Revista Brasileira de Enfermagem
REBEn

EDIÇÃO TEMÁTICA:
BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE CUIDADO
COMO CENTRALIDADE DA ENFERMAGEM

PESQUISA

Influência de características sociodemográficas no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca

Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure

Influencia de las características sociodemográficas en el autocuidado de personas con insuficiencia cardiaca

Luiza Marques Cavalcante[I], Francisca Elisângela Teixeira Lima[I], Ires Lopes Custódio[I], Sherida Karanini Paz de Oliveira[II], Lidia Stella Teixeira de Meneses[I], Andressa Suelly Saturnino de Oliveira[I], Thelma Leite de Araújo[I]

[I] Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.
[II] Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:
Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP, Meneses LST, Oliveira ASS, et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2604-11. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480

Submissão: 27-02-2017 **Aprovação:** 18-11-2017

RESUMO

Objetivo: Averiguar a influência de características sociodemográficas no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca (IC). **Método:** Estudo transversal, analítico, realizado em três hospitais privados de Fortaleza, Ceará, Brasil, com 57 pacientes internados. Os dados foram coletados por meio de formulário de caracterização sociodemográfica e de escala de avaliação do autocuidado e foram analisados com estatística inferencial, utilizando-se testes de comparação de médias. **Resultados:** O autocuidado foi melhor avaliado em pessoas com maior escolaridade, renda familiar mais alta e companheiro. **Conclusão:** As características sociodemográficas influenciaram sete práticas de autocuidado: controle dietético; monitoramento do peso corporal; esforço na atividade laboral; conhecimento sobre a IC; esquema vacinal atualizado; atividades de lazer; e rede de suporte familiar e social com vínculos fortes. A maior prevalência de respostas indicativas de práticas de autocuidado satisfatórias entre os pacientes ocorreu nos domínios de promoção da saúde e tolerância ao estresse.

Descritores: Enfermagem; Autocuidado; Insuficiência Cardíaca; Promoção da Saúde; Anormalidades Cardiovasculares.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure (HF). **Method:** Cross-sectional, analytical study, held in three private hospitals in Fortaleza, Ceará, Brasil, with 57 hospitalized patients. The data were collected through a demographic characterization form and a self-care assessment scale and were analyzed with inferential statistics, using mean comparison tests. **Results:** Self-care was best assessed in people with higher education level, higher household income and in a relationship. **Conclusion:** The socio-demographic characteristics influenced seven self-care practices: dietary control; monitoring of body weight; effort in labor activities; knowledge about HF; up-to-date vaccination record; leisure activities; and family and social support network with strong bonds. The higher prevalence of answers indicating satisfactory self-care practices among the patients occurred in the areas of health promotion and tolerance to stress.

Descriptors: Nursing; Self-Care; Heart Failure; Health Promotion; Cardiovascular Abnormalities.

RESUMEN

Objetivo: Averiguar la influencia de las características sociodemográficas en el autocuidado de personas con insuficiencia cardíaca (IC). **Método:** Estudio transversal, analítico, realizado en tres hospitales privados de Fortaleza, Ceará, Brasil, con 57 pacientes internados. Los datos fueron recolectados por medio de formulario de caracterización sociodemográfica y de escala de evaluación del autocuidado y fueron analizados con estadística inferencial, utilizando pruebas de comparación de promedios. **Resultados:** El autocuidado fue mejor evaluado en personas con mayor escolaridad, renta familiar más alta y con pareja. **Conclusión:** Las características sociodemográficas influenciaron siete prácticas de autocuidado: el control dietético; el monitoreo del peso corporal;

CC BY

el esfuerzo en la actividad laboral; el conocimiento sobre la IC; el esquema de vacunación actualizado; las actividades de ocio; y la red de apoyo familiar y social con vínculos fuertes. La mayor prevalencia de respuestas indicativas de las prácticas de autocuidado satisfactorias entre los pacientes ocurrió en los ámbitos de la promoción de la salud y de la tolerancia al estrés.
Descriptores: Enfermería; Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Promoción de la Salud; Anomalías Cardiovasculares.

AUTOR CORRESPONDENTE **Luiza Marques Cavalcante** E-mail: luizamarques0104@gmail.com

INTRODUÇÃO

Entre as doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) se destaca pelo alto custo hospitalar de seu tratamento. Sua morbidade está associada a prognósticos desfavoráveis em mais de 40% dos casos[1]. A prevalência crescente da IC, com estimativa de 5 milhões de casos no Brasil em 2015, se deve principalmente ao aumento da expectativa de vida, pois a doença tem relação direta com a idade e com as comorbidades mais comuns no envelhecimento[2]. Muitas condições clínicas estão associadas com o aumento da propensão para IC, dentre elas, a publicação mais recente da American College of Cardiology destaca quatro fatores de risco: hipertensão arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólica e aterosclerose[3].

Considerando o caráter crônico da IC e a necessidade de mudança de hábitos para os pacientes manterem uma boa qualidade de vida após o diagnóstico, alguns programas de reabilitação têm sido desenvolvidos com o propósito de restabelecer as atividades diárias habituais e laborais. Esses programas têm como base o estímulo ao autocuidado para evitar complicações associadas ao descontrole da doença.

Neste estudo, a definição adotada considera o autocuidado como a capacidade da pessoa cuidar de si, desempenhando atividades em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essa capacidade é aperfeiçoada ao longo da vida, tornando-se indispensável para desenvolver qualquer atividade de autocuidado, especialmente quando há um problema de saúde[4].

Em razão de seu impacto positivo para a saúde, é importante avaliar o autocuidado a fim de determinar as intervenções necessárias e analisar resultados. Uma abordagem centrada no indivíduo com IC, voltada para a autogestão do cuidado, pode ajudá-lo a ter mais confiança para identificar e buscar soluções para as barreiras ao autocuidado[5].

A partir dessa abordagem, o enfermeiro pode ter subsídios para compreender a complexidade dos indivíduos com IC descompensada e desenvolver ações de incentivo à educação para o autocuidado[6]. Os programas de cuidados de enfermagem para paciente com IC podem reduzir hospitalizações e melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes[7].

Alguns estudos avaliaram a relação entre características sociodemográficas e o autocuidado em condições clínicas diferentes da abordada neste estudo. Essas pesquisas verificaram a associação entre variáveis sociodemográficas e o autocuidado de pacientes com lesão medular[8] e diabetes mellitus tipo 2[9]. O estudo que relaciona o autocuidado com fatores associados em pacientes com IC utilizou o instrumento Self-Care of Heart Failure Index v 6.2[10].

Em alguns programas de reabilitação e nos estudos sobre a temática, o autocuidado é avaliado por dois instrumentos: Self-Care of Heart Failure Index[11] e European Heart Failure Self-Care Behavior Scale[12]. Ambos os instrumentos são escalas autoadministráveis, o que facilita a aplicação mas dificulta a interpretação, dado o alto grau de subjetividade decorrente dos diferentes graus de escolaridade e cognição das pessoas avaliadas[13]. O presente estudo, portanto, difere dos demais por utilizar um instrumento direcionado aos profissionais de saúde. Tal instrumento visa a avaliação objetiva do autocuidado de pacientes com diagnóstico de IC, associando as práticas avaliadas com as características de cada paciente. Acredita-se que algumas condições, tais como escolaridade, apoio familiar e condições financeiras, podem influenciar a prática de autocuidado e suas manifestações.

OBJETIVO

Averiguar a influência de características sociodemográficas nas práticas de autocuidado de pessoas com IC.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará mediante submissão à Plataforma Brasil, atende às diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução nº 466/2012[14]. A coleta de dados foi iniciada somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para registro da anuência de participação.

Desenho e local do estudo

Estudo transversal e analítico, realizado em três hospitais privados com atendimento cardiológico, na capital de Fortaleza, Ceará. Um dos hospitais é especializado no tratamento de doenças cardiovasculares; os demais oferecem serviço generalista de atenção à saúde, tendo, entre suas especialidades, o atendimento cardiológico.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

Todos os pacientes com diagnóstico médico de IC, maiores de 18 anos e de ambos os sexos, internados nas três instituições no período estabelecido para a coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa (amostragem não probabilística sequencial). Dessa forma, não se realizou cálculo de amostra. Foram excluídos pacientes sem condições psicológicas e cognitivas de responder diretamente às questões formuladas pelos pesquisadores e pacientes que realizaram transplante cardíaco, haja vista a possibilidade de esta condição clínica interferir na prática de autocuidado do paciente com IC. A amostra constou de 57 pacientes.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados entre março e setembro de 2013, nas enfermarias das instituições. O instrumento utilizado foi um

formulário com perguntas estruturadas em três partes: caracterização sociodemográfica, caracterização clínica e avaliação do autocuidado. Integrou a terceira parte do instrumento a Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAAPIC)[13], que contém 20 itens de avaliação do autocuidado divididos em cinco domínios: (1) *nutrição* (4 itens): controle dietético, consumo de sal, ingestão hídrica, monitoramento do peso corporal; (2) *atividade e repouso* (3 itens): exercício físico regular, atividade laboral, atividade sexual; (3) *percepção e cognição* (3 itens): conhecimento sobre a IC, aceitação e adaptação à IC, monitoramento e reconhecimento de sintomas de descompensação da IC; (4) *promoção da saúde* (6 itens): acompanhamento com profissionais de saúde, abstenção do tabagismo, abstenção de bebidas alcoólicas, higiene pessoal, esquema vacinal atualizado, uso regular de medicação prescrita; (5) *tolerância ao estresse* (4 itens): gerenciamento do estresse, atividades de lazer, procura de ajuda quando aparecem sintomas de descompensação, rede de suporte familiar e social. Cada item possui cinco opções de resposta, sendo 1 a resposta correspondente à pior avaliação e 5 à melhor[13].

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados e tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel® 2010, segundo as variáveis criadas a partir das características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar do participante) e das relacionadas ao autocuidado (itens da EAAPIC)[13]. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics® 20.

As características sociodemográficas foram analisadas por meio de estatística descritiva, com cálculos de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil – IIQ). Para facilitar a análise do autocuidado, as respostas dos itens da EAAPIC foram dicotomizadas: 1, 2 ou 3 foram classificadas como "autocuidado insatisfatório" e 4 ou 5 como "autocuidado satisfatório". A dicotomização das respostas teve base na compreensão de que as pontuações 4 e 5 representam melhor autocuidado quando comparadas às demais. Foram aplicados ainda os testes t de Student para amostras independentes e U de Mann-Whitney para comparar as médias de cada item de avaliação do autocuidado de acordo com as características sociodemográficas. Todas as variáveis quantitativas foram testadas quanto à normalidade de distribuição (Kolmogorov-Smirnov). Consideraram-se estatisticamente significativos os resultados dos testes cujos valores de p foram menores que 0,05.

RESULTADOS

Dos 57 pacientes incluídos no estudo, 33 (57,9%) eram homens, 30 (52,6%) eram casados e 32 (57,1%) tinham mais de oito anos de escolaridade. A idade variou de 43 a 95 anos; 46 (80,7%) dos pacientes eram idosos. A mediana da renda familiar dos participantes correspondeu a 4,4 salários mínimos (IQ = 6,0).

Predominou o tempo de diagnóstico médico de IC maior do que 5 anos (42,1%), variando de 1 a 27 anos, com média de 7,8 anos, e presença de sobrepeso em 38,6% dos pacientes. Os sintomas que mais levaram à procura inicial de assistência médica foram dispneia (47,3%), cansaço físico (42,1%), dor no peito (26,3%) e vertigem (10,5%). Os sintomas mais prevalentes no momento ou no decorrer da internação foram: cansaço físico (66,6%), dispneia (63,1%), taquicardia (12,3%), vertigem (10,5%) e dor no peito (8,8%).

As comorbidades observadas foram: hipertensão arterial sistêmica (66,6%), diabetes mellitus (45,6%) e valvulopatias (17,5%), mesmo que 22,8% dos pacientes negassem ter comorbidades.

Na avaliação do autocuidado dos pacientes, em dois domínios da escala (promoção da saúde e tolerância ao estresse) predominaram respostas indicativas de práticas satisfatórias. Entre eles, o domínio com melhor resultado de avaliação foi o de promoção da saúde, pois a proporção de respostas equivalentes a um autocuidado satisfatório foi maior em todos os itens. E, nesse domínio, o item com maior frequência de respostas de autocuidado satisfatório foi a abstenção de bebidas alcoólicas (96,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de frequências de respostas à avaliação do autocuidado, segundo itens da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca, de pacientes internados nos três hospitais estudados (N = 57), Fortaleza, Ceará, Brasil, 2013

Domínios/Itens	Autocuidado			
	Insatisfatório		Satisfatório	
	f	%	f	%
Nutrição				
Controle dietético	41	71,9	16	28,1
Consumo de sal (restrição)	7	13,2	50	86,8
Ingestão hídrica (restrição)	5	31,3	52	68,8
Monitoramento do peso corporal	55	96,5	2	3,5
Atividade e repouso				
Exercício físico regular	51	89,5	6	10,5
Atividade laboral	4	7,0	53	93,0
Atividade sexual	11	19,3	46	80,7
Percepção e cognição				
Conhecimento sobre a IC	39	68,4	18	31,6
Aceitação e adaptação à IC	30	52,6	27	47,4
Monitoramento e reconhecimento de descompensação da IC	8	14,0	49	86,0

Continua

Tabela 1 (cont.)

Domínios/Itens	Autocuidado			
	Insatisfatório		Satisfatório	
	f	%	f	%
Promoção da saúde				
Acompanhamento com profissionais de saúde	13	22,8	44	77,2
Abstenção de tabagismo	3	5,3	54	94,7
Abstenção de bebidas alcoólicas	2	3,5	55	96,5
Higiene pessoal	16	28,1	41	71,9
Esquema vacinal atualizado	20	35,1	37	64,9
Uso regular de medicação prescrita	10	17,5	47	82,5
Tolerância ao estresse				
Gerenciamento do estresse	31	54,4	26	45,6
Atividades de lazer	28	49,1	29	50,9
Procura de ajuda quando aparecem sintomas de descompensação	12	21,1	45	78,9
Rede de suporte familiar e social	10	17,5	47	82,5

Nota: IC: insuficiência cardíaca.

No domínio "nutrição", houve maior frequência de pacientes que mencionaram realizar restrição salina (86,8%) e restrição hídrica (68,8%). Na avaliação da "atividade e repouso", um menor percentual de pacientes praticava exercício físico de modo regular (10,5%). Quanto a "percepção e cognição", predominaram os participantes que realizavam monitoramento e reconhecimento dos sintomas de descompensação da IC (86%) (Tabela 1).

Na associação entre as médias dos itens de avaliação do autocuidado e as características sociodemográficas, as mulheres apresentaram melhor controle dietético (p = 0,023). Em contrapartida, os homens possuíam maior conhecimento sobre a IC (p = 0,021) (Tabela 2).

Os idosos estiveram associados à manutenção de alimentação saudável (p = 0,010) e ao melhor manejo da atividade laboral (p = 0,019). A faixa etária correspondente aos adultos esteve, por sua vez, associada ao monitoramento frequente do peso corporal (p < 0,0001) e ao maior conhecimento sobre a doença cardíaca diagnosticada (p = 0,046) (Tabela 2).

O maior grau de instrução (escolaridade) esteve associado ao melhor seguimento de recomendações sobre as atividades de lazer (p = 0,016). A renda familiar mensal alta esteve associada ao maior conhecimento sobre os aspectos relativos à IC (p = 0,016) e à busca de atividades de lazer conforme o quadro clínico apresentado e/ou de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde (p = 0,011), quando comparados às pessoas com renda familiar de até seis salários mínimos (Tabela 2).

Quanto ao estado civil, foi encontrada associação estatística significativa entre residir com companheiro e maior conhecimento sobre IC (p = 0,049), seguimento do esquema vacinal (p = 0,039) e rede de suporte familiar e social com vínculos moderados/fortes (p = 0,006) (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação das médias de respostas aos itens de avaliação do autocuidado da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca com características sociodemográficas em pacientes internados nos três hospitais estudados (N = 57), Fortaleza, Ceará, Brasil, 2013

Domínios/Itens	Sexo		Faixa etária		Escolaridade		Renda familiar		Estado civil	
	Feminino	Masculino	< 60 anos	≥ 60 anos	≤ 8 anos	> 8 anos	1-6 SM	≥ 7 SM	CC	SC
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Nutrição										
Controle dietético	3,1(1,1)	2,4(1,0)	1,9(1,0)	2,9(1,0)	2,9(0,8)	2,5(1,2)	2,9(1,1)	2,6(1,2)	2,7(1,1)	2,8(1,1)
Valor de *p**	0,023		0,010		0,100		0,413		0,794	
Consumo de sal	4,4(1,4)	4,4(1,3)	3,8(1,9)	4,6(1,2)	4,8(0,8)	4,3(1,5)	4,7(1,0)	4,3(1,5)	4,4(1,4)	4,5(1,3)
Valor de *p***	0,939		0,085		0,152		0,713		0,808	
Ingestão hídrica	4,2(1,7)	3,5(2,0)	3,4(2,1)	3,9(1,8)	5,0(0,0)	3,5(1,9)	4,0(2,0)	3,4(2,1)	4,5(1,3)	2,7(2,1)
Valor de *p***	0,661		0,743		0,667		0,730		0,142	
Monitoramento do peso	1,1(0,4)	1,2(0,8)	1,8(1,5)	1,0(0,0)	1,1(0,8)	1,1(0,6)	1,0(0,0)	1,0(0,0)	1,3(0,9)	1,0(0,0)
Valor de *p***	0,723		0,000		0,766		1,000		0,094	
Atividade e repouso										
Exercício físico	1,3(0,9)	1,4(1,1)	1,5(1,2)	1,4(0,9)	1,4(1,0)	1,3(1,0)	1,3(0,8)	1,4(1,1)	1,3(0,9)	1,5(1,1)
Valor de *p***	0,738		0,639		0,693		0,820		0,382	

Continua

Tabela 2 (cont.)

Domínios/Itens	Sexo		Faixa etária		Escolaridade		Renda familiar		Estado civil	
	Feminino	Masculino	< 60 anos	≥ 60 anos	≤ 8 anos	> 8 anos	1-6 SM	≥ 7 SM	CC	SC
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Atividade laboral	4,9(0,2)	4,4(1,3)	4,1(1,6)	4,8(0,8)	4,8(0,8)	4,5(1,1)	4,8(0,7)	4,3(1,4)	4,6(1,0)	4,7(1,1)
Valor de *p***	0,063		0,019		0,072		0,424		0,213	
Atividade sexual	3,7(0,9)	3,5(0,8)	4,0(0,8)	3,2(0,7)	3,5(1,2)	3,6(0,7)	3,5(1,0)	3,2(0,5)	3,6(0,7)	3,2(1,2)
Valor de *p**	0,739		0,065		0,750		0,673		0,390	
Percepção e cognição										
Conhecimento sobre IC	2,7(0,8)	3,3(1,0)	3,5(0,8)	2,9(0,9)	2,8(0,8)	3,2(1,0)	2,8(0,8)	3,6(0,9)	3,3(0,9)	2,8(1,0)
Valor de *p***	0,021		0,046		0,129		0,016		0,049	
Aceitação e adaptação	3,3(0,9)	3,3(1,1)	3,1(1,2)	3,4(1,0)	3,6(0,7)	3,0(1,1)	3,3(1,0)	3,4(1,1)	3,5(1,1)	3,1(0,9)
Valor de *p***	0,973		0,514		0,056		0,754		0,128	
Reconhecimento de descompensação	4,1(1,3)	4,3(0,9)	4,4(0,8)	4,2(1,1)	4,2(0,9)	4,1(1,2)	4,1(1,2)	4,3(1,1)	4,4(0,7)	4,0(1,4)
Valor de *p***	0,768		0,538		0,784		0,669		0,627	
Promoção da saúde										
Acompanhamento. com profissionais de saúde	4,3(1,3)	4,2(1,2)	4,0(1,1)	4,3(1,2)	4,5(0,8)	4,0(1,4)	4,4(1,1)	4,0(1,3)	4,1(1,1)	4,3(1,3)
Valor de *p***	0,772		0,250		0,163		0,512		0,921	
Abstenção tabagismo	4,8(0,8)	4,8(0,9)	5,0(0,0)	4,7(0,9)	4,8(0,8)	4,7(0,9)	4,8(0,7)	4,3(1,5)	4,7(1,0)	4,8(0,8)
Valor de *p***	0,754		0,388		0,734		0,568		0,620	
Abstenção alcoolismo	5,0(0,0)	4,8(0,9)	4,6(1,2)	4,9(0,6)	4,8(0,8)	4,9(0,7)	4,8(0,7)	5,0(0,2)	4,7(1,0)	5,0(0,2)
Valor de *p***	0,616		0,240		0,511		0,588		0,090	
Higiene pessoal	3,9(0,7)	3,8(0,7)	4,2(0,7)	3,8(0,7)	3,7(0,7)	3,9(0,7)	3,7(0,7)	4,1(0,6)	3,9(0,7)	3,8(0,7)
Valor de *p***	0,929		0,152		0,447		0,135		0,499	
Vacinas atualizadas	3,5(1,6)	3,9(1,6)	3,4(1,7)	3,9(1,6)	3,6(1,6)	3,8(1,6)	3,8(1,5)	4,0(1,7)	4,1(1,3)	3,3(1,7)
Valor de *p***	0,199		0,354		0,576		0,475		0,039	
Medicação prescrita	4,5(1,3)	4,1(1,7)	3,8(1,9)	4,4(1,5)	4,3(1,5)	4,2(1,6)	4,4(1,4)	4,0(1,8)	4,2(1,6)	4,4(1,4)
Valor de *p***	0,341		0,288		0,756		0,620		0,614	
Tolerância ao estresse										
Gerenciamento do estresse	3,3(0,9)	3,3(1,2)	3,1(1,3)	3,3(1,0)	3,4(1,1)	3,2(1,0)	3,1(1,1)	3,6(1,1)	3,3(1,1)	3,2(1,0)
Valor de *p***	0,993		0,461		0,413		0,159		0,809	
Atividades de lazer	3,0(1,3)	3,4(1,5)	3,7(1,4)	3,1(1,4)	2,7(1,3)	3,6(1,3)	2,8(1,2)	4,1(1,4)	3,4(1,3)	3,0(1,4)
Valor de *p**	0,283		0,284		0,016		0,011		0,289	
Procura de ajuda	4,3(0,9)	4,4(0,8)	4,4(1,0)	4,4(0,8)	4,5(0,8)	4,3(0,9)	4,3(0,9)	4,6(0,6)	4,4(0,8)	4,4(0,9)
Valor de *p***	0,992		0,645		0,513		0,527		0,794	
Rede de suporte	4,0(0,9)	4,2(0,9)	4,4(0,7)	4,1(0,9)	4,1(0,9)	4,1(0,8)	4,1(0,9)	4,2(1,0)	4,4(0,8)	3,8(0,8)
Valor de *p***	0,276		0,280		0,943		0,690		0,006	

*Nota: * Teste t de Student (para amostras independentes); ** Teste de Mann-Whitney (para média dos postos); EAAPIC: Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca; IC: insuficiência cardíaca; DP: desvio-padrão; CC: com companheiro; SC: sem companheiro; SM: salário mínimo em 2013 (R$ 678,00).*

DISCUSSÃO

Conforme observado, a maioria das práticas de autocuidado contempladas na escala foi considerada satisfatória, demonstrando que o público abordado apresentava uma boa adesão ao autocuidado relativo à IC. Dentre as práticas satisfatórias, as que apresentaram maior percentual de adesão foram: restrição salina, atividade laboral, atividade sexual, monitoramento e reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação, abstenção do tabagismo, abstenção de bebidas alcoólicas, uso regular de medicação prescrita e rede de suporte familiar e social.

Os profissionais de saúde que acompanham pacientes com IC devem, a cada consulta, investigar os sintomas que ocorrem durante as atividades do dia a dia. A anamnese deve questionar especificamente quais atividades causam desconforto e limitam a capacidade funcional, como subir rampas e lances de escada, caminhar no plano, realizar atividades domésticas, vestir-se sozinho, tomar banho, alimentar-se e dormir sem restrição de decúbito[15].

A sobrecarga hidrossalina é frequentemente referida como causa de descompensação da IC. Apesar de não existirem estudos bem delineados demonstrando que a restrição hídrica e salina são estratégias efetivas para reduzir a morbidade da IC,

existe consenso geral de que a adesão do paciente a medidas de restrição hidrossalina é um marcador de qualidade assistencial. Os pacientes com IC devem ser estimulados ainda a suprimir o uso do tabaco, passivo e ativo, pois o tabagismo aumenta o risco de doença cardiovascular total e de infecção pulmonar[15].

A restrição salina é a prática de autocuidado mais frequentemente apontada nos artigos analisados, seguida de pesagem diária, restrição hídrica, monitorização e reconhecimento de sintomas, exercício físico e terapia medicamentosa. No entanto, deve-se considerar a subjetividade da restrição salina, que pode ser entendida não como retirada total de consumo de sal, mas simplesmente redução a partir do consumo anterior, variando de acordo com hábitos e cultura alimentar[1].

Algumas práticas de autocuidado foram consideradas insatisfatórias, a saber: controle dietético, monitoramento do peso corporal, exercício físico regular, conhecimento sobre IC, aceitação e adaptação à IC e gerenciamento do estresse. Monitoramento do peso corporal e exercício físico regular apresentaram maior percentual de pacientes com adesão insatisfatória.

O baixo nível de atividade física pode estar relacionado à intolerância à atividade e à exacerbação dos sintomas ao fazer esforço, comum em pacientes com IC, e à escassez de programas para a promoção de atividades físicas pelos pacientes com IC[10]. Da mesma forma, pode ser impeditiva a falta de hábitos culturais de exercício físico como recurso para a promoção da saúde.

A cada consulta, o peso corporal deve ser monitorado, pois trata-se de uma medida simples que pode auxiliar na aferição do estado nutricional e volêmico de pacientes com IC crônica. Quando ocorre em intervalos curtos de tempo (dias ou poucas semanas), a variação de peso pode indicar piora do estado volêmico. Em estudo com pacientes com IC, verificou-se que apenas 28% tinham sido orientados quanto ao controle de peso, embora 89% tenham relatado facilidade para se pesar diariamente[16].

O acompanhamento clínico contínuo de pacientes com IC é recomendado nas recentes orientações no manejo clínico da IC, e o autocuidado realizado com sucesso pelo paciente é uma das principais estratégias do plano de cuidados[3], destacando-se a sua importância para a manutenção de condições mais saudáveis. Assim, as intervenções de enfermagem que visam atender adequadamente às necessidades do paciente requerem um planejamento cuidadoso (incluindo uma avaliação acurada das necessidades), com escolha da melhor abordagem e uma avaliação rigorosa de sua eficácia na otimização da prática do autocuidado, traduzida em resultados clínicos[17].

Metanálises de abordagem não farmacológica, implementadas por profissionais inseridos em programas de manejo da IC, trazem resultados benéficos para o conhecimento do tratamento, o autocuidado e a adesão, além de melhorarem a qualidade de vida e reduzirem custos[18].

O controle dietético apresentou diferença significativa quando associado às variáveis sexo e faixa etária, assim como o monitoramento do peso corporal e da atividade laboral quando associados à faixa etária. A maior atividade laboral associada aos pacientes com idade ≥ 60 anos pode se explicar pelo fato de o indivíduo dessa faixa etária geralmente estar aposentado, não necessitando fazer esforços físicos para exercer sua atividade laboral. Já o monitoramento do peso corporal associado à idade adulta pode estar relacionado à maior habilidade física e cognitiva do adulto para realizar a pesagem diária.

Aumentar a capacidade funcional para manter a capacidade de trabalho tem sido o objetivo de todos os estudos randomizados. Nos trabalhadores com tarefas laborativas de força, a troca de função deve ser avaliada de modo individual e periódico, após otimização do tratamento farmacológico e não farmacológico. A especificidade do contexto de cada paciente deve ser levada em consideração na tomada de decisão[15] e no desenvolvimento de intervenções educativas para a prática do autocuidado.

O conhecimento sobre IC apresentou associação estatística com as variáveis sexo, faixa etária, renda familiar e estado civil. O conhecimento sobre IC foi mais bem avaliado em adultos do sexo masculino, com maior renda familiar e companheiro. A renda influencia no acesso a informações que ajudam o indivíduo a obter conhecimentos sobre a doença e o tratamento, e os pacientes adultos geralmente estão mais aptos a adquirir e fixar conhecimento.

Identificar o nível de conhecimento do paciente é o primeiro passo para que o processo de ensino-aprendizagem do autocuidado seja efetivo. Essa avaliação é necessária para averiguar o que o paciente entende de sua doença e quais suas ações para autogerenciá-la[19]. Estudos apontam que os fatores de risco preditivos de hospitalização e de readmissões de pacientes com IC incluem o pouco conhecimento sobre sinais e sintomas de descompensação da doença e a baixa adesão às recomendações para o autocuidado[20-21].

Um estudo mostrou que, quanto menor o escore de autocuidado dos pacientes, maior o número de internações hospitalares por IC agudamente descompensada. Além disso, pacientes mais jovens e com mais anos de escolaridade apresentaram maiores escores de autocuidado[22].

As atividades de lazer apresentaram associação estatística com a escolaridade e a renda familiar, sugerindo a possibilidade de a maior escolaridade e, especialmente, a renda familiar influenciarem o acesso às diversas atividades de lazer. Portanto, é importante que atividades de lazer de baixo custo sejam ofertadas aos pacientes, que muitas vezes desconhecem atividades oferecidas na própria comunidade.

Os participantes com companheiro foram mais bem avaliados quanto à rede de suporte familiar e social e o esquema vacinal atualizado. Um companheiro geralmente representa um vínculo de suporte familiar, e vínculos fortes podem atuar como apoio para a adesão a ações de autocuidado. Os participantes com companheiro apresentaram melhor adesão em 11 práticas de autocuidado. Desta forma, o desenvolvimento de intervenções educativas de autocuidado deve ser estendido também à família, não se centrando apenas no paciente.

As respostas indicativas de autocuidado insatisfatório podem estar relacionadas ao fato de a amostra ser constituída de pacientes internados, o que permite inferir que a internação dos participantes se deve à descompensação ocasionada pela deficiência do autocuidado.

Limitações do estudo

Sugere-se a realização de pesquisas similares, que avaliem o autocuidado em pessoas com IC com amostras pareadas por

sexo e faixa etária, a fim de que se possa confirmar os resultados aqui encontrados. Tal pareamento não pôde ser realizado nesta pesquisa em virtude do número reduzido de participantes. Como se trata de estudo transversal, a capacidade de inferir causalidade foi limitada, tornando os resultados aqui descritos restritos à compreensão do impacto das características sociodemográficas no autocuidado para o grupo estudado.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estímulo ao autocuidado é uma importante ação de promoção da saúde, principalmente quando se considera o contexto de adoecimento crônico. Mesmo assim, muitas ações de promoção da saúde são implementadas sem que sejam consideradas as especificidades do público-alvo, levando-se em conta dados sociodemográficos e contexto cultural e familiar.

Conhecer as características dos pacientes acompanhados nos serviços de atenção à saúde subsidia diagnósticos de enfermagem mais precisos e possibilita a elaboração de um plano de cuidados adaptado às potencialidades e dificuldades de cada indivíduo. A implementação de um plano de cuidados bem elaborado contribui para uma assistência de enfermagem mais resolutiva. A consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca, subsidiada pelo processo de enfermagem, contribui para uma assistência qualificada e pode representar ganho nas práticas de autocuidado, levando à melhora do quadro clínico e à redução de novas internações.

CONCLUSÃO

Houve maior prevalência de respostas indicativas de práticas de autocuidado satisfatórias entre os pacientes avaliados, sobretudo no que concerne aos domínios de promoção da saúde e tolerância ao estresse.

As características sociodemográficas estudadas influenciaram sete práticas de autocuidado: controle dietético; monitoramento do peso corporal; esforço dispensado na atividade laboral; conhecimento sobre a IC; manutenção de esquema vacinal atualizado, atividades de lazer e rede de suporte familiar e social com vínculos moderados/fortes.

As associações encontradas de sexo, faixa etária, escolaridade, renda familiar e estado civil com as práticas de autocuidado apontam a possibilidade de acompanhamento e construção de um plano de cuidados embasado nas características e no contexto sociocultural e familiar de cada paciente, o que acentua as chances de adesão e melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SKP, Lima FET, Pessoa VLMP, Caetano JA, Meneses LST, Mendonça LBA. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev Ciênc Med[Internet]. 2013[cited 2016 Jun 01];22(1):23-30. Available from: http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1998/1756
2. Silva PGMB, Ribeiro DJ, Fernandes VA, Rinaldi DVS, Ramos DL, Okada MY, et al. Impacto inicial de uma clínica de insuficiência cardíaca em hospital cardiológico privado. Rev Bras Cardiol[Internet]. 2014[cited 2016 Jun 01];27(2):90-96. Available from: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_158_Pedro_Gabriel_Artigo_Original_RBC_272.pdf
3. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr DE, Drazner MH, et al. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol[Internet]. 2013[cited 2016 Feb 06];62(16):147-239. Available from: http://circ.ahajournals.org/content/128/16/e240
4. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1995.
5. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. Int J Nurs Stud[Internet]. 2013[cited 2017 May 03];50(7):945-53. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23211796
6. Ferreira VMP, Silva LN, Furuya RK, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. Rev Esc Enferm USP[Internet]. 2015[cited 2017 May 03];49(3):388-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0388.pdf
7. Bdeir B, Conboy T, Mukhtar A, Omer H, Odeh R, Farah I, et al. Impact of a nurse-led heart failure program on all-cause mortality. J Cardiovasc Nurs[Internet]. 2015[cited 2017 May 03];30(2):E7-14. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24496326
8. Coura AS, Enders BC, França ISX, Vieira CENK, Dantas DNA, Menezes DJC. Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal cord injury. Rev Esc Enferm USP[Internet]. 2013[cited 2017 Oct 05];47(5):1154-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1150.pdf
9. Guerrero-Pacheco R, Galán-Cuevas S, Cappello OSA. Factores sociodemográficos y psicológicos asociados al autocuidado y la calidad de vida en adultos mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. Acta Colomb Psicol[Internet]. 2017[cited 2017 Oct 05];20(2):168-77. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n2/0123-9155-acp-20-02-00168.pdf
10. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Self-care in heart failure patients. Rev Latino-Am Enfermagem[Internet]. 2015[cited 2016 Jul 09];23(4):578-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00578.pdf
11. Ávila CW. Adaptação transcultural e validação da self-care of heart failure índex versão 6.2 para uso no Brasil[Dissertação][Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012[cited 2016 Jun 01]. Available from: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55507/000858530.pdf?sequence=1

12. Rabelo ER, Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. Rev Latino-Am Enfermagem[Internet]. 2012[cited 2016 Feb 06];20(5):988-96. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/22.pdf

13. Oliveira SKP. Escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: validação clínica[Tese][Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015[cited 2016 Jan 14]. Available from: http:www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12685/1/2015_tese_skpoliveira.pdf

14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012[cited 2016 Feb 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

15. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol[Internet]. 2009[cited 2016 Jan 14];93(Supl-1):1-71. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.pdf

16. Nascimento HR, Puschel VAA. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. Acta Paul Enferm[Internet]. 2013[cited 2016 Jul 09];26(6):601-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en_15.pdf

17. Boisvert S, Proulx-Belhumeur A, Gonçalves N, Doré M, Francoeur J, Gallani MC. An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. Rev Latino-Am Enfermagem[Internet]. 2015[cited 2016 Jun 15];23(4):753-68. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00753.pdf

18. Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. Rev Latino-Am Enfermagem[Internet]. 2013[cited 2016 Jun 15];21(Spe):20-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/04.pdf

19. Carneiro CS, Oliveira APD, Lopes JL, Bachion MM, Herdman TH, Moorhead SA, et al. Outpatient clinic for health education: contribution to self-management and self-care for people with heart failure. Int J Nurs Knowl[Internet]. 2016[cited 2016 Jun 15];27(1):49-55. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25612229

20. Sahebi A, Mohammad-Aliha J, Ansari-Ramandi M, Naderi N. Investigation the Relationship Between Self-Care and Readmission in Patients With Chronic Heart Failure. Res Cardiovasc Med[Internet]. 2015[cited 2016 Jun 15];4(1):e25472. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4347722/

21. Almeida GAS, Teixeira JBA, Barichello E, Barbosa MH. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. Esc Anna Nery[Internet]. 2013[cited 2016 Jul 25];17(2):328-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a18.pdf

22. Linn AC, Azzolin K, Souza EN. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev Bras Enferm[Internet]. 2016[cited 2017 May 11];69(3):500-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0500.pdf