

## RESEARCH ARTICLE

*The self-care in people with heart failure*

## O autocuidado na pessoa com Insuficiência Cardíaca

Helena Martins<sup>1</sup>; Rui Gonçalves<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 3000-075 Coimbra<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Apartado 7001, 3046-851 Coimbra

**Citation:** Martins, H. & Gonçalves, R. (2017). The self-care in people with heart failure. *Res Net Health* 3, e-1-12.

**Received:** 30<sup>th</sup> June 2017

**Accepted:** 7<sup>th</sup> November 2017

**Published:** 30<sup>th</sup> December 2017

**Copyright:** This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Corresponding Author**

Rui Gonçalves  
rgoncalves@esenfc.pt

**Abstract**

**Introduction** Heart Failure (HF) is characterized as the last stage of all cardiovascular diseases. Nursing care directed to the adequacy of management, maintenance and confidence of the self-care has proven to be a key strategy for a person with heart failure, in such a way that the person is encouraged to practice self-care in order to improve health outcomes and consequently, the quality of life. The present study aims to analyse how adequate is the self-care practiced by the person with heart failure in terms of self-maintenance, management and trust. **Methods:** Descriptive and correlational study, with the participation of 65 people undergoing hospitalization for HF, who accepted to answer to our data collection tool. **Results:** The ability for self-care is less adequate in the self-care management (90.8%) and self-confidence (93.8%) dimensions and slightly more adequate in the self-care maintenance dimension (87.7%). In the self-management dimension only 9.2% of the respondents had a score > 70, in the confidence dimension 6.2% and in the maintenance dimension 12.3%. **Conclusion:** It is essential to focus on health education practices aimed at people with HF and their significant family members or caregivers, in a way that self-care is the core of the topic to be addressed.

**Keywords:** Nursing, Self-care, Heart failure

**Resumo**

**Introdução:** A Insuficiência Cardíaca (IC) é caracterizada como o último estadió de todas as doenças cardiovasculares. Os cuidados de Enfermagem direcionados para adequação da gestão, manutenção e confiança para o autocuidado da pessoa com IC revelam-se uma estratégia fundamental para melhorar as suas respostas às necessidades e cuidados e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. O presente estudo tem como objetivos analisar quanto adequado é o autocuidado praticado pela pessoa com insuficiência cardíaca ao nível da sua manutenção, gestão e confiança. **Métodos:** Estudo descritivo-correlacional com uma amostra de 65 pessoas com o diagnóstico de IC internadas num serviço hospitalar, que acederam responder ao instrumento de recolha de dados constituído por questionário, constituído por duas partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica e clínica e a segunda referente à escala de autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca. **Resultados:** A capacidade de autocuidado é menos adequada nas dimensões de gestão (90,8%) e de confiança (93,8%) do autocuidado e pouco mais adequada na dimensão da manutenção do autocuidado (87,7%). Verificando-se que na dimensão gestão apenas 9,2% dos inquiridos apresenta um score > 70, na dimensão confiança 6,2% e na dimensão manutenção 12,3% apresenta score > 70. **Conclusão:** Torna-se fundamental dar enfoque às práticas de educação para a saúde direcionadas para as pessoas com IC e seus familiares/pessoas significativa, sendo que o autocuidado constitui o núcleo da temática a abordar.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Autocuidado, Insuficiência Cardíaca

## Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC), entre as patologias Cardiovasculares, constitui um grave problema de Saúde Pública, principalmente nas sociedades de cultura ocidental. O aumento da sua incidência e prevalência determina segundo Ceia (2005) e Linhares, Aliti, Castro e Rabelo (2010) uma elevada taxa de mortalidade e morbidade. Entre as principais doenças cardiovasculares encontra-se a IC, caracterizada como sendo uma síndrome crónica e progressiva, que surge como o último estadio de todas as doenças cardiovasculares. É responsável por uma elevada taxa de internamentos hospitalares e encontra-se associada a elevados custos para o sistema de saúde. Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss e Santos (2006), referem que a intervenção ativa da equipa de enfermagem através de práticas de educação para a saúde com enfoque para o autocuidado, desempenham um papel relevante quando abordadas nas pessoas com IC, na medida em que o autocuidado é tido como o reflexo da capacidade que as pessoas têm sobre o seu modo de agir.

O objetivo central desta pesquisa passa por conhecer o nível de adequação do autocuidado da pessoa com IC, por forma a definir, no futuro estratégias, de intervenção de enfermagem que promovam o autocuidado da pessoa com IC. Ao analisarmos quão adequado é o autocuidado praticado pela pessoa com IC, ao nível da sua manutenção, gestão e confiança pretendemos, com este estudo, proceder à elaboração de uma listagem de lacunas existentes ao nível da adequação do autocuidado, que possa ser a base de construção de um guião de atuação a ser utilizado posteriormente numa consulta de enfermagem dirigida à pessoa com IC.

## Materiais e Métodos

O estudo que aqui se apresenta é de natureza descritiva e correlacional, de abordagem quantitativa. A amostra é acidental, tendo sido definidos como critérios de inclusão: ter o diagnóstico médico de IC, estar internado no serviço de cardiologia, ser maior de 18 anos, orientação alipsíquica (atestada pelo médico através de informação no processo único), capacidade de compreensão da língua; como critérios de exclusão: patologia psiquiátrica delirante, sequelas cognitivas e iliteracia. Com vista a dar resposta à questão de investigação principal: *Qual é o nível de adequação do autocuidado da pessoa com Insuficiência Cardíaca?*

Dos instrumentos de recolha de dados disponíveis na literatura optou-se por selecionar um que englobasse a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e uma escala de avaliação do autocuidado para a pessoa com IC, aferida para a população portuguesa. Não havendo uma ferramenta para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, optou-se por construir um questionário que permitisse tal caracterização. Para a segunda parte do instrumento de recolha de dados, optou-se pela utilização de um instrumento de avaliação do autocuidado, construído para pessoas com IC. Dos vários instrumentos divulgados na comunidade científica destacou-se o *Self-Care of Heart Failure Index* v6.2 (SCHFI v6.2) de Riegel, Lee, Dickson e Carlson (2009).

Em Portugal, a SCHFI v6.2 já se encontra validada e aferida para a população portuguesa por Marques, Lopes, Rebola e Pequito (2013), aguardando divulgação para a sociedade científica. Assim, a *Self-Care of Heart Failure Index* V6.2 de Riegel *et al.* (2009) validada para a População Portuguesa passa a designar-se como Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (EACPIC).

O instrumento de recolha de dados ficou assim constituído por duas partes. A primeira corresponde ao questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, constituído por dezassete perguntas fechadas. No que se refere à caracterização sociodemográfica, recolhe dados fornecidos pela pessoa sobre a idade, estado civil, género, habilitações literárias, profissão, conhecimento da doença e internamentos anteriores (dados obtidos através do preenchimento do questionário). Os dados clínicos são referentes à etiologia da IC, fração de ejeção do ventrículo esquerdo, classificação segundo a NYHA (*New York Heart Association*), medicação prescrita (diuréticos, betabloqueantes, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e digoxina) e comorbilidades, recolhidos pelo investigador através da consulta do processo clínico. A segunda parte corresponde à escala de autocuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca – EACPIC, com um total de vinte e duas questões de resposta fechada, distribuídas por três secções (A, B e C). A secção A é composta por dez itens que se referem à estabilidade e comportamentos de manutenção do autocuidado das pessoas com IC. A secção B aborda itens relativos à gestão dos sintomas por parte das pessoas com IC. A secção C é composta por seis itens que avaliam a autoconfiança no autocuidado da pessoa com IC.

De acordo com Riegel *et al.* (2009), as três subescalas da SCHFI v6.2 devem ser avaliadas separadamente (dimensões: manutenção, gestão e confiança), sendo que a pontuação (score) de cada subescala varia entre 0 e 100 e que para uma pontuação superior ou igual a 70 é considerado que o autocuidado é adequado. Após a validação de conteúdo realizada por equivalência semântica e da análise de confiabilidade do instrumento testando a consistência interna através da média, desvio padrão e o Alfa de Cronbach, da EACPIC de Marques *et al.* (2013) concluiu-se que os resultados não apresentavam diferenças significativas comparativamente com os do estudo original e que podia ser utilizada no contexto nacional.

Com o intuito de respeitar todos os princípios éticos, foi solicitada autorização/consentimento aos participantes do estudo. A previsão de quaisquer danos, a violação da privacidade e o anonimato foram garantidos aos participantes. Além do pedido de autorização/consentimento aos participantes do estudo, foi efetuado um pedido de autorização para desenvolver o estudo, junto da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da instituição de saúde selecionada para o estudo, os quais foram formalizados após a realização do desenho do estudo e a obtenção da autorização da autora da EACPIC.

Após a elaboração do instrumento de recolha de dados, foi realizado um pré-teste aplicado a dez pessoas com diagnóstico de IC, que não integraram a amostra final do estudo. Tendo sido aplicado posteriormente a 65 pessoas internadas no serviço de Cardiologia de um Hospital Central da região Centro, com o diagnóstico de IC. Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreremos ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 22.0 (2014).

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto de a variável autocuidado para a pessoa com IC apresentar distribuições de frequências não normais em duas das suas dimensões, tendo fixado o valor 0,050 como limite de significância em todos os testes.

## Resultados

Da análise dos dados verificou-se que os 65 inquiridos apresentavam idades compreendidas entre 29 e 94 anos, sendo a idade média  $76,25 \pm 11,80$  anos. Verificamos que 47,7% pertenciam ao grupo etário dos 80 aos 90 anos, seguidos de 23,1% que tinham entre 70 e 80 anos. Relativamente ao estado civil, constatou-se que a maioria dos inquiridos (53,8%) era casado(a) ou vivia em união de facto, seguiram-se 38,5% que eram viúvos(as). Quanto ao género, a maioria dos elementos da amostra, concretamente 61,5%, era do género masculino. Verificou-se que 70,8% dos indivíduos apresentava como habilitações literárias o 1º Ciclo do Ensino Básico. No que concerne à situação profissional, 93,8% dos inquiridos estavam na situação de não ativos.

Cerca de metade dos elementos da amostra (50,8%) afirmou que nos últimos doze meses teve necessidade de ser hospitalizado ou recorrer a assistência de saúde devido à IC. A maioria destes 33 doentes, concretamente 75,7%, afirmou que foi internado ou recorreu a assistência médica 1 ou 2 vezes no período referenciado.

Quanto às atividades de vida diária, 60,0% dos inquiridos afirmou que a doença os impedia de realizar algumas atividades diárias que antes faziam sozinhos, seguidos de 27,7% que referiram que a IC os impedia de realizar a maior parte das atividades que anteriormente faziam sozinhos.

Relativamente aos dados clínicos, no que respeita à fração de ejeção do ventrículo esquerdo, verificamos que a maior parte dos inquiridos (67,7%) tinha fração de ejeção preservada ( $36\% \leq FE \leq 50\%$ ).

Quanto aos fatores de risco, o mais frequente era o facto de sofrerem de outras doenças (73,8%), 72,3% apresentavam dislipidémia, 70,8% eram sedentários, 67,7% sofriam de hipertensão arterial, 59,9% apresentavam outras doenças de foro cardíaco. Conjugando a informação referente aos fatores de risco com a das doenças associadas, verificamos que 41,5% tinham associados 4 ou 5 fatores de risco ou doenças, seguidos de 32,3% que apresentavam entre 6 e 7 fatores de risco ou doenças.

**Tabela 1.** Respostas aos itens da Escala de Autocuidado para a pessoa com Insuficiência Cardíaca (dimensão “*Manutenção do autocuidado*”).

Resposta	Item	Nunca ou raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre ou diariamente	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Pesa-se sozinho?</i>		<b>24</b>	<b>36,9</b>	<b>23</b>	<b>35,4</b>	17	26,2	1	1,5
<i>Inspeciona os seus tornozelos à procura de inchaço?</i>		5	7,7	<b>23</b>	<b>35,5</b>	18	27,7	<b>19</b>	<b>29,2</b>
<i>Evita adoecer (ex: toma vacina da gripe, evita contacto com pessoas doentes)?</i>		<b>31</b>	<b>47,7</b>	12	18,5	1	1,5	21	32,3
<i>Pratica algum tipo de atividade física?</i>		<b>51</b>	<b>78,5</b>	9	13,8	3	4,6	2	3,1
<i>Cumprir as orientações dos médicos ou dos enfermeiros?</i>		-	0,0	5	7,7	18	27,7	<b>42</b>	<b>64,6</b>
<i>Pratica uma alimentação com baixo teor de sal?</i>		5	7,7	8	12,3	10	15,4	<b>42</b>	<b>64,6</b>
<i>Exercita-se por 30 minutos dia?</i>		<b>51</b>	<b>78,5</b>	9	13,8	2	3,1	3	4,6
<i>Esquece-se de tomar algum dos seus medicamentos?</i>		<b>53</b>	<b>81,5</b>	9	13,8	1	1,5	2	3,1
<i>Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa?</i>		<b>42</b>	<b>64,6</b>	6	9,2	5	7,7	12	18,5
<i>Usa um Sistema (caixa de comprimidos, lembrete) para o ajudar a controlar a toma dos medicamentos?</i>		14	21,5	-	0,0	-	0,0	<b>51</b>	<b>78,5</b>

No que respeita à Escala do Autocuidado na Pessoa com IC, os dados que constituem a Tabela 1 são referentes à dimensão manutenção de autocuidado, permitem verificar que os itens que apresentam maior adequação do autocuidado são: cumprimento das orientações dadas pelo médico ou enfermeiro (64,6%); prática de uma alimentação com baixo teor de sal (64,6%); cumprimento da toma de medicação (81,5%) e uso de dispositivos auxiliares (78,5%).

No que respeita à monitorização do peso (36,9% nunca ou raramente se pesam e 35,4% pesam-se às vezes); monitorização de edemas (7,7% nunca ou raramente inspecionam os edemas dos tornozelos e 35,5% às vezes inspecionam os edemas dos tornozelos); imunização (47,7%); ingestão de dieta com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa (64,6%); atividade física (78,5%); exercício físico (78,5%), verificamos que são os itens que apresentam menor adequação. Os dados obtidos permitiram-nos constatar que todos os inquiridos afirmaram que tiveram problemas respiratórios ou de inchaço nos tornozelos no último mês.

Quanto aos itens da dimensão gestão do autocuidado, verificamos na Tabela 2, que 43,1% dos elementos da amostra afirmaram que reconheceram de forma lenta os sintomas como sendo de IC; 50,8% consideraram nada provável a redução de sal da dieta; 66,2% afirmaram como sendo nada provável reduzir a quantidade de líquidos ingeridos; 87,7% também consideraram nada provável tomar um diurético extra; 52,3% afirmaram ser provável contactar com o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento; 58,5% responderam que não tentaram nada quando questionados sobre o facto de estarem certos que o procedimento adotado tenha ajudado na melhoria dos sintomas de IC.

**Tabela 2.** Respostas aos itens da Escala de Autocuidado para a pessoa com Insuficiência Cardíaca (dimensão “Gestão do autocuidado”).

Item	Não tive estes sintomas		Não reconheci estes problemas		De forma lenta		De forma normal		Rapidamente		De forma muito rápida	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Resposta												
Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de insuficiência cardíaca?	-	0,0	22	33,8	<b>28</b>	<b>43,1</b>	5	7,7	8	12,3	2	3,1

  

Item	Nada provável		Pouco provável		Provável		Muito provável	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Resposta								
Reduzir o sal na sua dieta	<b>33</b>	<b>50,8</b>	3	4,6	12	18,5	17	26,2
Reduzir a quantidade de líquidos por si ingeridos	<b>43</b>	<b>66,2</b>	8	12,3	8	12,3	6	9,2
Tomar um diurético (comprimido para eliminar os líquidos) extra	<b>57</b>	<b>87,7</b>	2	3,1	2	3,1	4	6,2
Contactar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento	3	4,6	11	16,9	<b>34</b>	<b>52,3</b>	17	26,2

  

Item	Não tentei nada		Não tenho a certeza		Tenho uma vaga ideia		Tenho a certeza		Tenho a certeza absoluta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Resposta										
Está certo sobre o facto do procedimento ter ajudado ou não?	<b>38</b>	<b>58,5</b>	10	15,4	3	4,6	7	10,8	7	10,8

Relativamente aos itens da subescala referente à dimensão confiança no autocuidado explanado na Tabela 3, verificamos que 49,2% se afirmaram nada confiantes em manter-se livres de sintomas de IC; 60,0% declararam estar muito confiantes ao seguir o tratamento que lhes foi aconselhado; 47,7% referiram o mesmo nível de confiança perante a avaliação dos sintomas; 49,2% também disseram estar muito confiantes no reconhecimento de mudanças que possam ocorrer na saúde; com a mesma percentagem disseram não estar confiantes em fazer alguma coisa que alivie os sintomas; 44,6% afirmaram estar pouco confiantes com a avaliação da eficácia de um qualquer procedimento.

**Tabela 3.** Respostas aos itens da Escala de Autocuidado para a pessoa com Insuficiência Cardíaca (dimensão “Confiança no autocuidado”)

Resposta	Item	Nada confiante		Pouco confiante		Muito confiante		Extremamente confiante	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Manter-se livre de sintomas de insuficiência cardíaca?		32	49,2	22	33,8	8	12,3	3	4,6
Seguir o tratamento que lhe tenha sido aconselhado?		-	0,0	6	9,2	39	60,0	20	30,8
Avaliar a importância dos seus sintomas?		7	10,8	20	30,8	31	47,7	7	10,8
Reconhecer mudanças na sua saúde se estas ocorreram?		3	4,6	23	35,4	32	49,2	7	10,8
Fazer alguma coisa que alivie os seus sintomas?		32	49,2	19	29,6	11	16,9	3	4,6
Avaliar a eficácia de um qualquer procedimento?		19	29,2	29	44,6	12	18,5	5	7,7

Com base nas respostas fornecidas aos itens anteriores pudemos avaliar a adequação do autocuidado da pessoa com IC. Os resultados que apresentamos na Tabela 4 revelam que na subescala referente à dimensão manutenção do autocuidado, foram observados *scores* compreendidos entre 16,70 e 93,30, sendo o valor médio  $51,28 \pm 15,49$ . Nesta dimensão 87,7% dos inquiridos revelaram uma capacidade de autocuidado não adequada.

**Tabela 4.** Resultados da aplicação da Escala de Autocuidado para a pessoa com Insuficiência Cardíaca (IC).

Dimensão	n	%
Manutenção do autocuidado		
Capacidade de autocuidado não adequada (Score < 70)	57	87,7
Capacidade de autocuidado adequada (Score ≥ 70)	8	12,3
$\bar{x} = 51,28$ ; Md = 50,00; s = 15,49; $x_{\min} = 16,70$ ; $x_{\max} = 93,30$ ; p = 0,200		
Gestão do autocuidado		
Capacidade de autocuidado não adequada (Score < 70)	59	90,8
Capacidade de autocuidado adequada (Score ≥ 70)	6	9,2
$\bar{x} = 31,00$ ; Md = 20,00; s = 22,56; $x_{\min} = 0,00$ ; $x_{\max} = 85,00$ ; p = 0,000		
Confiança no autocuidado		
Capacidade de autocuidado não adequada (Score < 70)	61	93,8
Capacidade de autocuidado adequada (Score ≥ 70)	4	6,2
$\bar{x} = 44,44$ ; Md = 44,44; s = 19,72; $x_{\min} = 11,10$ ; $x_{\max} = 100,00$ ; p = 0,045		

Para a subescala relativa à dimensão gestão do autocuidado observaram-se *scores* entre 0,00 e 85,00, sendo o valor médio  $31,00 \pm 22,56$ . Metade dos indivíduos apresentaram



scores iguais ou inferiores a 20,00 e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição normal ( $p = 0,000$ ). Verificamos que 90,8% dos elementos da amostra evidenciaram uma capacidade para o autocuidado não adequada.

Quanto à dimensão confiança no autocuidado, observamos scores compreendidos entre 11,10 e 100,00, tendo como valor médio  $44,44 \pm 19,72$ . Nesta dimensão, metade dos doentes apresentou scores iguais ou inferiores a 44,44 e a distribuição de frequências dos resultados afastou-se das características de uma distribuição normal ( $p = 0,045$ ). Verificamos, ainda, que 93,8% dos indivíduos revelaram uma capacidade de autocuidado não adequada.

Em sumula e para responder à questão «Qual é o nível de adequação do autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca?» a leitura a Tabela 4 permite-nos afirmar que os doentes evidenciaram capacidade para o autocuidado não adequada, sendo menos adequada nas dimensões gestão do autocuidado e de confiança no autocuidado e um pouco mais adequada na dimensão manutenção do autocuidado.

### Discussão

O autocuidado reflete a capacidade que as pessoas têm de fazer progressos envolvendo a escolha dos comportamentos para manter a estabilidade física (manutenção) e a resposta aos sintomas, quando estes ocorrem (gestão). Apesar do autocuidado ser representado principalmente pelas dimensões manutenção e gestão, a confiança no autocuidado revela-se também importante, pois modera a relação entre a adequação do autocuidado e os resultados obtidos. Os estudos indicam que as pessoas com bom nível de adequação de manutenção do autocuidado são as que praticam um estilo de vida saudável, com boa adesão ao regime medicamentoso e que monitorizam os sintomas. A monitorização de sintomas é essencial para uma boa gestão do autocuidado, pois refere-se à capacidade de tomar decisões em resposta aos sintomas (Riegel *et al.*, 2009).

No estudo da dimensão manutenção do autocuidado, verificamos que os itens que tiveram menor adesão por parte dos inquiridos foram: a monitorização do peso (36,69% nunca se pesavam e 35,4% pesavam-se às vezes); monitorização de edemas (35,5% inspecionavam às vezes os tornozelos à procura de inchaço); imunização (47,7% nunca ou raramente evitavam adoecer fazendo vacinas da gripe ou evitando contacto com pessoas doentes); ingestão de dieta com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa (64,6% refere nunca ou raramente pedir); a atividade física (78,5% nunca ou raramente se exercita), bem como o exercício durante 30 minutos (78,5% nunca ou raramente se exercita durante 30 minutos). O baixo nível de adequação do autocuidado encontrado para os itens da monitorização de peso, vigilância de edemas, imunização pode ser explicado pelo desconhecimento dos elementos da amostra sobre o verdadeiro fundamento para a sua realização. No caso da monitorização do peso e vigilância dos edemas, a baixa percentagem de pessoas que a realiza pode ser explicada pelo desconhecimento dos valores de referência e atitudes a tomar no caso de existirem alterações dos valores considerados normais. Outro motivo relevante é a inexistência de recursos materiais no domicílio (e.g. balança e fita métrica) para monitorização de alguns parâmetros, uma vez que as pessoas só têm acesso a estes meios quando se deslocam às consultas ou a uma farmácia. Se por um lado, com o progredir da idade, as pessoas podem não apresentar os conhecimentos necessários para o efeito, por outro podem também não conseguir monitorizar o peso por apresentarem algum tipo de desequilíbrio na marcha e/ou limitação motora (Seto *et al.*, 2011; Holguín, Gazquez & Urrego, 2014).

Quanto à imunização, também continua a ser uma prática com elevada percentagem de não cumprimento (47,7%), facilmente explicada pelo receio que as pessoas têm em contrair síndrome gripal após a sua administração. Outra explicação encontrada, reside na dificuldade sentida por parte das pessoas em recorrer atempadamente aos serviços de saúde na comunidade para efeitos de imunização. Por outro lado, a baixa adesão parece estar associada ao facto das pessoas não valorizarem a importância da imunização, uma vez que desconhecem as suas vantagens (Holguín, Gazquez & Urrego, 2014).

No que respeita à atividade física e apesar dos seus benefícios nas pessoas com IC, verificamos que a amostra em estudo apresenta uma baixa adequação do autocuidado nesta prática, o que pode ser explicado com base na faixa etária, uma vez que que à medida que a idade avança, as limitações na locomoção tendem a aumentar. A intolerância ao esforço físico pode ser uma das razões explicativas para os resultados encontrados, tal como o desconhecimento por parte dos participantes, justificando a não realização de exercício físico com o facto de esforçarem o coração (órgão que se encontra já lesado), aliado ao receio de não conseguirem tolerar o esforço físico, por desconhcerem qual o tipo de atividade física mais adequada à sua função cardíaca (Seto *et al.*, 2011).

Quando questionados sobre o teor de sal na alimentação, verificamos que 64,4% dos respondentes referem fazê-lo sempre ou diariamente, enquanto 64,6% referem que nunca ou raramente “*pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa*”. Na amostra em estudo, constituída essencialmente por idosos, esta discrepância de resultados pode ser facilmente explicada pelo facto da maioria dos inquiridos raramente realizarem refeições fora de casa, sendo que em casa realizam refeições com baixo teor de sal, uma vez que na maior parte dos casos as refeições são fornecidas por instituições que levam em linha de conta as especificações dietéticas de cada pessoa. A elevada adesão às refeições com baixo teor em sal pode ser também explicada pelo ensino realizado em consulta e pelo facto de que sempre que as pessoas se encontram internadas a dieta fornecida é pobre em sal, o que faz com que facilmente adiram a este regime alimentar.

Os itens de autocuidado mais adequado demonstrado pelas pessoas que constituíram a amostra foram: o cumprimento das orientações dadas pelos médicos ou enfermeiros (64,6% cumprem sempre ou diariamente); prática de uma alimentação com baixo teor de sal (64,6% referem fazê-lo sempre ou diariamente); o cumprimento da toma da medicação (81,5% cumprem sempre ou diariamente a medicação); o uso de dispositivos auxiliares – caixa de medicação, lembretes (78,5% refere fazer uso sempre ou diariamente).

Este valor pode ser explicado pelo facto de existir envolvimento por parte da equipa de enfermagem e médica em rever o regime medicamentoso junto do doente durante o internamento, dando ênfase ao nome da medicação, das suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos secundários, entre outras, estratégias também corroboradas por Evangelista e Dracup (2000). Outra explicação prende-se com o incentivo ao uso de um sistema, quer seja através do uso de caixa de comprimidos, quer seja por sistema de lembrete, que tem uma grande adesão por parte dos elementos da amostra em estudo (78,5%).

Quanto à gestão do autocuidado verificamos que 43,1% dos elementos da amostra afirmaram ter reconhecido de forma lenta os sintomas como sendo de IC. Isto permite-nos constatar que os elementos da amostra ainda não estão despertos para os sinais e sintomas, não sendo por isso capazes de gerir o autocuidado.



Ao compararmos o resultado desta dimensão com a dimensão manutenção, podemos afirmar que o não reconhecimento do surgimento súbito dos sintomas de IC, pode ser visto como uma consequência da baixa adesão aos itens do cumprimento de medidas não farmacológicas (e.g. monitorização de peso, vigilância de edemas). Uma outra explicação para os resultados obtidos, pode-se relacionar com a baixa motivação das pessoas para a gestão do autocuidado, resultante do baixo impacto que a sintomatologia tem no desenvolvimento das suas atividades de vida diária (Riegel *et al.*, 2011; Lee *et al.*, 2013).

A análise realizada permite constatar que a procura de ajuda junto de profissionais de saúde apresenta a melhor adesão (52,3%) na presença de sinais de dispneia ou edemas; 50,8% referem como nada provável adotar o procedimento de reduzir o sal na sua dieta para reduzir os sintomas de dispneia e edemas; assim como 66,2% referem o mesmo em relação à redução da quantidade de líquidos, sendo que mais de metade dos elementos da amostra (87,7%) afirma como nada provável o procedimento de tomar um diurético extra. Os valores encontrados para os procedimentos referentes à gestão do uso do sal e da ingestão hídrica, podem-se explicar pelo facto de não se traduzirem em efeitos imediatos na melhoria dos sintomas, pelo que as pessoas acabam por não os adotar. Relativamente à toma de um diurético extra, a justificação para o resultado obtido prende-se com o eventual desconhecimento associado à permissão dessa conduta, pois os elementos da amostra não são geralmente orientados quanto a essa prática. De acordo com o estudo realizado por Lee *et al.* (2013) estes resultados podem ser explicados pelo facto da pessoa com IC possuir conhecimento sobre quando procurar ajuda junto dos profissionais de saúde para a auxiliar a gerir o autocuidado, mas não se sentir capacitada para gerir o autocuidado de forma autónoma. 58,8% dos respondentes referem não ter tentado nenhum procedimento que os pudesse ajudar a compensar a IC. Os resultados encontrados demonstram que os elementos da amostra não se encontram capacitados para gerir adequadamente o autocuidado, não desenvolvendo por isso competências ao nível da prevenção.

Quanto à confiança na adequação do autocuidado, a análise destaca que 49,2% das pessoas da amostra se afirmaram nada confiantes em manter-se livres de sintomas de IC, seguidos de 33,8% que referiram sentir-se pouco confiantes. Consideramos que estes resultados podem ser explicados pelo facto de espelharem o modo como a pessoa percebe esta patologia (incapacitante e crónica). Apesar de terem conhecimento de algumas medidas de intervenção face à doença, sabem que irão ter que recorrer muitas vezes à ajuda dos profissionais de saúde (Rabelo *et al.*, 2007).

Verificamos que 60,0% dos elementos da amostra declararam estar muito confiantes em seguir o tratamento que lhes foi aconselhado, 47,7% referiram o mesmo nível de confiança perante a avaliação dos sintomas e 49,2% disseram estar muito confiantes no reconhecimento de mudanças que possam ocorrer. Estes resultados demonstram que apesar dos elementos da amostra se mostrarem muito confiantes em alguns itens, não significa que tenham um elevado nível de adequação do autocuidado em termos da sua manutenção ou gestão, tal como ficou comprovado anteriormente.

Verificou-se ainda que 49,2% dos inquiridos referiram não estar confiantes em fazer algo que possa aliviar os sintomas e 44,6% afirmaram estar pouco confiantes com a avaliação da eficácia de um qualquer procedimento, o que é sobreponível com os resultados analisados na dimensão gestão do autocuidado.

Apesar de a confiança influenciar o autocuidado, não é sinónimo de autocuidado. Riegel *et al.* (2009); Seto *et al.* (2011); Lee *et al.* (2013), afirmam que a confiança modera a

relação entre o autocuidado e os resultados de saúde, sendo por isso importante para explicar a adequação ao autocuidado. Porém, considerando que a totalidade da amostra apresentou sintomas de descompensação cardíaca (sinal de baixo nível de gestão do autocuidado) e simultaneamente menor confiança no autocuidado, facilmente compreendemos a interligação entre as diferentes dimensões e os baixos níveis de adequação do autocuidado.

No que se refere à questão de investigação: «*Qual a relação entre a idade e o nível de adequação do autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca?*», verificamos que existe relação significativa com a adequação da gestão do autocuidado e confiança no autocuidado, embora seja negativa, o que nos impele a afirmar que as pessoas mais velhas tendem a evidenciar menor nível de adequação do autocuidado.

Da análise efetuada, especificamente no que diz respeito à adequação da gestão do autocuidado e confiança no autocuidado, sobressai que à medida que a idade aumenta há um agravamento da inadequação do autocuidado no que diz respeito ao reconhecimento dos sintomas, à gestão medicamentosa, ao controlo da ingestão hídrica e à segurança que têm em desenvolver as atividades.

Os resultados obtidos no nosso estudo estão diretamente relacionados com algumas das características sociodemográficas e clínicas da amostra, maioritariamente constituída por pessoas idosas, colocando uma vez mais ênfase na premissa de que à medida que a população envelhece, as comorbilidades aumentam. Deste modo, facilmente compreendemos o impacto que estas têm no prognóstico e nos níveis de adequação da gestão do autocuidado das pessoas com IC. Consequentemente, ao constatarem que os resultados em saúde não se traduzem no que seria expectável (devido à existência de comorbilidades) e que a sua qualidade de vida não sofreu melhorias, as pessoas sentem que os cuidados que recebem devido às comorbilidades (que na maioria dos casos são crónicas) são fragmentados, sendo que quanto maior for o número de fatores de risco/doenças associadas, maior será este sentimento de cuidados fragmentados (Rushton, Satchithananda & Kadam, 2011).

Da análise e discussão dos resultados, podemos constatar que, o Autocuidado na Pessoa com IC não é adequado para a amostra em estudo e no global, com maiores evidências na adequação da gestão e confiança do autocuidado. Torna-se por isso fundamental o desenvolvimento de estratégias eficazes, bem como a avaliação e mensuração das mudanças na adequação do autocuidado e habilidades desenvolvidas pelas pessoas com IC.

No estudo aqui apresentado, o tamanho da amostra poderá constituir-se como a sua principal limitação, penalizando-o estatisticamente e condicionando o estabelecimento de relações significativas entre as variáveis envolvidas. As características sociodemográficas/clínicas dos utilizadores do contexto clínico onde decorreu o estudo, bem como o respetivo tempo de internamento, limitaram desde logo a dilatação da amostra.

Apesar de não se poderem generalizar os resultados para todas as pessoas com IC, entendemos ter construído uma base científica importante para a prestação de cuidados de enfermagem na instituição de saúde onde foi realizada a investigação.

## Conclusão

No decorrer deste estudo, verificamos que apesar do atual avanço técnico-científico e das expectativas de vida das pessoas com IC continua a verificar-se um aumento da incidência, do número de reinternamentos (principalmente na população idosa) e da taxa de mortalidade associadas a esta patologia.

Torna-se por isso fundamental dar enfoque às práticas de educação para a saúde, direcionadas para as pessoas com IC e seus familiares ou pessoa significativa, sendo que o autocuidado constitui o núcleo da temática a abordar.

Concluimos que as pessoas que constituíam a amostra do estudo evidenciaram capacidade para o autocuidado não adequada, sendo menos adequada na gestão e confiança do autocuidado e um pouco mais adequada na manutenção do autocuidado. Isto demonstra que a equipa de enfermagem tem um longo caminho a percorrer no que concerne às práticas de educação para a saúde, tendo em vista o autocuidado e as dimensões que lhe estão subjacentes (manutenção, gestão e confiança). Importa neste sentido, que a equipa de Enfermagem elabore um plano de atuação que possa potenciar estas dimensões.

A prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com IC requer investigação adicional e o presente estudo pode trazer consequências clínicas e sociais imediatas para as intervenções desenvolvidas junto das pessoas com IC, particularmente no que diz respeito à identificação, prevenção e acompanhamento das reais e/ou potenciais dificuldades na adequação do autocuidado.

## Referências

- Bub, M.B.C., Medrano, C., Silva, C.D., Wink, S., Liss, P. & Santos, A.K.A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto contexto Enfermagem*, 15, 152-157.
- Ceia, F. (2005). Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em cuidados primários na região autónoma da Madeira: O estudo EPICA-RAM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24(2),173-189.
- Evangelista, L.S. & Dracup, K. (2000). A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(3), 97-103.
- Holguín, E.S., Gazquez, M.A.R. & Urrego, L.M.H. (2014). Dificultades con la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con falla cardíaca detectados através de seguimiento telefónico. *Revista investigacion en Enfermeria: Imagem y Desarrollo*, 16(2), 133-147.
- Lee, C.S., Gelow, J.M., Mudd, J.O. Green, J.K., Hiatt, S.O., Chien, C. & Riegel, B. (2013). Profiles of self-care management versus consulting behaviors in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(10), 63-72.
- Linhares, J.C., Aliti, G.B., Castro, R.A. & Rabelo, E.R. (2010). Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com Insuficiência Cardíaca descompensada. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 18(6):1-8.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Marques, M.C., Lopes, M. J., Rebola, E. & Pequito, T. (2013). *XIX Jornadas de Cardiologia de Santarém – Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca*. Santarém, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Évora.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

- Rabelo, E.R., Aliti, G.B., Domingues, F. B., Ruschel, K. B., & Brun, A. O. (2007). What to teach to patients with heart failure and why: The role of nurses in Heart failure Clinic. *Revista latino Americana Enfermagem*, 15(1), 165-170.
- Riegel, B., Lee, C.S., Dickson, V.V. & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485-497.
- Rushton, C.A., Satchithananda, D.K, & Kadam, U.T. (2011). Comorbidity in modern nursing: A closer look at heart failure. *British Journal of Nursing*, 20(5), 280-285.
- Seto, E., Leonard, K.J., Caffazo, J.A., Masino, C., Barnsley, J. & Ross, H.J. (2011). Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), 377-385.