

**Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca:  
diagnósticos e intervenções de enfermagem<sup>1</sup>**

**Psychosocial adjustment of people with heart failure: diagnosis and nursing interventions**

**Adaptación psicosocial de gente portadora de insuficiencia cardiaca:  
diagnósticos e intervenciones de enfermería**

Luciana Alves da Rocha<sup>I</sup>, Lúcia da Fátima da Silva<sup>II</sup>

<sup>1</sup> Artigo construído a partir da dissertação de mestrado intitulada: "Cuidado clínico de enfermagem a pessoas com insuficiência cardíaca: relação entre diagnósticos NANDA, modos adaptativos de Roy e intervenções da NIC", apresentada à Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisa financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

<sup>I</sup> Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE. E-mail: [cianinharocha@bol.com.br](mailto:cianinharocha@bol.com.br).

<sup>II</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da UECE. E-mail: [luciadefatima.ce@terra.com.br](mailto:luciadefatima.ce@terra.com.br).

**RESUMO**

Estudo cujo objetivo é analisar os diagnósticos de enfermagem (DE) representativos do processo de adaptação psicossocial de um grupo de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca (IC) e intervenções de enfermagem, com base na teoria de adaptação de Callista Roy. Trata-se de investigação descritiva e transversal, realizada com 28 pacientes acompanhados no ambulatório de um hospital público, em Fortaleza-CE. As informações foram coletadas por entrevista no período de maio a agosto de 2007. Todos os aspectos éticos e legais foram considerados. A análise dos resultados apontou a identificação dos DE: desempenho de papel ineficaz, comportamento de saúde propenso a risco, disfunção sexual, sentimento de impotência e controle ineficaz do regime terapêutico. A associação destes DE com os problemas adaptativos de Roy levou à identificação de: falha no papel, disfunção sexual e sentimento de impotência. Tais problemas relacionavam-se com a IC e as modificações que ela ocasiona na vida destas pessoas, ao provocar ansiedade e depressão, interferindo na qualidade de vida. Diante dos achados, espera-se suscitar reflexões dos enfermeiros para, ao desempenhar o cuidado clínico aos portadores de IC, considerarem seus problemas de adaptação, estimulando-os para o alcance à condição crônica de saúde.

**Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; Teoria de enfermagem; Insuficiência cardíaca.

**ABSTRACT**

Study which objective is to analyze the nursing diagnoses (ND) representing the process of psychosocial adaptation of a group of people with heart failure (HF) and nursing interventions, based on the theory of adaptation of Callista Roy. It is a descriptive and transverse research held with 28 patients in the ambulatory of a public hospital in Fortaleza-CE. Data were collected by interviews between May and August of 2007. The legal and ethical aspects were considered. The results showed the identification of the Nursing Diagnosis: ineffective performance of roles, a sense of powerlessness, prone to behavioral health risk, sexual dysfunction and ineffective control of therapeutic regimen. The combination of this Nursing Diagnosis with adaptive problems of Roy led to the identification of: failure of role, sexual dysfunction and feeling of powerlessness. Such problems were related to the HF and to the changes that it causes in the lives of these people, causing anxiety and depression, interfering with the quality of life. Before the findings, it is expected to raise thoughts of nurses to perform the clinical care of patients with HF, considering their adaptation problems, encouraging them to reach the chronic health condition.

**Descriptors:** Nursing diagnosis; Nursing theor; Heart failure.

**RESUMEN**

El objetivo del estudio es analizar los diagnósticos de enfermería (DE) representativos del proceso de adaptación psicosocial de un grupo de gente portadora de Insuficiencia Cardíaca (IC) y intervenciones de enfermería, con base en la Teoría de adaptación de Castilla Roy. Se trata de investigación descriptiva y transversal realizada con 28 pacientes acompañados en el ambulatorio de un hospital público en Fortaleza-CE. Las informaciones del muestreo han sido a través de una entrevista en el periodo de mayo hasta agosto de 2007. Los aspectos éticos y legales han sido considerados. El análisis de los resultados ha mostrado la identificación de los DE: ejecución de papel ineficaz, comportamiento de salud propenso a riesgo, sentimiento de impotencia, disfunción sexual y control ineficaz del régimen terapéutico. La asociación de estos DE con los problemas adaptativos de Roy ha llevado a la identificación de: falla en el papel, disfunción sexual y sentimiento de impotencia. Tales problemas se relacionaban con la IC y las modificaciones que ella ocasiona en la vida de esta gente al provocar ansiedad y depresión interfiriendo, de esta manera, en la calidad de vida. Frente a los resultados, se espera suscitar reflexiones de los enfermeros para que al desempeñar el cuidado clínico a los portadores de IC, consideren sus problemas de adaptación, estimulándolos a lograr la condición crónica de salud.

**Descriptorios:** Diagnósticos de enfermería; Teoría de enfermería; Insuficiencia cardíaca.

## INTRODUÇÃO

Entre as doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) é fonte de inquietação e de rico aprendizado. Ultimamente, a IC tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública, com a prevalência de 1 a 2% na população mundial<sup>(1)</sup>.

Esta doença é a via final mais comum da maioria das cardiopatias, sobretudo por constituir uma síndrome endêmica em todo o mundo e um importante problema de saúde pública, com prevalência e incidência crescentes e altos índices de hospitalizações associadas a elevados índices de morbimortalidade, particularmente quando presentes co-morbidades<sup>(2)</sup>.

Trata-se de uma doença crônica para a qual se exigem adaptações nos hábitos de vida diária. Referidas modificações geralmente são conflitantes, pois interferem em vários aspectos da vida dessas pessoas.

A partir do contato com os portadores de adoecimento crônico, em especial entre aqueles com IC, pôde-se compreender que muitos pacientes internados, em alguns casos por complicações da doença, tinham ou tiveram dificuldades de adaptação ao novo estilo de vida imposto pelo adoecimento, apesar de demonstrarem consciência da necessidade de mudança diante da sua nova condição de vida.

Na prática sente-se falta de um referencial teórico que dê suporte às ações de enfermagem. Ao se analisar, porém, o Modelo de Adaptação de Callista Roy<sup>(3)</sup>, vislumbra-se nele um referencial no desenvolvimento do cuidado de pessoas com enfermidade crônica, entre elas, portadoras de IC.

Mencionado referencial dispõe de elementos adequados ao cuidado de enfermagem por colaborar na adaptação de pacientes com doenças crônicas, a exemplo dos portadores de IC, pois busca fornecer subsídios para a implementação de um cuidado clínico qualificado quando auxilia o paciente na sua trajetória de adoecimento. Dessa forma, contribui para a promoção de sua adaptação às novas condições de saúde e doença.

De acordo com os pressupostos dessa teoria, a meta da enfermagem é promover respostas humanas, mediante utilização dos modos adaptativos fisiológico, de desempenho de papel, de autoconceito e de interdependência, em vista de serem estas as respostas que se relacionam positivamente com a saúde<sup>(3)</sup>. Dos cinco modos citados, os três últimos podem ser agrupados em psicossocial.

É importante salientar que o uso das teorias de enfermagem orienta as ações de enfermagem e essa aplicação da teoria à prática é discutida através do processo de enfermagem. Tal processo é constituído das seguintes etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

Para a utilização do processo de enfermagem é essencial trabalhar com um sistema padronizado de linguagem, tanto para diagnósticos de enfermagem, como para intervenções e resultados. Essa padronização pode ser obtida com classificações conhecidas internacionalmente.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, a padronização mais conhecida é a North American Nursing Diagnosis (NANDA)<sup>(4)</sup>, enquanto para as intervenções de enfermagem, a mais utilizada é a Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>(5)</sup>. Esta é uma taxonomia abrangente que engloba intervenções de enfermagem da prática generalista até as especialidades.

A associação entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA e o modo de Roy é importante, pois mostra ser possível utilizar, ao mesmo tempo a taxonomia da NANDA e a teoria de adaptação de Roy com vistas a alcançar a adaptação. Ademais, a proposta de intervenção a partir da taxonomia da NIC favorece o direcionamento para um cuidado clínico de enfermagem mais qualificado.

Assim, diante dos argumentos citados, percebeu-se a necessidade de desenvolver este estudo com foco nos problemas de adaptação psicossocial dos pacientes com IC e, a partir de então, planejar as intervenções de enfermagem para resolver problemas, diminuir complicações com risco de vida, além de melhorar a qualidade de vida.

Com fundamento nestas considerações desenvolveu-se um estudo cujo objetivo foi o seguinte: analisar os diagnósticos de enfermagem representativos de processo de adaptação psicossocial de um grupo de pessoas portadoras de IC, assim como suas intervenções de enfermagem, tendo como base a teoria de adaptação de Roy.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo e transversal, realizado em um hospital público de Fortaleza-Ceará/Brasil, que é centro de referência em doenças cardiopulmonares. A população do estudo foi de 28 pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial e que atenderam aos critérios de inclusão: diagnóstico médico de insuficiência cardíaca explicitado no prontuário clínico, não ser transplantado, nem ser candidato a transplante cardíaco, estar orientado e estar sendo acompanhado há pelo menos seis meses no referido ambulatório.

Quanto à coleta de dados, ocorreu no período de maio a agosto de 2007 por meio da entrevista dos pacientes com IC atendidos no ambulatório. Para esta coleta, o instrumento utilizado foi elaborado segundo os domínios autopercepção, relacionamento de papel, sexualidade, enfrentamento/ tolerância presentes na taxonomia II da NANDA<sup>(4)</sup>. O processo de elaboração e inferência dos diagnósticos de enfermagem seguiu as etapas preconizadas por

Risner<sup>(6)</sup>: categorização dos dados, identificação das lacunas de dados, agrupamentos dos dados relevantes em padrões, comparação dos agrupamentos com os padrões, normas e conceitos dos diagnósticos, identificação dos desvios ou potencialidades de saúde e proposições de relações etiológicas.

De posse dos diagnósticos de enfermagem identificados, estes foram correlacionados com os problemas comuns de adaptação do modo de Callista Roy e agrupados de acordo com os modos de desempenho de papel e autoconceito. Entretanto fez-se necessário discutir aspectos fisiológicos intervenientes nos problemas de adaptação de desempenho de papel e autoconceito.

A associação procedida foi discutida com base na literatura vigente para cada problema de adaptação encontrado e os respectivos estímulos propostos. Considerou-se como estímulos os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem.

Como exigido, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital e aprovado sob o protocolo de nº 416/2007, com o objetivo de atender aos aspectos contidos na Resolução 196/1996<sup>(7)</sup> sobre a investigação com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Ainda como exigido, o consentimento prévio dos participantes foi solicitado e a eles foram garantidos anonimato e a liberdade para participar ou não do estudo sem prejuízo no seu tratamento.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo mostraram os dados, a idade dos participantes do estudo variou de 30 a 80 anos e a maior frequência estava na faixa de 35 a 60 anos; o sexo masculino representou 21 (75%) da amostra

estudada. No referente ao diagnóstico médico identificado na amostra, em sua grande maioria, foi a miocardiopatia dilatada, 23 (82,1%) participantes.

Conforme se sabe, as características dos participantes do estudo podem facilitar ou dificultar o processo de adaptação à condição de portadores de IC. Em relação ao gênero, tanto homens quanto mulheres podem apresentar dificuldades de adaptação, isto é, dificuldade para enfrentar a doença, pois esta pode impossibilitá-los de continuar exercendo o papel até então ocupado em casa e na sociedade. Tal como outros fatores, a idade também pode afetar negativamente a adaptação, pois nessa faixa etária as pessoas são produtivas e em alguns casos precisam se afastar do trabalho. Consequentemente, há sentimento de impotência.

Dos diversos diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes com IC, mencionaram-se: desempenho de papel ineficaz, comportamento de saúde propenso a risco, disfunção sexual, sentimento de impotência e controle ineficaz do regime terapêutico.

Obtidos estes diagnósticos, procurou-se estabelecer uma associação entre eles e o rol de indicadores de problemas de adaptação, considerando os modos adaptativos de desempenho de papel e autoconceito. Dessa forma, favoreceu-se a identificação dos estímulos a serem trabalhados como medida interventiva que viabilizasse a adaptação destas pessoas à condição de portador de IC.

Ilustrativamente, no Quadro 1, expõe-se a seqüência, a relação das associações procedidas entre os diagnósticos de enfermagem presentes na população estudada e os problemas comuns de adaptação segundo a teoria de Callista Roy.

**Quadro 1:** Associação entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados nas pessoas portadoras de IC e os problemas comuns de adaptação de Roy do modo de desempenho de papel. Fortaleza-CE, 2007

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2008)		Problemas comuns de adaptação do modo de desempenho de papel de Roy <sup>(3)</sup>
Domínio	Rótulo Diagnóstico	Problema comum de adaptação
Autopercepção	Desempenho de papel ineficaz	Falha no papel
Promoção da saúde	Controle ineficaz do regime terapêutico	
Enfrentamento/Tolerância ao estresse	Comportamento de saúde propenso a risco	

Ao se analisar o domínio autopercepção do diagnóstico de enfermagem da NANDA, emergiu o diagnóstico Desempenho de papel ineficaz, o qual apresentou como características definidoras a insatisfação com o papel e a adaptação inadequada à mudança, ambas relacionadas a doença. Este diagnóstico é definido como “padrões de

comportamento e auto-expressão que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente”<sup>(4)</sup>.

Já no domínio promoção da saúde foi identificado o diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico. Mencionado diagnóstico foi definido como “padrão de regulação e integração à vida diária

de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde<sup>(4)</sup>.

Neste diagnóstico, a característica definidora foi escolha da vida diária ineficaz para atingir os objetivos de saúde enquanto os fatores relacionados foram complexidade do regime terapêutico e dificuldades econômicas.

No domínio enfrentamento/tolerância ao estresse surgiu o diagnóstico de enfermagem Comportamento de saúde propenso a risco. Esse diagnóstico é definido como a "incapacidade de modificar estilo de vida/comportamentos de forma compatível com mudanças no estado de saúde"<sup>(4)</sup>. Nele foi identificada como característica definidora o

não alcance de uma completa sensação de bem-estar relacionada a múltiplos estressores.

Assim, estes diagnósticos de enfermagem da NANDA revelaram estreita relação com o problema adaptativo falha de papel, pertencente ao modo de desempenho de papel. Nesse modo, a necessidade básica é a integridade social e o foco é o papel ocupado pelas pessoas na sociedade<sup>(3)</sup>.

Em continuidade à associação entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA e os problemas comuns de adaptação, no Quadro 2, a seguir, será apresentada a associação entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA e o modo de autoconceito de Roy.

**Quadro 2:** Associação entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados nas pessoas portadoras de IC e os problemas comuns de adaptação de Roy do modo de autoconceito. Fortaleza-CE, 2007.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2008)		Problemas comuns de adaptação do Modo de autoconceito <sup>(3)</sup>
Domínio	Rótulo Diagnóstico	Problemas comuns de adaptação
Sexualidade	Disfunção sexual	Eu físico Disfunção sexual
Autopercepção	Sentimento de impotência	Eu pessoal Impotência

No domínio sexualidade da NANDA, encontrou-se o diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual, cuja definição pela NANDA<sup>(4)</sup> é "o estado em que um indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada". A característica definidora foi limitação percebida imposta pela doença relacionada à estrutura corporal alterada-processo de doença.

Quanto ao domínio autopercepção da NANDA, nele emergiu o diagnóstico de enfermagem Sentimento de impotência. Tal diagnóstico de enfermagem é a "percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato"<sup>(4)</sup>. A característica definidora foi a expressão de insatisfação quanto à incapacidade de realizar tarefas/atividades prévias relacionadas à doença.

Os diagnósticos de enfermagem expostos no Quadro 2 mostraram relação com os problemas de adaptação constituintes do modo de autoconceito de Roy. Tal modo é definido por um composto de crenças e sentimentos que a pessoa tem sobre si mesma em um dado momento do tempo<sup>(3)</sup>. Neste modo, os problemas adaptativos podem interferir na habilidade da pessoa em fazer o que é necessário para manter os aspectos de saúde.

Estabelecida a associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados no grupo de pessoas

portadoras de IC e os problemas comuns de adaptação de Roy, como forma de fortalecer sua existência no cotidiano destas pessoas, desenvolveu-se a análise de cada problema comum de adaptação e os diversos estímulos que afetam o comportamento.

Após a análise dos estímulos que afetam a adaptação, elaborou-se um planejamento de atividades de enfermagem, conforme a NIC<sup>(5)</sup>, na tentativa da enfermeira, mediante seu cuidado clínico, oferecer uma contribuição ao processo adaptativo do paciente, permitindo-se, com isso, a substituição de respostas ineficazes por respostas adaptativas, com vistas à sua melhor qualidade de vida.

### Modo de desempenho de papel

No referente a este modo, apenas um problema de adaptação foi identificado: a falha no papel. Na falha de papel, o indivíduo não quer assumir o papel. Isto é decisivo, pois o elemento-chave desse papel é o desejo individual<sup>(3)</sup>. Esse problema teve como estímulos a doença IC, a complexidade terapêutica desta e as dificuldades econômicas decorrentes de alteração na vida provocada por essa doença.

Logo, os estímulos estavam relacionados à IC. Em virtude de se tratar de um problema complexo que provoca sintomas físicos passíveis de alterar as atividades de trabalho dos pacientes, mencionada alteração pode ocasionar diminuição da renda e como consequência, as dificuldades econômicas. Ademais,

é uma doença que exige modificações no estilo de vida. Para muitas pessoas, tais modificações são difíceis de serem realizadas.

De acordo, com a literatura, o modo de desempenho de papel é dividido em papéis primários, secundários e terciários<sup>(3)</sup>.

O papel primário determina a maioria dos comportamentos que a pessoa adquire durante determinado período da vida. Isso é definido pela idade, sexo e estágio desenvolvimental<sup>(3)</sup>. No presente estudo, o papel primário foi desempenhado por 21 participantes homens e sete mulheres. Quanto à idade, variou de 30 a 80 anos.

Já o papel secundário, segundo a mesma fonte, é aquele que a pessoa assume para completar a tarefa do estágio desenvolvimental do papel primário<sup>(3)</sup>. Em relação a esse tipo de papel, era desempenhado pelos participantes homens na condição de marido, pai, filhos, trabalhadores e provedores de sustento da família, enquanto as mulheres exerciam o papel de esposa, mãe, dona de casa e trabalhadora. Tanto os homens quanto as mulheres atuavam na condição de pessoas com comprometimento de saúde que necessitavam de mudança no estilo de vida.

Porém, em relação ao papel de trabalhador e provedor de sustento da família, dos 21 participantes homens, dezenove tinham comprometimento nesse papel. Segundo relataram, eles não podem e não exercem mais as atividades de trabalho desde o surgimento dos sintomas da doença.

Sobre as participantes, das sete mulheres, cinco apresentaram alteração no papel de trabalhadora e dona de casa e, dessas, duas tinham alteração também no papel de mãe.

Ao se observar os estímulos responsáveis pela falha no papel de trabalhador (nos homens e nas mulheres) e dona de casa, identificaram-se a IC e seus sintomas físicos, isto é, a ocorrência da IC levou à necessidade de afastamento do trabalho em virtude das limitações físicas impostas pela doença. Como as principais manifestações da IC são a dispnéia e a fadiga, podem limitar a tolerância ao exercício<sup>(8)</sup>.

Conforme mencionaram, os participantes do estudo apresentavam dispnéia ao realizar atividades e, portanto, não conseguiam exercer o trabalho de antes. Esta situação é comprometedora, pois a falha no papel de trabalhador ocasiona depressão, ansiedade, sentimento de impotência.

Os participantes também manifestaram falha no papel de pessoas que necessitavam de mudanças no estilo de vida. Tal falha estava relacionada à complexidade do regime terapêutico e às dificuldades econômicas.

Eles tinham dificuldades em seguir a terapêutica da IC por ser complexa e exigir mudanças no estilo de vida e também pelas limitações econômicas. Consoante mencionado, a renda familiar

predominante nos participantes do estudo estava entre 1 e 3 salários mínimos, logo, insuficiente para a compra de remédios.

É importante salientar que não há cura para IC. Assim, a terapêutica baseia-se tanto no regime não-farmacológico como no farmacológico. No primeiro caso, centra-se a melhora dos sintomas e da qualidade de vida, bem como no prolongamento dessa, enquanto no segundo abrange as mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos<sup>(9)</sup>.

O regime terapêutico não-farmacológico da IC requer inúmeros ajustes no estilo de vida, como evitar exageros na alimentação, limitar o aporte hídrico e salino, praticar atividade física, quando possível, além de abolir álcool e fumo<sup>(9)</sup>.

Outra dificuldade no seguimento do tratamento da IC foi a econômica. Conforme os participantes, eles não teriam condições financeiras para comprar todos os medicamentos prescritos, cuja maioria não é distribuída gratuitamente, sobretudo os de maior custo econômico.

Atualmente, a assistência farmacêutica é um dos grandes desafios e prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), e o acesso ao medicamento é um dos maiores problemas dos sistemas de saúde. Segundo o IBGE, 55% das pessoas não podem pagar os medicamentos, em especial os de uso contínuo, relacionados às doenças crônicas. Para suprir esta carência, o governo federal tem garantido o fornecimento de remédios para a rede pública e a criação de Programas de Farmácia Popular<sup>(10)</sup>.

Apesar dos esforços, nem todos os medicamentos são distribuídos. Esta afirmação respalda-se na literatura em um estudo segundo o qual as pessoas pesquisadas apresentavam o controle ineficaz do regime terapêutico em decorrência da terapia medicamentosa e déficit financeiro<sup>(11)</sup>.

Em outra investigação também se enfocam as dificuldades financeiras. Entre as queixas encontradas dos pacientes com IC, 24% dizia respeito a gastos excessivos com a medicação; 24% à dificuldade financeira e 11% à quantidade exagerada de remédio<sup>(12)</sup>.

De modo geral, o controle ineficaz do regime terapêutico é comum quando as pessoas ou famílias acometidas por problemas de saúde agudos ou crônicos enfrentam programas de tratamento que exigem mudanças nos estilos de vida e nos comportamentos que influenciam a saúde.

Para a equipe de saúde envolvida, a complexidade do manejo das pessoas com IC é um desafio. Neste aspecto, a participação da equipe de saúde é decisiva<sup>(13)</sup>.

Como membro dessa equipe, a enfermeira pode trabalhar na educação e orientação dos pacientes quanto à terapêutica da IC, a etiologia da doença,

tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, educação para repouso e exercício e dieta.

Para serem eficazes, as atividades de enfermagem devem se centrar nos estímulos identificados associados à IC e suas conseqüências, como a complexidade terapêutica e condições econômicas, visando melhorar as relações por meio do esclarecimento e da suplementação de comportamentos específicos. Entre as atividades de enfermagem segundo a NIC<sup>(5)</sup>, ressaltam-se:

- Auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na vida
- Auxiliar o paciente a identificar seu papel usual na família
- Auxiliar o paciente a identificar a ineficiência do papel
- Auxiliar o paciente a identificar as mudanças necessárias ao papel, devido a doença ou incapacitação
- Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as mudanças de papel
- Facilitar a discussão de adaptações de papel pela família, de modo a compensar as mudanças de papel dos membros doentes
- Ensinar novos comportamentos necessários ao paciente de modo a satisfazer ao papel.
- Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e administrar mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis
- Avaliar o atual nível de conhecimento do paciente no processo de doença específico
- Descrever o processo da doença
- Discutir mudanças nos estilos de vida que podem ser necessárias para prevenir complicações futuras e controlar o processo da doença
- Descrever as razões que fundamentam as recomendações sobre tratamento

Discutidos o papel primário e o secundário, passa-se agora ao papel terciário, o qual está relacionado primariamente ao papel secundário. Este papel é normalmente temporário e de livre escolha pelo indivíduo e nele podem estar incluídas atividades como clubes e passatempo<sup>(3)</sup>. Neste papel, percebem-se atividades associadas à tentativa de distração e de adaptação às limitações e mudanças ocasionadas pela doença. Percebe-se, também, uma espécie de fuga.

Dos participantes, apenas oito relataram não ter atividades de lazer ou passatempo, por falta de disposição. Os outros citaram: passeio e conversa na casa de amigos, dos filhos, brincadeira com netos, ida à igreja, jogo de dominó e baralho, programas de televisão, pescaria, reunião com a família e cuidar dos passarinhos.

Embora somente oito participantes afirmem não terem atividades de lazer e passatempo, esse dado é significativo, pois a piora funcional da IC pode limitar atividades da vida diária, a interação social, a recreação, divertimento e satisfação com a vida geral<sup>(9)</sup>.

O convívio com uma doença crônica constitui uma tarefa complexa por exigir modificações no estilo de vida. Tal como outras doenças crônicas, a IC requer mudanças e ocasiona muitas limitações físicas. Mas mesmo nessas condições, essas pessoas devem ter atividades de lazer, passatempo que as distraiam, ocupem seu tempo e ajudem no processo de adaptação à doença.

Segundo a NIC<sup>(5)</sup>, para promover relaxamento e intensificação das habilidades sociais, as atividades de enfermagem devem focar as atividades de lazer e recreação. Com esta finalidade, recomendaram-se adotar as seguintes medidas:

- Auxiliar na identificação das atividades recreativas favoritas das pessoas
- Monitorar as capacidades físicas e mentais para a participação de atividades recreativas
- Oferecer reforço positivo para a participação nas atividades.

Acredita-se que para alcançar adaptação no modo de desempenho de papel, é necessário a implementação das atividades clínicas de enfermagem citadas, e, em especial, a participação e vontade do paciente e da família.

#### **Modo de autoconceito**

Neste modo foram identificados os seguintes problemas de adaptação: disfunção sexual e sentimento de impotência. Conforme se sabe, tais problemas de adaptação estão relacionados diretamente com a IC e/ou com suas conseqüências. Quanto ao estímulo desses problemas, foi o mesmo, isto é, a doença IC que provocou alterações no conceito do indivíduo sobre si mesmo, dificultando o processo de adaptação à doença e às mudanças necessárias nos estilos de vida.

Este modo é dividido em eu físico e eu pessoal. O eu físico compõe-se de sensação corporal e imagem corporal. Já a imagem corporal é a visão da pessoa sobre o eu físico e a aparência pessoal. Como sensação corporal inclui-se sentimentos e experiências do eu em relação ao físico<sup>(3)</sup>.

O eu pessoal abrange o eu consistência, o eu ideal e o eu ético, moral e espiritual. Enquanto o eu consistência representa a visão do eu no referente ao desempenho atual ou resposta à situação, como traços da personalidade, o eu ideal é o aspecto do eu componente da pessoa relacionado ao que esta gostaria de ser ou era capaz de fazer. E o eu ético, moral e espiritual é a sensação do eu em relação às crenças éticas; a visão do eu em relação ao sistemas de valores, crenças sobre o "certo" e o "errado"<sup>(3)</sup>.

Ao se analisar o eu físico, percebeu-se que houve alteração apenas na sensação corporal e identificou-se como problema de adaptação a disfunção sexual. Esta disfunção pode ter sido causada por um ou vários fatores associados direta ou indiretamente à IC.

De modo geral, a presença de disfunção erétil em pacientes com IC é comum, e muitas vezes é difícil determinar a etiologia do problema. Vários fatores contribuem para esta disfunção, tais como: limitação física decorrente da IC; transtornos psicológicos ocasionados pela doença; efeitos colaterais das medicações utilizadas (betabloqueadores e diuréticos) e disfunção orgânica provocada por co-morbidades, como HAS e DM<sup>(14)</sup>.

Há diversas explicações para o comprometimento da atividade sexual após problemas cardíacos. Entre estas, citam-se o medo da morte, reinfarto, dispnéia, ansiedade, angina do peito, impotência, alterações no desejo sexual, perda da libido e sensação de culpa<sup>(15)</sup>.

No estudo ora elaborado, dos 28 participantes, 24 mencionaram disfunção sexual. Esta relacionava-se à dispnéia durante o ato, impotência, perda da libido e alterações no desejo sexual. Portanto, esta disfunção sexual pode ter sido motivada pelos fatores já citados.

A sexualidade humana é um processo complexo que abrange dimensões psicológicas, biológicas e sociais. Desse modo, uma mudança na função sexual decorrente do processo de doença acarretará mudança na saúde sexual do indivíduo<sup>(15)</sup>.

Por ser a IC uma doença geradora de vários sintomas e, entre eles, a dispnéia aos esforços ou em repouso, conforme o estágio da doença, esses sintomas provocam limitações de atividades, incluída a disfunção sexual.

Durante a atividade sexual, a frequência cardíaca e a pressão arterial aumentam tal como em qualquer atividade aeróbica. Logo, é importante atentar para o fato dos riscos dessa atividade<sup>(16)</sup>.

Como observado, a disfunção erétil tem sido uma das queixas mais freqüentes nos consultórios e clínicas e o uso de fármacos para o tratamento de doenças cardiovasculares pode produzir diversas mudanças no desempenho sexual<sup>(17)</sup>.

De acordo com o diagnóstico, os participantes do estudo utilizavam diversas classes de fármacos, como anti-hipertensivos, diuréticos, betabloqueadores e digitálicos. Praticamente todas as classes de fármacos usadas no tratamento de doenças cardiovasculares podem causar alterações nas atividades sexuais. Destes, os anti-hipertensivos e os diuréticos são os principais e motivam, sobretudo, a impotência e diminuição da libido<sup>(9)</sup>.

Sabidamente, a HAS é um fator de risco para disfunção sexual e no presente estudo 60,7% dos participantes apresentavam essa co-morbidade.

Segundo alguns autores afirmam que a HAS possui expressiva relação com a disfunção erétil e é a co-morbidade mais comum em portadores dessa incapacidade, aumentando sua incidência e prevalência<sup>(16)</sup>.

Também no presente estudo provavelmente a disfunção sexual está relacionada com problemas psicossociais ocasionados pela IC. Autores corroboram esta afirmação, pois, segundo eles, a disfunção erétil é fonte de estresse mental. Além de afetar interações entre os familiares e colegas, provoca impacto negativo na vida das pessoas acometidas<sup>(18)</sup>.

Embora a disfunção sexual seja um assunto delicado, o enfermeiro e toda a equipe multidisciplinar precisam abordá-la, informando e esclarecendo dúvidas dos pacientes e familiares. É preciso romper o tabu ainda dominante entre os profissionais e pacientes com vistas a facilitar a adaptação à doença, a adesão ao tratamento, problemas de relacionamento e depressão.

Determinados autores recomendam uma abordagem multiprofissional com ênfase na importância da vida sexual saudável e plena para o bem-estar do indivíduo. Portanto, o portador de IC, de acordo com suas condições, deve manter sua vida saudável e o tratamento deve envolver suporte psicológico e orientação de técnicas para reduzir o esforço físico durante o ato sexual<sup>(9)</sup>.

Ademais, os enfermeiros devem se capacitar para trabalhar com a sexualidade humana, evidenciando o problema e atuando de modo a auxiliar os clientes no enfrentamento e adaptação da situação.

Como identificado, a doença é o estímulo responsável pela disfunção sexual, mas não é possível eliminá-la. Assim, a enfermeira deve implementar suas intervenções clínicas com foco na necessidade de fazer adaptações na prática sexual e trabalhar o enfrentamento do distúrbio sexual. Para isto, ela pode atuar da seguinte forma:

- Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito
- Oferecer privacidade e garantir confidencialidade
- Informar ao paciente que a sexualidade é parte importante da vida e que doenças, medicamentos e estresse costumam alterar a função sexual
- Oferecer informações sobre a função sexual
- Discutir o efeito da doença/situação de saúde sobre a sexualidade
- Discutir o efeito dos medicamentos sobre a sexualidade
- Encorajar o paciente a verbalizar seus medos e fazer perguntas
- Discutir as modificações necessárias na atividade sexual

- Providenciar encaminhamentos/consultas com outros membros da equipe, quando necessário.

No eu pessoal, integrante do modo de autoconceito, houve alteração no componente eu consistência, ou seja, a forma como o eu é visto na relação com o desempenho atual ou em resposta à situação. Manifestou-se pelo Sentimento de impotência, cujo estímulo foi a doença IC.

No presente estudo, o Sentimento de impotência estava relacionado ao afastamento do trabalho e das atividades diárias decorrentes dos sintomas provocados pela IC. Diante dos acontecimentos, os participantes do estudo se sentiam incapazes e inválidos porque não conseguiam desenvolver as atividades anteriores.

Esse diagnóstico também foi identificado em um trabalho desenvolvido sobre pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca. No mencionado estudo, 58,7% das pessoas submetidas a cirurgia apresentaram algum grau de impotência. Dessas, 77,3% relataram sentimentos de insatisfação e frustração pela inabilidade do desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais. Como advertem essas autoras, estudos desse tipo são um desafio às enfermeiras na busca de um cuidar holístico<sup>(17)</sup>.

Geralmente as doenças, tanto as crônicas quanto as agudas, provocam sentimentos perturbadores. Tais sentimentos estão relacionados ao modo das pessoas atribuírem significados ao adoecer e ao tratamento. Portanto, elas apresentam respostas ao adoecer e estas podem ser orgânicas ou psicossociais.

Logo, a enfermeira deve estar atenta para as respostas psicossociais dos pacientes, pois muitas vezes o cuidado com as respostas orgânicas sobressai e se restringe ao biológico. Mas a enfermeira não pode esquecer que o ser humano é um conjunto e para alcançar adaptação todas as partes devem atuar de forma harmoniosa.

Conforme mencionado, o estímulo que provocou o sentimento de impotência foi a doença, porém essa não pode ser eliminada. Contudo, as seguintes atividades de enfermagem de acordo com a NIC<sup>(5)</sup> podem ser implementadas:

- Encorajar o paciente a reconhecer e discutir seus pensamentos e sentimentos
- Despertar o paciente para identificar os valores que contribuem para o autoconceito
- Auxiliar o paciente para identificar situações usuais sobre si mesmo
- Auxiliar o paciente a identificar o impacto da doença no autoconceito
- Auxiliar o paciente a aceitar a dependência dos outros
- Auxiliar o paciente a identificar atributos positivos de si mesmo

- Ajudar o paciente/a família a identificar razões para a melhora.

Ao implementar essas atividades de enfermagem, a enfermeira tem como foco o cuidado ao paciente. Fortalecido pelo suporte profissional, ele poderá compreender seus próprios sentimentos, motivações e comportamentos e assim obter uma melhor qualidade de vida.

Nos participantes do estudo, muitas foram as repercussões provocadas pela IC. Entretanto, houve a manifestação de mecanismos de enfrentamento, tal como a busca de apoio familiar e a fé em Deus.

Como é notório, a presença de doença em um membro familiar é fonte de estresse para toda a família. E quando há constatação de uma doença crônica, principalmente quando atinge adultos que desempenham papéis sociais definitivos, gera desequilíbrio no sistema familiar<sup>(17)</sup>.

Porém, no estudo em desenvolvimento, conforme identificou-se, os pacientes buscaram apoio na família para superar os transtornos causados pela doença e, assim, recuperar sua posição no contexto familiar e social. Com seus familiares sentem-se bem cuidados e protegidos.

Considerada uma unidade primária de cuidado, a família constitui o espaço social onde seus membros interagem, trocam informações, apóiam-se mutuamente, buscam e medeiam esforços para amenizar ou solucionar problemas. Todos estes aspectos formam a cultura familiar. Essa cultura é determinada pelo conjunto de princípios implícitos e explícitos que norteiam os indivíduos na sua concepção de mundo, maneira de sentir, experienciar e de se comportar<sup>(17)</sup>.

Ao interagirem, os membros da família identificam vínculos de apoio social, mediante os quais são respeitados e amados. Isto gera efeitos positivos com sensações positivas em suas vidas. Porém, quando se deparam com efeitos negativos, de maneira geral, experienciam, em graus variados, perdas importantes de laços familiares e sociais<sup>(17)</sup>.

Por isto, para ser mais efetivo, o cuidado de enfermagem não deve se restringir ao paciente. Ele deve se estender à família e ao cuidador. É inegável a importância do apoio e da participação da família no enfrentamento da doença, das conseqüências dessa, do tratamento e das várias modificações que uma doença crônica ocasiona. No intuito de facilitar a participação da família no cuidado emocional e físico do paciente, algumas atividades de enfermagem segundo a NIC<sup>(5)</sup> podem ser implementadas, tais como:

- Estabelecer uma relação pessoal com o paciente e com os membros da família que se envolverão nos cuidados
- Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento no cuidado do paciente.



- Identificar os recursos físicos, emocionais e educacionais do principal provedor de cuidados
- Oferecer aos membros da família informações essenciais sobre o paciente, de acordo com a preferência deste
- Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento usados pelos membros da família
- Informar os familiares sobre os fatores que podem melhorar a condição do paciente.

Nesse processo cabe a enfermeira tentar facilitar a participação da família no cuidado emocional e físico do paciente.

Com vistas a alcançar a adaptação no modo de autoconceito, essas atividades clínicas de enfermagem poderão ser implementadas. Ressalta-se, no entanto, a participação do paciente no seu cuidado é imprescindível, pois os problemas desse modo estão relacionados ao eu do paciente.

Em corroboração a alguns autores, entende-se que conhecer o perfil da população é fundamental para o desenvolvimento de tratamentos destinados à melhoria da qualidade de vida. Ademais, esses conhecimentos devem evoluir para tratamentos com vistas a melhora terapêutica dos portadores de IC<sup>(19)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IC é uma doença geradora de profundos transtornos biopsicossociais na vida das pessoas acometidas por ela. Neste estudo, identificaram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem relacionados ao modo de desempenho de papel e de autoconceito: sentimento de impotência, desempenho de papel ineficaz, disfunção sexual, controle ineficaz do regime terapêutico e comportamento de saúde propenso a risco. Ao associar estes diagnósticos com os problemas de adaptação psicossociais de Roy, distinguiram-se problemas de adaptação falha no papel, disfunção sexual e sentimento de impotência.

A associação estabelecida entre os diagnósticos de enfermagem e os modos desempenho de papel e autoconceito permitiu reconhecer os problemas comuns de adaptação de Callista Roy na população estudada, assim como favoreceu a identificação dos estímulos a serem trabalhados como medida interventiva capaz de viabilizar a adaptação.

Segundo constatou-se, os problemas de adaptação do modo de desempenho de papel e de autoconceito, isto é, os fatores psicossociais relacionavam-se diretamente com IC, ou seja, com as modificações que a doença ocasiona ou ocasionou na vida das pessoas. Esses problemas provocaram ansiedade e depressão, interferindo na qualidade de vida dos participantes.

Ainda como constatou-se, embora a IC provoque limitações físicas próprias, é indispensável a adaptação das pessoas à sua condição de portador de

IC para prevenir complicações e adquirir uma melhor qualidade de vida.

Enfim, os resultados do estudo mostraram a importância de se proceder à consulta de enfermagem, com levantamento dos reais problemas de adaptação, planejamento e implementação das intervenções de enfermagem, além de avaliação periódica no intuito de acompanhar a evolução e progressão das intervenções e as respostas adaptativas.

Com esse estudo espera-se suscitar reflexões dos enfermeiros para considerarem os problemas de adaptação da sua clientela portadora de IC no desempenho do cuidado clínico a ela dispensado, a partir da implementação de intervenções de enfermagem que se caracterizam como estímulo à sua adaptação. Assim, o estudo traz contribuições para consolidação do uso de teorias no processo de cuidar em enfermagem.

Embora os achados obtidos tenham sido promissores, julga-se pertinente a realização de novos estudos com uma maior amostragem, assim como com implementação e avaliação dos resultados. Mediante a aplicação do processo de enfermagem, com embasamento em um referencial teórico, é possível desenvolver um cuidado clínico de enfermagem direcionado para os problemas e necessidades das pessoas e com um melhor alcance dos objetivos adaptativos.

## REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Castro GP, Verdejo HP, Vukasovic JL, Garcés, JL, González I. Predictores de mortalidad intrahospitalaria e hospitalización prolongada en la insuficiencia cardíaca. *Rev Med Chile*. 2006;134(9):1083-91.
3. Roy C, Andrews HA. *The Roy adaptation model*. Stamford: Appleton e Lange; 1999.
4. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
5. McCloskey JC, Bulechek GM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Risner PB. *Diagnosis: analysis and synthesis of data*. In: Griffith-Kenney J, Christensen PJ. *Nursing Process. Application of Theories, Frameworks and Models*. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 1990.
7. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

8. Aronow WS. Epidemiology, pathophysiology, prognosis and treatment of systolic and diastolic heart failure in elderly patients. *Heart Dis.* 2003;5(4):279-94.
9. Barreto AC, Bocchi EA. (Org.). *Insuficiência cardíaca.* São Paulo: Editora Segmento; 2003.
10. Silva RAC. *Recentes alterações do controle de preços de medicamentos no Brasil.* São Paulo (SP): Correia da Silva e Mendonça; 2004. [cited 2008 dez 10]. Available from: [http://www.correiadasilva.com/pdf/art\\_sau/art\\_sau2.pdf](http://www.correiadasilva.com/pdf/art_sau/art_sau2.pdf)
11. Lima LR, Pereira SV, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):290-5.
12. Aliti GB, Rabelo ER, Domingues, FB. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(2):344-9.
13. Bocchi EA. Clínica da Insuficiência Cardíaca. In: Villas Boas F, Bocchi E.A (Org.). *Aspectos atuais em ICC.* São Paulo: BBS Editora; 2004.
14. Melo AS. Validação dos diagnósticos de enfermagem "disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes" [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2004. 197 p.
15. Stein R, Hohmann, CB. Atividade sexual e coração. *Arq Bras Cardiol.* 2006;86(1): 61-7.
16. Coelho OR, Coelho Filho OR. Relação entre hipertensão arterial sistêmica e disfunção erétil. *Revista Brasileira de Hipertensão.* 2001;4(2):59-60.
17. Braga CG, Cruz DAM. A resposta psicossocial de impotência de cirurgia cardíaca. *Rev. esc. enferm. USP.* 2003; 37(1):372-6.
18. Moreira ED, Abdo CH, Torres EBI. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology.* 2001;58(4):583-8.
19. Silva RA. Perfil do paciente com insuficiência cardíaca congestiva tratado no hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2005 [cited 2009 jul 30];7(1):9-18. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_1/original\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_01.htm)

Artigo recebido em 26.08.08.

Aprovado para publicação em 22.04.09.

Artigo publicado em 30.09.09.