



Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada

Self-care, sense of coherence and depression in patients hospitalized for decompensated heart failure

Autocuidado, sentido de coherencia y depresión en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada

Viviane Martinelli Pelegrino Ferreira¹, Luma Nascimento Silva², Rejane Kiyomi Furuya³, André Schmidt⁴, Lídia Aparecida Rossi⁵, Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁶

¹ Doutoranda, Programa Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Mestranda, Programa Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Pós-Doutoranda, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Professor Associado, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ Professora Titular, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ Professora Associada, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the self-care behaviors according to gender, the symptoms of depression and sense of coherence and compare the measurements of depression and sense of coherence according to gender. **Method:** A correlational, cross-sectional study that investigated 132 patients with decompensated heart failure (HF). Data were collected through interviews and consultation to medical records, and analyzed using the chi-square and the Student's t tests with significance level of 0.05. Participants were 75 men and 57 women, aged 63.2 years on average (SD = 13.8). **Results:** No differences in self-care behavior by gender were found, except for rest after physical activity ($p = 0.017$). Patients who practiced physical activity showed fewer symptoms of depression ($p < 0.001$). There were no differences in sense of coherence according to self-care behavior and gender. Women had more symptoms of depression than men ($p = 0.002$). **Conclusion:** Special attention should be given to women with HF considering self-care and depressive symptoms.

DESCRIPTORS

Heart Failure; Self Care; Sense of Coherence; Depression; Hospitalization; Nursing Care.

Autor Correspondente:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas
Av. dos Bandeirantes, 3900 - Campus
Universitário
CEP 14040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil
rsdantas@eerp.usp.br

Recebido: 04/08/2014
Aprovado: 25/02/2015

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica, de tratamento complexo por apresentar múltiplos fatores envolvidos, tanto em sua gênese como em sua evolução, com custo socioeconômico elevado⁽¹⁾. A IC é uma prioridade de saúde pública, sua prevalência aumentou ao longo da última década. Estratégias de baixo custo, como o uso de mensagens eletrônicas, têm sido testadas visando promover a adesão aos comportamentos de autocuidado, em longo prazo, sem sobrecarregar os recursos de saúde disponíveis⁽²⁾. Obter resultados de impacto para o paciente e o sistema de saúde é um grande desafio para a gestão da IC.

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento da IC, a morbidade e a mortalidade da doença continuam altas. Além disso, os pacientes com IC apresentam altos índices de reinternações, cerca de 30% dos pacientes são reinternados no período de um ano^(1,3), e cada hospitalização tem peso adicional na piora da curva de sobrevida⁽⁴⁾. A descompensação da IC acarreta prejuízos tanto no desempenho físico como no desempenho emocional dos pacientes, contribuindo para a redução da expectativa de vida e piora da qualidade de vida⁽³⁾.

No Brasil, há cerca de 6,5 milhões de pacientes com IC. Aproximadamente um terço desses pacientes é hospitalizado anualmente⁽¹⁾. Dentre os fatores relacionados com a reinternação destacam-se: presença de outras condições clínicas, idade⁽⁵⁻⁶⁾ e fração de ejeção do ventrículo esquerdo inadequada⁽⁷⁾. Em 2011, foram realizadas 258.069 internações, a proporção de mortalidade foi de 9,34%⁽⁸⁾, e o sexo masculino foi predominante entre as internações por descompensação da IC⁽⁹⁾.

Vários fatores podem levar o paciente com IC à descompensação clínica, como o pouco conhecimento da síndrome e do tratamento e a baixa adesão às recomendações para o autocuidado, as quais envolvem a restrição de líquidos e de sal na dieta, a monitorização diária do peso, a atividade física e o uso regular dos medicamentos^(4,10). Ressalta-se que uma abordagem centrada no indivíduo com IC, voltada para a autogestão do seu cuidado, pode ajudá-lo a ter mais confiança para identificar e buscar soluções para as barreiras ao autocuidado⁽¹¹⁾.

O autocuidado pode ser definido como um processo de tomada de decisão naturalista, envolvendo a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado). Em pacientes com IC, vários aspectos clínicos, físicos, psicológicos, situacionais e sociais podem afetar o manejo do autocuidado, exigindo do indivíduo alterações no seu comportamento para lidar com a doença e o tratamento, o que pode levar a perturbações psicológicas⁽¹²⁾.

A depressão, considerada como alteração de humor mais comum em pacientes com IC, apresenta prevalência em torno de 9% a 60%. Essa variação se deve aos quadros depressivos serem maiores em mulheres e nas coortes de pacientes hospitalizados, reflexo da descompensação da IC e da maior gravidade nos pacientes internados. Apesar das

elevadas taxas de prevalência e incidência, a depressão em pacientes com IC é pouco diagnosticada e tratada⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A depressão influencia negativamente a evolução da IC por estar associada a não adesão dos pacientes às recomendações para o autocuidado, contribuindo para o aumento das taxas de reinternações, dos custos com o tratamento e da mortalidade⁽¹⁵⁾.

A presença de sintomas depressivos pode levar a mecanismos de enfrentamento (*coping*) ineficazes ou mesmo prejudiciais⁽¹¹⁾. O senso de coerência tem sido definido como a utilização de recursos internos para lidar com o estresse e as exigências da vida⁽¹⁶⁾. Neste sentido, avaliar o senso de coerência de pacientes com IC descompensada possibilita uma melhor compreensão de como eles reagem à doença e ao tratamento, ampliando o nosso conhecimento sobre suas estratégias de enfrentamento ao estresse vivenciado (*coping*)⁽¹⁷⁾. Pacientes com IC descompensada requerem ajustamento individual para que possam, gradualmente, modificar seus estilos de vida e ter um novo significado da sua situação em decorrência da doença e do tratamento⁽¹⁷⁾.

Homens e mulheres com IC podem ter experiências diferentes e, conseqüentemente, usarem estratégias distintas para o enfrentamento da doença. Considera-se que as mulheres podem ter uma melhor percepção da saúde e construir estratégias mais positivas de enfrentamento do que os homens⁽¹⁸⁾.

O desenvolvimento e a implementação de estratégias eficazes requerem a identificação das peculiaridades do perfil de pacientes com IC internados por descompensação do quadro clínico⁽⁹⁾. Entretanto, não há estudos conclusivos considerando que o sexo dos pacientes pode interferir nos comportamentos de autocuidado, na presença de sintomas depressivos e no senso de coerência.

A presença de comportamentos de autocuidado tem sido associada com menor número de internações devido à descompensação da IC. Se a presença destes comportamentos estiver associada à capacidade de enfrentamento do estresse (medida pelo senso de coerência) e à ausência de sintomas depressivos, ou mesmo se houver diferença entre o sexo, o enfermeiro poderá planejar o acompanhamento do grupo vulnerável em suas casas ou ambulatório visando detectar o aparecimento de sintomas depressivos e promover estratégias que favoreçam a capacidade de enfrentamento ao estresse.

Diante deste contexto, o enfermeiro pode ter subsídios para um entendimento melhor da complexidade dos indivíduos com IC descompensada e permitir que ações de incentivo à educação para o autocuidado sejam desenvolvidas para este grupo.

As perguntas norteadoras deste estudo exploratório são: *Há diferenças entre os pacientes que realizam comportamentos de autocuidado para a IC descompensada com os que não realizam, considerando as variáveis sexo, depressão e senso de coerência? As mulheres que internaram com IC descompensada são diferentes dos homens, considerando as variáveis depressão e senso de coerência?*

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivos: avaliar os comportamentos de autocuidado em pacientes

com IC descompensada considerando o sexo, os sintomas depressivos e o senso de coerência; comparar as medidas de depressão e de senso de coerência segundo o sexo dos pacientes internados com IC descompensada.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO E LOCAL

Trata-se de um estudo correlacional de corte transversal realizado nas enfermarias de clínica médica de dois hospitais públicos de Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ASPECTO ÉTICO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, processo HCRP nº 9236/2009. Todos os participantes receberam as informações do estudo de forma verbal e por escrito. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela pesquisadora e pelo participante, em duas vias, sendo uma delas entregue aos participantes respeitando as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de interesse era composta por pacientes com IC descompensada. No período de julho de 2010 a junho de 2013 foi realizada a coleta de dados por meio de amostragem não probabilística e consecutiva. Neste período, 136 pacientes com IC descompensada, registrada como o diagnóstico médico principal da internação, foram convidados a participar do estudo, sendo que quatro não aceitaram participar. A amostra foi constituída de 132 pacientes hospitalizados com IC descompensada (97% do total).

Os critérios de inclusão foram os pacientes adultos (18 anos ou mais), de ambos os sexos e internados com IC descompensada no período estipulado para a realização da coleta de dados. Como critério de exclusão consideraram-se os pacientes que durante a internação atual necessitaram de qualquer tipo de intervenção cirúrgica; aqueles que não apresentaram condições clínicas para responder a entrevista como, por exemplo, queixa de dispnéia, sonolência e cansaço ao serem abordados para participar da pesquisa; pacientes que não apresentaram habilidade mínima de entendimento às questões dos instrumentos de coleta dos dados (avaliada pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes aos itens dos instrumentos ou do relato do participante de não entendimento dos itens dos instrumentos); ou aqueles com diagnóstico de transtorno mental registrado no prontuário.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a caracterização social, demográfica e clínica, foi utilizado um instrumento contendo as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, anos de estudo, estado civil, renda mensal familiar, situação profissional, etiologia da miocardiopatia, classe funcional segundo a *New York Heart Association* (NYHA), fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE), presença de marcasso definitivo, e de comorbidades

(hipertensão arterial sistêmica, arritmias, diabetes mellitus, dislipidemia e insuficiência renal crônica). Este instrumento foi utilizado em estudos prévios com pacientes de IC em nosso grupo de pesquisa, sendo realizada validade de face e conteúdo por três enfermeiros com experiência clínica ou em pesquisa na área de cardiologia.

Os comportamentos de autocuidado para medidas não farmacológicas foram avaliados pela resposta autorrelatada dos participantes do estudo sobre o controle de ingestão de sal (4g de sal/dia), controle de ingestão de líquidos (1,5 litro/dia), controle do peso (pesagem 1x/semana), realização de atividade física, descanso após a atividade física ou esforço extra, ausência de tabagismo, vacinação contra Influenza (últimos 12 meses) e acompanhamento de saúde (seguimento regular ambulatorial ou na unidade básica de saúde). Ao final, cada comportamento recebeu *sim* para a presença ou realização ou *não* para ausência. A escolha desses comportamentos para medidas não farmacológicas se baseou na literatura sobre o tema^(4,10-11,19).

A presença de sintomas depressivos foi avaliada pela subescala de depressão do instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)⁽²⁰⁾, em sua versão validada para o português⁽²¹⁾. A subescala de depressão possui sete itens avaliados em uma escala de 0 a 3, e o intervalo da subescala pode variar de zero a 21 pontos. Maiores valores indicam presença de mais sintomas de depressão⁽²⁰⁾.

Para avaliar o senso de coerência foi utilizada a versão de 13 itens do questionário Senso de Coerência Antonovsky⁽¹⁶⁾, em sua versão validada para o Brasil em pacientes cardíacos⁽²²⁾. A escala de resposta aos itens do questionário pode variar de um a sete, sendo que a sua somatória tem um intervalo possível de 13 a 91, com maiores escores significando forte senso de coerência.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram processados e analisados usando o programa IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0 para Windows.

Todos os dados foram analisados descritivamente. Para avaliar a associação dos comportamentos de autocuidado e o sexo foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher. Para comparar as médias do senso de coerência e depressão segundo a presença de cada comportamento de autocuidado foi realizado o teste t de Student para amostras independentes, assim como para comparar as médias de depressão e de senso de coerência segundo o sexo. O nível de significância adotado foi de 0,05.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes (n=132) foi de 63,2 anos, 56,5% eram homens e 59,9% eram casados ou viviam com um parceiro. A amostra tinha baixo nível educacional (quatro anos de estudo formal, em média) e a maioria não desempenhava trabalho remunerado (86,4%) (Tabela 1).

Do ponto de vista clínico, 54,6% estavam diagnosticados na classe funcional III. A etiologia da IC mais frequente foi a chagásica (31,8%). A FEVE média foi de 35,9%,

e a maioria tinha disfunção grave de ventrículo esquerdo (43,9%), indicada pela FEVE menor que 30%. Onze pacientes (8,4%) tinham marcapasso devido à bradicardia e nenhum deles tinha realizado terapia de ressincronização cardíaca. A maioria dos pacientes tinha diagnóstico de hipertensão arterial (81,1%) e arritmias (60,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociais, demográficas e clínicas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010-2013.

Variável	N=132 n (%)	Média (DP)	Mediana	Varição Observada
Idade (anos)		63,2 (13,8)	64,5	31,6 - 92,5
Sexo				
masculino	75 (56,8)			
feminino	57 (43,2)			
Estado civil				
casado/vivendo com alguém	79 (59,9)			
solteiro/viúvo/separado	53 (40,1)			
Anos de estudo		4,10 (3,36)	4,0	0-17
Situação profissional, inativo	114 (86,4)			
Renda familiar (em reais)		1863,95 (1044,79)	1600,00	500,00-6000,00
Etiologia da IC				
Chagásica	42 (31,8)			
Dilatada idiopática	26 (19,7)			
Isquêmica	25 (18,9)			
Hipertensiva	15 (11,4)			
Valvar	15 (11,4)			
outras	9 (6,9)			
Classe Funcional (NYHA)				
I	2 (1,5)			
II	35 (26,5)			
III	72 (54,6)			
IV	23 (17,4)			
FEVE (%)*		35,9 (14,9)	32,0	13 - 71
Grave (<30)	58 (43,9)			
Moderada (30-44)	30 (22,7)			
Leve (45-55)	19 (14,4)			
Normal (>55)	20 (15,2)			
Presença de comorbidades (% sim)				
Hipertensão arterial	107 (81,1)			
Arritmias	80 (60,6)			
Diabetes Mellitus	48 (36,4)			
Dislipidemia	48 (36,4)			
Insuficiência Renal Crônica	39 (29,5)			
Presença de marcapasso (% sim)	11 (8,4)			

*n=127, pois cinco pacientes não tinha o resultado do exame de ecocardiograma.

Quanto à realização dos comportamentos de autocuidado, os 132 participantes deste estudo referiram, com maior frequência, a realização de: acompanhamento de saúde (n=122; 92,4%), ausência de tabagismo (n=120; 90,9%), controle do consumo de sal (n=91; 68,9%), vacinação contra Influenza (n=81; 65,4%), descanso após a atividade física ou esforço extra (n=69; 52,3%), controle do peso (n=57; 43,2%), controle da ingestão de líquido (n=29; 22%) e atividade física (n=17; 12,9%). Ao compararmos o relato desses comportamentos segundo o sexo dos participantes, constatamos que houve diferença estatisticamente significativa apenas para o comportamento de descanso após atividade física ou esforço físico extra. Os homens relataram a realização deste comportamento de autocuidado mais do que mulheres (46 pacientes do sexo masculino *versus* 23 do sexo feminino; $p=0,017$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Presença de comportamento de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, segundo o sexo - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010-2013.

Presença de comportamento de autocuidado (sim)	Masculino (n=75) n	Feminino (n=57) n	p
Acompanhamento de saúde	69	53	1,00*
Não fumante	68	52	0,912†
Vacinação contra influenza	51	30	0,072†
Controle de sal	48	43	0,160†
Descanso após atividade física	46	23	0,017†
Controle de peso	33	24	0,828†
Controle de líquido	15	14	0,531†
Atividade física	10	7	0,858†

* p proveniente do teste Exato de Fisher; † p proveniente do teste Qui-quadrado.

Ao investigarmos os sintomas depressivos entre os participantes, observamos que a média obtida pela subescala de depressão da HADS foi de 7,1 (D.P.=4,8; intervalo obtido 0 a 18). Para comparar as médias da subescala de depressão, segundo o relato de realizar ou não os comportamentos de autocuidado, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes. Pacientes que realizavam atividades físicas tinham menos sintomas de depressão (média=3,8) ao serem comparados com os que não a realizavam (média=7,6), sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($p<0,001$). Para os outros comportamentos de autocuidado investigados, não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos (realização ou não realização do comportamento).

Observamos uma média de 60,9 (D.P.=14,5; intervalo obtido 30 a 91) para a medida do senso de coerência dos participantes. Ao compararmos as médias dessa medida entre os grupos, segundo a realização ou não de cada um dos comportamentos, não encontramos diferença estatisticamente significativa segundo o relato de realizar ou não cada um dos comportamentos de autocuidado entre os pacientes com IC descompensada.

Em relação aos sintomas de depressão segundo o sexo, as mulheres com IC descompensada apresentaram mais sintomas de depressão (média=8,6; D.P.=5,3) que

os homens (média=6,0; D.P.=4,0), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$). Quanto ao senso de coerência, homens e mulheres com IC descompensada apresentaram valores médios semelhantes (sexo masculino: média=61,5 D.P.=14,4; sexo feminino: média=60,2 D.P.=14,8), não havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,625$).

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, a maioria dos pacientes era do sexo masculino, idosos e com baixo nível educacional. Clinicamente, a maioria apresentou IC de etiologia chagásica, comprometimento grave da função cardíaca e estava classificada na classe III da NYHA, além de terem outras comorbidades associadas, como hipertensão arterial e arritmias. Diante dessas características, o grupo de pacientes deste estudo apresenta alto risco para readmissões hospitalares, pois apresentam o perfil encontrado na literatura dos pacientes que internam ou reinternam por descompensação clínica da IC^(9,11).

Quanto à realização de comportamentos de autocuidado, estes diferiram entre homens e mulheres apenas para o descanso após atividade física ou esforço físico extra, em que os homens com IC realizavam mais este comportamento do que as mulheres.

Constatamos no grupo investigado que a idade, o sexo e as comorbidades não foram determinantes significativos de manutenção do autocuidado em pacientes com IC, resultado também observado em estudo longitudinal com esta população⁽¹¹⁾.

No entanto, em outro estudo com pacientes com IC descompensada, a FEVE foi significativamente mais comprometida nos homens quando comparados com as mulheres ($p=0,0420$, Mann-Whitney)⁽⁹⁾. Neste contexto, o maior comprometimento da FEVE em homens pode ter relação com a maior frequência de relato de descanso após atividade física ou esforço físico extra pelos homens, quando comparados às mulheres.

Existem vários fatores que interferem na gestão de autocuidado e na capacidade de tomar decisões, como a presença de comorbidades, depressão, ansiedade, questões relacionadas à idade, cognição prejudicada, distúrbios do sono, falta de saúde e problemas com o acesso ao sistema de saúde⁽¹¹⁾.

Dentre estes fatores, a identificação de pacientes com IC que possuem risco de desenvolvimento de sintomas depressivos é importante devido à associação destes sintomas com desfechos negativos, como maior risco de mortalidade, hospitalização e piora dos sintomas relacionados à IC, classe funcional e qualidade de vida^(13,15).

Em nosso estudo, os pacientes que realizavam atividades físicas tinham menos sintomas depressivos que aqueles que não as realizavam. Além disso, as mulheres apresentaram mais sintomas depressivos que os homens.

A literatura destaca que pacientes com IC do sexo feminino apresentam mais sintomas depressivos⁽¹³⁻¹⁵⁾ e realizam significativamente menos ação de enfrentamento, como tentativa de aceitar a sua doença ou de realizar medidas para melhorar o seu tratamento⁽¹⁵⁾.

Além disso, o próprio tratamento da IC, que abrange certa variedade de opções comportamentais e farmacológicas, pode potencializar ou agravar queixas depressivas. Se por um lado a adoção das medidas propostas confere ao doente uma sensação de aumento de controle sobre a doença, por outro, ele poderá sentir que o seu estilo de vida foi alterado e que alguns de seus hábitos e interesses foram modificados⁽¹⁵⁾.

Ainda não se sabe qual é o mecanismo fisiopatológico exato da associação entre depressão e disfunção cardiovascular. Tem-se que a depressão talvez influencie a função do sistema cardiovascular através da desregulação autonômica imunomodulatória, e essas alterações podem influenciar na patogênese de doenças que afetam o sistema cardiovascular⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Os sintomas depressivos afetam as limitações funcionais da IC. Considerando o sexo dos pacientes com IC, em um estudo, as mulheres apresentaram pior estado funcional do que os homens⁽²³⁾. O número de sintomas físicos que influenciaram o estado funcional foi maior no sexo feminino⁽²³⁾.

Em pacientes com IC, o surgimento de fadiga muscular e dispnéia ocorrem durante o esforço e limitam a execução das atividades diárias, reduzindo a qualidade de vida. No entanto, após um período de treinamento físico regular, ocorre melhora na relação ventilação/perfusão pulmonar. O exercício físico regular foi incorporado às medidas não farmacológicas para o tratamento da IC, resultando em redução da resposta ventilatória durante o esforço, melhora da qualidade de vida e do prognóstico e redução da mortalidade e reinternações por descompensação da IC⁽²⁴⁾.

Ademais, a prática do exercício físico reduz os sintomas de ansiedade e depressão, explicada pelo aumento da liberação de hormônios como catecolaminas, adenocorticotrófico (ACTH), vasopressina, endorfina, dopamina, serotonina, e pela ativação de receptores específicos e diminuição da viscosidade sanguínea, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico, obtendo um resultado relaxante pós-esforço⁽²⁵⁾, como constatado em um estudo em que a atividade física realizada em pacientes idosos esteve associada com a diminuição dos sintomas depressivos⁽²⁶⁾.

Outros autores reforçam a influência dos sintomas depressivos no autocuidado. O pior autocuidado em pacientes com IC deprimidos pode ser mais atribuível às dificuldades no controle percebido (*coping*), na tomada de decisão e na falta de motivação para o autocuidado do que às dificuldades de aprendizagem⁽²⁷⁾.

Constatamos que o escore do senso de coerência foi semelhante entre homens e mulheres, evidenciando que ambos os sexos têm percepção similar para selecionar estratégias de enfrentamento da IC e de seu tratamento. O senso de coerência dos participantes não foi diferente segundo o relato de realizar ou não os comportamentos de autocuidado.

Na avaliação dos fatores relacionados com as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas por pacientes com IC, como idade, sexo e classe funcional segundo a NYHA, observou-se que a idade e o sexo não influenciaram as estratégias de enfrentamento. Tampouco foram encontradas

diferenças significativas entre o emprego de estratégias de enfrentamento e as classes funcionais. Os autores referem que, embora pacientes com maior classe da NYHA geralmente experimentem uma pior qualidade de vida, eles se comportam da mesma forma, independentemente da classe funcional⁽¹⁸⁾. Ressalta-se que estes resultados estão limitados à investigação de pacientes com IC das classes funcionais II e III.

Os dados encontrados na literatura demonstram que o senso de coerência surge como um preditor da afetividade em pacientes com IC, indicando que os atos mais elevados de senso de coerência funcionam como um tampão para o efeito emocional negativo do estresse da vida. Desde modo, estes resultados indicam que a promoção ativa de estratégias de enfrentamento em pacientes com IC deve ser considerada como uma abordagem possível para intervenções⁽¹⁸⁾. Nesse aspecto, os programas de intervenção devem promover o autocuidado e o *coping*, incluindo estratégias para identificar e fornecer intervenções adequadas para os pacientes com IC com distúrbios psicológicos⁽²⁷⁾.

Pacientes com IC que apresentam alto senso de coerência e *coping* possuem tendência à maior satisfação com a vida, pois estão mais propensos a identificar as barreiras e as soluções e sentem-se mais confiantes para lidar com o manejo da IC e a gestão do seu autocuidado⁽²⁸⁾.

Como limitações deste estudo, apontamos que a escala de autocuidado não foi submetida a um processo de validação, apesar de ter sido baseada na literatura sobre o tema. Ainda, em nosso estudo, a maioria dos participantes internados com IC descompensada era da classe funcional III da NYHA, o que pode ter influenciado nos sintomas depressivos.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes, internados por descompensação clínica da IC, referiu realizar os comportamentos de autocuidado para medidas não farmacológicas: acompanhamento de saúde, ausência de tabagismo, vacinação contra Influenza e controle do consumo de sal. Homens relataram comportamento de autocuidado no descanso após atividade física mais frequentemente do que as mulheres.

Os pacientes que relataram realização de atividades físicas apresentaram menos sintomas de depressão quando comparados àqueles que relataram a sua não realização. As mulheres apresentaram mais sintomas de depressão que os homens. O escore de senso de coerência foi similar entre os sexos e não houve diferença no senso de coerência segundo o relato de realizar ou não os comportamentos de autocuidado em pacientes com IC descompensada.

Para a prática de enfermagem, os resultados deste estudo apontam que, apesar dos pacientes com IC relatarem altas taxas para alguns dos comportamentos de autocuidado, as mulheres relataram menos frequentemente o comportamento de autocuidado de descanso e, também, apresentaram mais sintomas depressivos, sendo consideradas como de alto risco para readmissões hospitalares e complicações clínicas. Portanto, especial atenção deve ser voltada para as mulheres, uma vez que a IC é considerada uma condição crônica, incapacitante e de prognóstico não favorável.

O enfermeiro poderá planejar o acompanhamento visando uma intervenção para a promoção de um autocuidado adequado, o que poderá contribuir para a melhora dos sintomas e resultados de saúde e resultar em menores limitações físicas e melhor qualidade de vida em pacientes com IC descompensada.

RESUMO

Objetivo: Analisar os comportamentos de autocuidado segundo o sexo, sintomas de depressão e senso de coerência e comparar as medidas de depressão e senso de coerência segundo o sexo. **Método:** Estudo correlacional, de corte transversal, que investigou 132 pacientes com insuficiência cardíaca (IC) descompensada. Os dados foram coletados por entrevistas e consultas aos prontuários e analisados pelos testes Qui-quadrado e t de Student, com nível de significância de 0,05. Participaram 75 homens e 57 mulheres, com média de idade de 63,2 anos (D.P.=13,8). **Resultados:** Não constatamos diferenças nos comportamentos de autocuidado segundo o sexo, exceto para descanso após atividade física ($p=0,017$). Pacientes que realizavam atividade física apresentaram menos sintomas de depressão ($p<0,001$). Não houve diferenças no senso de coerência, segundo o comportamento de autocuidado e o sexo. Mulheres apresentaram mais sintomas de depressão que os homens ($p=0,002$). **Conclusão:** Deve ser proporcionada uma atenção especial às mulheres com IC considerando o autocuidado e os sintomas depressivos.

DESCRIPTORIOS

Insuficiência Cardíaca; Autocuidado; Senso de Coerência; Depressão; Hospitalização; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los comportamientos de autocuidado según el sexo, síntomas de depresión y sentido de coherencia y comparar las medidas de depresión y sentido de coherencia según el sexo. **Método:** Estudio correlacional, de corte transversal, que investigó a 132 pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) descompensada. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas y consultas a las fichas médicas y analizados por las pruebas Chi cuadrado y t de Student, con nivel de significación de 0,05. Participaron 75 hombres y 57 mujeres, con promedio de edad de 63,2 años (D.P.=13,8). **Resultados:** No hemos constatado diferencias en los comportamientos de autocuidado según el sexo, excepto para descanso luego de actividad física ($p=0,017$). Pacientes que realizaban actividad física presentaron menos síntomas de depresión ($p<0,001$). No hubo diferencias en el sentido de coherencia, según el comportamiento de autocuidado y el sexo. Las mujeres presentaron más síntomas de depresión que los hombres ($p=0,002$). **Conclusión:** Se les debe proporcionar una atención especial a las mujeres con IC considerando el autocuidado y los síntomas depresivos.

DESCRIPTORIOS

Insuficiencia Cardíaca; Autocuidado; Sentido de Coherencia; Depresión; Hospitalización; Atención de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1 Supl.1):3-70.
2. Nolan RP, Payne AY, Ross H, White M, D'Antono B, Chan S, et al. An internet-based counseling intervention with email reminders that promotes self-care in adults with chronic heart failure: randomized controlled trial protocol. *JMIR Res Protoc.* 2014;3(1):e5.
3. Barretto ACP, Carlos Carlo CHD, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Hospital readmissions and death from heart failure: rates still alarming. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(5):335-41.
4. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines: developed in collaboration with the International society for heart and lung transplantation. *Circulation.* 2009;119(14):1977-2016.
5. Eastwood CA, Howlett JG, King-Shier KM, McAlister FA, Ezekowitz JA, Quan H. Determinants of early readmission after hospitalization for heart failure. *Can J Cardiol.* 2014;30(6):612-18.
6. Frigola-Capell E, Comin-Colet J, Davins-Mirallas J, Gich-Saladich I, Wensing M, Verdú-Rotellar JM, et al. Trends and predictors of hospitalization, readmissions and length of stay in ambulatory patients with heart failure. *Rev Clin Esp (Barc).* 2013;213(1):1-7.
7. Mazza A, Bendini MG, Leggio M, Riva U, Ciardiello C, Valsecchi S, et al. Incidence and predictors of heart failure hospitalization and death in permanent pacemaker patients: a single-centre experience over medium-term follow-up. *Europace.* 2013;15(9):1267-72.
8. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade hospitalar do SUS [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2014 jul. 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>
9. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2009 [cited 2014 nov. 17];43(1):44-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_06.pdf
10. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2009;120(12):1141-63.
11. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(7):945-53.
12. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self-care with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2011;8(11):644-54.
13. Wallenborn J, Angermann CE. Comorbid depression in heart failure. *Herz.* 2013; 38(6):587-96.
14. Kao CW, Chen TY, Cheng SM, Lin WS, Friedmann E, Thomas SA. Gender differences in the predictors of depression among patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013;13(4):320-8.
15. Montes Pena F, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RFJ, Faria CAC. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. *Insuf Card.* 2011;6(4):170-8.
16. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health.* São Francisco: Jossey-Bass; 1987.
17. Dantas RAS, Ciol MA, Motzer SA. The association between sense of coherence and quality of life in subjects with cardiac disease. In: Lee AV, editor. *Coping with disease.* Nova York: Nova Science; 2005. p. 1-22.
18. Nahlén C, Saboonchi F. Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nur.* 2010;9(2):118-25.
19. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues DA, et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1Supl.1):1-44.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
21. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia Júnior C, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiat Epidemiol.* 1995;30(3):127-31.
22. Dantas RAS, Silva FS, Ciol MA. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. *J Clin Nurs.* 2014;23(1-2):156-65.
23. Song EK, Moser DK, Lennie TA. Relationship of depressive symptoms to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. *Am J Crit Care.* 2009;18(4):348-56.
24. Moraes RS, Nóbrega ACL, Castro RRT, Negrão CE, Stein R, Serra SM, et al. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(5):431-40.
25. Cheik N, Reis I, Heredia RAG, Ventura ML, Tufik S, Antunes HKM, et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *R Bras Ci Mov.* 2003;11(3):45-52.
26. Lee H, Lee JA, Brar JS, Rush EB, Jolley CJ. Physical activity and depressive symptoms in older adults. *Geriatr Nurs.* 2014;35(1):37-41.
27. Hwang B, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychol.* 2014;33(7):588-96.
28. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(7):945-53.

Apoio Financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP. Processo nº 2010/10006-8.
