tenham vivenciado dificuldades no diagnóstico e tratamento, e estejam dispostos a compartilhar suas experiências, incluindo a adesão ao tratamento medicamentoso, limitações nas atividades diárias e impacto na qualidade de vida. Além disso, é imprescindível que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) esteja devidamente assinado, já que o participante deve ser maior de idade. Foram conduzidas entrevistas aprofundadas com este homem, representando uma gama de experiências dentro deste projeto.

Os critérios de exclusão contemplam indivíduos que não foram diagnosticados com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFEr) e adultos que não consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, assegurou-se a confidencialidade do participante, excluindo qualquer informação que pudesse identificá-lo.

O local de pesquisa é a cidade de Araguaína do estado do Tocantins onde o paciente reside, o mesmo é assistido por uma equipe multiprofissional em Fortaleza/CE no Hospital do Coração de Messejana.

Contando com a análise da coleta de dados e avaliação dos mesmos, foi desenvolvido um modelo de questionário, antecipadamente validado, composto por 9 perguntas destinadas a orientar a entrevista. No questionário, buscou-se o uso de termos de fácil compreensão. Através desses instrumentos, foi possível

recolher todos os dados necessários ao desenvolvimento do trabalho.

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo resguardadas as questões éticas de sigilo e identificação do sujeito. O número de aprovação do CAAE é 86208525.6.0000.0014.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Diagnóstico e tratamento

Conforme o depoimento do entrevistado, “comecei a perceber dificuldade para jogar bola e sentia um cansaço rápido, mas não dava importância por achar normal. Nunca houve casos na família. Em 2000, saí da empresa em que trabalhava para ser readmitido na mesma, e fiz exames laboratoriais e raio-x do tórax. O médico da empresa perguntou se havia casos de cardiopatia na família e eu respondi que não. Ele disse que meu coração era maior que o normal e me aconselhou a investigar, mas me liberou para trabalhar. Um dia, em casa, estava sozinho e senti um cansaço extremo, então resolvi investigar. Fiz novos exames e o médico disse que eu tinha um coração grande, três vezes mais velho que eu. Recebi, então, o diagnóstico de ICFer”.

Para as autoras, foi durante o período em que o paciente jogava futebol como lazer que ele já apresentava sinais de insuficiência cardíaca, sendo a fadiga um dos primeiros sintomas. Como é normal sentir cansaço durante a prática esportiva, o paciente não se atentou para o fato de que ele se cansava mais rápido do que o habitual. A ausência de casos de cardiopatia na família pode ter influenciado o diagnóstico, pois o paciente relatou não ter investigado anteriormente. Podemos observar uma negação por parte do paciente em relação à doença, uma vez que o médico identificou uma anomalia em seu coração e o aconselhou a investigar, destacando a importância de uma análise mais aprofundada. O paciente só tomou essa iniciativa quando sentiu novamente um

cansaço intenso em casa. O diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr) veio após novos exames que confirmaram o tamanho aumentado do coração e sua condição deteriorada, ilustrando um processo gradual de descoberta da doença. Podemos observar um impacto emocional e físico quando o paciente decide investigar por conta própria, evidenciando sua preocupação em entender sua condição de saúde.

“Não há casos de doenças cardíacas na família, apenas hipertensão e diabetes”.

Embora não haja um histórico direto de doenças cardíacas, a presença de hipertensão e diabetes na família pode elevar o risco de desenvolvimento de condições cardiovasculares. A combinação de hipertensão em pacientes diabéticos aumenta significativamente a probabilidade de surgimento de doenças cardiovasculares (DCV), sendo que a interação entre essas duas condições pode provocar efeitos adversos no sistema cardiovascular. Diante disto, é crucial que os familiares do paciente realizem um acompanhamento regular de saúde, principalmente devido à existência de hipertensão e diabetes (Bassi D, Cabiddu R, Mendes RG, 2018).

“Não possuo outras doenças”.

Para as autoras, a inexistência de outras doenças concomitantes pode proporcionar uma abordagem mais direcionada e potencialmente eficaz no tratamento, reduzindo significativamente o risco de complicações adicionais.

4.2. Impactos na Qualidade de Vida

“Primeiramente, fui afastado do trabalho e aposentado. Os médicos disseram que, devido ao estado avançado da doença, eu teria pouco tempo de vida, entre 3 meses e 1 ano. Deixei um emprego que exigia muito de mim e passei a conviver com uma doença que eu mal conhecia.

Conheci uma médica carioca que elaborou o laudo da doença e me apresentou alternativas de tratamento. Fui encaminhado para Teresina, no Hospital Santa Maria, onde recebi tratamento por 2 anos. O cardiologista informou que eu precisava buscar outro tratamento, pois não havia mais o que poderia ser feito por mim. Ele me encaminhou para o Hospital do Coração de Messejana, onde faço acompanhamento na central de transplantes desde 2007.

O processo não foi fácil. Fiquei internado 5 vezes para tratar arritmia severa, descompensação, realizar procedimentos e em outras ocasiões em que passei mal. Em 2014, preparei-me para o transplante, até então a única possibilidade de tratamento. Realizei todos os exames necessários, mas existem parâmetros que determinam a inclusão ou exclusão na fila de transplantes. Um exame específico impediu que meu nome fosse incluído na fila. Desde então, venho sendo acompanhado com um tratamento clínico.

Com esse acompanhamento, minha vida mudou completamente ao longo dos anos. Em meados de 2019, os médicos introduziram um medicamento chamado Entresto, substituindo a losartana. Após mais de 2 anos utilizando esse remédio, comecei a sentir uma melhora significativa na qualidade de vida. Esta medicação transformou minha rotina; não sinto mais dores no peito, queimações e falta de ar com frequência. Hoje, consigo fazer caminhadas diárias de 30 minutos a 1 hora, algo que parecia inimaginável”.

No que diz respeito, a insuficiência cardíaca (IC) também pode causar um desequilíbrio emocional, como a ansiedade e a depressão, sendo duas das principais manifestações de sofrimento emocional em resposta à doença. Ambas exercem uma forte influência no prognóstico e na recuperação (Finkler; Vivian, 2018).

A insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de mortalidade, hospitalizações, redução da qualidade de vida e encargos para o sistema de saúde, destacando a importância do diagnóstico e tratamento adequados. O aumento da prevalência e a melhoria da sobrevida da IC, juntamente com o

envelhecimento da população, têm levado a um aumento do número de pacientes que evoluem para um estado avançado de IC. Isso representa um desafio para o tratamento clínico, pois esses pacientes geralmente apresentam sintomas graves e qualidade de vida significativamente prejudicada, tornam-se menos responsivos ou intolerantes a terapias baseadas em evidências, e estão em alto risco de hospitalizações de curto prazo e morte (Lemos; Camillo; Alves; et al, 2024).

A insuficiência cardíaca constitui uma das principais causas de hospitalizações recorrentes, configurando um desafio significativo para os pacientes e para os sistemas de saúde. As reinternações frequentes não apenas agravaram o prognóstico clínico, mas também elevaram consideravelmente os custos associados ao tratamento. O manejo dessa condição permanece um desafio multifatorial, exigindo uma abordagem personalizada e multidisciplinar para atender às demandas complexas dos pacientes. A mitigação desses desafios depende de avanços contínuos nas terapias disponíveis, maior adesão aos protocolos de tratamento, controle eficaz das comorbidades associadas e oferta de suporte psicossocial consistente (Ardisson; Tavares; Negreiros; et al, 2024).

Segundo as pesquisadoras, a adaptação e a resiliência do paciente ao tratamento clínico, após sua exclusão da lista de transplantes, são fundamentais para a continuidade do acompanhamento médico. O manejo adequado do estresse e o fortalecimento da resiliência aumentam a promoção de conforto e bem-estar. Dado que a associação entre doenças cardiovasculares e fatores psicossociais é extremamente reconhecida, torna-se essencial identificar características de personalidade resiliente na população de pacientes cardiopatas, a fim de atualizar estratégias de cuidado e suporte.

A sobrevida em cinco anos após o diagnóstico de insuficiência cardíaca é de aproximadamente 35%, enquanto a mortalidade tardia (após 1 ano) apresenta variações conforme a classificação da fração de ejeção. Nos pacientes com ICFeR a mortalidade atinge 8,8%, enquanto na ICFei é de 7,6% e na ICFeP 6,3%. Dessa forma, a insuficiência cardíaca configura-se como uma das principais causas de

morbidade e mortalidade nos países industrializados (Silveira; Yoneschigue; Andrade, et al, 2019).

Para as autoras, é notável a longevidade do paciente, considerando que ele convive com a condição desde o ano 2000. Esse resultado reforça a importância de um manejo terapêutico de alta qualidade aliado a uma adesão rigorosa às orientações médicas por parte do paciente. A combinação de estratégias clínicas baseadas em evidências e o comprometimento do paciente com o plano de tratamento desempenham um papel crucial na estabilização da doença e na obtenção de resultados clínicos positivos a longo prazo.

O medicamento Entresto (sacubitril/valsartana) tem sido amplamente investigado ao longo da última década, demonstrando resultados promissores quanto ao seu efeito na remodelação ventricular e na melhoria clínica global de pacientes com insuficiência cardíaca. O estudo PARADIGM-HF, publicado em 2014, revelou dados surpreendentes, evidenciando que os pacientes tratados com entresto (sacubitril/valsartana) apresentaram uma taxa significativamente menor de mortalidade e menor frequência de hospitalizações por insuficiência cardíaca em comparação aos tratados com enalapril. Além disso, os participantes que receberam Entresto relataram uma melhora específica na qualidade de vida, quando comparados ao grupo que usou enalapril, sublinhando a eficácia do tratamento na gestão de sintomas e na promoção do bem-estar (Silveira; Yoneschigue; Andrade, et al, 2019).

Segundo as autoras, o relato acima evidencia a relevância da adesão ao tratamento terapêutico. Observa-se que o paciente alcançou uma melhoria substancial em sua condição clínica, superando suas próprias expectativas em relação à qualidade de vida. Esse progresso resultou em maior autonomia nas atividades diárias, além de benefícios no desempenho das tarefas de lazer. A melhoria na percepção de qualidade de vida está diretamente associada à adesão rigorosa ao regime terapêutico. Em contrapartida, muitos pacientes experimentam agravamento de seu quadro devido à resistência ou recusa em seguir as

orientações médicas, evidenciando a importância do comprometimento com o tratamento para a obtenção de estágios avançados.

4.3. Impactos Econômicos

“Perdi uma vida laboral por ter sido impedido de construir uma carreira, pois precisei dar atenção ao tratamento”.

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de incapacidade laboral no mundo. Elas impactam significativamente a vida dos pacientes tanto social quanto psicologicamente. Os sintomas mais comuns incluem fadiga excessiva, dispneia, dores torácicas e síncope, que reduzem a capacidade de realizar atividades habituais, especialmente as que requerem esforço moderado a elevado. Essa limitação resulta em perdas na qualidade de vida, afetando a independência, autonomia e autoimagem (Evangelista; Lopes, 2024).

“Sempre foi muito difícil. Tive que aprender a me organizar com os custos de casa e com o TFD, pois, desde o diagnóstico junto da aposentadoria, o estado só me ampara com passagens aéreas e terrestres, sem ajuda de órgãos públicos para me locomover em Fortaleza. Hoje, recebo ajuda de familiares e da igreja para as viagens e medicações”.

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD), conforme estabelecido pela legislação, tem a obrigação de fornecer passagens para o deslocamento até o local de tratamento indicado e o retorno ao domicílio para o paciente, bem como para seu acompanhante, se aplicável. Além disso, está prevista a oferta de subsídios financeiros para alimentação diária e hospedagem, caso necessário (Moretto; Santos; Carvalho; et al, 2024).

As pesquisadoras observaram que a ausência de um suporte governamental adequado compromete significativamente a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas. A falta de assistência abrangente não apenas

limita o acesso dos pacientes a tratamentos e medicamentos essenciais, mas também impõe um fardo financeiro e logístico substancial.

4.4. Impactos Emocionais e Psicológicos

“Não, hoje faço tudo que quero. Sei que tenho limitações e restrições, com as quais aprendi a conviver”.

As autoras constataram uma demonstração de resiliência e adaptação por parte do paciente, que manifesta aceitação de seus limites e restrições, realçando sua habilidade de viver uma vida plena dentro dessas condições. O depoimento do paciente revela um ponto de vista positivo e uma atitude proativa para enfrentar os desafios impostos pela doença crônica existente.

“No começo, tudo foi difícil. Eu quase não tinha apoio familiar e de amigos, mas hoje melhorou bastante nesse aspecto”.

Para as autoras, observa-se uma persistência e superação de obstáculos no início do diagnóstico e tratamento, porém, tudo isto gerou uma condição mais conveniente e encorajadora no presente. Nota-se que o paciente teve uma evolução e crescimento pessoal na sua trajetória.

“Sim, gostaria de ter uma vida mais ativa, de poder viajar mais e ver meus filhos formados com independência financeira. Nunca pensei que chegaria onde cheguei, mas é gratificante”.

De acordo com as autoras, o paciente apresenta um equilíbrio entre as limitações impostas pela patologia e a capacidade de fomentar maior autorrealização. O paciente demonstra um desejo pela conquista de uma autonomia ampliada, enquanto simultaneamente expressa um sentimento de gratidão e satisfação pelas realizações obtidas até o momento. Observa-se uma congruência entre a ambição e o contentamento.

5. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

As pesquisadoras identificaram três principais diagnósticos de enfermagem com base na Taxonomia II da NANDA-I (2021-2023), garantindo uma abordagem sistemática e criteriosa na análise do relato do paciente. Entre os diagnósticos levantados, destacam-se:

1. Tolerância à atividade diminuída relacionado por mobilidade física prejudicada, caracterizado por expressar fadiga.
2. Débito cardíaco diminuído relacionado por frequência cardíaca alterada, caracterizado por fração de ejeção diminuída.
3. Sentimento de impotência relacionado por complexidade percebida do regime terapêutico, caracterizado por perda da independência associado a imprevisibilidade do curso da doença.

6. PLANO DE CUIDADOS PARA O PACIENTE

Com base nesses diagnósticos, foi elaborado um plano de cuidado de enfermagem personalizado, contendo intervenções específicas para cada diagnóstico.

1. **Suporte à Capacidade Funcional:** com a adesão ao tratamento e a evolução clínica favorável do paciente, torna-se viável a introdução e o incentivo à prática de exercícios físicos leves e seguros, sempre sob supervisão adequada e conforme orientação médica. A inclusão de atividades como caminhadas, alongamentos e exercícios de resistência moderada não apenas aprimora a condição física geral, mas também promove o fortalecimento muscular, o aumento da flexibilidade e a melhoria da resistência cardiovascular. Adicionalmente, a combinação entre terapia farmacológica e exercícios físicos demonstra impacto significativo na redução da sintomatologia algica, na promoção da mobilidade funcional e no aumento da autonomia nas atividades de vida diária.

2. Controle de Medicamentos: o controle adequado dos medicamentos pode prevenir a progressão da doença, tornando-os essenciais no tratamento e, especialmente, no controle dos sintomas. Dessa forma, o paciente pode experimentar uma redução na ansiedade, promovendo uma melhora em seu bem-estar geral. Além disso, a adesão ao tratamento pode gerar efeitos positivos, contribuindo para uma evolução favorável da condição clínica. A longo prazo, a adesão ao tratamento melhora a qualidade de vida, mitigando significativamente os sintomas.

3. Apoio Emocional e Técnicas de Enfrentamento: Dentre as técnicas de enfrentamento, destaca-se a importância da continuidade da prática de atividade física, uma vez que essa promove a liberação de endorfina e contribui para a redução do estresse. Além disso, o apoio emocional desempenha um papel fundamental no bem-estar do paciente, sendo especialmente significativo quando oferecido por familiares e amigos. Esse suporte proporciona benefícios como a diminuição do estresse, o fortalecimento da autoconfiança, a melhoria da saúde mental, o estímulo para superar desafios, o fortalecimento dos vínculos afetivos e a elevação da qualidade de vida.

7. CONCLUSÃO

O presente projeto tem o objetivo de promover uma maior compreensão sobre a convivência com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER). Durante a execução do projeto, foram observados grandes desafios econômicos e sociais, além de um impacto gradativo na qualidade de vida do paciente. Com isso, espera-se inspirar pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca (IC) a aderirem ao tratamento, já que, conforme demonstrado anteriormente, foi observada uma melhora significativa, resultando em uma qualidade de vida inesperadamente melhor.

O profissional de enfermagem desempenha um papel crucial na promoção

e prevenção da saúde, colaborando na identificação precoce de diagnósticos de doenças. Quando a doença já está estabelecida, sua atuação deve ser ainda mais intensiva, guiando os pacientes e alertando-os sobre os benefícios dos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso. O objetivo é a gestão eficaz da doença e suas complicações, destacando a importância da adesão a um estilo de vida saudável, que inclui uma alimentação balanceada, prática regular de atividades físicas e adesão ao regime terapêutico. Em resumo, o foco principal é o autocuidado, que precisa ser continuamente incentivado pelo profissional para que o paciente assuma um papel ativo na sua própria saúde.

Como autoras, destacamos a importância de ampliar os estudos sobre a Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Ventricular Esquerda (FEVE) reduzida. Observamos que há uma quantidade limitada de estudos sobre este tipo de FEVE, o que nos causou certa preocupação. Esta patologia necessita de mais pesquisas para que se possa aprofundar a compreensão da doença, seus impactos na qualidade de vida e os tratamentos que proporcionem mais autonomia e independência aos pacientes. Esses estudos trariam grandes benefícios para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, melhorando assim o processo de cuidado. Vale ressaltar que o verdadeiro cuidado e apoio aos pacientes partem principalmente desses profissionais.

REFERÊNCIAS

DE CASTRO, Luanna Nascimento et al. Insuficiência Cardíaca: **do diagnóstico ao tratamento**. Journal of Social Issues and Health Sciences (JSIHS), v. 1, n. 5, 2024.

WOLLMANN, Carlos Alberto Rocha et al. **DESAFIOS E AVANÇOS NA ABORDAGEM DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO**

REDUZIDA. Epitaya E-books, v. 1, n. 59, p. 603-628, 2024.

NASCIMENTO, Monize Aparecida Gonçalves do. **Insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida: elaboração de protocolo de manejo clínico ambulatorial e emergencial para o hospital das clínicas da faculdade de medicina de Botucatu.** 2021.

CASTRO, Irã. **Livro-texto da sociedade brasileira de cardiologia** 3a ed. Barueri: Manole, 2021. E-book. ISBN 9786555761009. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555761009/>. Acesso em: 06 out. 2024.

CHAIRY, Vice. 2022 **AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure.** Journal of the American College of Cardiology, v. 79, n. 17, 2022.

GROENEWEGEN, Amy et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca. **Revista europeia de insuficiência cardíaca**, v. 22, n. 8, p. 1342-1356, 2020.

ARMSTRONG, Paul W. et al. **Vericiguat em pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida.** New England Journal of Medicine, v. 382, n. 20, p. 1883-1893, 2020.

SAVARESE, Gianluigi et al. **Insuficiência cardíaca com fração de ejeção média ou levemente reduzida.** Nature Reviews Cardiology, v. 19, n. 2, p. 100-116, 2022.

BERLINER, Dominik; HÄNSELNANN, Anja; BAUERSACHS, Johann. **The treatment of heart failure with reduced ejection fraction.** Deutsches Ärzteblatt International, v. 117, n. 21, p. 376, 2020.

CHAIRY, Vice. **Diretriz AHA/ACC/HFSA de 2022 para o gerenciamento de insuficiência cardíaca.** Journal of the American College of Cardiology, v. 79, n. 17, 2022.

GIRERD, Nicolas; ZANNAD, Faiez. **Inibição de SGLT2 na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada: Encontrando os pacientes certos para tratar.** Journal of Internal Medicine, v. 293, n. 5, p. 550-558, 2023.

Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 111, n. 3, p. 436–539, set. 2018.

RODRIGUES, Tatiane Daby de Fatima Faria; DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago; DOS SANTOS, Josely Alves. **As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação.** Revista Prisma, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021.

JARDIM, Paola Pugian et al. **Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados paliativos: revisão de escopo.** Escola Anna Nery, v. 26, p. 20220064, 2022.

BASSI, D. et al. **Effects of Coexistence Hypertension and Type II Diabetes on Heart Rate Variability and Cardiorespiratory Fitness.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 111, n. 1, p. 64–72, jul. 2018.

KUROGI, E. M.; BUTCHER, R. DE C. G. E S.; SALVETTI, M. DE G. **Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 4, p. e20190123, 2020.

FINKLER, Ana Letícia Quatrin; VIVIAN, Aline Groff. **Grupo focal de psicologia em pacientes com insuficiência cardíaca.** Aletheia, Canoas, v. 51, n. 1-2, p. 80-96, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2025.

LEMOS, A. L. M. A.; CAMILLO, B. de Q.; ALVES, E. C. M.; CARRIJO, L. F.;

CAVALCANTE, L. de A. L.; VIEIRA, M. V. A.; LEVY, M. S. da F. e S.;
FERNANDES, M. A. **A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM CLÍNICA E
TERAPÊUTICA PARA MANEJO E TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA AVANÇADA.** Epitaya E-books, [S. l.], v. 1, n. 59, p. 429-454, 2024.

DOI: 10.47879/ed.ep.2024264p429x. Disponível em:

<https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/1001>. Acesso em: 16 jan. 2025.

ARDISSON, Giulia Machado Caldeira et al. **DESAFIOS NO TRATAMENTO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA REVISÃO DA LITERATURA.** Revista Ibero-
Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 9, p. 215-221, 2024.

LEMOS, C. M. M. DE.; MORAES, D. W.; PELLANDA, L. C.. **Resilience in Patients
with Ischemic Heart Disease.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 106, n. 2, p.
130–135, fev. 2016.

SILVEIRA, Gustavo Couto et al. **TRATAMENTO DA ICC COM A ASSOCIAÇÃO
VALSARTANA E SACUBITRIL.** Cadernos da Medicina-UNIFESO, v. 2, n. 1, 2019.

DOS SANTOS, Raquel Carvalho et al. **A influência do entresto na remodelação
ventricular em pacientes com insuficiência cardíaca: Uma revisão
sistemática.** Seven Editora, 2023.

EVANGELISTA, Paulo; LOPES, Gabriela Resende. " **Eu estava sempre muito
cansada**": impactos na vida laboral de pessoas com doenças cardíacas " **I
was always very tired**": impacts on the working lives of people with heart
disease. IGT na Rede ISSN 1807-2526, v. 21, n. 41, 2024.

SANTOS, Aline Cristina dos. **Implicações acerca do tratamento fora do
domicílio em pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial.** 2024.

Conceição, Ana Paula da; Santos, Mariana Alvina dos; Santos, Bernardo dos; Cruz,

Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca**¹. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3126.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>.