



Evolução do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca no primeiro retorno ambulatorial e três meses após alta hospitalar*


Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-5643-5255>

Lidia Aparecida Rossi³

 <https://orcid.org/0000-0002-4141-861X>


Carina Aparecida Marosti Dessote³

 <https://orcid.org/0000-0002-5521-8416>

Fabiana Bolela³

 <https://orcid.org/0000-0003-1199-6205>

Rosana Aparecida Spadoti Dantas³

 <https://orcid.org/0000-0002-3050-7000>

Objetivo: analisar a evolução do autocuidado de pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada, entre o primeiro retorno após alta hospitalar (T0) e três meses após essa avaliação (T1). **Método:** estudo observacional, analítico e longitudinal realizado nos ambulatórios de cardiologia de dois hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo. Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por entrevistas e consulta aos prontuários. O autocuidado foi avaliado pela versão brasileira do instrumento *Self-Care of Heart Failure Index-SCHFI*. Os dados foram analisados pelos testes de t de Student e distribuição pareada (McNemar) com nível de significância de 0,05. **Resultados:** constatamos aumento nas médias dos escores das três subescalas do SCHFI (Manutenção, Manejo e Confiança), quando comparados os valores de T0 e T1, sendo essas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Ao compararmos as mudanças positivas nas ações de autocuidado ao longo desses meses, encontramos mudanças estatisticamente significantes nas subescalas Manutenção (6 dos 10 itens), Manejo (5 de 6 itens) e Confiança (4 de 6 itens). **Conclusão:** o autocuidado da insuficiência cardíaca melhorou no período entre o primeiro retorno após a alta e o final de três meses de acompanhamento. Outros estudos são necessários para verificar as variáveis associadas à melhora do autocuidado após a internação.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Autocuidado; Cuidados de Enfermagem; Assistência Ambulatorial; Educação em Saúde; Cardiologia.





* Artigo extraído da tese de doutorado "Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros três meses após a alta hospitalar", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

¹ Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Cunha DCPT, Rossi LA, Dessote CAM, Bolela F, Dantas RAS. Evolution of self-care in patients with heart failure at the first outpatient return and three months after hospital discharge. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3440. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4364.3440>.

Introdução

Com o aumento do número de idosos na população mundial, novas doenças crônicas começaram a surgir na sociedade, entre elas podemos citar a insuficiência cardíaca (IC)⁽¹⁻²⁾. No Brasil, as doenças que acometem o aparelho circulatório foram responsáveis por 1.151.522 óbitos em 2018, sendo que 200.760 mortes foram causadas pela IC⁽³⁾. A IC é uma síndrome crônica complexa e multifatorial e pode ocorrer devido às anomalias cardíacas, estruturais e funcionais decorrentes de várias outras doenças, principalmente as de origem cardiovascular, resultando na redução do débito cardíaco. O seu tratamento é complexo e envolve medidas de natureza farmacológica e não farmacológica⁽⁴⁻⁶⁾. A falta de adesão ao tratamento pode levar a episódios de descompensação, caracterizados pelo aparecimento, súbito ou gradual, de sintomas típicos como a dispneia, edema nos membros inferiores, fadiga e, ainda, pela presença de estase de jugular e crepitações pulmonares⁽⁶⁻⁷⁾. O tratamento não farmacológico é, geralmente, realizado no ambiente domiciliar, visto que envolve medidas relacionadas ao estilo de vida como o controle do peso diário, a redução do consumo de sódio, de líquidos e de álcool, o aumento da atividade física, a imunização, além do uso dos medicamentos prescritos⁽⁵⁻⁶⁾. A complexidade da condição clínica e a deficiência do autocuidado podem justificar as altas taxas de readmissões hospitalares devido à descompensação da IC^(1-2,4,7).

Embora o foco do conceito de autocuidado esteja, predominantemente, ligado à promoção da saúde e à prevenção de doenças⁽⁸⁾, ações de autocuidado também são desenvolvidas pelas pessoas diante do aparecimento de sinais e sintomas das doenças cardiovasculares, por exemplo⁽⁹⁾. No presente estudo, o autocuidado foi investigado segundo a definição de pesquisadores norte-americanos que o consideram como um processo de tomada de decisão que envolve comportamentos que visam a manutenção da estabilidade fisiológica, o monitoramento e o manejo dos sintomas da insuficiência cardíaca. Trata-se de um processo ativo e planejado que permeia as seguintes etapas: o reconhecimento de um sintoma (por exemplo, ganho de peso corporal sem mudança do padrão alimentar e aparecimento de dispneia), a avaliação da mudança no estado de saúde, a decisão de implementar uma estratégia de tratamento (por exemplo, tomar dose extra de diurético, conforme prescrição) e a avaliação do tratamento/ação realizado (perda de peso e melhora do padrão respiratório)⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Baseados nessa definição, os autores desenvolveram um instrumento de avaliação do autocuidado em IC que avalia três dimensões do autocuidado: Manutenção (envolve o monitoramento, a adesão ao tratamento e o reconhecimento dos sinais

e sintomas de descompensação); Manejo (abrange a avaliação dos sinais e sintomas pelo paciente, suas atitudes frente a eles e a reavaliação buscando a melhora desses sinais e sintomas da IC) e Confiança (engloba tanto a manutenção quanto o manejo da IC). Espera-se que, ao obter resultados positivos de adesão aos tratamentos, farmacológico e não farmacológico, o paciente se sinta mais confiante no manejo da IC⁽¹⁰⁾.

O conhecimento do paciente sobre sua condição de saúde, autocuidado e adesão à terapia reduz a morbimortalidade causada pela doença. Estratégias de ensino focadas nas medidas farmacológicas, como a adesão ao tratamento e monitorização dos sintomas, e não-farmacológicas, como mudanças na alimentação, atividade física e peso diário têm se mostrado eficazes para melhora na qualidade de vida e prognóstico desses pacientes^(6,12). A enfermagem é uma das profissões da equipe de saúde que acompanha o tratamento dos pacientes com IC, focando em estratégias e atividades para melhorar o autocuidado⁽¹³⁻¹⁴⁾. No Brasil, a investigação do autocuidado de pacientes com IC tem se dado principalmente por estudos transversais. Dessa forma, nosso estudo é importante por ter avaliado como o autocuidado evolui após internação por descompensação da síndrome.

O presente estudo teve como objetivo analisar a evolução do autocuidado de pacientes que tenham sido internados com insuficiência cardíaca descompensada, no período compreendido entre o primeiro retorno após alta hospitalar da última internação e o terceiro mês após o primeiro contato.

Método

Estudo observacional e longitudinal realizado nos ambulatórios de cardiologia de dois hospitais públicos no interior de São Paulo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob o número CAAE 57335816.0.0000.5393. Participante e pesquisador assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A população de interesse foi constituída por pacientes internados com quadro de IC descompensada. Os potenciais participantes foram identificados por busca ativa diária nas unidades de internação e durante a primeira consulta de retorno ambulatorial, após a alta hospitalar da última internação por descompensação da síndrome. Nesse momento, era feita a verificação dos critérios de elegibilidade. Os potenciais participantes eram convidados para a pesquisa que implicava acompanhamento por três meses. A amostra foi do tipo consecutiva e não probabilística, com o período de recrutamento entre novembro de 2016 e junho de 2018. Os critérios de inclusão

foram pacientes adultos (18 ou mais anos), de ambos os sexos, internados com o diagnóstico de IC descompensada informado em seus prontuários, e que retornaram para a primeira avaliação ambulatorial. Foram excluídos aqueles que apresentaram as seguintes características: presença de déficit auditivo; diagnóstico de transtorno mental descrito no prontuário; e que não apresentavam condições clínicas para participarem da entrevista (presença de sinais e sintomas como fadiga e/ou dispneia). Na segunda avaliação, foram excluídos os participantes que, durante os três meses de acompanhamento, necessitaram de intervenções cirúrgicas, instalação de marca-passo definitivo ou cardioversor desfibrilador implantável.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais e consultas aos prontuários dos participantes. As entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras (DCPC) nos dois momentos da investigação: primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar da última internação por IC descompensada (T0) e três meses após a primeira avaliação (T1). Foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, renda, situação conjugal e presença de cuidador), clínicos [medicamentos usados, comorbidades, etiologia da IC, fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) obtida no exame ecocardiográfico do participante e que, posteriormente, foi categorizada em preservada ($\geq 50\%$), intermediária (40-49%) e reduzida ($\leq 40\%$)]⁽⁶⁾ e relacionados ao quadro da descompensação da IC. Na internação por descompensação, é importante considerar o perfil clínico-hemodinâmico, utilizando os parâmetros de congestão e perfusão dos órgãos⁽¹⁵⁾, para subsidiar a decisão terapêutica. Ao ser internado por descompensação, o paciente foi caracterizado quanto ao perfil clínico da IC, de acordo com seguinte ordem: característica da perfusão tecidual (positivo/quente ou negativo/frio) e nível de congestão (positivo/úmido ou negativo/seco). Após essa avaliação, foi classificado entre os perfis A, B, C ou L. O perfil mais comum é o B (quente e úmido), no qual a perfusão apresenta-se adequada, embora a congestão esteja presente^(4,15). Para avaliar a gravidade dos sintomas e a tolerância a atividades físicas dos pacientes, nas duas avaliações ambulatoriais, utilizamos a classe funcional autorreferida⁽¹⁶⁾, adaptada do sistema proposto pela *New York Heart Association*⁽¹⁷⁾.

Para a avaliação do autocuidado da IC, utilizamos o *Self Care of Heart Failure Index v. 6.2 (SCHFI)*⁽¹⁴⁾ em sua versão adaptada para o português⁽¹⁸⁾. A permissão para uso da escala na versão brasileira foi solicitada e concedida pelas autoras. Esse instrumento avalia o autocuidado em três subescalas: Manutenção (10 itens), Manejo (6 itens) e Confiança (6 itens). No domínio Manutenção, as respostas para cada item variam de "nunca/raramente" (valor 1) a "sempre/diariamente" (valor 4); para o domínio

Manejo, variam de "pouco provável" (valor 1) a "muito provável" (valor 4); e, para o domínio Confiança, de "não confiante" (valor 1) a "extremamente confiante" (valor 4). Os valores da soma dos escores, em cada domínio são transformados em uma escala normatizada de 0 a 100. Valores maiores indicam melhor autocuidado de acordo com cada subescala⁽¹⁴⁾. Na validação para o português, a consistência internada avaliada pelo alfa de Cronbach foi de 0,43 para Manutenção, 0,76 para Manejo e 0,94 para Confiança⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, utilizamos as medidas obtidas nos domínios, como variáveis quantitativas e, adicionalmente, as medidas de autocuidado de acordo com as categorias de forma que a evolução dos participantes fosse observada, comparando as alternativas escolhidas em T0 com aquelas assinaladas em T1. Essa nossa proposta de categorização foi realizada por grau de semelhança entre as escalas de respostas, como por exemplo, na subescala Manutenção, as respostas variavam de 1 a 4 e foram agrupadas em duas categorias (exemplo: agrupando "Nunca ou Raramente/ Às vezes" ou "Frequentemente/Sempre ou Diariamente"). Quando a subescala tinha mais de quatro opções de resposta, uma nova categoria era criada (exemplo o item 1 da subescala Manejo tem seis categorias de resposta, as quais foram agrupadas em quatro categorias: "não tive tais sintomas", "não reconheci", "demorei um pouco/muito para reconhecer" e "reconheci rapidamente/imediatamente"). Realizamos a categorização das escalas de respostas respeitando o padrão de semelhança das alternativas a fim de não comprometer a interpretação dos resultados.

Os dados foram processados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences (IBM® SPSS) 25,0* para *Windows* e Programa R versão 3.5.3. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas e análises de medidas de tendência central e de variabilidade para as variáveis numéricas (idade, anos de estudo, renda mensal familiar, número de comorbidades). Utilizamos o teste t-Student para amostras pareadas e, para analisar a evolução dos participantes nos itens do instrumento de autocuidado, SCHFI, o teste qui-quadrado de McNemar. Para medir a consistência interna do instrumento SCHFI, utilizamos o coeficiente de alfa de Cronbach. Valores acima de 0,7 foram considerados adequados para indicar a confiabilidade do instrumento. O nível de significância adotado para as análises foi de 0,05.

Resultados

Durante o período de recrutamento, 245 pacientes internaram por descompensação da IC, desse total, 186 (76%) pacientes compareceram no primeiro retorno

ambulatorial e foram convidados para participar do estudo. Oito pessoas não concordaram em participar e 21 foram excluídas por apresentarem um ou mais dos critérios estipulados para exclusão. Assim, participaram 157 pacientes avaliados no primeiro retorno após a alta (T0). No retorno (T1), que ocorreu três meses após o T0, 137 (87%) pacientes retornaram ao ambulatório e

completaram o estudo. Dos 20 (13%) pacientes que não finalizaram o estudo, 16 faleceram, dois desistiram do tratamento e dois receberam indicação de transplante cardíaco em outros serviços.

As variáveis sociodemográficas e clínicas dos 157 participantes inseridos no estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Comparação da caracterização sociodemográfica e clínica dos 157 participantes no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo a finalização do estudo três meses após a primeira avaliação (T1). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2018

Características Sociodemográficas	Finalizaram (n=137) %(n) / M (D.P.)*	Perdas/Saídas (n=20) %(n) / M (D.P.)*	Valor de p
Idade (anos)	60,3 (11,8)	60,2 (12,7)	0,97 [†]
Renda (em reais)	1640,2 (693,3)	1883,9 (1062,1)	0,19 [†]
Anos de estudo	5,4 (4,3)	5,7 (4,1)	0,72 [†]
Sexo			0,24 [‡]
Masculino	51,1 (70)	65,0 (13)	
Situação conjugal			0,81 [‡]
Casado/União consensual	62,8 (86)	60,0 (12)	
Presença de cuidador			0,53 [§]
Sim	82,5 (113)	90,0 (18)	
Dias entre alta e primeiro retorno	17,4 (15,1)	15,4 (11,2)	0,57 [†]
Etiologia da IC			0,79 [§]
Isquêmica	24,8 (34)	20,0 (4)	
Chagásica	21,9 (30)	30,0 (6)	
Valvar	13,9 (19)	20,0 (4)	
FEVE			0,90 [§]
Preservada	17,5 (24)	20,0 (4)	
Intermediária	4,4 (6)	0	
Reduzida	78,1 (107)	80,0 (16)	
Perfil da descompensação			0,61 [§]
Perfil B	73,0 (100)	65,0 (13)	
Número de comorbidades	3,3 (1,9)	3,4 (1,6)	0,91 [†]
CF NYHA [¶] autorreferida			
Classe I	11,7 (16)	27,0 (37)	0,70 [§]
Classe II	50,4 (69)	60,0 (12)	
Classe III	27,0 (37)	20,0 (4)	
Classe IV	10,9 (15)	15,0 (3)	

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão); [†]Teste t de Student; [‡]Teste qui-quadrado; [§]Teste Exato de Fisher; ^{||}FEVE = Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo; [¶]CF NYHA = Classificação funcional da *New York Heart Association*

Entre os 137 participantes que finalizaram o estudo, o tempo médio entre a alta hospitalar e o primeiro retorno ambulatorial foi de 17 dias (D.P.=14,6). A maioria (84; 61%) retornou nos primeiros 15 dias; 27 (20%) entre 15 e 30 dias, 25 (18%) entre 31 e 60 dias e um participante no 70º dia.

Não encontramos resultados estatisticamente significantes ao analisarmos, de forma bivariada, as medidas das subescalas do instrumento de autocuidado com as

variáveis sociodemográficas e clínicas, apresentadas na Tabela 1.

As comparações das médias das três subescalas do SCHFI, avaliadas durante o primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar (T0) e aos três meses após o primeiro contato (T1), revelaram diferenças estatisticamente significantes com melhora nas ações de autocuidado ao longo do período avaliado (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação dos escores médios dos 137 participantes no primeiro retorno ambulatorial (T0) e três meses após (T1) e os valores do alfa de Cronbach das subescalas/domínios do SCHFI*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2018

Domínios SCHFI*	T0 M (D.P.)†	T1 M (D.P.)†	Valor de p‡	T0 Alfa de Cronbach	T1 Alfa de Cronbach
Manutenção	39,1 (16,4)	56,8 (14,4)	0,001	0,54	0,64
Manejo	34,0 (27,3)	47,9 (26,5)	0,001	0,78	0,86
Confiança	46,2 (26,4)	58,5 (26,3)	0,001	0,87	0,90

*SCHFI = *Self-care of Heart Failure Index*; †M (D.P.) = Média (Desvio-padrão); ‡Teste t de Student pareado

Analizamos as médias dos itens das três subescalas, considerando que os valores poderiam variar de 1 (pior autocuidado) a 4 (melhor autocuidado). Na subescala Manutenção, as médias variaram de 1,3 (D.P.=0,9) (Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?) a 3,7 (D.P.=0,8) (É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?), em T0, e entre 1,7 (D.P.=0,9) (Realiza alguma atividade física?) e 3,9 (D.P.=0,8) (É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?), em T1. Ao analisarmos mudanças, com os participantes alterando a resposta de "Nunca/Raramente/Às vezes" (no primeiro retorno após a alta) para "Frequentemente/Sempre/Diariamente" (três meses após) constatamos mudanças positivas e estatisticamente significantes ($p=0,001$) em seis dos 10 itens: Pesar-se (62,7% dos participantes); Evitar ficar doente (81,7%); Ser assíduo nas consultas (96,3%); Ingerir dieta com pouco sal (75,2%); Solicitar alimentos com pouco sal (28,5%) e Usar sistema para lembrar-se dos medicamentos (81,5%).

Na subescala Manejo, o item "Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação" apresentou maiores médias, tanto em T0 (M=2,2; D.P.=1,3) quanto em T1 (M=2,8; D.P.=1,2). As menores médias foram do item "Você tem certeza de que este recurso o ajudou?" com valores de 1,3 (D.P.=1,4) e 1,8 (D.P.=1,3), respectivamente, em T0 e T1. Os participantes alteraram as respostas de "Improvável/ Pouco provável" para "Provável/Muito provável" em quatro dos seis itens: "Reduzir o sal da dieta" (60,5%; $p=0,001$); "Reduzir ingestão de líquidos" (60,6%; $p=0,001$); "Ingerir diurético a mais" (48,9%; $p=0,001$) e "Contatar profissional para orientação" (62,7%; $p=0,003$).

Para a subescala Confiança, o item "Estar livre dos sintomas da IC" obteve as menores médias, tanto em T0 (M=2,1; D.P.=0,9) quanto em T1 (M=2,6; D.P.=0,9). O item "Seguir o tratamento recomendado" foi aquele com melhor avaliação de confiança para o autocuidado, com médias de 2,9 (D.P.=1) e 3,0 (D.P.=0,9). Ao longo dos três meses, os participantes mudaram de "Não confiante/ Pouco confiante" para "Muito confiante/Extremamente" nas respostas dos itens: "Estar livres dos sintomas da IC" (56,2%; $p=0,001$); "Avaliar os sintomas, caso eles

ocorram" (64,2%; $p=0,009$); "Reconhecer os sintomas" (64,9%; $p=0,003$); "Fazer algo para aliviar os sintomas" (63,5%; $p=0,005$) e "Avaliar se o medicamento funciona" (61,3%; $p=0,001$).

Discussão

O objetivo do nosso estudo foi avaliar a evolução do autocuidado de pacientes que foram hospitalizados por descompensação da IC durante três meses. A avaliação inicial ocorreu no primeiro retorno ambulatorial porque era importante analisar como eles se comportaram após a alta hospitalar. A segunda avaliação ocorreu três meses após o primeiro retorno. No grupo investigado, constatamos uma evolução nas ações de autocuidado ao longo dos três meses, conforme os valores obtidos pelo instrumento SCHFI. O autocuidado centrado no indivíduo com IC foi conceitualmente proposto por enfermeiros pesquisadores norte-americanos em 2008 e, desde então, esses autores têm analisado o conhecimento sobre o tema e atualizado o modelo teórico proposto, bem como o instrumento elaborado para medir o autocuidado^(10,19). As ações de autocuidado na IC são decorrentes de um processo de tomada de decisão pelo paciente. Nesse processo, vários fatores estão envolvidos (pessoais, ambientais e clínicos) e influenciam as decisões diárias do paciente e, conseqüentemente, suas ações de autocuidado. Há que se considerar a experiência, o conhecimento, as habilidades e os valores na determinação dessas ações⁽¹⁹⁾.

Outras investigações realizadas no Brasil⁽²⁰⁾ ou em outros países^(18,21), sobre o autocuidado de pacientes em seguimento ambulatorial utilizando o SCHFI, mostraram resultados para a média de escore na subescala Manutenção semelhantes aos encontrados em nosso estudo (M=56,8; D.P.=14,4) na medida realizada aos três meses após a alta hospitalar: 50,5 (D.P.= 15,7)⁽¹⁸⁾, 55,2⁽²¹⁾, 57,0 (D.P.=14,3)⁽¹⁸⁾. Em nosso estudo, encontramos maiores valores de Manutenção do autocuidado aos três meses quando comparados aos resultados obtidos na primeira avaliação após a alta ($p=0,001$), semelhante a estudo realizado na Itália⁽²¹⁾ que mostrou que maior tempo de experiência com o diagnóstico é indicativo de

maior Manutenção do autocuidado. Entretanto, autores brasileiros⁽²⁰⁾ encontraram relação fraca entre o tempo de experiência com a doença e a Manutenção do autocuidado. O resultado para a subescala Manejo do autocuidado, após três meses do primeiro retorno ambulatorial após a alta, se aproxima de resultados obtidos por autores que avaliaram pacientes em acompanhamento ambulatorial no Brasil (47,0; D.P.=28,3⁽¹⁸⁾; 50,0; D.P.=20,3⁽²⁰⁾) e na Itália (53,2)⁽²¹⁾. Achados semelhantes aos obtidos em nosso estudo para a Subescala Confiança foram encontrados, em estudos transversais, por outros autores 54,1⁽²¹⁾, 58,0 (D.P.=25,5)⁽¹⁸⁾ e 58,1 (D.P.= 18,2)⁽²⁰⁾, 70,0 (D.P.=16,2)⁽¹⁴⁾. Em nosso estudo, a subescala Confiança também apresentou melhores escores na avaliação aos três meses. Esses resultados diferem dos apresentados por outros autores que investigaram se a maior experiência com a doença estaria associada à maior confiança no autocuidado⁽²⁰⁻²¹⁾.

Nossos resultados nos levam a pensar sobre a dificuldade da adesão à atividade física para pacientes com IC, considerando que os itens "Praticar atividade física" ($p=0,31$); "Praticar exercício físico por pelo menos trinta minutos" e "Solicitar alimentos com menos sal quando come fora de casa" foram os que mostraram menor adesão (escolha da alternativa nunca ou raramente/às vezes) para, respectivamente, 83,9%, 83,2% e 71,6% dos participantes. Outros estudos avaliaram a pontuação detalhada de cada item da subescala de Manutenção e nossos dados corroboram esses achados, considerando-se a baixa pontuação em relação à atividade física e à não solicitação de alimentos com menos sal quando comem fora de casa⁽²⁰⁻²¹⁾.

Na subescala Manejo, encontramos diferenças estatisticamente para os itens "Reconhecer sintomas da IC"; "Reduzir sal da dieta"; "Reduzir ingestão de líquidos"; "Ingerir diurético a mais" e "Contatar profissional para orientação". As estratégias apontadas "provável/muito provável" de serem utilizadas pelos participantes foram os itens sobre contatar um profissional para orientação (58,5%) e diminuir o sal da dieta (51,5%). Entretanto, 63,5% dos entrevistados escolheram a alternativa "não tentei nada/não tenho certeza/pouca certeza" quanto à utilização dos recursos apresentados nessa subescala visando a redução dos sintomas de descompensação da IC. Em estudo realizado na Itália⁽²¹⁾, 38,4% dos 631 pacientes investigados reconheceram os sintomas da IC optando pela resposta "rapidamente/imediatamente". Os itens da subescala Manejo assinalados pelos pacientes italianos foram os mesmos escolhidos pelos nossos participantes (51,5% reduziram o sal da dieta e 58,5% procurariam um profissional da saúde para orientação). Porém, diferentemente dos nossos entrevistados, 60,1%

responderam ter "certeza/absoluta certeza" de que esses autocuidados os ajudariam no controle dos sintomas da IC. Estudo realizado no Brasil⁽²⁰⁾ identificou que a contratação de um profissional para orientação (Média=3,1; D.P.=1,0) e a média de escore considerando-se o uso de recursos para ajudar a resolver o problema foi 1,4 (D.P.= 1,6).

Na subescala Confiança, os itens "Estar livres dos sintomas da IC"; "Reconhecer os sintomas"; "Fazer algo para aliviar os sintomas" e "Avaliar se o medicamento funciona" apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de respostas, mudando de "Não confiante/Um pouco" para "Muito confiante/Extremamente". Em nosso estudo, nas duas avaliações, os itens da subescala com maior porcentagem de resposta para a opção "Muito confiante/Extremamente" foram "Seguir o tratamento recomendado" (52,6%), seguido por "Avaliar sintomas caso ocorram" (35%), resultados que corroboram os achados outros estudos⁽²⁰⁻²¹⁾. O item com menor confiança por parte dos participantes, ao longo do estudo, foi "Estar livres dos sintomas da IC". Esse item também foi aquele que pior avaliação em outro estudo brasileiro⁽²⁰⁾.

O perfil sociodemográfico dos participantes com a predominância de homens, idosos, casados ou em união estável, aposentados, de baixa renda e pouca escolaridade é consistente em relação ao perfil observado em outras pesquisas nacionais e internacionais^(16,20-24). Embora não tenhamos encontrado associação entre as medidas de autocuidado e as variáveis sexo, idade, situação conjugal, renda familiar e escolaridade, características pessoais estão associadas ao processo de determinação das ações de autocuidado em IC⁽¹⁹⁾. Com relação às variáveis clínicas, segundo adaptação feita por autores brasileiros⁽¹⁶⁾ da classificação da NYHA⁽¹⁷⁾, as classes funcionais autorreferidas II e III foram informadas pela maioria dos participantes (77,4%). Na presente investigação, a classe funcional foi autorreferida, por meio de leitura pelo investigador das alternativas e indicação pelo participante da resposta que mais refletia a sua situação naquele momento. Esse procedimento foi adotado baseado em estudo internacional⁽²⁵⁾ que apontou discrepância entre a avaliação da NYHA realizada pelo médico e a reportada pelo paciente. De acordo com os autores o profissional de saúde, frequentemente, não considera todas manifestações relatadas pelos pacientes durante a consulta, o que pode levar ao comprometimento do diagnóstico, do prognóstico, com consequências para a indicação da terapêutica farmacológica e não farmacológica da IC⁽²⁵⁾. Se compararmos esses resultados com aqueles obtidos com a avaliação, pela NYHA classificação funcional, usada tradicionalmente por profissionais da saúde, constatamos que eles se assemelham aos dados

obtidos em estudos que avaliaram pacientes internados ou ambulatoriais^(16,20,26-29).

O mesmo vale para a etiologia mais frequente, que foi a isquêmica (24,8%), seguida da chagásica (21,9%) e o perfil B de descompensação (73%)^(18,30). Assim como em outros estudos nacionais e internacionais^(20,22,31-33), encontramos que a maioria dos participantes (78,1%) apresentava IC com FEVE reduzida, o que mostra a complexidade e gravidade dos pacientes que estão internados e/ou em acompanhamento ambulatorial nos hospitais onde o estudo foi realizado.

Os resultados da presente investigação mostraram a relevância da avaliação do autocuidado dos pacientes após a internação pela descompensação da síndrome, considerada um evento estressante. Este estudo não permite conclusões sobre os fatores que influenciaram as mudanças de comportamentos nas subescalas do autocuidado, mas mostrou que houve aumento estatisticamente significativo nas medidas do autocuidado entre as duas avaliações.

A educação em saúde é um dos principais focos da enfermagem de reabilitação cardíaca e a educação dos pacientes com IC deve ser focada em suas necessidades e, ao mesmo tempo, deve envolver seus familiares ou cuidadores. Ações educativas precisam ser iniciadas durante a hospitalização e continuar ao longo do acompanhamento ambulatorial do paciente. O enfermeiro pode usar diversas estratégias e recursos para desenvolver tais ações. A aquisição de habilidades para o autocuidado na IC é decorrente desse processo educativo e visa, primordialmente, o autocontrole dos sintomas dessa complexa síndrome⁽¹²⁾.

A tomada de decisão para o autocuidado é um processo complexo para o paciente com IC. Uma melhor compreensão sobre a natureza desse processo auxiliará a equipe de saúde na compreensão do mesmo, optando pela melhor maneira de ensinar o paciente com vistas à adoção de medidas de autocuidado para a IC. Compreender as causas e os motivos que comumente estão relacionados à falha nesse processo de tomada de decisão pelo paciente poderá ajudar os profissionais a desenvolverem estratégias que auxiliem os pacientes e seus familiares⁽⁹⁾. A enfermagem é a profissão que está mais próxima do paciente com IC, durante toda a internação, assumindo o monitoramento e seguimento da sua evolução até a alta hospitalar. Um plano terapêutico bem estabelecido focalizando a educação do paciente para o seu autocuidado que considere a participação do cuidador/família poderá levar à melhora na qualidade de vida relacionada à saúde destes indivíduos, e à diminuição de internações pela descompensação da IC e, conseqüentemente, dos custos hospitalares.

Consideramos as seguintes limitações do nosso estudo: número reduzido de pacientes que finalizaram o estudo e um longo intervalo de dias entre a alta hospitalar da última internação por descompensação da IC e o primeiro retorno ambulatorial. Conforme preconizado nas diretrizes da American Heart Association⁽³⁴⁾, o número de dias para o primeiro retorno ambulatorial deve acontecer entre 7 a 14 dias após a alta hospitalar, em nosso estudo a média foi de 17 dias (D.P.=14,6). No local em estudo, o grande número de pessoas em atendimento nos ambulatórios e a escassez de vagas de seguimento para os pacientes após a alta contribui para que aqueles com melhores condições clínicas tenham seus retornos postergados e marcados com maior intervalo de tempo que os que apresentam maior gravidade, o que pode ter influenciado nos resultados obtidos. A avaliação do conhecimento dos participantes sobre o autocuidado na IC não foi objetivo do presente estudo. A avaliação desse aspecto poderia contribuir para a análise dos dados obtidos, assim como para a compreensão de outras variáveis, que têm sido investigadas nos estudos sobre essa temática, tais como resiliência, auto eficácia e apoio social.

Conclusão

Constatamos evolução positiva no autocuidado, com melhores pontuações dos participantes com relação à IC na comparação das medidas dos três domínios do instrumento SCHFI entre a primeira avaliação no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar e três meses após esse retorno. Na comparação entre dois momentos de avaliação dos itens do SCHFI, os resultados também mostraram alterações positivas (melhores pontuações) na maioria dos comportamentos de autocuidado, abordados nas três subescalas (Manutenção, Manejo e Confianças).

Referências

1. McDonald K, Wilkinson M, Ledwidge M. Role of monitoring devices in Preventing Heart Failure Admissions. *Curr Heart Fail Rep.* 2015;12(1):269-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11897-015-0262-8>
2. Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Card Fail Rev.* 2017;3(1):7-11. doi: 10.15420/cfr.2016:25:2
3. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de informação sobre mortalidade (SIM), 2018. [Internet]. Brasília: MS; 2018 [Acesso 1 ago 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
4. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, et al. III Diretriz Brasileira

- de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2009 [Acesso 23 jul 2020];93(1 Supl 1):1-71. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1s1/abc93_1s1.pdf
5. Chandra A, Lewis EF, Claggett BL, Desai AS, Packer M, Zile MR, et al. Effects of Sacubitril/Valsartan on physical and social activity limitations in patients with heart failure a secondary analysis of the PARADIGM-HF trial. *JAMA Cardiol*. 2018;3(6):498-505. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamacardio.2018.0398>
6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail*. 2016;37(27):2129-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
7. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*. 2012;33(4):1787-847. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs104>
8. World Health Organization. Self-care for health: Handbook for community health workers and volunteers. [Internet]. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2013. [cited July 15, 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2017;31(6(9)):e006997. doi: 10.1161/JAHA.117.006997
10. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):190-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
11. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart Failure Self-care in Developed and Developing Countries. *J Card Fail*. 2009;15(6):508-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.01.009>
12. Kolasa J, Maciejewski C, Zych A, Paweł B, Marcin Grabowski M. The role of health education in heart failure patients. *Folia Cardiologica*. 2019;14(3):258-63. doi: 10.5603/FC.2019.0058
13. Shao JH, Chang AM, Edwards H, Shyu YI, Chen SH. A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *J Adv Nurs*. 2013;69(11):2458-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12121>
14. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):485-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>
15. Mangini S, Pires PV, Braga FGM, Bacal F. Decompensated heart failure. *Einstein*. 2013;11(3):383-91. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000300022>
16. Nepomuceno E, Silva LN, Cunha, DCPT, Furuya RK, Simões, MV, Dantas RAS. Comparison of tools for assessing fatigue in patients with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2547-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0083>
17. Dolgin M, New York Heart Association. Criteria Committee. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. Boston: Lippincott Williams and Wilkins; 1994.
18. Avila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. *Nurs Res Pract*. 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/178976>
19. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(3):226-35. doi: 10.1097/JCN.0000000000000244
20. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Self-care in heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(4):578-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>
21. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(2):126-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515113518443>
22. Ferreira VMP, Silva LN, Furuya RK, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Self-Care, sense of coherence and depression in patients hospitalized for decompensated heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):387-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>
23. Huynh QL, Negishi K, Blizzard L, Saito M, De Pasquale CG, Hare JL, et al. Mild cognitive impairment predicts death and readmission within 30 days of discharge for heart failure. *Int J Cardiol*. 2016;221(1):212-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.074>
24. Vellone E, Fida R, D'Agostino F, Mottola A, Juarez-Vela R, Alvaro R, et al. Self-care confidence may be the key: A cross-sectional study on the association between cognition

and self-care behaviors in adults with heart failure. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1705-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.013>

25. Holland R, Rechel B, Stepien K, Harvey I, Brooksby I. Patients' self-assessed functional status in heart failure by New York Heart Association Class: A prognostic predictor of hospitalizations. *J Card Fail.* 2010;16(2):150-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.08.010>

26. Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, Contel G, Magon A, Carusol R. Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018;8:e021966. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021966>

27. Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behavior scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): A reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(1):99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hfn007>

28. Medeiros J, Medeiros CA. Assessment of self-care in heart failure patients. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>

29. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, D'Agostino F, Biagioli V, Paturzo M, et al. Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, quality of life, and hospitalizations. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;32(2):180-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000325>

30. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med.* 2008;35(1):70-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-007-9003-x>

31. Chamberlain, L. Perceived social support and self-care in patients hospitalized with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2017;16(8):753-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515117715842>

32. Chang YL, Chiou AF, Cheng SM, Lin KC. Tailored educational supportive care programme on sleep quality and psychological distress in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2016;61:219-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.002>

33. Tsao CW, Lyass A, Enserro D, Larson MG, Ho JE, Kizer JR, et al. Temporal trends in the incidence of and mortality

associated with heart failure with preserved and reduced ejection fraction. *JACC Heart Fail.* 2018;6(8):678-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2018.03.006>

34. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(16):e147-239. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.05.019>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Obtenção de dados:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Análise e interpretação de dados:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Lidia Aparecida Rossi, Carina Aparecida Marosti Dessote, Fabiana Bolela, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Análise estatística:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Obtenção de financiamento:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Redação do manuscrito:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Lidia Aparecida Rossi, Carina Aparecida Marosti Dessote, Fabiana Bolela, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Lidia Aparecida Rossi, Carina Aparecida Marosti Dessote, Fabiana Bolela, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Todos os autores aprovaram a versão final do texto.** **Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 28.03.2020

Aceito: 24.09.2020

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues


Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas

E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-3050-7000>