Revista Perquirere, vol. 23, n. 1: 437-448, 2026
© Centro Universitário de Patos de Minas
https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere

Impacto da mudança no estilo de vida, da reabilitação cardiovascular e da espiritualidade no manejo do paciente com insuficiência cardíaca: um relato de caso

Impact of lifestyle change, cardiovascular rehabilitation, and spirituality on the management of patients with heart failure: a case report

MARIA FERNANDA LONDE DE LIMA
Discente Medicina (UNIPAM)
mariafernanda123@unipam.edu.br

MARIA EDUARDA DE SOUSA SGRECCIA MORAIS
Discente de Medicina (UNIPAM)
mariaeduardassm@unipam.edu.br

ALESSANDRO REIS
Professor orientador (UNIPAM)
alessandro@unipam.edu.br

Resumo: O objetivo deste estudo é relatar a evolução clínica de um paciente com insuficiência cardíaca submetido à reabilitação cardiovascular associada à modificação do estilo de vida e à espiritualidade como apoio psicossocial. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, caracterizado como relato de caso, elaborado a partir da análise de prontuário médico, em conformidade com os princípios éticos. Foram coletados dados clínicos, exames laboratoriais e ecocardiográficos, além de informações sobre hábitos de vida, adesão terapêutica e aspectos psicossociais. A intervenção incluiu reabilitação cardiovascular supervisionada, prática regular de atividade física, orientação nutricional, controle de fatores de risco e suporte espiritual. Os achados foram correlacionados com evidências da literatura sobre reabilitação em insuficiência cardíaca. Observou-se melhora clínica significativa, com evolução favorável dos parâmetros ecocardiográficos e da capacidade funcional. Esses resultados reforçam a importância de uma abordagem integrada para otimizar desfechos clínicos e qualidade de vida.
Palavras-chave: insuficiência cardíaca; estilo de vida; reabilitação cardiovascular; espiritualidade.

Abstract: This study aims to report the clinical evolution of a patient with heart failure who underwent cardiovascular rehabilitation associated with lifestyle modification and spirituality as psychosocial support. This is a qualitative and descriptive study, characterized as a case report, based on the analysis of medical records and conducted in accordance with ethical principles. Clinical data, laboratory and echocardiographic tests, as well as information on lifestyle habits, therapeutic adherence, and psychosocial aspects, were collected. The intervention included supervised cardiovascular rehabilitation, regular physical activity, nutritional guidance, control of risk factors, and spiritual support. The findings were correlated with evidence from the literature on rehabilitation in heart failure. Significant clinical improvement was observed, with

favorable evolution of echocardiographic parameters and functional capacity. These results reinforce the importance of an integrated approach to optimize clinical outcomes and quality of life.
Keywords: heart failure; lifestyle; cardiovascular rehabilitation; spirituality.

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é a via final de diferentes doenças que acometem o coração, que o impedem de bombear sangue em uma taxa suficiente para alcançar as necessidades metabólicas dos diferentes órgãos e tecidos. Os sinais e sintomas típicos resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço. Algumas patologias contribuem para desenvolvimento e progressão da IC e são muito prevalentes, como Doença coronariana, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, obesidade, valvopatias, entre outras (Soeiro *et al*., 2021).

Desde o surgimento do tratamento medicamentoso, a mortalidade e a taxa de hospitalização diminuíram, o que se justifica, também, pelas abordagens não medicamentosas associadas às abordagens medicamentosas, a saber: evitar a exposição a fatores de risco como nutrição inadequada, sedentarismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas (Soeiro *et al*., 2021). Além disso, fatores comportamentais e sociais, como a espiritualidade, moldam a saúde humana e têm sido vinculados à resiliência e à maior capacidade de enfrentamento dos problemas por parte das pessoas que se deparam com uma doença crônica, como a IC (Cilona *et al*., 2023).

Pessoas com IC necessitam de regimes de tratamento complexos para controlar os sintomas constantemente presentes e perturbadores, como dispneia e edema, com necessidade de monitoramento frequente. Diante disso, é fundamental que haja adesão aos tratamentos tanto medicamentosos quanto não medicamentosos. Este estudo buscou evidenciar o impacto positivo das mudanças no estilo de vida, da reabilitação cardiovascular e da espiritualidade no paciente com Insuficiência Cardíaca.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Estima-se que haja mais de 23 milhões de pessoas no mundo com IC. Após os 70 anos, 10% da população desenvolvem a doença e a taxa de mortalidade é considerável, já que cerca de 42% das pessoas diagnosticadas com IC morrem em 05 anos (Jatene, Ferreira, Drager, 2022; Maddox *et al*., 2024). A doença arterial coronariana e a hipertensão arterial são as principais etiologias, mas as doenças valvares, sobretudo as de etiologia reumática, merecem destaque, bem como a Doença de Chagas (Soeiro *et al*, 2021).

Sobre a classificação pela fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), a principal terminologia empregada determina pacientes com fração de ejeção preservada (≥ 50%) e aqueles com fração de ejeção reduzida (< 40%). Pacientes entre 41 e 49% agora são classificados com FEVE levemente reduzida. É possível que haja melhora da função

ventricular ao longo do tratamento, classificada como FEVE melhorada (Soeiro *et al*, 2021).

Ademais, a IC é classificada funcionalmente de acordo com a New York Heart Association (NYHA). O grau de tolerância ao exercício é avaliado e varia desde a ausência de sintomas (NYHA I), limitação leve (NYHA II) até a presença de sintomas aos pequenos esforços (NYHA III) ou mesmo em repouso (NYHA IV), de modo que quanto maior a classificação, piores são as condições clínicas e maiores os riscos de mortalidade (Rhode E, L. E. P. *et al,* 2018).

O diagnóstico da doença baseia-se na presença de sintomas típicos, como dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, tolerância a exercício reduzida, fadiga, cansaço e edema de tornozelos. Já os sinais são pressão venosa jugular elevada, refluxo hepatojugular, terceira bulha cardíaca, ictus desviado e sopro cardíaco (Soeiro *et al*., 2021).

Outrossim, exames complementares simples, como eletrocardiograma, radiografia de tórax, dosagem sérica de peptídeo natriurético tipo B (BNP ou NT-pró-BNP) e ecocardiograma transtorácico são suficientes na abordagem inicial, além de fornecerem condições para classificação e definição do prognóstico da IC. A dosagem do BNP se encontra mais elevada quanto maior a distensão ventricular, o que indica maior comprometimento cardíaco e indica prognóstico mais reservado (Castro, 2021; Jatene, Ferreira, Drager, 2022).

O tratamento com cada um dos "quatro pilares" a seguir demonstrou prolongar vidas, reduzir a hospitalização e melhorar a qualidade de vida de pacientes com IC, a saber: betabloqueadores; inibidores da Enzima conversora de Angiotensina/ bloqueadores dos receptores da angiotensina II/ inibidores da neprilisina e do receptor da angiotensina II; antagonistas dos receptores mineralocorticoides e inibidores do cotransportador de sódio e glicose-2. Essa última classe foi pioneira na demonstração de resultados em termos de redução das taxas de hospitalização por IC em todo o espectro de fração de ejeção, em que os efeitos benéficos do tratamento são observados poucos dias após o início e não requerem titulação de dose (Rees *et al.*, 2023).

Em suma, o fornecimento de cuidados ideais centrados no paciente com IC é complexo. A gama de tratamentos disponíveis, particularmente aqueles para pacientes com FEVE reduzida, inclui vários medicamentos, dispositivos cardíacos, cirurgias, adaptações de estilo de vida, entre outros, todos exigem educação, monitoramento e engajamento (Maddox *et al.*, 2024).

2.2 MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA

Primeiramente, os programas de manejo multidisciplinar que focam na promoção do autocuidado na IC diminuíram significativamente a hospitalização por todas as causas nesses pacientes. Por mais que todas as pessoas, doentes ou sadias, estejam envolvidas com autocuidado diário, o diagnóstico da IC intensifica a sua importância, o qual precisa ser ajustado de acordo com a trajetória da doença, por meio de comportamentos saudáveis que possam atuar prevenindo o surgimento de IC sintomática e melhorar a qualidade de vida do paciente (Jaarsma *et al,* 2021).

2.2.1 Alimentação

A dieta DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*), composta por baixo conteúdo de sal, açúcar e gorduras saturadas, carne e outros produtos de origem animal associados a um adequado consumo de gorduras insaturadas, vegetais, grãos e cereais tem sido indicada para pacientes cardiopatas e é considerada como um fator de proteção para a piora dos sintomas da IC (Kida *et al*, 2023).

Além da dieta, recomenda-se restringir fluidos entre um litro e meio e dois litros para os pacientes com IC grave, a fim de aliviar possíveis sintomas. No clima quente e úmido, a orientação é aumentar essa ingesta hídrica, associando ou não aos medicamentos diuréticos (Jaarsma *et al*, 2021).

Sobre a reposição vitamínica, a suplementação de vitaminas A, complexo B, D, E e K não são recomendadas para prevenir doenças cardiovasculares. Há também algumas evidências sobre os benefícios da suplementação de ácido eicosapentaenoico e ácido docosahexaenóico (ômega 3) (Précoma *et al*, 2019). Ademais, sobre a ingesta de sódio, não há evidência significativa sobre os benefícios da ingesta limitada de sal na população, mas a ingesta excessiva de sal é um fator de risco para a exacerbação da IC. A restrição da ingesta não é diferente para a população de forma geral, como recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde): até 5g de sal por dia (Jaarsma *et al*, 2021; Kida *et al*, 2023).

2.2.2 Redução no consumo de álcool

Evidências mostram associação entre o consumo de álcool, especialmente grande quantidade em uma só vez, e arritmias supraventriculares, o que pode precipitar ou piorar os sintomas da IC. Ademais, o consumo maior do que duas doses por dia para homens e maior do que uma dose por dia para mulheres é associado ao desenvolvimento de IC. (Silva, Carvalho, Guedes, 2020; Jaarsma *et al*, 2021). Ou seja, não há dose segura de álcool e não se sabe se o consumo leve a moderado é capaz de afetar o curso clínico da IC, por isso a abstinência completa é aconselhada (Andersson *et al*, 2022).

2.2.3 Cessação do tabagismo e das drogas ilícitas

Apesar de parecer intuitivo que, após o diagnóstico da IC, os pacientes optam por abandonar o tabagismo, os estudos mostram que muitos continuam sendo fumantes ativos (Jaarsma *et* al, 2021). Há uma associação entre o tabagismo e a síndrome metabólica, bem como com doença arterial coronariana e fibrilação arterial, que são fatores de risco já estabelecidos para IC (Lu *et al*, 2021). Dessa forma, recomenda-se evitar o tabagismo (inclusive cigarros eletrônicos) e o uso de drogas ilícitas (como cocaína e maconha) devido ao maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Jaarsma *et al*, 2021; Précoma *et al*, 2019).

2.3 REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR

A redução do nível de atividade física secundária à progressão da insuficiência cardíaca promove descondicionamento físico, o que contribui para aumentar ainda mais os sintomas e a intolerância ao esforço. Diante disso, a prescrição de exercícios supervisionados deveria ser rotineira, mas o acesso à Reabilitação Cardiovascular (RCV) é limitado por diversas barreiras, como a escassez de serviços estruturados. Isso ocorre mesmo em detrimento da RCV se revelar uma estratégia terapêutica segura e minimizar o comprometimento progressivo da condição física durante a evolução da doença (Carvalho *et al.,* 2020).

É fundamental que pacientes com IC, sobretudo os pacientes graves estáveis com tratamento farmacológico maximizado, realizem exercícios físicos, idealmente com prescrição individualizada, no contexto de um programa de RCV, levando-se em consideração a combinação de treinamentos aeróbicos de moderada e/ ou alta intensidade, exercícios de resistência muscular localizada e treinamento da musculatura respiratória (Papa *et al*., 2020; Maddox *et al.,* 2024).

2.4 ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA IC

Conceitualmente, a religião é frequentemente organizada e praticada dentro de uma comunidade, mas também pode ser praticada privadamente, com crenças pessoais, oração, meditação e estudo das escrituras. A espiritualidade é mais ampla em algumas tradições de fé, o que inclui os resultados do envolvimento religioso devoto, ter importância e um objetivo na vida ou estar intimamente conectado ao divino (Elhag *et al*., 2022).

Na atualidade, há estudos sobre o papel da espiritualidade no contexto da saúde, aspecto negligenciado por grande parte dos médicos, mas que pode potencialmente contribuir, proporcionando reflexões profundas sobre o significado e o propósito na vida de cada pessoa, com foco na positividade, o que pode ajudar pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e seus cuidadores a lidarem com a progressão da doença, servindo como mecanismo de enfrentamento. Postula-se também que haja uma autorregulação comportamental determinada pela afiliação e participação religiosa, com redução do consumo de álcool, tabaco e drogas, provimento de melhores condições de transporte, alimentação e acesso a assistência médica, incluindo maior adesão à medicação, o que também se correlaciona com a IC, como fator protetor (Papazoglou *et al*., 2022; Cilona *et al*., 2023).

3 METODOLOGIA

Trata de um relato de caso, que é um tipo de estudo que fornece um relato detalhado sobre algum episódio clínico, descrevendo os achados, o progresso clínico e as perspectivas futuras de um paciente individual (Gotschall *et al*; 2023). Este estudo foi realizado com abordagens qualiquantitativas, descritivas e analíticas, envolvendo a coleta direta de dados de um paciente atendido por um dos pesquisadores, em uma clínica particular de uma cidade do interior do Alto Paranaíba, cujo objetivo foi ampliar

o conhecimento existente na literatura atual sobre o assunto. Ressalta- se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, sob o número CAAE 82790824.3.0000.5549.

4 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 39 anos, compareceu à consulta cardiológica em janeiro de 2024, com diagnóstico prévio de IC e queixas de dispneia e fadiga aos esforços. O diagnóstico havia sido estabelecido em 2023, após internação em hospital terciário, quando foi tratado, segundo sumário de alta, de endocardite, tromboembolismo pulmonar, piotórax e insuficiência cardíaca. Recebeu alta hospitalar com prescrição medicamentosa e orientação para seguimento cardiológico ambulatorial. Na anamnese, relatou dependência química de cocaína, cannabis e tabaco há mais de 10 anos. Informou ser solteiro, sem filhos e sedentário. Referiu vínculo religioso com a igreja adventista frequentada por sua mãe, embora não participasse ativamente naquele momento.

Quadro 1: Exames complementares trazidos pelo paciente.

Cateterismo Cardíaco: 13/09/2023: coronárias isentas de processo obstrutivo; hipocinesia grave.
Ecocardiograma 28/09/2023: Fração ejeção do ventrículo esquerdo: 33%. Cardiomiopatia dilatada do ventrículo esquerdo, com disfunção sistólica grave. Aumento biatrial. Regurgitação mitral e tricúspide moderadas. Regurgitação aórtica leve.
Angiotomografia computadorizada de tórax: 09/10/2023: achados compatíveis com Tromboembolismo pulmonar, com trombo atrial, moderado derrame pleural à direita determinando atelectasias restritivas do parênquima pulmonar. Área cardíaca aumentada.
Eletrocardiograma: 13/01/2024 Ritmo sinusal regular, Frequência cardíaca: 109 bpm, condução atrioventricular normal, distúrbio de condução do ramo direito, alteração difusa da repolarização ventricular e sobrecarga ventricular esquerda.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Quadro 2: Receita médica fornecida na alta do Hospital Terciário.

Uso inalatório:		
MEDICAMENTO	**POSOLOGIA**	**MODO DE USO**
Tiotrópio + Olodaterol	2,5/2,5 mcg	01 jato ao dia
Salbutamol	100 mcg	Até 04 jatos ao dia
Uso oral:		
Dapagliflozina	10 mg	01 comprimido de manhã
Sacubitril/ Valsartana	50 mg	01 comprimido de 12/12 horas
Apixabana	5 mg	01 comprimido de 12/12 horas
Metoprolol	25 mg	01 comprimido de 12/12 horas
Furosemida	40 mg	01 comprimido de manhã
Trazodona	50 mg	02 comprimidos à noite
Venlafaxina	50 mg	01 comprimido de manhã
Diazepam	10 mg	01 comprimido à noite

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Ao exame físico inicial (1ª consulta), apresentava pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm e saturação de oxigênio de 98%. À ausculta cardíaca, observou-se ritmo cardíaco regular em três tempos, presença de terceira bulha e sopro sistólico em foco mitral. À ausculta pulmonar, havia estertores crepitantes em bases pulmonares, além de ascite e edema em membros inferiores. O índice de massa corporal era de 23,8 kg/m².

Após avaliação clínica e revisão dos exames, foi realizada otimização da terapia medicamentosa (vide quadro 3) e reforçadas orientações quanto à adesão ao tratamento e à importância da modificação do estilo de vida. O paciente retornou após 15 dias com melhora clínica, apresentando normalização da pressão arterial e regressão do edema periférico e da ascite.

Quadro 3: Medicamentos adicionados/otimizados à prescrição do paciente na primeira consulta cardiológica.

USO ORAL		
MEDICAMENTO	**POSOLOGIA**	**MODO DE USO**
Digoxina	0,25 mg	0,5 comprimido após almoço
Espironolactona	25 mg	01 comprimido às 15:00
Uso Endovenoso		
Furosemida	Furosemida	02 ampolas à tarde por 07 dias

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Durante consultas subsequentes, relatou interrupção do uso de drogas ilícitas. Nesse período foi realizada anamnese espiritual, baseada no questionário SPIRIT (Figura 1), após o paciente relatar ter iniciado participação nas atividades religiosas da igreja de sua mãe e leitura regular da Bíblia. Segundo seu relato, a espiritualidade teve papel relevante no processo de cessação do uso de substâncias e no enfrentamento da doença.

Figura 1: Questionário SPIRIT para anamnese espiritual.

Domínio	Sugestões de perguntas
S - Spiritual belief system	
S: Sistema de crenças espirituais	Você tem uma afiliação religiosa formal? Você tem uma vida espiritual que é importante para você?
P - Personal spirituality	
P: Espiritualidade pessoal	De que maneira sua espiritualidade é importante para você?
I - Integration with a spiritual community	
I: Integração com uma comunidade espiritual	Você pertence a algum grupo ou comunidade religiosa ou espiritual?
R - Ritualized practices and restriction	
R: Práticas ritualizadas e restrição	Quais práticas específicas você realiza como parte da vida religiosa ou espiritual?
I - Implications for medical care	
I: Implicações para a assistência médica	Você gostaria de discutir implicações religiosas ou espirituais da assistência à saúde?
T - Terminal events	
T: Eventos terminais	Existem aspectos particulares dos cuidados médicos que você deseja renunciar ou recusou por causa de sua religião / espiritualidade?

Fonte: Esporcatte *et al.*, 2020.

Diante da evolução clínica, a terapia farmacológica foi novamente ajustada (Quadro 4) e iniciado programa de fisioterapia cardiovascular. A reabilitação cardiopulmonar foi conduzida entre março de 2024 e fevereiro de 2025, com sessões de treinamento de musculatura inspiratória (TMI), com progressões de carga ao longo do tratamento, esteira ergométrica e fortalecimento muscular isotônico. Ou seja, foram utilizadas modalidades combinadas, como treino aeróbico, treinamento da musculatura inspiratória e treino de resistência muscular.

Quadro 4: Medicamentos adicionados/ otimizados à prescrição do paciente na terceira consulta cardiológica.

Uso oral:		
MEDICAMENTO	**POSOLOGIA**	**MODO DE USO**
METROPOROL	50 mg	2 comprimidos de manhã e 01 comprimido à noite
FUROSEMIDA	40mg	Tomar 1 cp manhã

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Em julho de 2024, novo ecocardiograma evidenciou fração de ejeção de 34%, apesar da estabilidade clínica. Posteriormente, o paciente apresentou episódio de pneumonia associado à recaída no uso de drogas, com nova internação hospitalar. Após esse período, voltou a usar drogas apenas em fevereiro de 2025, sendo internado voluntariamente (fevereiro de 2025) em clínica de reabilitação para dependência química, com apoio familiar.

Após a alta, em agosto de 2025, retomou o acompanhamento ambulatorial com melhora significativa da qualidade de vida e cessação do uso de substâncias ilícitas, embora permanecesse tabagista. Apresentava boa adesão ao tratamento medicamentoso (Quadro 6) e ao acompanhamento psiquiátrico e cardiológico. Trouxe consigo um ecocardiograma atualizado (Quadro 5), mostrando uma normalização da fração de ejeção.

Quadro 5: Ecocardiograma agosto de 2025.

Ecocardiograma: 30/06/2025 FEVE 60 %, com presença de dilatação do diâmetro do átrio esquerdo. O ventrículo esquerdo apresenta dimensões normais. As funções contráteis sistólica e diastólica do ventrículo esquerdo estão preservadas no repouso. Presença de refluxo valvar Pulmonar, Mitral e Tricúspide ao Doppler.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Quadro 6: Prescrição atualizada do paciente.

Uso oral:		
MEDICAMENTO	**POSOLOGIA**	**MODO DE USO**
DAPAGLIFLOZINA	10	1 comprimido pela manhã
APIXABANA	5 mg	1 comprimido de 12 em 12 horas
METOPROLOL	100 mg	1 comprimido de 12 em 12 horas
FUROSEMIDA	40mg	1 comprimido pela manhã
ESPIRONOLACTONA	50mg	1 comprimido às 15:00h
ALOPURINOL	100mg	1 comprimido pela manhã
ENALAPRIL	10mg	1 comprimido de 12h em 12h

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Em fevereiro de 2026, o paciente retornou assintomático, em classe funcional I da NYHA, realizando atividade física regular e mantendo participação ativa em sua comunidade religiosa. Referia importante redução do tabagismo. Ecocardiograma realizado em dezembro de 2025 (Quadro 7) evidenciava fração de ejeção de 68%, função sistólica preservada e discreto aumento do átrio esquerdo.

Quadro 7: Ecocardiograma dezembro de 2025.

ECO 21/12/2025: Aorta: 28. Átrio esquerdo (AE): 45. VE na diástole e sístole: 50/31mm. FEVE: 68% Função sistólica preservada. Aumento leve AE.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

5 DISCUSSÃO

Diante da exposição do relato, surge a necessidade de discutir o diagnóstico de IC precoce com FEVE reduzida (< 40%), conforme o referencial teórico do trabalho. A IC é uma grande preocupação de saúde pública que afeta milhões de indivíduos e o foco desta discussão é correlacionar o relato de caso aos resultados encontrados na literatura médica existente sobre o assunto. Ressalta-se que, até 2023, o paciente era hígido, sem comorbidades, mas dependente de substâncias ilícitas, sobretudo de cocaína, o que é um importante fator de risco para o desenvolvimento de cardiopatias. A cocaína se vincula a complicações cardíacas, como morte súbita, miocardite aguda, miocardiopatia dilatada, arritmias com risco de morte e isquemia miocárdica (Souza *et al.*, 2020; Jatene, Ferreira, Drageer, 2022).

Acredita-se que essa droga pode induzir vasoespasmo, por meio da estimulação adrenérgica da vascularização coronariana e pode promover trombose, por meio de alterações nos mecanismos de agregação plaquetária (Talarico *et al*., 2017; Souza *et al*., 2020). Isso se relaciona ao desenvolvimento da IC e é uma hipótese do presente estudo, já que o paciente não tinha doenças que são caracteristicamente fatores de risco para o desenvolvimento de IC, como infarto agudo do miocárdio prévio e hipertensão arterial sistêmica. Ademais, é um paciente jovem que desenvolveu IC com sintomas severos, que o levaram a uma internação hospitalar devido à descompensação hemodinâmica e à limitação no desempenho de suas atividades diárias.

Do ponto de vista cardiovascular, o uso crônico de cocaína pode levar à hipertrofia ventricular concêntrica com diminuição da complacência ventricular, com enchimento diastólico inadequado; a lesões cardíacas, devido ao aumento repentino de catecolaminas ; a arritmias, secundárias às alterações nos mecanismos inotrópicos e cronotrópicos do coração; à miocardite e à endocardite , desencadeadas por inflamação subclínica, a aumento de pressão e frequência cardíaca, que podem predispor a maior lesão valvar e também à própria imunossupressão provocada pela droga que pode favorecer a infecção, entre outros (Talarico *et al*., 2017; Souza *et al*., 2020 ; Elkattawy *et al*., 2021)

Todos esses mecanismos supracitados podem ter culminado no diagnóstico de IC do paciente, em detrimento de que muitos dos achados citados foram encontrados nos exames complementares, como o ecocardiograma e eletrocardiograma, e as

repercussões da IC estavam presentes no exame físico, como dispneia, edema, ascite e terceira bulha cardíaca.

Sobre a reabilitação cardiovascular (RCV), a prática diária de exercícios físicos reduz significativamente a morbimortalidade cardiovascular global, e reduz a taxa de hospitalização, ou seja, foi bem indicada para o paciente, que apresentou melhora significativa da fração de ejeção do ventrículo esquerdo bem como do quadro clínico (Carvalho *et al*., 2020).

Verifica--se nos estudos que, em longo prazo, em relação a pessoas sedentárias, as pessoas que se submetem à realização de fisioterapia cardiopulmonar apresentam ganhos no teste cardiopulmonar do exercício, com aumento de consumo de oxigênio miocárdico e melhoria da eficiência ventilatória, observados na relação da ventilação pulmonar com a produção de dióxido de carbono; na espirometria, com aumento da pressão inspiratória máxima, no teste de caminhada de 6 minutos, pela maior distância percorrida e, por fim, na melhora da qualidade de vida (Carvalho *et al*., 2020; Leuschner *et al*., 2024).

O principal objetivo da RCV é melhorar a aptidão física, tanto aeróbica quanto não aeróbica (força/potência muscular, flexibilidade, equilíbrio), e isso exige a combinação de diferentes modalidades de treinamento. Assim, visando aos objetivos supracitados, os profissionais atuam diretamente na prescrição e na supervisão dos exercícios físicos, de acordo com as metas e as limitações individuais, após a avaliação inicial e subsequentes reavaliações, conforme aconteceu com paciente.

Por fim, é mister discutir sobre outro grande pilar do tratamento da IC do paciente relatado: a espiritualidade, que é conceituada como um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, em que a pessoas almejam significado, propósito, transcendência e experimentam relacionamento com o eu, a família, os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o significativo ou sagrado (Esporcatte *et al.*, 2020). Diante disso, surge o conceito de anamnese espiritual, a qual foi abordada nas consultas com o paciente e pode ser vista como um conjunto de perguntas que busca o compartilhamento de ideias.

Pondera-se sobre o fato de que é fundamental a busca, por parte do médico, sobre as crenças do paciente, identificando pontos que interferem na saúde e ajudem no enfrentamento da doença, o que oferece apoio e empatia nos momentos mais desafiadores e auxilia na aceitação do diagnóstico, sobre quais as atividades de interesse e lazer contribuintes com processo de saúde-doença, quais as estratégias e forças utilizadas no enfrentamento de doenças prévias, qual o histórico de saúde mental, entre outros (Esporcatte *et al.*, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, após uma pesquisa extensa na literatura, é notória a necessidade de compreender melhor a progressão fisiopatológica, o prognóstico e o potencial de reversibilidade da IC relacionada à cocaína, pois a cessação do uso dessa anfetamina é o tratamento de primeira linha. Isso pode levar a uma melhora significativa na FEVE. Salienta- se a importância da adesão à terapêutica proposta pelo cardiologista, que deve pautar o tratamento de forma holística e multidisciplinar, ressaltando a necessidade do

uso correto dos medicamentos, de um estilo de vida mais saudável, da prática de exercícios físicos, sobretudo na forma de fisioterapia cardiovascular e sobre o papel da espiritualidade em todo o processo. Por fim, enfatiza- se a relevância do caso relatado, que suscita o debate sobre as novas perspectivas no tratamento da IC no meio científico.

REFERÊNCIAS

ANDERSSON, C. *et al*. Alcohol Intake in Patients With Cardiomyopathy and Heart Failure: Consensus and Controversy. **Circulation: Heart Failure**, v. 15, n. 8, 2022.

CARVALHO, T. *et al*. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [*S. l.*], v. 114, n. 5, p. 943-987, maio 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

CILONA, L. *et al*. Spirituality and heart failure: a systematic review. **Aging Clinical and Experimental Research**, [*S. l.*], v. 35, n. 11, p. 2355-2361, 22 set. 2023. Springer Science and Business Media LLC.

ELHAG, M. *et al*. The Association Between Religiosity, Spirituality, and Medication Adherence Among Patients with Cardiovascular Diseases: a systematic review of the literature. **Journal Of Religion and Health**, [*S. l.*], v. 61, n. 5, p. 3988-4027, 10 mar. 2022.

ELKATTAWY, S. *et al*. Cocaine induced heart failure: report and literature review. **Journal Of Community Hospital Internal Medicine Perspectives**, [*S. l.*], v. 11, n. 4, 547-550, 21 jun. 2021. Greater Baltimore Medical Center.

ESPORCATTE, R. *et al.* **REVISTA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**. Espiritualidade, Cardiologia Comportamental e Social. São Paulo. Atha Comunicação e Editora. Julho/Setembro 2020, v. 30, n.3, p.306-314.

GOTSCHALL, T. *et al.* Journals accepting case reports. **Journal of the Medical Library Association**, v. 111 (4), p. 819-822, 2023.

JAARSMA, T. *et al.* Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **European Journal of Heart Failure**, v. 23, p. 157-174, 2021.

JATENE, I. B.; FERREIRA, J. F. M.; DRAGER, L. F. **Tratado de cardiologia SOCESP**. Barueri: Editora Manole, 2022. E-book. ISBN 9786555765182.

JOHANSSON, I. *et al.* Health-Related Quality of Life and Mortality in Heart Failure, **Circulation**, v.143, n.22, 2021.

KIDA, K. *et al.* Nutritional management of heart failure. **Journal of Cardiology**, v. 81, p. 283-291, 2023.
LEUSCHNER, M. *et al.* The 6-minute run test: validation and reference equations for

adults. **Sports Medicine Journal**, v. 45, p-222-230, março 2024. DOI:10.1055/a2206-5291.

LU, Y. *et al*, Smoking and heart failure: a Mendelian randomization and mediation analysis. **ESC Heart fail**, v. 8(3), p. 1954-1965, Jun. 2021.

MADDOX, T. M. *et al*. 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. **Journal of The American College of Cardiology**, [*S. l.*], v. 83, n. 15, p. 1444-1488, abr. 2024

PAPA, V. *et al*. Reabilitação cardiovascular baseada em exercício físico na insuficiência cardíaca- fase hospitalar e ambulatorial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 30, n. 2, p. 264-272, 10 abr. 2020.

PAPAZOGLOU, A. S. *et al*. Spirituality and Palliative Care in Heart Failure. **Jacc: Heart Failure**, [*S. l.*], v. 10, n. 11, p. 887-888, nov. 2022.

PRÉCOMA, D. B. *et al*. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 113(4), p. 787- 891, 2019.

REES, O. L. *et al*. Updates in heart failure. **Clinical Medicine**, [*S. l.*], v. 23, n. 5, p. 432-436, set. 2023.

RHODE, L. E. P. *et al*. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.111(3), p. 436-539, 2018.

SILVA, A. V. C.; CARVALHO, B. L.; GUEDES, M. V. C. Orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 1, 2020.

SOEIRO, A. M.; LEAL, T. C. A. T.; ACCORSI, T. A. D. *et al*. **Manual da residência em cardiologia**. Barueri: Editora Manole, 2021. E-book. ISBN 9786555766646.

SOUZA, K. C. *et al*. **Cardiotoxicidade por cocaína e disfunção ventricular em paciente jovem**. Medicina (Ribeirão Preto), [*S. l.*], v. 53, n. 4, p. 464-467, 11 dez. 2020. Universidade de São Paulo.

TALARICO, G. P. *et al*. Cocaine and coronary artery diseases. **Journal of Cardiovascular Medicine**, [*S. l.*], v. 18, n. 5, p. 291-294, maio 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).