

Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca

Self-care of individuals with heart failure

Autocuidado de individuos con insuficiencia cardiaca

Fabiane Bomfim da Silva Costa^I, Glicia Gleide Gonçalves Gama^{II}, Andreia Santos Mendes^{III}

Resumo: **Objetivo:** descrever o nível de autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca (IC). **Método:** estudo descritivo, realizado num ambulatório de cardiologia em Salvador, Bahia, no período de setembro e outubro de 2017 e em janeiro de 2018. Foram feitas entrevistas gravadas utilizando instrumento próprio e aplicado a Escala Europeia de comportamento do autocuidado na Insuficiência Cardíaca (EEAIC). **Resultados:** a amostra foi composta por 43 indivíduos, do sexo masculino (53,5%), entre 51 a 60 anos (34,9%), raça/cor autodeclarada negra (46,5%), vivendo com companheiro(a) (51,2%), baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto 41,9%) e baixa renda (39,5%). Com relação ao autocuidado, o valor médio do *score* na EEAIC foi de 30,1 ($\pm 7,4$). Evidenciou-se que 46,5% dos entrevistados apresentaram capacidade inadequada para o autocuidado (*score* total entre 31 a 50 pontos). **Conclusão:** o comportamento de autocuidado foi de moderado à insatisfatório sugerindo implementação de práticas educativas efetivas para capacitar os indivíduos no manejo da doença.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Autocuidado; Escala de avaliação comportamental; Educação em Saúde; Enfermagem

Abstract: **Objective:** to describe the self-care level of individuals with heart failure. **Method:** a descriptive study, performed in a cardiology outpatient clinic in Salvador, Bahia, during the period of September and October, 2017 and January, 2018. Recorded interviews were performed using appropriate instruments and applying the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (EHFScBs). **Result:** the sample comprised 43 individuals of the male gender (53.5%), between the ages of 51 and 60 years (34,9%), self-declared race/skin color black (46.5%), living with a partner (51.2%), low schooling (incomplete primary education 41.9%) and low income (39.5%). In relation to self-care, the average EHFScBs score was of 30.1 (± 7.4). It was evidenced that 46.5% of the interviewed parties presented inadequate self-care capacity (total score between 31 and 50 points). **Conclusion:** self-care behavior was between moderate and unsatisfactory, suggesting the implementation of effective educational practices to enable individuals to handle the disease.

^I Enfermeira. Especialista. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, BA, Brasil. E-mail: fabianeomfim@yahoo.com.br. ORCID® 0000-0002-4205-757X

^{II} Enfermeira. Doutora. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, BA, Brasil. E-mail: gliaggiama@gmail.com. ORCID® 0000-0002-0221-0453

^{III} Enfermeira. Mestre. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, BA, Brasil. E-mail: mendes.msa@gmail.com. ORCID® 0000-0002-6929-3951



Descriptors: Heart Failure; Self-care; Behavior Scale; Health Education; Nursing

Resumen: Objetivo: describir el nivel de autocuidado de individuos con insuficiencia cardíaca (IC). **Método:** estudio descriptivo, realizado en un ambulatorio de cardiología en Salvador, Bahia, en el periodo de septiembre a octubre de 2018. Fueron realizadas entrevistas grabadas utilizando instrumento propio y aplicado la Escala Europea de comportamiento del autocuidado en la Insuficiencia Cardíaca (EEAIC). **Resultados:** la muestra fue compuesta por 43 individuos, del sexo masculino (53,5%), entre 51 a 60 años (34,9%), raza/color de piel auto declarada negra (46,5%), viviendo con compañero(a) (51,2%), baja escolaridad (enseñanza fundamental incompleta 41,9%) y baja renta (39,5%). Con relación al autocuidado, el valor promedio del puntaje en el EEAIC fue de 30,1 ($\pm 7,4$). Se evidenció que 46,5% de los entrevistados presentaron capacidad inadecuada para el autocuidado (puntaje total entre 31 a 50 puntos). **Conclusión:** el comportamiento del autocuidado fue de moderado a insatisfactorio, sugiriendo la implementación de prácticas educativas efectivas para capacitar los individuos en el manejo de la enfermedad.

Descriptors: Insuficiencia Cardíaca; Autocuidado; Escala de evaluación comportamental; Educación en Salud; Enfermería

Introdução

Apesar dos avanços no tratamento, a prevalência da insuficiência cardíaca (IC) está bastante associada ao envelhecimento populacional e com isso vem sendo destaque devido à elevação do número de casos e dos índices de morbidade e óbito (a sobrevida após 5 anos de diagnóstico pode ser de apenas 35%, índice que reduz conforme aumenta faixa etária). No Brasil, é a primeira causa de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre as doenças cardiovasculares, em pessoas acima de 60 anos, elevando os custos com hospitalização e tratamento medicamentoso. Cerca de 23 milhões de indivíduos são portadores de IC, e 2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano no mundo.¹

Essa enfermidade é caracterizada por sintomas típicos como falta de ar e edema de membros inferiores ou fadiga, que pode ser acompanhada de sinais como elevada pressão venosa jugular e crepitanes pulmonares, que resultam num declínio da qualidade de vida.² Assim, o autocuidado é a capacidade que o indivíduo tem de distinguir fatores que devem ser controlados ou administrados para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento, permitindo o desempenho de forma autônoma de tarefas que visem à promoção da saúde, à

prevenção de agravos e o cuidado com a doença, envolvendo os aspectos espirituais, físicos, mentais e sociais, proporcionando qualidade de vida.³

A falta de conhecimento sobre a patologia pode contribuir para a piora da qualidade de vida das pessoas com IC, favorecer o isolamento social, o aumento das comorbidades, ausência ou inadequação do autocuidado, desconhecimento de sinais e sintomas, e não adesão ao tratamento. Como consequência, observa-se muitas vezes uma piora clínica e aumento dos custos nos serviços de saúde, já que o entendimento sobre esta nova condição é considerado um componente central para o tratamento clínico e reabilitativo.⁴

Para a realização do autocuidado, indivíduos com IC muitas vezes se deparam com as limitações em suas atividades usuais, com comprometimento da interação social e progressiva perda de autonomia física.⁵ Este cenário, muitas vezes vem associado a tratamentos complexos e com inserção de vários medicamentos, que resultam em alterações do estilo de vida, e no comprometimento da qualidade de vida destas pessoas e da sua família, demandando acompanhamento permanente da equipe de saúde.⁶

Para este acompanhamento e estratificação dos sintomas da IC, os profissionais de saúde usualmente realizam uma classificação da doença. A classificação funcional da *New York Heart Association* (NYHA) foi atualizada em 1994, sendo um instrumento com validade e confiabilidade estabelecidas. A NYHA avalia o efeito sintomático da doença cardíaca, permitindo estratificar o grau de limitação imposto por ela para atividades cotidianas. Segundo a associação, os indivíduos com IC são classificados em quatro: classe I - ausência de sintomas durante atividades cotidianas, com limitação para esforços semelhante à esperada em indivíduos saudáveis; classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas; classe IV - sintomas em repouso.⁶

Também no cuidado assistencial da IC, vem sendo verificado escores de autocuidado, medidos por meio de instrumentos de avaliação validados. Esta estratégia favorece a

identificação das fragilidades relacionadas às ações de autocuidado, com vistas à redução das taxas de reinternações por IC agudamente descompensada, que se refere ao aparecimento súbito de fadiga, falta de ar e edema que ocorre quando a função cardíaca está prejudicada e não consegue atender as demandas do corpo.⁷ Diante do exposto, suscitou a seguinte questão de pesquisa: qual o nível de autocuidado de indivíduos com IC? Desta forma, o estudo teve como objetivo descrever o nível de autocuidado de indivíduos com IC.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado no ambulatório de cardiologia, unidade que compõe o complexo assistencial pertencente a um Hospital Universitário no município de Salvador, Bahia. A amostra foi selecionada por conveniência sendo entrevistados um total de 43 indivíduos. As abordagens ocorreram entre os meses de setembro e outubro de 2017 (às sextas-feiras) e em janeiro de 2018 (às terças-feiras e sextas-feiras), das 13 às 19 horas antes ou após consulta médica. A não realização de coleta nos meses de novembro e dezembro de 2017 se deu pela realização do estágio eletivo da pesquisadora em outro Estado do país.

Pessoas elegíveis para pesquisa foram verificadas a partir da seleção de prontuários feita mediante os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de IC confirmado (CID: I 50); possuir registro de IC em evolução médica no prontuário nos últimos 12 meses; e maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com linguagem e função cognitiva prejudicada (método observacional ou relatado pela família); pessoas com a clínica descompensada no momento do recrutamento (alteração no padrão respiratório e/ou mal-estar clínico).

Para aqueles que se enquadravam no perfil, foi exposto e apresentado o objetivo da pesquisa e convidado para participação voluntária, mediante assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. As entrevistas estruturadas foram realizadas em sala privativa.

Neste estudo, na fase de recrutamento, não houve indivíduos excluídos de acordo com os critérios relatados acima, e também, não houve recusas.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista gravada utilizando um instrumento próprio estruturado composto por dados de caracterização de perfil socioeconômico e demográfico (sexo, idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, renda e procedência) e dados clínicos (tempo do diagnóstico, classificação da NYHA, quantidade de internamentos e quando foi o último - onde/tempo de permanência). Foi também utilizada a Escala Europeia de comportamento do autocuidado na Insuficiência Cardíaca (EEAIC) que consiste de 12 questões (mínimo de 12 pontos e máximo de 60 pontos).⁸

A EEAIC foi desenvolvida por Tiny Jaarsma e colaboradores na Holanda, em 2003, e validada para a língua portuguesa no ano de 2013. Compreende que quanto maior o *score*, pior é o comportamento de autocuidado. Ela avalia os dois comportamentos-chave para o autocuidado na IC: o reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e a tomada de decisão na ocorrência desses sintomas, guiando a equipe de saúde nas suas estratégias individualizadas com consequente alcance da estabilidade clínica.⁸

Os instrumentos de coleta de dados foram testados na rotina de atendimento do ambulatório de cardiologia, a partir de um pré-teste no dia 25 de agosto de 2017, em que foram abordados cinco indivíduos. Sendo necessários ajustes no instrumento próprio: no item de tempo de permanência foi incluído o período “dias”; no item sobre o último internamento foi substituído o período de “anos” para “meses”. Além disso, foi realizada adequação do tempo de entrevista (uso de perguntas mais objetivas, termos técnicos e jargões profissionais para facilitar entendimento e evitar repetição) e verificado a necessidade de corresponder analogicamente às respostas numéricas da EEAIC (1= sempre; 2=quase sempre; 3=às vezes; 4=quase nunca e; 5=nunca) a fim de melhorar a compreensão dos indivíduos entrevistados, devido grau de instrução dos mesmos.

Os dados foram tabulados e processados por meio do *Microsoft Office Excel* 2016. Foi utilizada estatística descritiva e as variáveis foram apresentadas em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). O estudo foi aprovado em 18 de agosto de 2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos sob protocolo o n° 2.227.952, obedecendo às exigências éticas, conforme o previsto na Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo dados de seres humanos.

Resultados

A amostra foi composta por 43 indivíduos, a maioria de faixa etária de 51 a 60 anos (34,9%), sexo masculino (53,5%), raça/cor autodeclarada negra (46,5%), baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto 41,9%), vivendo com companheiro(a) (51,2%), renda menor ou igual a um salário mínimo (39,5%) e residiam na região metropolitana de Salvador (76,7%).

Considerando a NYHA na população estudada, a classe funcional II foi prevalente (44,2%), sendo que esta classificação não foi encontrada no prontuário de 18,6% dos entrevistados. Nessa amostra, 23,2% obtiveram o diagnóstico de IC entre 2 a 5 anos e 44,1% nunca teve necessidade de internação hospitalar para acompanhamento da doença. Para aqueles que já tiveram internados (55,9%), a maioria só teve um internamento e a duração mais frequente foi menor que um mês (em torno de 5 dias). No que se refere aos padrões de respostas de cada item da EEAIC, a distribuição por cada item encontra-se pormenorizada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos de acordo com respostas por cada item da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (EEAIC). Salvador-Bahia, 2017-2018.

EEAIC*	Concordo plenamente			Discordo plenamente	
	Score	Score	Score	Score	Score
	1	2	3	4	5
1.Peso-me todos os dias	1 (2,3%)	1 (2,3%)	12 (27,9%)	2 (4,6%)	27 (62,8%)
2.Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo.	37 (86%)	4 (9,3%)	2 (4,6%)		
3.Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro.	20 (46,5%)		5 (11,6%)	1 (2,3%)	17 (39,5%)
4.Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro.	26 (60,5%)		2 (4,6%)	1 (2,3%)	14 (32,5%)
5.Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro.	15 (34,9%)		1 (2,3%)	4 (9,3%)	23 (53,5%)
6.Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia).	13 (30,2%)	1 (2,3%)	4 (9,3%)		25 (58,1%)
7.Faço um momento para o descanso durante o dia.	38 (88,4%)	1 (2,3%)	2 (4,6%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
8.Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro.	22 (51,2%)	3 (7%)	2 (4,6%)	1 (2,3%)	15 (34,9%)
9.Faço uma dieta com pouco sal.	34 (79%)	2 (4,6%)	3 (7%)	1 (2,3%)	3 (7%)
10.Tomo a medicação tal como foi receitada.	37 (86%)	5 (11,6%)	1 (2,3%)		
11.Tomo a vacina da gripe todos os anos.	26 (60,5%)	4 (9,3%)	1 (2,3%)		12 (27,9%)
12.Faço exercício regularmente.	15 (34,9%)	1 (2,3%)	3 (7%)	1 (2,3%)	23 (58,1%)

* EEAIC: Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca.

Os maiores percentuais no *score* 5 (discordo plenamente) foram evidenciados nas seguintes ações: a vigilância diária do peso corporal, limitar a quantidade de líquidos e executar alguma atividade física regular. Além de não associar o aumento de peso como um sinal de

descompensação da IC. Entretanto, mostra também o enfoque ao tratamento medicamentoso e pouca adesão a comportamentos adequados para o autocuidado na IC.

Sobre o valor do *Score* total da EEAIC, a distribuição por valor de cada participante está apresentada na Tabela 2. Na interpretação da escala, quanto maior o *score*, pior é o comportamento de autocuidado.

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o valor do *score* total da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Salvador-Bahia, 2017-2018.

<i>Score</i>	≤20	21≥30	31≥50
n(%)	06 (13,95%)	17 (39,54%)	20 (46,51%)

Na avaliação do *score* total das respostas da EEAIC, foi verificado, na amostra, um valor médio de 30,1(±7,4). Houve o destaque no *score* total entre 31 e 50 pontos para 46,5% dos entrevistados (Tabela 2).

Discussão

A classificação funcional da NYHA é usada para descrever e classificar a gravidade dos sintomas, se baseia no grau de tolerância ao exercício e varia desde a ausência até a presença de sintomas mesmo em repouso. Ela permite avaliar pessoas com IC clinicamente, auxilia no manejo terapêutico e tem relação com o prognóstico.⁶ Foi identificado uma maior prevalência da classe funcional II (44,18%), cujo sintomas são desencadeados por atividades cotidianas. Embora apresentem sintomas mais brandos e internações menos frequentes, o processo da doença nem sempre é estável, e estes indivíduos podem apresentar morte súbita, sem piora clínica.⁶

Chama atenção que em 18,6% dos entrevistados a classificação funcional não foi notificada em prontuário médico. Não seria adequado estabelecer neste estudo causas isoladas para tal ação. Estudo aponta que a fragilidade no preenchimento adequado do prontuário

médico se estende à formação profissional e ao processo gerencial das organizações de saúde.⁹ O presente estudo foi realizado em hospital universitário, em que há uma manipulação dos prontuários por diversos níveis de formação médica, atrelado ao modelo de prontuário ainda físico e também à falta de controle e cobrança da própria instituição. Tais ações podem ter sido as causas desta subnotificação.

A transição da internação para o acompanhamento ambulatorial é um período de vulnerabilidade, devido à complexidade da natureza progressiva da IC, com impacto no prognóstico e que pode se estender por até seis meses após a alta hospitalar. Nesse contexto, a atuação dos profissionais de saúde é fundamental nas ações que podem minimizar o risco de internações.¹⁰ Na amostra estudada, houve o destaque de 44,18% para àqueles que nunca foram internados por descompensação, o que revela uma possível melhor condição clínica.

Estratégias terapêuticas com abordagem multiprofissional são essenciais para manutenção da capacidade funcional, enfrentamento e controle da enfermidade, já que a IC contempla a visão integral da atenção à saúde.¹¹ Destaca-se o profissional enfermeiro, como aquele que possui em sua prática diária métodos importantes voltados para educação em saúde, que favorece a abordagem em seus atendimentos.¹¹

A verificação dos *scores* de autocuidado, medidos por meio de instrumentos validados, possibilita que sejam identificadas as fragilidades no que abrangem às ações de autocuidado, para que posteriormente sejam elaboradas intervenções voltadas à alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial, com vistas à redução das taxas de reinternações por IC agudamente descompensada.⁷ Foi evidenciado um valor médio do *score* total da EEAIC de 30,1 ($\pm 7,4$), e cerca de 46,5% dos participantes apresentaram *score* total entre 31 a 50 pontos, indicando autocuidado insatisfatório. Dessa maneira, é indispensável a valorização de medidas educativas, levando-se em conta as necessidades identificadas pelos pacientes, voltadas também para a promoção do autocuidado.¹²

No que se refere aos resultados dos padrões de respostas e distribuição de cada item da EEAIC, foi verificado que o item “1- Peso-me todos os dias”, assume uma maior concentração de respostas nos *scores* 3 (27,9%) e 5 (62,8%), indicando que a maioria não faz a verificação do peso corporal diariamente. Esta ação impacta de forma negativa no autocuidado, no que se refere ao auto reconhecimento de sinais ou sintomas, pois o adequado controle do peso também é importante para perceber uma descompensação aguda, o que pode ocorrer quando há ganho de peso significativo em curto espaço de tempo (aproximadamente > 2 kg em 3 dias) .¹³

No item “2- Se fico com falta de ar, abrando o meu ritmo” da EEAIC, a grande parte dos entrevistados posicionou-se no *score* 1 (86%) do instrumento, em que afirmam que quando tem falta de ar, diminuem o ritmo. Esse sintoma se deve a incapacidade do coração em manter débito cardíaco que satisfaça as necessidades teciduais de oxigênio, além de ser reduzido o aporte sanguíneo periférico. No entanto, repouso prolongado ou inatividade podem causar atrofia muscular, exacerbação dos sintomas de IC, tromboembolismo e redução de tolerância ao exercício.¹⁴

O receio deste cansaço e/ou padrão do estado de saúde pode ter impactado diretamente na resposta do item “12- Faço exercício regularmente” da EEAIC, no qual a maior parte dos entrevistados posicionaram-se no *score* 5 (58,1%) do instrumento, indicando que há dificuldade em realizarem alguma atividade física face à sua condição de saúde. Indivíduos com IC habitualmente não praticam exercícios físicos, devido à exacerbação de sintomas da doença. Sabe-se também que este promove benefícios nesta população, porém a orientação sobre o exercício deve ser individualizada e de acordo com o grau da IC e a idade.¹⁵ A inserção de pessoas com IC em programas de reabilitação cardiovascular pode ser considerada um complemento à terapia farmacológica pelo cardiologista, visto que sua inserção em programas de exercícios aliado ao tratamento medicamentoso pode melhorar a qualidade de vida e reduzir a intolerância ao esforço.¹⁶

A dispnéia e a fadiga, durante o exercício, constituem os principais sintomas clínicos da IC, induzindo os pacientes a interromperem precocemente a atividade física e, com o tempo, ocorre restrição das atividades cotidianas e pelo círculo vicioso de inatividade, há piora da capacidade física e conseqüente redução da qualidade de vida.¹⁷ No item “7- Faço um momento para o descanso durante o dia” da EEAIC, grande parte dos participantes assinalaram o *score* 1 (88,4%) do instrumento concordando plenamente com a afirmativa.

No início do curso da doença, esses comprometimentos se manifestam durante o exercício, mas com a evolução da doença, os sintomas passam a ocorrer com esforços progressivamente menores, até serem observados ao repouso.¹³ Para o item “3- Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro” e no “8- Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro” da EEAIC, a maioria dos participantes posicionaram-se no *score* 1 (46,5%) e 51,2% respectivamente, informando que concordam com estas duas afirmativas.

Indivíduos que chegam ao hospital não edemaciados apresentaram taxas de mortalidade significativamente reduzida, sendo que este sinal clínico, além de frequente, é um importante preditor de desfecho negativo nas descompensações agudas.¹⁴ Nesse trabalho, quando questionados sobre o item “4- Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro” da escala, a maioria dos participantes posicionou-se no *score* 1 (60,5%), ou seja, procuraram ajuda dos profissionais de saúde quando verificaram edema nos pés ou nas pernas. Porém, sobre o item “5- Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro”, situou-se no *score* 5 (53,5%), indicando que quando identificou um rápido aumento de peso num curto período, não procurou assistência dos profissionais de saúde, correspondendo ao achado dos autores supracitados.

Há evidências de que o consumo excessivo de sódio e o de fluidos associa-se ao agravamento da hipervolemia, constituindo fator de descompensação e risco de hospitalização na IC crônica sintomática. Recomenda-se que se evite ingestão excessiva e níveis maior que 7 g

de cloreto de sódio por dia.⁶ Na amostra estudada, sobre o item "6- Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)" da EEAIC, 58,1% dos entrevistados posicionaram-se no *score* 5, indicando que não fazem restrição quanto à quantidade de líquidos que ingerem diariamente. Já no item "9- Faço uma dieta com pouco sal", a maioria dos participantes assinalaram o *score* 1 (79%), concordando que seguem uma dieta com pouco sal.

Medicamentos de uso contínuo que modificam a evolução da IC não são fáceis de serem iniciados dentro de um curto período de tempo de hospitalização, e esses podem experimentar um aumento do risco de rehospitalização ou morte após alta, simplesmente por falta da administração da terapia correta.¹⁰ Sendo assim, a orientação multiprofissional e de seus familiares é considerada um componente fundamental, com impacto positivo em desfechos clínicos.⁶ Sobre o item "10- Tomo a medicação tal como foi receitada" da EEAIC, 86% dos entrevistados posicionaram-se no *score* 1, concordando que fazem a ingestão diária e nos respectivos horários dos fármacos prescritos.

A vacinação para influenza e pneumococo é uma das medidas preventivas na IC, visto que houve redução nas internações por doença cardiovascular daqueles que foram vacinados. Essa recomendação está presente na última diretriz brasileira para IC.⁶ Na amostra estudada, sobre o item "11- Tomo a vacina da gripe todos os anos" da escala, a maioria dos participantes posicionaram-se no *score* 1 (60,5%) do instrumento, concordando que recebem a vacinação anual contra a gripe.

O autocuidado em pessoas com IC está diretamente relacionado aos comportamentos que os mesmos têm para manter a sua saúde e quais são as decisões que tomam quando ocorre uma piora dos sintomas. A manutenção do autocuidado envolve a utilização e aplicação diária de: recomendações farmacológicas, consumo de dieta com pouco sal, cessação do uso de tabaco, consumo limitado de álcool, monitoração diária do peso e de sinais ou sintomas de descompensação da IC. Trata-se de um processo de tomada de decisão em que os indivíduos

escolhem comportamentos que podem manter a estabilidade fisiológica, e a resposta às manifestações clínicas quando ocorrem.¹⁸

Sobre o nível de autocuidado, verificou-se que a maioria dos participantes apresentaram de moderado à insatisfatória capacidade de atenção as próprias necessidades, com um valor médio do *score* total obtido no instrumento de 12 itens de 30, 1 ($\pm 7,4$) e relevância no *score* total entre 31 a 50 pontos, para 46,5% dos entrevistados, configurando uma amostra com déficits de autocuidado. Tais respostas chamam a atenção para realização de práticas educativas no ambiente ambulatorial, que fomentem modificações comportamentais e os auxiliem a estabelecer atitudes para a manutenção do estado de saúde. O indivíduo com IC deve ser participante ativo de sua saúde, cabendo não apenas priorizar o reestabelecimento do estado clínico, mas o entendimento de que as práticas de cuidado pessoal precisam estar cada vez mais consolidadas, com o intuito de evitar ou reduzir o número de reinternações hospitalares por descompensação da doença e melhora da sua qualidade de vida.

Conclusão

Indivíduos com IC atendidos em ambulatório de cardiologia tem comportamento de autocuidado de moderado à insatisfatório. Este déficit chama a atenção para implementação de práticas educativas efetivas, visando à capacitação destes para o reconhecimento e manejo dos sintomas, no cenário ambulatorial, fomentando o autocuidado.

Os dados obtidos no estudo auxiliaram na identificação de algumas ações de autocuidado que precisam ser alteradas ou incluídas para o melhor controle da IC e, conseqüente, melhoria na qualidade de vida. Sugere-se que estratégias de educação em saúde voltadas para o autocuidado sejam implementadas durante o tratamento de pessoas com IC. A elaboração de protocolo assistencial para guiar a abordagem dos profissionais e cartilhas educativas pode

garantir uma assistência mais eficaz e conseqüentemente reduzir os índices de complicações e mortalidade da doença.

Como limitações do estudo pode-se considerar o tamanho reduzido da amostra e o tempo de coleta de dados. Sugere-se ampliação do número de entrevistado para aumentar o poder do estudo e realizar seguimento da amostra (novo desenho de estudo), e assim confirmar efetivamente os benefícios do autocuidado.

Referências

1. Poffo MR, Assis AV, Fracasso M, Londero Filho OM, Alves SMM, Bald AP, et al. Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Int J Cardiovasc Sci*. 2017;30(3):189-98. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20170044>
2. Freitas AKE, Cirino RHD. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. *Rev Med UFPR [Internet]*. 2017 jul-set [acesso em 2019 set 28];4(3):123-36. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/56397/33902>
3. Tossin BR, Souto VT, Terra MG, Siqueira DF, Mello AL, Silva AA. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. *REME Rev Min Enferm*. 2016; 20:e940. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160010>
4. Bonin CDB, Santos RZ, Erkmann N, SouzaVF, Assis AV, Benetti M. Conhecimento sobre a insuficiência cardíaca em participantes e não participantes de reabilitação. *Int J Cardiovasc Sci [Internet]*. 2016 [cited 2019 jul 04];29(6):453-9. Available from: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/29/29-6/original4.asp>
5. Jorge AJL, Rosa MLG, Correia DMS, Martins WA, Ceron DMM, Coelho LCF, et al. avaliação da qualidade de vida em pacientes com e sem insuficiência cardíaca na atenção primária. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(3):248-52. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170123>
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2018 [acesso em 2019 jun 25];111(3):436-539. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>
7. Linn AC, Azzolin K, Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):469-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034->

7167.2016690312i

8. Pereira FAC. O autocuidado na insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português [dissertação]. Porto (Portugal): Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2013 [acesso em 2019 jul 19]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70811/2/30857.pdf>
9. Sampaio AC. Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em cinco hospitais do Recife/PE [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010 [acesso em 2020 abr 24]. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010sampaio-ac.pdf>
10. Mesquita ET, Jorge AJL, Rabelo LM, Souza Júnior CV. Entendendo a hospitalização em pacientes com insuficiência cardíaca. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 22]; 30(1):81-90. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n1/pt_2359-4802-ijcs-30-01-0081.pdf
11. Campelo RC, Silva WC, Batista NJC. Atuação do enfermeiro nas orientações para a prevenção de fatores agravantes na Insuficiência Cardíaca Congestiva: revisão integrativa. *Braz J Surg Clin Res* [Internet]. 2018 set-nov [acesso em 2019 set 04];24(2):176-80. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181006_151416.pdf
12. Sposito NPB, Kobayashi RM. Conhecimento das mulheres com insuficiência cardíaca. *REME Rev Min Enferm*. 2016;20:e982. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160052>
13. Freitas AKE, Cirino RHD. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. *Rev Med UFPR* [Internet]. 2017 jul-set [acesso em 2019 jul 08];4(3):123-36. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/56397/33902>
14. Viana PAS, Carneiro Neto JD, Novais CT, Guimarães IF, Lopes YS, Reis BC. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada. *SANARE, Rev Polít Públicas (Sobral)*. 2018 jan-jun;17(1):15-23. doi: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1218>
15. Jaenisch RB, Faralozzo F. Efeito do treinamento resistido em pacientes insuficiência cardíaca. *Rev Perspect Ciênc Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 15];2(1):124-36. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/46>
16. Calegari L, Barroso BF, Bratz J, Romano S, Figueiredo GF, Ceccon M, et al. Efeitos do treinamento aeróbico e do fortalecimento em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Med Esporte*. 2017 mar-abr;23(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220172302153651>
17. Silva PLS, Mendes FCV. Fisioterapia no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva. *Braz J Surg Clin Res* [Internet]. 2017 jun-jul [acesso em 2019 jun 27];19(1):115-22. Disponível em:

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170605_151326.pdf

18. Medeiros J, Medeiros CA. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e51082. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>

Autor correspondente

Fabiane Bomfim da Silva Costa

E-mail: fabianeбомfim@yahoo.com.br

Endereço: Conjunto Vale dos Lagos, Rua D, BL 317, AP 102, São Rafael, Salvador, Bahia.

CEP: 41250-470

Contribuições de Autoria

1 – Fabiane Bomfim da Silva Costa

Análise e interpretação dos resultados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Padronização das normas de acordo com a revista; Aprovação da sua versão final.

2 – Glicia Gleide Gonçalves Gama

Planejamento da pesquisa; Análise e interpretação dos resultados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Padronização das normas de acordo com a revista; Aprovação da sua versão final.

3 – Andreia Santos Mendes

Análise e interpretação dos resultados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Padronização das normas de acordo com a revista; Aprovação da sua versão final.

Como citar este artigo

Costa FBS, Gama GGG, Mendes AS. Autocuidado de Indivíduos com Insuficiência Cardíaca. *Rev. Enferm. UFSM.* 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e46: 1-16. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769240711>