

Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca¹

Ana Paula da Conceição²

Mariana Alvina dos Santos³

Bernardo dos Santos⁴

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz⁵

Objetivo: descrever o comportamento de autocuidado e seus fatores associados em amostra de pacientes brasileiros com insuficiência cardíaca. Método: estudo transversal descritivo, com amostra não probabilística de 116 pacientes ambulatoriais em tratamento para a insuficiência cardíaca. O autocuidado foi avaliado pela Self-Care of Heart Failure Index v 6.2, (escores ≥ 70 pontos=autocuidado adequado). Aplicados testes de associação, adotando-se um nível descritivo de 0,05. Resultados: a idade média dos participantes era de 57,7 (desvio-padrão=11,3) anos; 54,3% homens; escolaridade média de 5,5 (desvio-padrão=4,0) anos de estudo e 74,1% em classe funcional II-III. As médias dos escores nas subescalas da Self-Care of Heart Failure Index v 6.2, indicaram autocuidado inadequado (manutenção do autocuidado: 53,2 (desvio-padrão=14,3), manejo do autocuidado: 50,0 (desvio-padrão=20,3) e confiança do autocuidado: 52,6 (desvio-padrão=22,7)), assim como foram baixas as frequências de participantes com autocuidado adequado (manutenção do autocuidado (6,9%), manejo do autocuidado (14,7%) e confiança do autocuidado (19%). Escores mais elevados do Self-Care of Heart Failure Index, v.6, foram associados com: fração de ejeção ventricular esquerda menor ($p=0,001$), maior tempo de experiência com a doença ($p=0,05$) e acompanhamento conjunto do profissional médico e enfermeiro ($p=0,007$). Conclusão: são necessários investimentos para melhorar o comportamento de autocuidado e a enfermagem pode ter papel relevante nessa melhora.

Descritores: Autocuidado; Insuficiência Cardíaca; Enfermagem.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Sono, autocuidado e qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca", apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Mestranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Enfermeira, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil.

³ Doutoranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ MSc, Estatístico, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:

Ana Paula da Conceição
Rua Dr. Maurício de Lacerda, 411, Apto. 42
Bairro: São Judas
CEP: 04303-191, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: apauladaconceicao@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

O autocuidado nas doenças crônicas está relacionado à manutenção de nível adequado de bem-estar físico e psicológico, diminuição da morbimortalidade e do uso e custo dos serviços de saúde, aumento da satisfação do paciente, melhora do senso de controle e da qualidade de vida, razões pelas quais o autocuidado é preocupação central no cuidado às pessoas com doenças crônicas⁽¹⁾.

O conceito de autocuidado tem evoluído ao longo dos anos. Está associado à autonomia, independência e responsabilidade individuais para comportamentos saudáveis, assim como para o desenvolvimento de atividades necessárias para gerenciar e monitorar as condições de saúde⁽²⁻³⁾.

A experiência da enfermidade requer que as pessoas integrem práticas e recomendações ao autocuidado, para que possam manter o melhor bem-estar possível. A promoção do autocuidado é essencial na doença crônica por envolver atividades e habilidades que um indivíduo deve aprender e usar para melhorar a sua qualidade de vida⁽³⁾.

As doenças crônicas são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo que a insuficiência cardíaca se destaca como uma das principais causas de hospitalização, além de elevadas taxas de morbidade e mortalidade em vários países⁽⁴⁾. A Insuficiência Cardíaca (IC) constitui hoje um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, e sua natureza complexa e progressiva geralmente resulta em eventos adversos, como o alto índice de reinternação e mortalidade, o que poderia ser reduzido se houvesse autocuidado adequado⁽⁵⁾.

Na IC, autocuidado refere-se aos comportamentos que as pessoas usam para manter a sua saúde (manutenção do autocuidado) e às decisões que tomam sobre a piora dos sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado)⁽²⁾. A manutenção do autocuidado envolve a adesão às recomendações farmacológicas, ao consumo de uma dieta com pouco sal, cessação do uso de tabaco, consumo limitado de álcool, monitoração diária do peso e de sinais ou sintomas e descompensação da IC. Nessa perspectiva, autocuidado é um processo de tomada de decisão que os pacientes usam na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica, e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem⁽²⁾.

Autocuidado vem sendo foco de investigação na área da saúde e instrumentos para sua avaliação têm sido desenvolvidos. Em revisão sistematizada⁽⁶⁾, que objetivou identificar os instrumentos para mensuração do autocuidado em pacientes com IC, identificaram-se

14 instrumentos dos quais dois haviam sido submetidos a testes psicométricos rigorosos: *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* (EHFScBS) e *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI). Os dois instrumentos avaliam diferentes aspectos do comportamento de autocuidado e foram validados para uso no Brasil⁽⁷⁾. A EHFScBS tem o objetivo de avaliar o reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e a tomada de decisão na ocorrência desses sintomas; SCHFI, por sua vez, além de avaliar o reconhecimento e as atitudes para melhora dos sinais e sintomas de descompensação clínica, inclui aspectos relacionados a quanto o indivíduo se sente confiante para executar as atividades relacionadas ao autocuidado⁽²⁾.

Estudos recentes apontam que o autocuidado em amostras de pacientes com IC é inadequado⁽⁷⁻¹⁰⁾ e que indivíduos que participaram em programa educacional de autogestão apresentaram melhor comportamento de autocuidado⁽¹¹⁾. Características sociodemográficas e clínicas próprias da IC são descritas na literatura como variáveis que influenciam no autocuidado de pacientes com IC⁽¹²⁾. Aspectos culturais e nível de educação também são apontados como fatores que podem influenciar o comportamento de autocuidado em diferentes nacionalidades⁽¹²⁻¹³⁾.

No Brasil, o comportamento de autocuidado é pouco estudado e as variáveis que influenciam o autocuidado ainda são pouco exploradas nessa população, o que motivou este estudo. Conhecer o comportamento de autocuidado em amostras de brasileiros com IC contribui para a compreensão desse fenômeno e para que os enfermeiros reconheçam comportamentos que precisam ser modificados ou incluídos para o melhor controle da doença e consequente melhor qualidade de vida das pessoas com IC.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram: descrever o comportamento de autocuidado de pacientes adultos com IC, por meio do SCHFI, versão brasileira; e analisar o autocuidado ante algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e tipo de acompanhamento.

Método

O estudo observacional transversal foi realizado com dados obtidos por entrevista presencial de amostra não probabilística de 116 pacientes adultos em acompanhamento ambulatorial por IC, no período de abril a setembro de 2013. Para o recrutamento, os pesquisadores verificavam previamente o prontuário dos pacientes potencialmente elegíveis. Os que atendiam os

critérios de inclusão eram convidados a participar do estudo, com explicação do estudo e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos todos que aceitaram participar da pesquisa no período pré-determinado.

O estudo foi realizado em ambulatório de hospital público de ensino, especializado em cardiologia, na cidade de São Paulo, Brasil. Esse ambulatório tem enfoque multidisciplinar para o acompanhamento de pacientes clinicamente estáveis. A consulta de enfermagem é rotineiramente realizada com aqueles pacientes que necessitam de otimização terapêutica, bem como de orientações gerais sobre a doença, controle dos sintomas e adesão ao tratamento, seguindo as orientações da III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica⁽¹⁴⁾. Porém, devido ao número insuficiente de enfermeiros, esse atendimento não é oferecido para todos os pacientes que usam o serviço. A equipe médica encaminha para o atendimento de enfermagem apenas os pacientes que apresentam descompensação clínica, dificuldade de adesão ao regime terapêutico e aqueles com necessidade de otimização e melhor controle do regime terapêutico.

Foram critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no ambulatório de IC da instituição onde os dados foram coletados; ter idade maior ou igual a 18 anos, diagnóstico médico confirmado de IC, com classe funcional I, II ou III, segundo a classificação do NYHA⁽¹⁴⁾, e condições clínicas que permitissem participar de entrevistas. Foram excluídos os portadores de doenças psiquiátricas, oncológicas, infecciosas com repercussão no estado geral ou de doenças endócrino-metabólicas sem tratamento (por exemplo, *diabetes mellitus* ou doenças tireoidianas); pacientes em pós-operatório recente (até 60 dias de pós-operatório) de qualquer intervenção cirúrgica, condições que poderiam interferir no comportamento habitual de autocuidado.

O comportamento de autocuidado foi avaliado usando a versão brasileira do Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI)⁽⁷⁾. O SCHFI é uma medida de autocuidado composta por 22 itens divididos em três escalas: manutenção do autocuidado (10 itens), manejo do autocuidado (6 itens) e confiança no autocuidado (6 itens). Os escores para cada domínio variam de 0-100 pontos, calculados a partir da transformação dos escores puros (cada item da escala varia de 1-4). Pontuações mais altas refletem autocuidado superior e escores ≥ 70 pontos para cada subescala indicam autocuidado adequado⁽²⁾. A versão brasileira da SCHFI obteve estimativas aceitáveis de confiabilidade e validade⁽⁷⁾.

No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach para o total da SCHFI foi de 0,70, e nas subescalas variou de 0,40 a 0,74. Conforme as orientações para uso do SCHFI⁽²⁾, a subescala "manejo do autocuidado" deve ser aplicada somente aos pacientes que referem dificuldade para respirar ou inchaço nos tornozelos no mês anterior à aplicação do instrumento.

Quanto às variáveis sociodemográficas, foram consideradas idade, sexo, escolaridade, raça (conforme registrado no prontuário do paciente, segundo as categorias descritas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE); convivência marital, situação de trabalho (autorrelato referente à situação de trabalho atual). As variáveis clínicas estudadas foram: classe funcional da IC (conforme avaliação dos pesquisadores no momento da coleta de dados, seguindo a diretriz estabelecida pela New York Heart Association - NYHA⁽¹⁴⁾), Fração de Ejeção Ventricular Esquerda (FEVE) (conforme registro em prontuário do laudo de ecocardiograma), etiologia da IC (conforme registro em prontuário do paciente), tempo de experiência com a doença (autorrelato do tempo em anos de descoberta e tratamento da IC e/ou consulta ao prontuário, sendo considerada a data do primeiro registro do diagnóstico de IC), aspecto cognitivo (Miniexame do Estado Mental - MEEM⁽¹⁵⁾) e comorbidade (Índice de Comorbidade de Charlson - ICC)⁽¹⁶⁾, classificado como baixo (escore 1-2), moderado (3-4) e elevado (≥ 5) índice de comorbidade⁽¹⁶⁾. Também foi avaliado o tipo de acompanhamento recebido pelo paciente (se acompanhado exclusivamente pelo médico ou pelo médico e enfermeiro).

Os dados foram analisados por estatística descritiva; a associação da SCHFI com variáveis de interesse foi feita com um modelo de ANCOVA, controlando pelo declínio cognitivo. Todas as análises foram realizadas no SPSS®, versão 17, e o nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde foi realizado (Protocolo nº145.630 - 2012) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Na Tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Na Tabela 2 apresentam-se as estatísticas descritivas para as escalas manutenção do autocuidado (manutenção), manejo do autocuidado (manejo) e

confiança no autocuidado (confiança). As proporções de pacientes com autocuidado adequado (escore ≥ 70 pontos) foram: manutenção=6,9%, manejo=14,7% e confiança=19%.

As Tabelas 3, 4 e 5 apresentam os resultados dos testes de associação entre variáveis selecionadas e a SCHFI. Na escala manutenção do autocuidado,

atendimento realizado por médico e enfermeiro ($p=0,007$) foi associado a melhor autocuidado (Tabela 3). Na subescala manejo do autocuidado, fração de ejeção menor ($p=0,001$) e maior tempo de experiência com a doença ($p=0,05$) foram associados ao melhor autocuidado (Tabela 4). Não houve associação de variáveis com a subescala confiança no autocuidado (Tabela 5).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, clínica e tipo de acompanhamento dos participantes (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N	%
Idade (anos)	57,7	11,3	20	81		
Escolaridade (anos de estudo)	5,5	4,0	0	20		
Tempo de experiência com a doença (em meses)	46,7	42,4	2	149		
Fração ejeção (%)*	40,4	12,9	20	73		
Gênero						
Masculino					63	54,3
Feminino					53	45,7
Raça						
Branca					69	59,5
Preta					31	26,7
Parda					16	13,8
Convivência marital					70	60,3
Situação de trabalho						
Trabalha					26	22,4
Desempregado					16	13,8
Aposentado ou pensionista					61	52,6
Afastado por doença					13	11,2
Classe funcional da IC (New York Heart Association)						
I					30	25,9
II					54	46,5
III					32	27,6
Comprometimento cognitivo					52	44,8
Etiologia da IC						
Miocardiopatia dilatada					47	40,5
Miocardiopatia chagásica					44	37,9
Miocardiopatia isquêmica					13	11,2
Miocardiopatia a esclarecer					12	10,3
Elevado nível de comorbidade ICC†					30	25,9
Tipo de acompanhamento						
Consulta com médico					61	52,6
Consulta médico e enfermeiro					55	47,4

*Dado faltante para um paciente

†Índice de Comorbidade Charlson

A fração de ejeção teve correlação negativa não significativa com os escores em manutenção do autocuidado ($r=-0,143$; $p=0,102$), o tempo de experiência com a doença não teve correlação significativa com manutenção do autocuidado ($r=0,068$; $p=0,435$).

Os testes de correlação entre os escores de manejo do autocuidado e fração de ejeção resultaram em

correlação negativa significativa ($r=-0,361$; $p=0,001$). A correlação de manejo do autocuidado e tempo de experiência com a doença foi positiva, mas não significativa ($r=0,239$; $p=0,052$).

Não houve correlação significativa entre os escores em confiança no autocuidado e fração de ejeção ($r=0,029$; $p=0,816$), ou tempo de experiência com a doença ($r=-0,142$; $p=0,136$).

Tabela 2 - Estatística descritiva da *Self-Care Heart Failure Index*, versão brasileira (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

	N	Média	Desvio-padrão	IC 95%	Mediana
Manutenção do autocuidado					
1. Você se pesa?	116	1,9	0,9	[1,7;2,1]	2,0
2. Verifica se os seus tornozelos estão inchados?	116	2,9	1,1	[2,7;3,1]	3,5
3. Tenta evitar ficar doente (por exemplo: vacinar-se contra a gripe, evitar contato com pessoas doentes)?	116	3,0	1,2	[2,8;3,3]	4,0
4. Realiza alguma atividade física?	116	1,5	0,9	[1,3;1,7]	1,0
5. É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?	116	2,9	1,4	[2,7;3,2]	4,0
6. Ingere uma dieta com pouco sal?	116	3,4	1,0	[3,2;3,6]	4,0
7. Exercita-se por 30 minutos?	116	1,5	1,0	[1,3;1,7]	1,0
8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?	116	3,3	0,8	[3,2;3,5]	3,0
9. Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?	116	1,4	0,9	[1,2;1,6]	1,0
10. Usa um sistema (caixa de comprimido, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de seus medicamentos?	116	2,9	1,3	[2,6;3,2]	4,0
Escore total - manutenção do autocuidado	116	50,5	15,7	[47,6;53,4]	54,9
Manejo do autocuidado*					
11. Com que rapidez você os reconheceu como um sintoma de insuficiência cardíaca?	68	2,7	1,4	[2,3;3,1]	3,0
12. Reduzir o sal na sua dieta	68	2,5	1,1	[2,2;2,8]	3,0
13. Reduzir a ingestão de líquidos	68	2,5	1,2	[2,2;2,8]	3,0
14. Ingerir um diurético a mais	68	1,6	1,0	[1,3;1,9]	1,0
15. Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação	68	3,1	1,0	[2,8;3,3]	3,0
16. Pense em um dos recursos acima que você tentou na última vez em que teve dificuldade para respirar ou tornozelos inchados, você tem certeza de que este recurso o ajudou?	68	1,4	1,6	[1,0;1,8]	0,0
Escore total - manejo do autocuidado	68	50,0	20,3	[45,0; 54,9]	50,0
Confiança no autocuidado					
17. Estar livre dos sintomas de insuficiência cardíaca?	116	2,4	0,9	[2,2;2,6]	2,0
18. Seguir o tratamento recomendado?	116	3,1	0,6	[3,0;3,3]	3,0
19. Avaliar a importância de seus sintomas?	116	2,6	0,8	[2,4;2,7]	2,5
20. Reconhecer alterações na saúde, caso elas ocorram?	116	2,7	0,8	[2,6;2,9]	3,0
21. Fazer algo que possa aliviar seus sintomas?	116	2,5	0,8	[2,3;2,7]	2,0
22. Avaliar se um medicamento funciona?	116	2,8	0,7	[2,7;3,0]	3,0
Escore total - confiança no autocuidado	116	58,1	18,2	[54,8;61,3]	55,6

*Os dados da subescala manejo do autocuidado são menores porque a escala é administrada apenas aos pacientes que apresentam sintomas de insuficiência cardíaca no último mês.

Tabela 3 - Análise de associação entre as variáveis selecionadas e a *Self-Care Heart Failure Index*, subescala manutenção do autocuidado, versão brasileira (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 20-p

Variáveis	Manutenção do autocuidado			Valor p*
	Média	Desvio-padrão	Mediana	
Gênero				0,542
Masculino	49,5	16,5	49,9	
Feminino	51,8	14,8	53,3	
Raça				0,835
Branco	50,5	16,2	50,0	
Negro	51,6	14,4	53,3	
Parda	48,9	17,0	50,0	
ICC†				0,268
Baixo	46,0	13,6	50,0	
Moderado	51,1	15,6	50,0	
Elevado	53,4	17,2	51,7	
NYHA				0,515
I	50,9	16,7	53,3	
II	48,8	14,3	50,0	
III	53,2	17,1	53,3	
Tipo de atendimento à saúde				0,007
Consulta médica e de enfermagem	54,8	14,6	56,6	
Consulta médica	46,7	15,8	49,9	

*Teste de ANCOVA

†Índice de Comorbidade de Charlson

Tabela 4 - Análise de associação entre as variáveis selecionadas e a *Self-Care Heart Failure Index*, subescala manejo do autocuidado, versão brasileira (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variáveis	Manutenção do autocuidado			Valor p*
	Média	Desvio-padrão	Mediana	
Gênero				0,663
Masculino	48,0	22,1	35,0	
Feminino	52,1	18,2	40,0	
Raça				0,271
Branco	52	20,3	50,0	
Negro	44,7	18,8	40,0	
Parda	50,5	22,9	45,0	
ICC†				0,942
Baixo	46,1	21,5	50,0	
Moderado	50,1	20,2	45,0	
Elevado	53,7	19,7	57,5	
NYHA				0,069
I	41,2	16,2	30,0	
II	45,4	21,5	37,5	
III	57,2	18,1	57,5	
Tipo de atendimento à saúde				0,098
Consulta médica e de enfermagem	55,4	20,1	45,0	
Consulta médica	45,4	19,5	35,0	

*Teste de ANCOVA

†Índice de Comorbidade de Charlson

Tabela 5 - Análise de associação entre as variáveis selecionadas e a *Self-Care Heart Failure Index*, subescala confiança no autocuidado, versão brasileira (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variáveis	Manutenção do autocuidado			Valor p*
	Média	Desvio-padrão	Mediana	
Gênero				0,832
Masculino	57,7	17,8	61,1	
Feminino	58,7	18,8	66,7	
Raça				0,924
Branco	58,6	19,2	66,7	
Negro	57,7	18,5	66,7	
Parda	56,9	13,0	61,2	
ICC†				0,546
Baixo	55,3	17,8	66,7	
Moderado	59,9	17,9	66,7	
Elevado	57,0	19,2	58,4	
NYHA				0,478
I	58,3	19,2	66,7	
II	59,7	17,0	66,7	
III	55,4	19,2	55,6	
Tipo de atendimento à saúde				0,969
Consulta médica e de enfermagem	58,3	16,8	61,1	
Consulta médica	58,0	19,4	66,7	

*Teste de ANCOVA

†Índice de Comorbidade de Charlson

Discussão

Neste estudo, as médias dos escores obtidos nas escalas de manutenção, gestão e confiança no autocuidado da SCHFI, versão 6.2, foram todas abaixo de 70 pontos (Tabela 2) que é o limite mínimo de escores indicativos de autocuidado adequado. Esses

resultados são semelhantes aos de estudos em outros países^(8-10,17-19). Em outro estudo, com amostra de brasileiros residentes do Estado do Rio Grande do Sul, a manutenção do autocuidado (47,0; desvio-padrão-dp=28,3)⁽⁷⁾ e a confiança no autocuidado (58,0; dp=25,5)⁽⁷⁾ foram semelhantes aos deste estudo: (50,0; dp=20,3 e 58,1; dp=18,2, respectivamente, conforme

Tabela 2). No entanto, não ocorreu o mesmo com o manejo do autocuidado, que, no estudo mencionado, teve escore médio de 57,0 (dp=14,3)⁽⁷⁾ e neste 50,5 (dp=15,7; Tabela 2). Ressalta-se que, no estudo de comparação⁽⁷⁾, foram excluídos pacientes com déficit cognitivo e todos tinham participado de pelo menos uma consulta de enfermagem. No presente estudo, 44,8% dos pacientes tinham declínio cognitivo e 52,6% não passaram por consulta de enfermagem (Tabela 1). Esses fatores podem ter contribuído para as diferenças entre os dois estudos.

A proporção de autocuidado adequado (6,9%), na escala manutenção do autocuidado neste estudo, foi inferior ao observado em outros estudos, nos quais a proporção variou de 14,5 a 52,0%^(9-10,17-21). O conteúdo da escala de manutenção do autocuidado trata de comportamentos para manter a estabilidade fisiológica⁽²⁾. A participação em programas multidisciplinares voltados para o controle dos sintomas é estratégia comumente realizada em outras realidades⁽²²⁾, diferentes da realidade da população deste estudo (52,6% recebem assistência apenas do médico), o que poderia explicar os resultados em relação à manutenção do autocuidado. Essa observação pode ser reforçada pelo resultado deste estudo que mostrou que os pacientes acompanhados também pelo enfermeiro apresentaram escores significativamente mais elevados em manutenção do autocuidado ($p=0,007$) (Tabela 3).

Entre os itens da subescala manutenção do autocuidado, os escores médios mais baixos foram para os comportamentos: "Realiza alguma atividade física?", "Exercita-se por 30 minutos?" e "Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?" (Tabela 2). Esses achados são semelhantes aos de outros estudos, evidenciando que o baixo nível de atividade física e a ingestão excessiva de sódio são comuns entre os pacientes com IC, apesar das possíveis diferenças culturais^(9-10,18,23). O baixo nível de atividade física pode estar relacionado à intolerância à atividade e à exacerbação dos sintomas aos esforços, comum em pacientes com IC, e à escassez de programas para a promoção de prática de atividades físicas pelos pacientes com IC, em nosso meio.

Na escala manejo do autocuidado, que trata das respostas dos pacientes aos sintomas quando eles ocorrem, a proporção de pacientes com autocuidado adequado (14,7%) foi superior ao encontrado em amostra de australianos (12,0%)⁽⁶⁾ e de tailandeses (5,0%)⁽¹⁷⁾, mas inferior ao encontrado em amostras de

italianos (24,4%)⁽⁹⁾, de canadenses (21,0%)⁽²¹⁾ e de chineses (34,9%)⁽¹⁰⁾.

O item "Ingerir um diurético a mais" teve um dos menores escores na escala de manejo do autocuidado (Tabela 2), o que pode ter contribuído para que o escore médio nessa escala tenha ficado muito abaixo do adequado, assim como o observado em outros estudos^(7,9-10). No ambulatório, onde foi realizada esta pesquisa, recomendar o uso de diurético extra, assim como em outros países⁽⁹⁻¹⁰⁾, não é uma prática rotineira.

Maiores escores em manejo do autocuidado foram associados à menor fração de ejeção ($p=0,001$) e era esperado que maior tempo de experiência com a doença fosse associado ao melhor desempenho em manejo do autocuidado, o que não ocorreu ($r=0,239$; $p=0,052$). Estudos com amostras maiores poderão revelar correlação significativa entre essas variáveis, o que seria consistente com o modelo teórico da SCHFI. Esse modelo é fundamentado na tomada de decisão naturalista, em que a tomada de decisão depende da experiência e do conhecimento que foi desenvolvido por meio da experiência⁽²⁾. Para pacientes com IC, a chave para a tomada de decisão naturalista é o reconhecimento dos sintomas, o que explicaria a expectativa de maiores escores em manejo do autocuidado em pacientes com maior tempo de experiência com a doença⁽²⁾. O autocuidado requer habilidades de aprender, perceber, interpretar e responder, sendo a tomada de decisão um processo importante para o gerenciamento em saúde⁽²⁴⁾. Neste estudo, o comprometimento cognitivo foi presente na maioria da população avaliada (52%), o que possivelmente pode ter contribuído para baixos escores na escala de autocuidado. Uma revisão sistemática mostrou que pacientes com IC apresentam significativamente pior desempenho cognitivo do que os controles saudáveis e pacientes com doenças cardíacas isquêmicas⁽²⁵⁾. Considerando a importância da tomada de decisão na teoria do autocuidado na IC, a cognição é variável importante a ser considerada. O comprometimento cognitivo tem prevalência relevante nessa população. Portanto, conhecer o comportamento de autocuidado em pacientes com IC e com comprometimento cognitivo pode direcionar o enfermeiro para a escolha das melhores estratégias educativas que auxiliem esse paciente a adquirir e manter autocuidado adequado.

Embora a situação do autocuidado na amostra deste estudo seja preocupante, os pacientes que eram acompanhados também pelo enfermeiro, e não apenas pelo médico, mostraram maiores pontuações na escala de

manutenção do autocuidado e de manejo do autocuidado nos testes de associação (Tabelas 3 e 4). Para melhor interpretar os resultados obtidos seria necessário dispor de dados sobre as razões pelas quais determinados pacientes são encaminhados para acompanhamento por enfermeiro. Pela baixa disponibilidade de enfermeiros para a demanda de pacientes, admite-se que são encaminhados os pacientes que têm mais problemas para o controle da doença, o que pode fazer mais difícil alcançar o autocuidado adequado. Além disso, foi possível observar que as orientações de enfermagem praticadas no local do estudo focalizavam queixas pontuais apresentadas pelos pacientes, sem uma orientação teórica, como a do autocuidado na IC, que fornece estrutura para o estabelecimento de programas voltados para desenvolver o autocuidado, integrando as dimensões de manutenção e gerenciamento⁽²²⁾. As intervenções que focalizam comportamentos específicos de autocuidado são mais efetivas que programas gerais de educação⁽²³⁾. O papel fundamental do enfermeiro é a educação do paciente para o reconhecimento precoce dos sintomas, para as melhores decisões a serem adotadas na vigência dos sintomas e avaliação da eficácia das atitudes tomadas.

A proporção de pacientes com confiança no autocuidado adequado (19,0%) foi semelhante a de estudos realizados em países desenvolvidos: Itália (21,2%)⁽⁹⁾ e Canadá (22,0%)⁽²¹⁾. A confiança no autocuidado requer habilidades cognitivas que impactam diretamente o processo de tomada de decisão terapêutica e o desempenho do autocuidado do paciente⁽²⁴⁾. Acredita-se que a confiança no autocuidado tenha efeito moderador do autocuidado em diferentes desfechos como, por exemplo, na adesão. A implementação de programas multidisciplinares com visitas domiciliares e seguimento telefônico para que o paciente reconheça e maneje adequadamente seus sintomas é uma combinação, cuja eficácia para o autocuidado pode incluir o fortalecimento da confiança do paciente no domínio de sua condição de saúde^(8,11).

Outra consideração importante é que a escala de confiança no autocuidado pode sofrer influência da desejabilidade social⁽²³⁻²⁴⁾, o que requer cautela na interpretação dos resultados relativos a essa escala.

Os valores de alfa de Cronbach obtidos neste estudo, para o escore total da SCHFI (0,70), subescala de manutenção (0,47) e confiança no autocuidado (0,74), foram semelhantes ao encontrado no estudo de adaptação da SCHFI para a versão brasileira⁽⁷⁾ (0,77, 0,43 e 0,94, respectivamente), e inferior (0,40) ao encontrado

na subescala de manejo do autocuidado (0,76). Esse resultado sugere que, na amostra estudada, as questões que compõem essa subescala merecem mais atenção.

Limitações

As principais limitações deste estudo foram o reduzido tamanho da amostra, estudo realizado com pacientes de sintomas leves a moderados (NYHA classes I, II e III), provenientes de um único hospital especializado e de ensino, baixos valores de alfa de Cronbach da SCHFI, além de delineamento transversal o que não permite estabelecer relações temporais entre as variáveis.

Conclusões

Neste estudo com amostra de brasileiros, o autocuidado mostrou-se inadequado, porém semelhante ao de pacientes de outros países. Outros estudos com amostras de brasileiros devem ser conduzidos com a finalidade de testar o modelo de autocuidado na IC e identificar variáveis potencialmente envolvidas na resposta de autocuidado.

Os resultados desta pesquisa serão úteis para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que possam promover/melhorar o autocuidado dessa população, especialmente por meio do uso do modelo de autocuidado na IC para desenvolver intervenções. Ações educativas, por meio de consultas de enfermagem, podem e devem ser utilizadas para capacitar os pacientes para o reconhecimento e manejo dos sintomas.

Estudos que produzam e sintetizem evidências sobre as intervenções para o gerenciamento/manutenção do autocuidado em pacientes com IC são necessários para orientar as decisões terapêuticas da equipe, tendo em vista a melhor qualidade de vida possível desses pacientes.

Agradecimentos

A todos os pacientes que participaram desta pesquisa, à Diretora de Enfermagem e enfermeiros do Ambulatório de IC e Disfunção Ventricular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, pelo apoio durante a pesquisa, e aos enfermeiros colaboradores na coleta de dados.

Referências

1. Schnell-Hoehn KN, Naimark BJ, Tate RB. Determinants of self-care behaviors in community-dwelling patients

- with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(1):40-7.
2. 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.
3. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(8):1143-7.
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases.[Internet]. 2010. [acesso 8 jan 2014]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (2010)
5. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2011;8(11):644-54.
6. Cameron J, Worrall-Carter L, Driscoll A, Stewart S. Measuring self-care in chronic heart failure: a review of the psychometric properties of clinical instruments. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):E10-22.
7. Ávila 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.* [Internet] 2013 [acesso 20jan 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21382750>
8. Dickson VV, Melkus GD, Katz S, Levine-Wong A, Dillworth J, Cleland CM, et al. Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2014. [acesso 10 maio 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.018>.
9. 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;20 [Epub ahead of print].
10. Tung HH, Chen SC, Yin WH, Cheng CH, Wang TJ, Wu SF. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012;11(2):175-82.
11. Agvall B, Alehagen U, Dahlström U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. *Eur J Heart Fail.* 2013;15(2):228-36.
12. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser D, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart Failure Self-care in Developed and Developing Countries. *J Card Failuire.* 2009;15(6):508-16.
13. González B, Lupón J, Domingo MDM, Cano L, Cabanes R, de Antonio M, et al. Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(5):459-65.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1 supl1):1-33.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(3B):777-781.
16. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(3):373-83.
17. Lee CS, Suwanno J, Riegel B. The relationship between self-care and health status domains in Thai patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009;8(4):259-66.
18. Britz JA, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010;22(9):480-7.
19. Dennison CR, McEntee ML, Samuel L, Johnson BJ, Rotman S, Kieley A, et al. Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self care confidence in hospitalized patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(5):359-67.
20. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *Eur J Heart Fail.* 2010; 12(5):508-15.
21. Harkness K, Heckman GA, Akhtar-Danesh N, Demers C, Gunn E, McKelvie RS. Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(3):277-84.
22. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44(4):810-9.
23. Jaarsma T, Stromberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Hans-Dirk D et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Educ Couns.* 2013; 92(1):114-20.
24. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Glaser D, et al. Validity and reliability of the caregiver contribution to self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* 2013;28(3):245-55.
25. Vogels RL, Oosterman JM, Van Harten B, Scheltens P, Flier WM, Schroeder-Tanka JM, et al. Profile of cognitive impairment in chronic heart failure. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(11):1764-70.

Recebido: 07.07.2014

Aceito: 23.02.2015