UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DÉBORA CRISTINE PRÉVIDE TEIXEIRA DA CUNHA

**Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros três
meses após a alta hospitalar.**

RIBEIRÃO PRETO

2019

DÉBORA CRISTINE PRÉVIDE TEIXEIRA DA CUNHA

**Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros três
meses após a alta hospitalar.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem De Ribeirão Preto para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cunha, Débora Cristine Prévide Teixeira da

Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros três meses após a alta hospitalar. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2019.
127p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

1. Insuficiência Cardíaca. 2. Enfermagem. 3. Autocuidado. 4. Sono
5. Cognição

CUNHA, Debora Cristine Prévide Teixeira da

Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros três meses após a alta hospitalar.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

Dedico a **Deus** e a minha família por todo apoio, força e por nunca me deixar desanimar frente às dificuldades encontradas durante meu percurso.

A minha amada mãe **Marta** que sempre esteve ao meu lado, me ouvindo, dando conselhos, apoiando, ensinando. Você é a minha inspiração como pessoa, mulher e profissional.

Ao meu admirável pai **Serafim**, por sempre me fazer ser forte e nunca desistir, aos ensinamentos e a educação desde o primeiro dia de vida. Sou grata por tudo que você fez e faz por mim até hoje.

Esse trabalho é dedicado a vocês com muito carinho.

Agradecimentos

Deus, obrigada! Agradeço por sempre me dar forças, calma, serenidade, benções e amor. Por vários momentos você era o único que estava em minha mente.

Aos meus pais, Marta e Serafim, palavras não são suficientes para expressar meu amor, carinho, gratidão por tudo que fizeram e fazem por mim até hoje. Obrigada por estarem ao meu lado em todos os momentos alegres e tristes. Amo vocês demais!

A minha orientadora Profa. Dra. Rosana Dantas, nossa trajetória foi longa e cheia de mudanças de percurso. Sou eternamente grata por ter aceitado ser minha orientadora desde o início da graduação até hoje, por ter me acolhido no grupo de pesquisa e ter me ensinado como ser enfermeira e pesquisadora. Escrevemos uma história de quase dez anos e você sempre será o espelho de pessoa e profissional que quero ser.

Vó Cleonice, Vô Ollando, tia Bá e Ana Flávia a vocês meu amor e carinho. Vó e vô, vocês sempre foram meus segundos pais. Tia Bá, minha mãe postiça mais amada, estudiosa, guerreira e admirável e Ana Flávia, a irmã, prima e confidente, obrigada por guardar meus segredos.

A minha família como todo, irmãos Luiz e Marco, tias e tios, primos e cunhadas. Agradeço pela paciência com minhas alterações de humor, pelos ensinamentos e por sempre estarem comigo nessa jornada.

As minhas grandes e verdadeiras amigas, Christiane Schmidt, Eliane Nepomuceno, Luma Nascimento, Marcela Moraes, Rafaela Manzato, Natassia

Pita, Fernanda Garcia e Luciane Sempionato. Meu muito obrigado por existirem e me animarem. Obrigada pelas conversas infinitas e inúmeros conselhos. Vocês são únicas e especiais. E a todas as outras pessoas que sabem

que são especiais, mas que o nome não está aqui.

A todos os membros do grupo de pesquisa GIRQ por compartilharem ensinamentos, experiências e dividirem os saberes da pesquisa, em especial a

Julia Gomes, aluna de iniciação científica que orientei em conjunto com a

minha orientadora, pela ajuda no período de coleta dos dados e acompanhamento dos pacientes. A EERP-USP por toda a formação desde a graduação até o doutorado, tenho muito orgulho da profissional que me

transformei.

A enfermeira Sheila Carrara Hermann, amiga e colega de profissão.

Obrigada pelos ensinamentos, conselhos e dicas.

A todos da Divisão de Cardiologia do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ao Dr. Marcus Simões, Dr. Pedro

Velloso Schwartzmann e Dra Fabiana Marques, obrigada por abrirem as

portas do ambulatório para mim e minha pesquisa, tornando esse projeto

possível.

Por último, aos participantes do estudo, sem o aceite de participarem

voluntariamente dessa pesquisa, esse trabalho não seria possível.

RESUMO

CUNHA, D. C. P. T. **Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros três meses após a alta hospitalar.** 2019. 127 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução. A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome que acomete principalmente os idosos. As ações de autocuidado são fundamentais para estes pacientes, envolvendo medidas farmacológicas e não farmacológicas. Quando há uma falha em algumas destas ações, os pacientes podem passar por um período de descompensação. **Objetivos.** 1) analisar a evolução das ações de autocuidado, durante o primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar e aos três meses após o primeiro contato de pacientes que foram internados com IC descompensada; 2) analisar quais variáveis estão associadas na determinação das ações de autocuidado, nos dois momentos da avaliação dos participantes do estudo; 3) caracterizar e analisar a evolução dos pacientes segundo a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, comprometimento cognitivo, qualidade de sono e apoio social no o primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar e aos três meses após o primeiro encontro ambulatorial. **Método.** Estudo observacional, analítico e longitudinal realizado nos ambulatórios de cardiologia de dois hospitais públicos de Ribeirão Preto. Os dados foram coletados por meio de consulta aos prontuários e entrevistas individuais com os participantes no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar (T0) e três meses após o primeiro retorno (T1). As variáveis de interesse foram avaliadas pelas versões validadas para o português do Brasil dos instrumentos: *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Medical Outcome Survey- Social Support* (MOS-SS) e *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI-BR). Os dados foram analisados pelos testes de comparação de médias (t de *Student* pareado e não pareado) e distribuição pareada (McNemar) e não pareada (Qui-quadrado e Exato de Fisher) com nível de significância de 0,05. **Resultados.** Na avaliação da evolução do autocuidado, as três subescalas (Manutenção, Manejo e Confiança) apresentaram melhoras três meses após o primeiro retorno ambulatorial ($p<0,001$). O comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão e apoio social obtiveram médias inferiores no T1 quando comparadas com T0, indicando uma piora dos participantes após o primeiro retorno ambulatorial. A qualidade de sono apresentou melhora em T1 ($p<0,001$). Não encontramos nenhuma diferença estatisticamente significativa ao compararmos os escores do SCHFI com as variáveis explanatórias. **Conclusão.** O autocuidado e a qualidade de sono melhoraram três meses após o primeiro retorno ambulatorial por descompensação da IC. Mais estudos precisam ser realizados para verificar quais são as variáveis associadas com a melhora do autocuidado após a internação.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Autocuidado. Sono. Cognição. Enfermagem.

ABSTRACT

CUNHA, D. C. P. T. **Self-care in patients with heart failure in the first three months after hospital discharge.** 2019. 127 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction. The heart failure (HF) is a syndrome that attacks mainly the elderly people. The actions of self-care are fundamental for these patients, involving pharmacological and non-pharmacological measures. When there is an error in some of these actions, the patients may have a period of decompensation. **Aims.** 1) To analyse the evolution of self-care actions, during the first outpatient return after hospital discharge and three months after the first contact of patients that had been admitted with decompensated HF; 2) To analyse which variables are associated on the determination of self-care actions, in both moments of evaluation of the study's participants; 3) To characterise and to analyse the patients' evolution according to the presence of symptoms of anxiety and depression, cognitive impairment, sleep quality and social support on the first outpatient return after hospital discharge and on the three months following the first outpatient meeting. **Method.** Observational, analytical and longitudinal study realized at the cardiology ambulatories of two Ribeirão Preto's public hospitals. The data was collected through consultation of the medical records and through individual interviews with participants on the first outpatient return after hospital discharge (T0) and three months following the first return (T1). The relevant variables were evaluated by Brazilian Portuguese validated versions of the following instruments: *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Medical Outcome Survey- Social Support* (MOS-SS) and *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI-BR). The data was analysed by rate comparison tests (paired and non-paired *t Student* tests) and paired (McNemar) and non-paired (chi-square and Fisher's exact) distribution with a 0,05 significance level. **Results.** On the evaluation of the self-care evolution, the three subscales (Maintenance, Management and Confidence) present recoveries three months following the first outpatient return ($p<0,001$). The cognitive impairment, symptoms of anxiety and depression and social support obtained lower rates in T1 when compared to T0, indicating the participant's worsening after the first outpatient return. The sleep quality presented a recovery in T1 ($p<0,001$). We have not found any statistically significant difference when comparing the SCHFI scores to the explanatory variables. **Conclusion.** Self-care and sleep quality improve three months following the first outpatient return for HF decompensation. More studies should be realized to verify which are the variables that are associated to self-care recovery after hospital admission.

Key words: Heart failure. Self-care. Sleep. Cognition. Nursing.

RESUMEN

CUNHA, D. C. P. T. **Autocuidado de pacientes con insuficiencia cardiaca en los primeros tres meses después del alta hospitalaria.** 2019. 127 p. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introducción. La insuficiencia cardiaca (IC) es una síndrome que se acomete principalmente a las personas mayores. Las acciones de autocuidado son fundamentales para estos pacientes, involucrando medidas farmacológicas y no farmacológicas. Cuando hay un fallo en algunas de estas acciones, los pacientes pueden pasar por un período de descompensación. **Objetivos.** 1) analizar la evolución de las acciones de autocuidado, durante el primer retorno ambulatorio después del alta hospitalaria y a los tres meses después del primer contacto de pacientes que fueron internados con IC descompensada; 2) analizar cuales variables están asociadas en la determinación de las acciones de autocuidado, en los dos momentos de la evaluación de los participantes del estudio; 3) caracterizar y analizar la evolución de los pacientes según la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión, compromiso cognitivo, cualidad de sueño y apoyo social en el primer retorno ambulatorio después del alta hospitalaria y a los tres meses después del primer encuentro ambulatorio. **Método.** Estudio observacional, analítico y longitudinal realizado en los ambulatorios de cardiología de dos hospitales públicos de Ribeirão Preto. Los datos fueron recopilados a través de consulta a las historias clínicas y entrevistas individuales con los participantes en el primer retorno ambulatorio después del alta hospitalaria (T0) y tres meses después del primer retorno (T1). Las variables de interés fueron evaluadas por las versiones validadas para el portugués de Brasil de los instrumentos: *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Medical Outcome Survey-Social Support* (MOS-SS) e *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI-BR). Los datos fueron analizados por los testes de comparación de medias (t de *Student* pareado y no pareado) y distribución pareada (McNemar) y no pareada (Chi-cuadrado y Prueba exacta de Fisher) con nivel de significancia de 0,05. **Resultados.** En la evaluación del autocuidado, las tres subescalas (Manutención, Manejo y Confianza) presentaron mejoras tres meses después del primer retorno ambulatorio ($p < 0,001$). El compromiso cognitivo, síntomas de ansiedad y depresión y apoyo social obtuvieron medias inferiores en el T1 cuando comparadas con T0, indicando un empeoramiento de los participantes después del primer retorno ambulatorio. La cualidad de sueño presentó mejora en T1 ($p < 0,001$). No encontramos ninguna diferencia estadísticamente significativa al comparar las puntuaciones del SCHFI con las variables explicativas. **Conclusión.** El autocuidado y la cualidad de sueño mejoraron tres meses después del primer retorno ambulatorio por descompensación de la IC. Más estudios necesitan ser realizados para verificar cuales son las variables asociadas con la mejora del autocuidado después de la internación.

Palabras-clave: Insuficiencia cardiaca. Autocuidado. Sueño. Cognición. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Descrição do perfil clínico-hemodinâmico da IC e sua categorização em relação a perfusão, congestão e perfil.	29
Figura 2: Modelo ilustrando o processo de autocuidado em insuficiência cardíaca, proposto por Riegel e Dickson (2008).....	38
Figura 3: Fluxograma dos participantes segundo as etapas propostas para o estudo	52
Figura 4: Fluxograma final dos participantes em cada etapa no estudo.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Classificação de pacientes com insuficiência cardíaca baseado na capacidade funcional, segundo a <i>New York Heart Association</i>	24
Quadro 2: Divisão da insuficiência cardíaca em relação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, segundo Ponikowski et al. (2016).	25
Quadro 3: Fatores mais comuns relacionados com a descompensação dos pacientes pela insuficiência cardíaca.	27
Quadro 4: Descrição das ações de autocuidado relacionadas às habilidades dos pacientes e às orientações dos profissionais de saúde.	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 157 participantes no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo a finalização do estudo. Ribeirão Preto, 2016-2018.....	63
Tabela 2 - Caracterização clínica dos 157 participantes no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo a finalização do estudo. Ribeirão Preto, 2016-2018...	64
Tabela 3 - Comparação das características sociodemográficas e clínicas dos 157 participantes, no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2016-2018.....	66
Tabela 4 - Comparação dos escores médios do autocuidado (SCHFI) durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2016-2018.	67
Tabela 5 - Comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo a faixa etária. Ribeirão Preto, 2016-2018.....	68
Tabela 6 - Comparação dos escores médios do autocuidado (SCHFI) durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo faixa etária. Ribeirão Preto, 2016-2018.	69
Tabela 7 Comparação dos escores médios do SCHFI (autocuidado) durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo os participantes que concluíram e não concluíram o estudo. Ribeirão Preto, 2016-2018.	69
Tabela 8 - Médias dos escores das variáveis comprometimento cognitivo (MoCA), sintomas de ansiedade e depressão (HADS), apoio social (MOS-SS) e qualidade de sono (PSQI-BR) dos 157 participantes durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0). Ribeirão Preto, 2016-2018.....	70
Tabela 9- Comparação dos escores de autocuidado medidos pelo instrumento SCHFI dos 137 participantes durante os três meses de acompanhamento (T0 e T1). Ribeirão Preto 2016-2018.....	71
Tabela 10 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes aos itens da subescala Manutenção - SCHFI no primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto, 2016-2018.	73
Tabela 11- Distribuição e evolução das respostas dos participantes do item 1 da subescala Manejo - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.	75
Tabela 12 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes segundo os itens 2, 3, 4 e 5 da subescala Manejo - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.....	76
Tabela 13 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes segundo o item 6 da subescala Manejo - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.	77

Tabela 14 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes segundo os itens da subescala Confiança - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.....	79
Tabela 15 - Comparação dos escores médios do autocuidado (SCHFI) dos 137 participantes, segundo as variáveis sexo, faixa etária, situação conjugal, presença de cuidador e FEVE (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.....	80
Tabela 16 - Correlação entre o autocuidado (SCHFI) com as variáveis escolaridade, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono dos 137 participantes (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.	82
Tabela 17 - Comparação dos escores de comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e sono dos participantes durante os três meses de acompanhamento (T0 e T1). Ribeirão Preto 2016-2018.	83

LISTA DE SIGLAS

BRAs – Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II

FEVE – Função de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

GIRQ – Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de vida

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

IC – Insuficiência Cardíaca

ICFEi – Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária

ICFEp - Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada

ICFEr – Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida

IECAs – Inibidoras da Enzima Conversora da Angiotensina

IMC – Índice de Massa Corporal

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

MOS-SS – *Medical Outcomes Survey Social Support*

NYHA – *New York Heart Association*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSQI-BR – *Pittsburgh Sleep Quality Index*

SCHFI – *Self-Care of Heart Failure Index*

SNS – Sistema Nervoso Simpático

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VE – Ventrículo Esquerdo

SUMÁRIO

1 - Introdução.....	17
1.1 - Justificativa do estudo e revisão de literatura.....	18
1.2 - Objetivos.....	21
1.3 - Referencial Teórico-Metodológico.....	21
1.3.1 - A insuficiência cardíaca e os aspectos fisiopatológicos.....	21
1.3.2 - Autocuidado entre pacientes com insuficiência cardíaca.....	30
1.3.3 - Autocuidado e comprometimento cognitivo em pacientes com insuficiência cardíaca.....	40
1.3.4 - Autocuidado e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência cardíaca	42
1.3.5 - Autocuidado e qualidade de sono em pacientes com insuficiência cardíaca.....	43
1.3.6 - Autocuidado e apoio social em pacientes com insuficiência cardíaca.....	44
2 - Método	46
2.1 - Delineamento e local do estudo.....	47
2.2 - Proteção aos participantes do estudo	47
2.3 - População e amostra do estudo.....	47
2.4 - Procedimentos para a coleta dos dados	50
2.5 - Instrumentos de medidas	54
2.6- Processamento e análise dos dados	58
3. Resultados.....	60
3.1 - Fluxograma dos participantes.....	61
3.2 - Comparação sociodemográfica e clínica segundo a finalização do estudo	63
3.3 - Avaliação do autocuidado, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono dos 157 pacientes no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar	65
3.4 - Evolução do autocuidado, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono dos 137 pacientes que concluíram o estudo	71
3.4.1 - Desfecho 1	71
3.4.2 - Desfecho 2	80
3.4.3 - Desfecho 3	82
4 - Discussão.....	84
4.1 - Limitações do estudo	96
4.2 - Implicações para a prática clínica e pesquisa	97
5 - Conclusão	99
REFERÊNCIAS	101
ÂPENDICE A.....	113
APÊNDICE B	115
ANEXO A.....	119
ANEXO B.....	120
ANEXO C.....	121
ANEXO D.....	124
ANEXO E	125
ANEXO F	127
ANEXO G.....	129

1 - Introdução

1.1 - Justificativa do estudo e revisão de literatura

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição terminal de várias doenças, principalmente as de origem cardiovascular. Entre as etiologias mais comuns estão à isquemia miocárdica, hipertensão arterial sistêmica, doença de Chagas e doença arterial sistêmica (ALBUQUERQUE et al., 2014; BOCCHI et al., 2012). O manejo terapêutico, farmacológico e não farmacológico (BOCCHI et al., 2009; McMURRY et al., 2012), é complexo o que pode justificar a não adesão ao tratamento, principalmente entre os pacientes mais idosos (McMURRY et al., 2012).

Por se tratar de uma síndrome que acomete principalmente a população idosa, a IC é responsável por altas taxas de internações (CROFT et al., 1997; KRUMHOLZ et al., 2002; MCDONALD; WILKINSON; LEDWIDGE, 2015; MONTERA et al., 2009). Nos Estados Unidos, os gastos hospitalares com custos diretos e indiretos (medicamentos, gastos com serviços de saúde, hospitalização e *home care*) variavam entre 60,2 a 115,4 bilhões de dólares a cada ano (VOIGT et al., 2014).

O autocuidado favorece o controle da IC, evitando a descompensação clínica dos pacientes e diminuindo o número de reinternações (DOMINGUES et al., 2011; DWINGER et al., 2013; MORTARA et al., 2009).

A complexidade da condição clínica, associada com as ações de autocuidados deficitárias pode ser justificada pelas altas taxas de reinternações. O motivo destas reinternações pode ser explicado pela ingerência e dificuldade nas ações de autocuidado dos pacientes, devido à complexidade de sua condição de saúde (MCDONALD; WILKINSON; LEDWIDGE, 2015).

O quadro de IC descompensada é uma das principais causas de internação hospitalar sendo responsável por grande parte dos gastos com saúde pública. É

caracterizado pelo aparecimento súbito ou gradual dos sinais e sintomas da IC, como dispneia, edema dos membros inferiores e arritmia, fazendo com que os pacientes procurem por consultas médicas não programadas ou por serviços de urgência. A depender do grau de descompensação, os pacientes podem ou não serem hospitalizados (McMURRY et al., 2012).

A enfermagem é uma das profissões da equipe de saúde que acompanha o tratamento dos pacientes com IC, focando nas intervenções que visam favorecer o autocuidado (DOMINGUES et al., 2011; RIEGEL et al., 2009; SHAO et al., 2013).

Entre os estudos desenvolvidos visando o autocuidado de pacientes com IC, há vários tipos de propostas de intervenção, focadas na abordagem individual (BALLESTER et al., 2015; PEREZ-MORENO et al., 2014), grupal (SHEAHAN; FIELDS, 2008) e nos familiares/cuidadores (RIEGEL; LEE; DICKSON, 2011; VELLONE et al., 2014), algumas intervenções foram pautadas no contato telefônico (DEL SINDACO et al., 2007; PIETTE et al., 2015, SHAO et al., 2013;).

Os aspectos abordados nestes estudos são aqueles ligados ao tratamento farmacológico (BALLESTER et al., 2015; DAVIDSON et al., 2010) e não farmacológico (CENE et al., 2013; SAYERS et al., 2008). Entre as intervenções não farmacológicas, destacam-se o controle do sal na dieta (DeWALT et al., 2012; DWINGER et al., 2013; JONES et al., 2014; PARADIS et al., 2010), a ingestão de líquidos (PARADIS et al., 2010), os exercícios físicos (DeWALT et al., 2012; JONES et al., 2014; PARADIS et al., 2010), o manejo da dispneia e da fadiga (PEREZ-MORENO et al., 2014; STEWART et al., 2014) e o controle do peso corporal diário (JAARSMA, 2009; JESSUP et al., 2009; PARADIS et al., 2010). Esses fatores são importantes, pois estão relacionados à detecção precoce do quadro de descompensação (PARADIS et al., 2010; RIEGEL; LEE; DICKSON; CARLSON, 2009).

Acompanhando as consultas de enfermagem dos pacientes com IC atendidos nos ambulatórios de um hospital de ensino do interior de São Paulo, constatamos que eles desconhecem a importância das ações do autocuidado para o manejo da síndrome, muitas vezes não sabendo quais eram os cuidados que deviam ser realizados no domicílio, além de apresentarem recorrentes internações pela descompensação da cardiopatia. A consulta de enfermagem foi incorporada recentemente nesse ambulatório, após a disponibilização de uma enfermeira para atuar exclusivamente com esses pacientes e seus respectivos familiares/cuidadores. Sua atuação está centrada na educação em saúde para os pacientes com IC, abordando aspectos do tratamento farmacológico e não farmacológico por meio de consultas de enfermagem e nas discussões de casos com a equipe multidisciplinar.

Até o momento, o autocuidado de pacientes brasileiros com IC foi pouco investigado (CONCEIÇÃO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2011; MEDEIROS; MEDEIROS, 2017; MUSSI et al., 2013; NASCIMENTO, PUSCHEL, 2013; RABELO et al., 2006) e os resultados encontrados mostraram que as ações de autocuidado eram inadequadas para a maioria dos pacientes analisados.

Diante da nossa vivência clínica e das lacunas encontradas na literatura, estabelecemos as seguintes questões como foco do presente estudo:

1 - Qual é a evolução do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, que foram hospitalizados devido à descompensação da IC, nos primeiros meses após a alta hospitalar?

2 - Quais variáveis estão relacionadas com as ações de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, que foram hospitalizados devido à descompensação da IC, nos primeiros meses após a alta hospitalar?

3 - Qual é a evolução dos sintomas de ansiedade e de depressão, do comprometimento cognitivo, da qualidade de sono e do apoio social de pacientes com

insuficiência cardíaca, que foram hospitalizados devido à descompensação da IC, nos primeiros meses após a alta hospitalar?

1.2 - Objetivos

1 - Analisar a evolução do autocuidado de pacientes que foram internados com IC descompensada, durante o primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar e aos três meses após o primeiro contato.

2 - Identificar quais variáveis estão associadas com o autocuidado, três meses após o primeiro contato, de pacientes que foram internados com IC descompensada.

3 – Caracterizar e analisar a evolução dos pacientes segundo a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, comprometimento cognitivo, qualidade de sono e apoio social no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar e aos três meses após o primeiro encontro ambulatorial.

1.3 - Referencial Teórico-Metodológico

1.3.1 - A insuficiência cardíaca e os aspectos fisiopatológicos

A IC é uma síndrome crônica complexa e multifatorial, cujos sintomas típicos são a falta de ar, edema nos membros inferiores, fadiga, podendo estar acompanhada por sinais como, por exemplo, estase de jugular e crepitações pulmonares. Isso pode ocorrer devido a uma anomalia cardíaca estrutural e/ou funcional, resultando na redução do débito cardíaco e/ou pressões intracardíacas elevadas em repouso ou durante o movimento (BOCCHI et al., 2009; HUNT et al., 2001; PONIKOWSKI et al., 2016).

A IC é considerada um grave problema de saúde pública, atingindo mais de 5,8 milhões de pessoas nos Estados Unidos e mais de 23 milhões por todo o mundo, gerando grande impacto na morbidade e mortalidade da população mundial (LLOYD-JONES, 2010; ROSAMOND et al., 2008).

No Brasil, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o Capítulo IX, designado as doenças que acometem o aparelho circulatório, foi responsável por 1.151.522 óbitos em 2018. Dentre elas, 200.760 óbitos foram causados pela IC, enquanto o infarto agudo do miocárdio acometeu 319.740 óbitos (BRASIL, 2018).

O estudo BREATHE contou com 1.261 pacientes internados por IC descompensada em todas as regiões do Brasil, foi o primeiro registro nacional e multicêntrico que descreveu as características clínicas, tratamentos e prognósticos (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Durante a consulta médica ou na internação, após a confirmação do diagnóstico por IC o paciente é avaliado com base nos estágios evolutivos clínicos apresentados e sua história pessoal. Essa avaliação é simples e necessária a fim de classificar o estágio evolutivo atual da síndrome, qualidade de vida, prognóstico além de estabelecer as medidas terapêuticas e prioridades do tratamento (BOCCHI et al., 2009).

Os estágios evolutivos dividem a IC em quatro categorias distintas (A-D). Categoria A, pacientes que possuem propensão em desenvolver a síndrome, porém sem alteração estrutural do músculo cardíaco e ausência de sintomas. Categoria B há alteração na estrutura muscular cardíaca, mas sem sintomas. Nessas duas categorias, as medidas de cuidados são focadas na prevenção do agravo da IC. Na categoria C, há presença de lesões estruturais cardíacas e sintomas específicos (fadiga, dispneia e edema) e o foco de cuidado já inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas. Na última categoria (D), há presença de sintomas refratários ao tratamento convencional, exigindo intervenções mais definitivas, como o transplante cardíaco e, na sua impossibilidade, a prescrição de cuidados paliativos (BOCCHI et al., 2009).

Devido à complexidade da síndrome e o aumento de indivíduos acometidos pela IC, em 1928, a *New York Heart Association* (NYHA) criou um sistema para descrever a gravidade dos sintomas e tolerância a atividades físicas dos pacientes. Essa classificação sofreu poucas mudanças no decorrer dos anos e sua última atualização ocorreu em 1994 (RAPHAEL et al., 2007). A classificação da capacidade funcional foi dividida em quatro classes, variando da classe I (indivíduos assintomáticos) a classe IV (pacientes com dispneia em repouso) (THE CRITERIA COMMITTEE OF THE NEW YORK HEART ASSOCIATION, 1994).

Quando foi criada, a classificação da capacidade funcional foi descrita pela NYHA como um método “aproximado” para auxiliar no diagnóstico da IC, além de representar a opinião dos profissionais da saúde em relação ao quadro clínico dos pacientes no momento da consulta (THE CRITERIA COMMITTEE OF THE NEW YORK HEART ASSOCIATION, 1994).

No Quadro 1 estão apresentadas as quatro classes de capacidade funcional propostas pela NYHA.

Quadro 1– Classificação de pacientes com insuficiência cardíaca baseado na capacidade funcional, segundo a *New York Heart Association*.

Capacidade Funcional da IC, segundo a NYHA	
Classe I	Pacientes com doença cardíaca que não resulta em limitação da atividade física. A atividade física habitual não causa fadiga excessiva, palpitação, dispneia ou dor anginosa.
Classe II	Pacientes com doença cardíaca que causa limitação leve da atividade física. Eles ficam confortáveis ao repouso. A atividade física habitual causa fadiga, palpitação, dispneia ou dor anginosa.
Classe III	Pacientes com doença cardíaca que causa limitação acentuada da atividade física. Eles ficam confortáveis ao repouso. Esforços mínimos da atividade física habitual causam fadiga, palpitação, dispneia ou dor anginosa.
Classe IV	Pacientes com doença cardíaca que resulta na incapacidade de continuar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca ou síndrome anginosa podem estar presentes mesmo em repouso. Se alguma atividade física é realizada, o desconforto aumenta.

Fonte: *New York Heart Association* (1994).

Um problema apontado na utilização dessa estratégia é que, muitas vezes, a equipe de saúde faz o diagnóstico somente levando em consideração o exame físico no momento da consulta, sem ouvir a percepção do paciente sobre em qual categoria ele se avalia (THE CRITERIA COMMITTEE OF THE NEW YORK HEART ASSOCIATION, 1994). Dessa forma, a ausência do autorrelato pode levar a um diagnóstico equivocado, um tratamento medicamentoso ineficaz, além de poder acarretar em hospitalizações por descompensação da doença. Por outro lado, para o paciente hospitalizado, muitas vezes sintomas de fadiga e dispneia podem ser comuns ao se realizar atividades diárias no domicílio, mas não se manifestam no ambiente hospitalar (HOLLAND et al., 2010).

Outra terminologia utilizada para descrever o comprometimento da IC no coração é a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). A FEVE é calculada pela porcentagem de sangue que sai da câmara cardíaca esquerda em direção ao corpo e é

mensurada por meio do exame de ecocardiograma com Doppler (MESQUITA; JORGE, 2009).

A IC era dividida em duas categoriais, segundo a FEVE: fração de ejeção preservada ($FEVE \geq 50\%$) e fração de ejeção reduzida ($< 50\%$). Porém, na última diretriz da Sociedade Europeia Cardiologia (PONIKOWSKI et al., 2016), uma nova divisão é apresentada (Quadro 2).

Quadro 2: Divisão da insuficiência cardíaca em relação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, segundo Ponikowski et al. (2016).

Categorias	FEVE (%)
Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEp)	≥ 50
Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção na Faixa Intermediária (ICFEi)	40-49
Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFEr)	≤ 40

Fonte: Adaptado de Ponikowski et al. (2016).

Essa divisão é importante durante o diagnóstico e manejo clínico da IC, visto que fatores demográficos, etiológicos, comorbidades associadas, tratamentos farmacológicos e risco de mortalidade diferem para cada categoria (PONIKOWSKI et al., 2016).

Por se tratar de uma síndrome que acomete a população idosa, a presença de comorbidades pregressas impacta diretamente na evolução da IC e, consequentemente na qualidade de vida do paciente. Algumas condições clínicas dificultam o diagnóstico e o tratamento da IC. Por exemplo, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) a qual facilmente dificulta o diagnóstico da IC devido aos sintomas de dispneia. Outras comorbidades podem agravar os sintomas da IC contribuindo para o aumento das taxas de internação e mortalidade dos pacientes, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, tireoidopatias, depressão e fibrilação atrial (BOCCHI et al., 2009). A eficácia e a

segurança dos tratamentos são mais garantidas quando os pacientes não possuem outras comorbidades, pois elas podem comprometer a escolha terapêutica da IC e a eficiência da terapia. Medicamentos utilizados para tratar algumas doenças como os antiinflamatórios não esteroidais causam piora da IC, além dos quimioterápicos que podem causar a cardiotoxicidade (BOCCHI et al., 2009). A interação entre terapias para IC e comorbidades pode causar diminuição da eficácia, baixa segurança e ocorrência de eventos adversos (PONIKOWSKI et al., 2016).

Ressalta-se que a evolução clínica da IC é marcada por períodos de estabilidade relativa e episódios de descompensação. A descompensação pode ser caracterizada por um quadro clínico no qual as anomalias cardíacas estruturais ou funcionais levam à incapacidade do coração em ejetar e/ou acomodar o sangue dentro de valores pressóricos fisiológicos, causando limitação funcional e exigindo intervenção terapêutica imediata (VILAS-BOAS; FOLLATH, 2006). Embora os pacientes voltem à estabilização clínica após intervenções terapêuticas eficazes, muitos deles apresentam frequentes episódios de descompensação, promovendo a piora da doença subjacente (VILAS-BOAS; FOLLATH, 2006; PONIKOWSKI et al., 2016).

Diversas são as causas e fatores relacionados que podem levar a descompensação da IC (Quadro 3).

Quadro 3: Fatores mais comuns relacionados com a descompensação dos pacientes pela insuficiência cardíaca.

Natureza	Fatores
Paciente ou o meio ambiente em que vive	Classes III-IV, segundo a NYHA; Ingestão excessiva de sódio ou água; Falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico; Falta de acesso aos medicamentos; Consumo excessivo de álcool; Depressão; Fatores sociais (isolamento social, abandono); Fibrilação atrial ou outras taquiarritimias; Insuficiência renal; Uso de drogas ilícitas (como <i>esctasy</i> , crack, cocaína, entre outras); Isquemia miocárdica.
Fármacos	Intoxicação digitálica; Automedicação, terapias alternativas; Drogas que retém água ou inibem prostaglandinas: AINEs, esteroides, estrógenos, andrógenos, clopropamida, minoxidil; Fármacos miocárdio-tóxicas: citostáticos como a adriamicina.
Equipe de saúde	Falta de treinamento no manuseio dos pacientes com IC; Orientação inadequada quanto à dieta, atividades físicas e medicamentos; Falta de instrução sobre a importância da manutenção do controle de peso diário.

Fonte: Adaptado de Bocchi et al. (2005).

A descompensação pela IC pode ser decorrente da hipertensão pulmonar e débito cardíaco reduzido, além disso, as infecções pulmonares graves, embolia pulmonar, estenose mitral ou aórtica podem causar a descompensação. A hipoperfusão cerebral devido ao débito cardíaco diminuído leva a alterações no estado mental, como inquietude, insônia, pesadelos ou perda de memória. Ansiedade, agitação, paranoia e medo de morte iminente podem aparecer quando a síndrome evolui (CELUTKIENE et al., 2016; MOON et al., 2015; WOODS, FROELICHER, MOTZER, 2005).

As causas de descompensação podem ser ligadas a comorbidades já existentes como, por exemplo, a hipertensão arterial, isquemia miocárdica ou infarto do miocárdio, insuficiência ou estenose da valva mitral (ALBUQUERQUE et al., 2014; PONIKOWSKI et al., 2016; WOODS, FROELICHER, MOTZER, 2005).

A descompensação pode se apresentar clinicamente em cinco formas distintas: insuficiência cardíaca aguda, insuficiência cardíaca descompensada, exacerbação aguda de quadro crônico, insuficiência cardíaca refratária e edema agudo de pulmão, havendo objetivos terapêuticos específicos para cada tipo de apresentação clínica (BOCCHI et al., 2005).

A IC aguda ocorre quando há uma exacerbação ou piora dos sinais e/ou sintomas, com risco eminente de morte sendo necessária internação imediata e rápida intervenção clínica. Esse quadro específico pode ocorrer pela primeira vez, antes do diagnóstico prévio da IC e também como episódios frequentes (PONIKOWSKI et al., 2016).

Na internação por descompensação, é importante considerar o perfil clínico-hemodinâmico utilizando os parâmetros de congestão e perfusão dos órgãos (MANGINI et al., 2013). A congestão está presente em 70-80% dos casos, sendo expressa por hepatomegalia dolorosa à palpação, edema de membros inferiores, estertores pulmonares, terceira bulha, taquipneia, refluxo hepatojugular, derrame pleural e ascite. A perfusão é prejudicada e se caracteriza por um quadro de hipotensão, taquipneia, diminuição da velocidade do enchimento capilar, cianose, alteração no nível de consciência e pulso alternante podem ser encontrados (MANGINI et al., 2013).

As características de congestão e perfusão foram classificadas em quatro perfis distintos para auxiliar na escolha do tratamento da descompensação (NOHRIA et al., 2003). Na Figura 1, temos de forma mais detalhada a divisão das categorias.

Figura 1: Descrição do perfil clínico-hemodinâmico da IC e sua categorização em relação a perfusão, congestão e perfil.

Fonte: Adaptado de Mangini (2013) e Nohria (2003).

Definir os perfis de descompensação é importante para a escolha clínica e tomada de decisão terapêutica. Para explicarmos melhor a figura acima, um paciente ao ser internado por descompensação vai ser caracterizado quanto ao perfil clínico da IC, seguindo a seguinte ordem: característica da perfusão tecidual e nível de congestão. Após essa avaliação, será classificado entre os perfis A, B, C ou L. O perfil mais comum é o B (quente e úmido), com o paciente apresentando perfusão adequada, embora se apresente congesto (BOCCHI et al., 2009; MANGINI et al., 2013).

O tratamento engloba medidas farmacológicas e não farmacológicas, variando de acordo com o quadro clínico de descompensação. As terapêuticas não farmacológicas incluem mudanças de hábitos de vida diários, como a diminuição do consumo de sódio e ingesta hídrica, práticas de atividades físicas regulares após a alta hospitalar, monitoramento do peso diário, uso de estratégias que favoreçam a memória e, consequentemente, diminuam os episódios de esquecimento de tomar os medicamentos prescritos, como por exemplo, alarmes no celular, lembretes e caixa de comprimidos. O tratamento medicamentoso, muitas vezes, é composto por fármacos como antagonistas do receptor de aldosterona, diuréticos, hidralazina, nitratos, digitálicos, inibidores da enzima

conversora da angiotensina (IECAs), inibidores da enzima conversora da angiotensina II, bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRAs), anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, antiarrítmicos, bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores e Sacubitril®/Valsartana® (BOCCHI et al., 2009; CHANDRA et al., 2018; PONIKOWSKI et al., 2016).

Conforme a evolução dos estágios da IC de A-D supracitado, pacientes que se encontram na categoria D caracterizam-se pela presença sintomas em repouso e/ou sintomas refratários mesmo com o tratamento medicamentoso, isso leva ao aumento da taxa de mortalidade de 50% em até cinco anos. Essa categoria é considerada a fase terminal da IC (CHEN-SCARABELLI et al., 2015).

Além das farmacológicas adotadas para tratar a IC, no caso do estágio terminal pode ser optado pelo transplante cardíaco, porém existem critérios a serem considerados tais como: condições clínicas (por exemplo, FEVE < 25%, mais de dois meses com sintomas graves e acima de três internações em menos de um ano), condições cognitivas, financeiras, familiares e de autocuidado (PONIKOWSKI et al., 2016).

A IC pode afetar e comprometer outros sistemas do paciente, como por exemplo, alterações no sistema neurológico, causando comprometimento cognitivo (CELUTKIENE et al., 2016; PATEL et al., 2015), alterações no padrão de sono (BOCCHI et al., 2009; HERR et al., 2013; PARATI et al., 2016), sintomas de ansiedade e depressão (BORDONI et al., 2018; GHOSH et al., 2016), impactando diretamente no autocuidado. Além disso, foi comprovado que pacientes com pouco apoio social possuem pouca adesão ao autocuidado (GRAVEN; GRANT, 2014).

1.3.2 - Autocuidado entre pacientes com insuficiência cardíaca

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu as ações de autocuidado como *“a capacidade dos indivíduos, familiares e comunidades para promover a saúde,*

prevenir doenças, manter a saúde e para lidar com a doença e a incapacidade, com ou sem o apoio de um profissional de saúde. O objetivo do autocuidado inclui a promoção de saúde, prevenção e controle de doenças, automedicação, prestação de cuidados a pessoas dependentes, buscar assistência no hospital/especialista quando necessário e reabilitação, incluindo cuidados paliativos” (OMS, 2013, p.15).

Pesquisadores norte-americanos definiram autocuidado em IC como “*um processo de tomada de decisão naturalístico envolvendo a escolha de comportamentos que mantenham a estabilidade fisiológica (manutenção) e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem (manejo). Aqueles que praticam a manutenção do autocuidado vivem um estilo de vida saudável, aderem ao regime de tratamento e monitoram os sintomas. O monitoramento de sintomas é uma transição essencial para o gerenciamento do autocuidado, que se refere à tomada de decisão em resposta aos sintomas. O manejo do autocuidado é um processo ativo e deliberado que começa com o reconhecimento de uma mudança na saúde (ou seja, falta de ar ou edema), avaliando a mudança, decidindo agir, implementando uma estratégia de tratamento (por exemplo, tomar uma dose de diurético extra) e avaliar o tratamento implementado” (AVILA, 2012; RIEGEL et al., 2009; RIEGEL; DICKSON, 2008).*

Ambas as definições possuem características relacionadas com o autogerenciamento do cuidado e a autonomia do paciente, associando essas características com suas atitudes frente ao tratamento. Medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas estão vinculadas ao sucesso do tratamento da IC que estão apresentadas a seguir.

As medidas farmacológicas envolvem o tratamento medicamentoso como, por exemplo, IECAs, nitratos em conjunto com hidralazina e BRAs (BOCCHI et al., 2009; PONIKOWSKI, et al., 2016) e também os medicamentos que vem sendo desenvolvidos

ou adaptados, como a ivabradina (segunda opção de tratamento para pacientes coronariopatas) e o LCZ696 (Sacubitril, inibidor da neprilisina com Valsartan antagonista dos receptores da angiotensina) que foi indicado como substituto dos IECAs em pacientes com ICFe que permanecem sintomáticos (CHANDRA et al., 2018; PONIKOWSKI et al., 2016).

A adesão ao tratamento farmacológico foi o foco de vários estudos devido à polifarmácia comum no paciente com IC, caracterizada pela presença de vários medicamentos de uso imprescindível (McMURRY et al., 2012; RIEGEL; DICKSON; FAULKNER, 2015; RIEGEL; KNAFL, 2013). A falta de um desses medicamentos pode acarretar na exacerbação dos sinais e sintomas da IC, com consequente necessidade de hospitalização para a estabilização do quadro clínico do paciente (RIEGEL; KNAFL, 2013).

As medidas não farmacológicas são, geralmente, realizadas no ambiente domiciliar, visto que envolvem medidas de hábitos de vida como: controle do peso diário, diminuição do consumo de sódio e líquidos, restrição no consumo de álcool, exercícios físicos, imunização, além de tomar os medicamentos prescritos (Quadro 4).

Para o sucesso das medidas não farmacológicas, cabe ressaltar a necessidade da presença de um cuidador, formal ou informal, para auxiliar no autocuidado, sempre que necessário. Nesse estudo, consideramos cuidador como uma pessoa que ajuda ou realiza atividades de assistência à saúde, prevenção e monitoramento de situações que possam oferecer risco à saúde da pessoa idosa. O cuidador pode ser alguém da família ou da comunidade sem ser remunerado (cuidador informal) ou profissional habilitado com curso para prestar cuidados ao idoso e remunerado (cuidador formal) (BRASIL, 2007). A presença do cuidador, para a adequada adesão às medidas farmacológicas e não

farmacológicas, tem sido demonstrada quando os pacientes são idosos, principalmente (BUCK et al., 2012).

Quadro 4: Descrição das ações de autocuidado relacionadas às habilidades dos pacientes e às orientações dos profissionais de saúde.

Ações de autocuidado	Habilidades do paciente	Orientações dos profissionais de saúde
Conhecer a etiologia e a trajetória da IC, incluindo o seu prognóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a causa da IC, os sintomas e a trajetória; • Tomar decisões sobre o tratamento no estágio final da doença (cuidados paliativos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações orais e por escrito que contenham conhecimento sobre saúde; • Reconhecer as principais barreiras de comunicação (distanciamento pessoal com o paciente e falta de padronização das informações entre os profissionais de saúde) e fornecer informações sobre a síndrome e estado de saúde por período regulares de tempo; • Comunicar-se com o paciente, de forma sensível ao abordar à respeito do prognóstico no momento do diagnóstico, durante a tomada de decisão sobre as opções de tratamento, quando houver mudança no estado clínico ou sempre que o paciente perguntar.
Monitorar os sintomas e explicar sobre a importância do autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e reconhecer mudanças nos sinais e sintomas; • Saber como e quando contatar o profissional de saúde; • Após aconselhamento do profissional de saúde, saber quando tomar um diurético a mais e ingestão de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações individualizadas para auxiliar no automanejo, tais como: <ol style="list-style-type: none"> a. No caso do aumento da dispneia ou edema ou ganho abrupto de peso > 2 kg em 3 dias, os pacientes podem aumentar sua dose de diurético e / ou alertar a equipe de saúde. b. Uso flexível do tratamento com diurético; c. Auxiliar no autocuidado, por exemplo, fornecer caixas de comprimidos, quando apropriado.

Continua

Ações de autocuidado	Habilidades do paciente	Orientações dos profissionais de saúde
Aderir ao tratamento medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as indicações, dosagens e os efeitos colaterais dos medicamentos; • Reconhecer os efeitos colaterais mais comuns e saber quando notificar um profissional de saúde; • Reconhecer os benefícios de tomar os medicamentos, conforme prescrição médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação, por escrito e oralmente sobre as dosagens, efeitos esperados e reações adversas.
Imunizar-se	<ul style="list-style-type: none"> • Receber imunização para os vírus da influenza e pneumonia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar sobre o local da imunização e o tipo de vacina.
Gerir dieta e ingestão de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar a ingestão excessiva de líquidos; • Reconhecer a necessidade de alteração na ingestão de líquidos quando: <ul style="list-style-type: none"> a. Aumentar a ingestão durante os períodos de alta temperatura e umidade; náuseas/vômitos; b. Restrição de fluídos de 1,5-2L por dia, pode ser considerado em pacientes com IC grave e para aliviar os sintomas de congestão. • Monitorar o peso corporal e prevenir a desnutrição. • Alimentar-se de forma saudável, evitando o consumo excessivo de sal (> 6 g / dia) e mantendo um peso corporal saudável. • Abster-se ou evitar o consumo excessivo de álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> • Individualizar informações sobre a ingestão de líquidos, levando em consideração o peso corporal e os períodos de alta temperatura e umidade. Ajustar durante os períodos de descompensação e considerar alterar as restrições em relação ao final de vida (cuidados paliativos); • Adaptar o consumo de álcool à etiologia da IC. Por exemplo: abstinência na cardiomiopatia alcoólica; • diretrizes álcool normal aplicável (2 unidades por dia em homens ou 1 unidade por dia em mulheres). Uma unidade representa 10 ml de álcool (por exemplo, um copo de vinho, 1/2 litro de cerveja); • Manejo da obesidade.

Continua

Ações de autocuidado	Habilidades do paciente	Orientações dos profissionais de saúde
Gerenciar o tabagismo e uso de outras substâncias tóxicas	<ul style="list-style-type: none"> • Parar de fumar e ingerir qualquer outro tipo de substância tóxica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar ou encaminhar para serviços especializados ajudando na cessação do tabagismo e retirada da droga.
Realizar exercícios físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer exercícios regulares, conforme sua condição clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar ou encaminhar para locais especializados que reconheçam as limitações físicas e funcionais do paciente, tais como fragilidade e comorbidades.
Manejar atividades de viagem e lazer	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e adaptar a ingestão de líquidos de acordo com a umidade (voos e climas úmidos); • Ester ciente das reações adversas à exposição ao sol com certos medicamentos (como amiodarona); • Considerar o efeito da alta altitude na oxigenação; • Levar os medicamentos na bagagem de mão no avião e ter uma lista das medicações e da dosagem de cada medicamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar e aconselhar sobre o uso contínuo dos medicamentos, mesmo durante a viagem, monitorização dos sintomas e ingestão de líquidos.
Sono e respiração	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os problemas com o sono, a sua relação com IC e como otimizar o sono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a hora adequada de tomar o diurético, o ambiente ideal para o sono e, se necessário, uso de dispositivos que auxiliem a respiração durante o sono; • Na presença de distúrbios respiratórios do sono, aconselhar sobre a redução de peso/controle.
Orientar sobre a atividade sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Estar orientado sobre a atividade sexual e os possíveis sintomas indesejados relacionados à IC; • Reconhecer problemas com a atividade sexual, sua relação com a IC, aplicação do tratamento e como tratar a disfunção erétil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre os fatores predisponentes eliminando a disfunção erétil e tratamento farmacológico disponível para a disfunção erétil. • Consultar um especialista para o aconselhamento sexual quando necessário.

Continua

Ações de autocuidado	Habilidades do paciente	Orientações dos profissionais de saúde
Aspectos psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender que os sintomas depressivos e o comprometimento cognitivo são encontradas mais frequentemente em pessoas com IC e que podem afetar na adesão ao tratamento; • Reconhecer os problemas psicológicos que podem ocorrer no curso da IC, devido à mudança no estilo de vida, farmacoterapia, dispositivos implantados e outros procedimentos (incluindo o transplante cardíaco). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer regularmente informações sobre a síndrome, opções de tratamento e autocuidado. • Envolver a família e os cuidadores no manejo da IC e no autocuidado. • Consultar o especialista para apoio psicológico, quando necessário.

Fonte: Adaptado de Ponikowski et al. (2016).

Devido à complexidade do tratamento, Riegel e Dickson (2008) propuseram um modelo teórico das ações de autocuidado, dividido em três dimensões: Manutenção, Manejo e Confiança. Porém, por se tratar de um processo, todas as dimensões estão interligadas. Na Figura 2, esquematizamos o modelo teórico proposto por esses autores.

Figura 2: Modelo ilustrando o processo de autocuidado em insuficiência cardíaca, proposto por Riegel e Dickson (2008).

Fonte: Adaptado de Riegel, Dickson (2008).

O processo começa com a **Manutenção** do autocuidado e pode ser dividido em dois estágios: o primeiro é caracterizado pelo momento em que o paciente compreende e adere ao tratamento, tanto o medicamentoso como o comportamental (pesar-se diariamente, exercitar-se, restringir o consumo de sódio e líquidos). No segundo estágio é esperado que ele seja capaz de reconhecer e identificar o aparecimento de algum sintoma de descompensação da IC, conseguindo agir da maneira correta diante da mudança em seu quadro clínico. Por exemplo, ligar para o serviço de saúde de referência e solicitar orientações quando perceber ganho abrupto de peso corporal (RIEGEL; DICKSON, 2008).

O **Manejo** do autocuidado é um processo ativo e pode ser dividido em três momentos distintos, embora interligados. Ele inicia-se no estágio 3 quando o paciente já é

capaz reconhecer, avaliar e comparar os sintomas típicos da IC com os sintomas exacerbados, como dispneia, fadiga e edema em membros inferiores. No estágio 4, ocorre o manejo dos sintomas pelo paciente, pois ele sabe quais são os medicamentos ou medidas não farmacológicas necessárias para que ele melhore seu quadro clínico como, por exemplo, fazer repouso ou tomar uma dose extra de diurético. No quinto estágio, o paciente tem conhecimento suficiente para avaliar se as medidas tomadas (estágio 4) resultaram na melhora ou alívio dos sintomas de descompensação da IC (RIEGEL; DICKSON, 2008).

A **Confiança** em relação ao autocuidado é adquirida no decorrer dos estágios anteriores. É esperado que o paciente, que está no estágio 5, tenha mais confiança para manejar suas ações de autocuidado, quando comparado com aquele que se encontra no estágio 1. A confiança é um fator fundamental, pois impacta na eficácia do processo como um todo (RIEGEL; DICKSON, 2008).

A trajetória da IC é marcada por períodos complexos de descompensação recorrentes e estabilidade, por isso esse processo pode ser vivenciado várias vezes pelos indivíduos com IC, visto que o autocuidado pode sofrer influências intrínsecas (baixo conhecimento sobre saúde, experiências, vivências, comorbidades, depressão, ansiedade, problemas no sono, extremos de idade e comprometimento cognitivo) ou extrínsecas (mudanças ambientais, sociais, sistema de saúde ineficaz, falta de intervenções educativas voltadas para a educação em saúde) (RIEGEL; DICKSON; FAULKNER, 2015).

Ações de autocuidado têm sido avaliadas como insuficientes em pacientes com IC (CONCEIÇÃO et al., 2015; LEE; MOSER; LENNIE; RIEGEL, 2011). A abordagem inicial desta nova forma de gerir a IC sofreu diversas alterações. Primeiramente o foco foi no cuidado cardiológico, em conjunto com programa de educação para o autocuidado, realizado pela equipe de enfermagem e envolvendo o paciente e sua família (CENE et al.,

2013; RIEGEL et al., 2007). Outros pesquisadores testaram a utilização do contato telefônico como forma de incentivar o autocuidado e identificar pioras no quadro de saúde dos pacientes (CLINE et al., 1998; DEL SINDACO et al., 2007). Os resultados encontrados mostraram-se efetivos, reduzindo o número de visitas aos serviços de emergência e hospitalização, além da diminuição dos gastos hospitalares (DEL SINDACO et al., 2007; DUNAGAN et al., 2005).

Estudos clínicos aleatorizados realizados com esta população têm investigado a efetividade de programas de cuidados estruturados com medidas que geraram a melhora das ações do autocuidado e reduziram as taxas de reinternação (BUCK et al., 2012; RICH et al., 1995; WANG et al., 2011).

Intervenções educativas foram testadas em diversos estudos internacionais com o objetivo de evidenciar a importância da avaliação das ações de autocuidado no que se refere à melhora da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (BUCK et al., 2012; LEE; CARLSON; RIEGEL, 2007; WANG et al., 2011; ZAMBROSKI, 2008).

No Brasil, o autocuidado vem sendo mais estudado nos últimos anos dez anos e os resultados encontrados trazem informações a respeito da melhor abordagem do paciente durante as consultas e as estratégias que permitem atingir melhores resultados (CONCEIÇÃO et al., 2015, DOMINGUES et al., 2011; MEDEIROS; MEDEIROS, 2017; MUSSI et al., 2013; NASCIMENTO, PUSCHEL, 2013).

1.3.3 - Autocuidado e comprometimento cognitivo em pacientes com insuficiência cardíaca

Conforme citado anteriormente, a IC afeta a vida do indivíduo de diversas formas, desde o início ou o aumento no número dos medicamentos prescritos para o controle da sua condição crônica (medidas farmacológicas) até a rotina a ser estabelecida em sua vida diária (medidas não farmacológicas). Ações de autocuidado estão vinculadas ao

conhecimento e habilidades de cada indivíduo. O comprometimento cognitivo pode incapacitar o paciente para o manejo da IC, pois afeta o reconhecimento dos sinais e sintomas da descompensação, bem como na tomada de decisão sobre o tratamento e na adesão à terapia medicamentosa (BAUER; JOHNSON; POZEHL, 2011; GAVIRIA; PLISKIN; KNEY, 2011; IYNGKARAN et al., 2018).

Comprometimento cognitivo é definido como a existência de algum tipo de declínio cognitivo que afeta a memória, a aprendizagem, a concentração e a tomada de decisão. Ele possui natureza progressiva como nos casos de demências ou pode ter uma natureza abrupta, quando causado ou exacerbado por outras condições clínicas (presença de vírus, bactérias e DPOC), além de fatores ambientais ou farmacológicos (CLEUTJENS et al., 2018; PATEL et al., 2015).

A etiologia do comprometimento cognitivo relacionado à IC ainda não está totalmente clara. Há diferentes processos fisiopatológicos que podem causar a hipoperfusão cerebral devido à alteração do débito cardíaco e/ou da reatividade vascular cerebral causada por hipotensão arterial, redução da massa cinzenta, produção de citocinas pró-inflamatórias, além de depressão e apneia do sono que podem estar vinculadas na determinação de comprometimento cognitivo dos pacientes (LETO; FEOLA, 2014).

Entre 25 a 50% dos pacientes com IC possuem algum tipo de déficit cognitivo (DODSON et al., 2013; PRESSLER, 2008). O comprometimento cognitivo foi identificado como um fator impactante tanto para a sobrevida do paciente quanto para o autocuidado, visto que as habilidades, a memória e o conhecimento são necessários para boas práticas de autocuidado (DICKSON; DEATRICK; RIEGEL, 2008; MURAD et al., 2015).

Pacientes com comprometimento cognitivo têm mais chances de confundirem ações de autocuidado e possuem menos confiança para realiza-las (HARKNESS et al., 2013; VELLONE et al., 2015), além de não se beneficiarem dos programas educativos (SMEULDERS et al., 2010), quando comparados com aqueles que não apresentam comprometimento cognitivo (VELLONE et al., 2015).

1.3.4 - Autocuidado e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência cardíaca

Além do aspecto cognitivo (BAUER; JOHNSON; POZEHL, 2011; IYNGKARAN et al., 2018), a qualidade do autocuidado da IC também sofre influência de alterações emocionais (BORDONI et al., 2018; GHOSH et al., 2016), no padrão de sono (HERR et al., 2013; PARATI et al., 2016), na falta de adesão ao tratamento farmacológico e reabilitação cardíaca (CELANO et al., 2018).

Os sintomas emocionais que estão vinculados ao autocuidado são aqueles relacionados à ansiedade, depressão e ao estresse (GHOSH et al., 2016). Sintomas de ansiedade e depressão vêm sendo estudado por diversos pesquisadores em diferentes áreas da cardiologia (CHAUVET-GELINIER; BONIN, 2017; CHRISTOPH et al., 2014). Alterações emocionais contribuem para a piora dos sintomas da IC, dificultam à adesão ao tratamento medicamentoso e as ações de autocuidado, aumentando o risco de mortalidade, nas taxas de hospitalizações e nos custos hospitalares (AUDI et al., 2017; MOSER; DOERING; CHUNG, 2005; SHERWOOD et al., 2007).

Pacientes com sintomas depressivos geralmente relataram baixa QVRS, apresentam mais sintomas e limitações físicas, além da piora na progressão na classificação funcional segundo NYHA (AUDI et al., 2017; SHERWOOD et al., 2007).

Tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, como a psicoterapia, são estratégias eficientes para melhorar a QVRS, autocuidado e padrão de sono. A

psicoterapia possui vantagens quando a terapia medicamentosa por ser individualizada para o paciente, ensinando habilidades para manejar os sintomas de ansiedade e depressão, além de não apresentar efeitos colaterais ou dependência de fármacos, porém poucos estudos foram realizados sobre essa temática (CELANO et al., 2018).

1.3.5 - Autocuidado e qualidade de sono em pacientes com insuficiência cardíaca

Cerca de 70% dos pacientes com IC relatam problemas relacionados com o sono. A qualidade de sono é um termo multidimensional que pode ser dividido em: qualidade geral do sono, duração do sono, tempo necessário para adormecer (latência do sono), percentagem de tempo gasto na cama dormindo (eficiência do sono), sono interrompido e o uso de medicamentos para dormir (BUYSSE et al., 1989).

A privação do sono pode resultar em déficits de atenção, irritação emocional, ritmo cardíaco irregular, função imunológica deficiente e alterações do metabolismo. Pacientes com IC relatam, frequentemente, má qualidade de sono, pois encontram problemas para: dormir na posição supina, adormecer, manter o sono ou acordar mais tarde (PONIKOWSKI et al., 2016). Outras causas de distúrbios do sono incluem ansiedade, depressão, decúbito ou congestão pulmonar paroxística (ortopneia e dispneia paroxística noturna) e terapia com diuréticos, levando a diurese noturna (PONIKOWSKI et al., 2016). Esses distúrbios geram um impacto negativo na qualidade de vida dessas pessoas, além de afetar o autocuidado e a adesão à terapia (RIEGEL et al., 2011).

Fatores demográficos e clínicos influenciam negativamente a qualidade de sono em pacientes com IC. Dentre as variáveis demográficas podemos citar a idade avançada e ser do sexo feminino (WANG et al., 2010). Quanto aos clínicos, o uso de betabloqueadores e a presença de comorbidades como doença respiratória, acidente vascular cerebral, hipertensão e doença arterial coronariana têm sido relacionados com

distúrbios do sono. Depressão, ansiedade também são conhecidos por afetarem a qualidade de sono em pacientes com IC (RIEGEL et al., 2011; WANG et al., 2010).

Anormalidades cerebrais e funcionais podem ser as principais causas relacionadas à privação de sono (RIEGEL et al., 2011) e ao comprometimento cognitivo em pacientes com IC, tais como atrofia cerebral, hipersinais de substância branca e hipoperfusão cerebral (GARCIA et al., 2012). A hipoperfusão cerebral está associada com as alterações cerebrais adversas causada pela IC, as quais afetam a qualidade e a regulação do sono pelo impacto sobre o cérebro. A alteração na hemodinâmica cerebral e a atrofia cerebral estão relacionadas com a dificuldade para dormir e a regulação do padrão de sono, por exemplo, a sonolência diurna e a dificuldade em respirar durante o sono (ALOSCO et al., 2013; GARCIA et al., 2012).

1.3.6 - Autocuidado e apoio social em pacientes com insuficiência cardíaca

Por serem, geralmente, idosos e possuírem várias comorbidades, os pacientes com IC têm mais dificuldade na efetividade nas ações de autocuidado (COHEN; UNDERWOOD; GOTTLIEB, 2000). Neste contexto, o apoio social é um fator importante na evolução dos pacientes.

A definição de apoio social é muito ampla, está ligada à percepção individual e envolve diversos tipos de apoios (emocional, tangível e informacional), os quais estão relacionados às interações do indivíduo com as pessoas ao seu redor (COHEN; UNDERWOOD; GOTTLIEB, 2000; DUE et al., 1999).

A definição dos diferentes tipos de apoio social é diversa. Alguns autores classificam o apoio social em quatro tipos: emocional, instrumental /tangível, informacional e de avaliação (DEKKER et al., 2009; DUNBAR et al., 2008). O apoio emocional é caracterizado pelo sentimento de percepção de carinho, amor e confiança para os outros. O apoio instrumental/tangível está vinculado ao fornecimento de bens e de

serviços necessários para a pessoa. O apoio informacional é o fornecimento de informações aos indivíduos durante uma situação estressante, enquanto o apoio de avaliação envolve o fornecimento de assistência e a adequação das ações ou declarações feitas por outros indivíduos sobre o paciente (LANGFORD et al., 1997).

O apoio social tem sido bastante estudado para a população com IC e evidências mostram que aqueles que possuem apoio de familiares e amigos tendem a ter menores taxas de hospitalizações e de mortalidade, além de apresentarem maior adesão ao tratamento não farmacológico e ao autocuidado (CENE et al., 2013; COHEN, 2004; QUINN; DUNBAR; HIGGINS, 2010; SAYERS et al., 2008).

A equipe de saúde deve estar atenta ao acolhimento, envolvimento e educação dos familiares incluindo-os nas ações de autocuidado dos pacientes com IC, principalmente para os que relatarem dificuldades na compreensão das medidas de autocuidado (CENE et al., 2013).

Ao responder as questões do presente estudo, acreditamos que os resultados obtidos irão contribuir para o avanço do conhecimento sobre esta complexa situação que envolve o autocuidado de pacientes com IC, atendidos em dois hospitais públicos brasileiros, geridos com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). A avaliação das ações de autocuidado em conjunto com o apoio social, os sintomas de ansiedade e depressão, a qualidade de sono e o comprometimento cognitivo, além das variáveis sociodemográficas e clínicas nos permitirá uma compreensão maior da complexidade do cuidado do paciente com IC. Ressaltamos que, até o momento, não encontramos estudos brasileiros já publicados que tenham analisado, simultaneamente, as relações e autocuidado de pacientes com IC e as referidas variáveis.

2 - Método

2.1 - Delineamento e local do estudo

Estudo observacional e longitudinal realizado nos ambulatórios de cardiologia de dois hospitais públicos em Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas de Ribeirão (HCRP, unidade Campus) e o Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP), ambos vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Escolhemos esses serviços de saúde por serem hospitais públicos, com atendimento predominantemente custeado pelo SUS, abrangerem pacientes não apenas de Ribeirão Preto, mas das cidades vizinhas, tanto do Estado de São Paulo, como do sul de Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso. O HCRP é um hospital de ensino e presta assistência de nível terciário, enquanto o HERP é de nível secundário.

2.2 - Proteção aos participantes do estudo

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em 11 de novembro de 2016, sob o número CRAE 57335816.0.0000.5393 (ANEXO A)

Os participantes foram informados, verbalmente e por escrito, sobre os objetivos do estudo e após concordarem em participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi entregue e assinado pelo participante e pela pesquisadora em duas vias, sendo uma arquivada e outra entregue para o participante. Foi assegurado o anonimato dos participantes, tais procedimentos visam atender aos dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

2.3 - População e amostra do estudo

A população de interesse deste estudo era formada por pacientes internados com quadro de IC descompensada e com indicação de acompanhamento ambulatorial após a alta, nos dois hospitais anteriormente citados.

A amostra consecutiva, do tipo não probabilística, foi obtida nos ambulatórios da área de cardiologia do HCFMRP e HERP, entre os pacientes internados com quadro de IC descompensada, definida como: aparecimento de novos sinais ou sintomas ou a piora dos sintomas já existentes (FELKER et al., 2003), associados ao não seguimento do esquema terapêutico e/ou a ocorrência de problemas agudos de saúde (embolia pulmonar, arritmias, infecções, infarto agudo do miocárdio, desenvolvimento de comorbidades, agravamento da IC) (FELKER et al., 2003; VILAS-BOAS; FOLLATH, 2006).

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram:

Critérios de inclusão: pacientes adultos (18 ou mais anos); de ambos os sexos; independente da raça; internado com o diagnóstico de IC descompensada informado no prontuário médico; estar no primeiro retorno ambulatorial no HCRP ou HERP, no período máximo de cinco meses entre alta e o primeiro atendimento. Estipulamos esse período devido à variação nos tempos de agendamentos dos pacientes para o retorno ambulatorial. Embora esta decisão de ampliar o período entre a alta e o primeiro retorno ambulatorial possa trazer uma maior heterogeneidade entre os participantes, na primeira avaliação, ela nos permitiu analisar um número maior de pacientes, tendo um critério único para a avaliação inicial (T0), que foi o primeiro retorno após a alta por descompensação.

Critérios de exclusão: entre os participantes elegíveis, foram excluídos aqueles que apresentaram as seguintes características: presença de déficit auditivo; diagnóstico de

transtorno mental descrito no prontuário; não apresentar condições clínicas, com presença de sinais e sintomas como fadiga e/ou dispneia, para participar da entrevista; tempo de internação maior de três meses.

Na segunda avaliação, foram excluídos os participantes que, durante os três meses de acompanhamento, necessitaram de intervenções cirúrgicas, instalação de marcapasso ou implante de desfibrilador.

Como o estado cognitivo era uma das variáveis resposta do estudo, optamos por avaliar a orientação alopsíquica do potencial participante por meio de seis questões. Quatro delas foram adaptadas do instrumento elaborado por Pfeiffer (1975): “Qual a data de hoje? Qual a sua idade? Em que dia da semana estamos? Qual o nome do local onde estamos neste momento?”. As outras duas já foram utilizadas em estudo desenvolvido pelo nosso grupo de pesquisa (SILVA, 2016), sendo elas: “Qual o seu nome completo? Qual o nome da cidade em que você nasceu?”. Os participantes foram excluídos do estudo quando erraram ou não souberam informar duas das questões. Os dados foram conferidos por meio de um documento de identificação, como RG ou carteira de motorista.

O cálculo para o tamanho da amostra não foi possível devido à inexistência de estudos prévios brasileiros que avaliaram a medida do autocuidado de pacientes com IC após a internação por descompensação. O tamanho da mostra foi estabelecido pelo tempo disponível para coleta (um ano e oito meses), tempo necessário para a realização do acompanhamento dos participantes durante três meses após a alta.

Baseando-se nas internações ocorridas em 2015, foi estimado que, aproximadamente, 200 indivíduos seriam internados por IC descompensada no período de novembro de 2016 a julho de 2018 nos hospitais selecionados. Um estudo realizado com pacientes internados por IC descompensada, nos mesmos hospitais, com o mesmo

tempo de acompanhamento, e que constatou uma perda de 32,6%, computando óbitos, cirurgias realizadas, perda do contato telefônico e desistência da participação no estudo (FERREIRA, 2015), teríamos em torno de 140 participantes no final do estudo.

Os potenciais participantes do estudo foram identificados pela pesquisadora por busca ativa diária nas unidades de internação dos dois hospitais. Após a alta hospitalar desses pacientes, na primeira consulta de retorno ambulatorial foi feita a verificação dos critérios de elegibilidade. Os participantes que concordaram em fazer parte do estudo foram acompanhados por três meses.

2.4 - Procedimentos para a coleta dos dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais e consultas aos prontuários dos participantes. Os instrumentos foram escolhidos pelas suas propriedades de validade e confiabilidade, confirmadas em estudos anteriores, e por terem sido usados em outros estudos realizados pelo Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de vida (GIRQ), com esta população. As entrevistas foram realizadas individualmente nos dois momentos da investigação: primeiro retorno ambulatorial (T0) e três meses após a primeira avaliação (T1).

Uma busca ativa diária era feita nas enfermarias dos dois hospitais a fim de identificar pacientes internados com IC descompensada. Após a identificação dos potenciais participantes, a pesquisadora fazia uma lista com os nomes e acompanhava a evolução do paciente, por meio do sistema eletrônico do HCRP e do HERP, até o momento da data da alta hospitalar. Dados relacionados ao ambulatório de seguimento e data do primeiro retorno ambulatorial também eram obtidos por meio do sistema eletrônico.

Os questionários foram aplicados sempre na mesma ordem nos dois períodos da coleta dos dados: instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica, *Self Care of*

Heart Failure Index v. 6.2 – SCHFI (autocuidado), *Montreal Cognitive Assessment-MoCA* (nível cognitivo), *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS (sintomas de ansiedade e depressão), *Medical Outcomes Survey-Social Support* - MOS-SS (apoio social) e *Pittsburgh Sleep Quality Index* - PSQI-BR (qualidade de sono) com um tempo estimado de 50 minutos para responder todas as questões nos dois encontros presenciais.

Na Figura 3, apresentaremos o fluxograma das etapas do estudo e o modelo usado de medidas encontra-se no Quadro 5.

Figura 3: Fluxograma dos participantes segundo as etapas propostas para o estudo

Quadro 5: Medidas usadas para avaliação das variáveis autocuidado, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono.

Variável	Instrumento	Descrição	Valores	Interpretação
Autocuidado	<i>Self Care of Heart Failure Index</i> v. 6.2 (SCHFI)	22 questões. Três subescalas: Manutenção (10 itens); Manejo (6 itens); Confiança (6 itens).	0 - 100 para cada subescala.	Altos escores indicam melhor autocuidado
Comprometimento Cognitivo	<i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA)	12 itens. Oito domínios: Função visuoespacial; Função executiva; Nomeação de animais; Memória imediata; Atenção de dígitos direto e indireto; Linguagem; Abstração; Evocação tardia; Orientação temporal e espacial.	0 - 30	Maiores valores, menor comprometimento cognitivo
Sintomas de Ansiedade e Depressão	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	14 questões: 7 de Ansiedade; 7 de Depressão.	0 - 21	Maior pontuação reflete mais sintomas de ansiedade e depressão.
Apoio Social	<i>Medical Outcomes Study Social Support Scale</i> (MOS-SS)	19 questões. Cinco domínios: Material; Afetivo; Interação social positiva; Emocional; Informação.	19 - 95 total 0 -100 para cada domínio	Maior pontuação resulta em maiores níveis de apoio social.
Qualidade de Sono	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI-BR)	19 itens. Sete domínios: Qualidade subjetiva do sono; Latência para o sono; Duração do sono; Eficiência habitual do sono; Transtornos do sono; Uso de medicamentos para dormir; Disfunção diurna.	0 - 21	Valores mais altos indicam pior qualidade de sono

2.5 - Instrumentos de medidas

Caracterização Sociodemográfica e Clínica: Para a caracterização **sociodemográfica** foram coletados: data de nascimento, para cálculo da idade dos participantes a partir da data da entrevista. Posteriormente, a idade foi agrupada em duas categorias: $<59,9$ (não idoso) e ≥ 60 (idoso); sexo, cidade onde reside (agrupados em três categorias quanto à distância: residentes em Ribeirão Preto/Bonfim Paulista, cidades até 100 km de Ribeirão Preto e acima de 100 km); telefone (fixo ou celular); escolaridade (anos que frequentou o ensino formal), estado civil (solteiro, casado/união estável, viúvo ou divorciado. Posteriormente agrupado nas categorias: casado/união estável e solteiro/viúvo/divorciado); renda mensal familiar (em reais) e situação profissional (ativo ou inativo).

Quanto à **caracterização clínica**, os dados coletados em T0 referem-se à: etiologia da miocardiopatia; doenças associadas; Classe Funcional autorreferida (adaptada da *New York Heart Association*) (SILVA, 2016) (ANEXO B); fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE), valor obtido no exame ecocardiográfico do participante e que, posteriormente, foi categorizada em preservada ($\geq 50\%$), intermediária (40-49%) e reduzida ($\leq 40\%$); medicamentos usados (nome, dose, número de vezes medicamentos/dia); número de comorbidades; peso e altura (para posterior cálculo do IMC) e uso de psicotrópicos. Outros dados de interesse coletados foram: presença de um cuidador (BRASIL, 2007) e se recebeu informação sobre os cuidados em casa a respeito da IC por algum profissional de saúde.

Na segunda avaliação (T1) foi investigado: se houve a necessidade de procura por serviços de saúde ou de urgência/emergência entre o período da alta hospitalar e o

primeiro retorno ambulatorial (número de vezes, motivo da busca, dias de internação). (APÊNDICE B).

Ações de autocuidado avaliada pelo instrumento *Self Care of Heart Failure Index v. 6.2* (SCHFI) (RIEGEL; LEE; DICKSON; CARLSON, 2009) em sua versão adaptada para o português (AVILA, 2012) (ANEXO C). Esse instrumento foi desenvolvido para permitir que os pesquisadores e profissionais da área da saúde avaliem o comportamento dos pacientes, explorem as decisões tomadas com relação ao seu autocuidado e avaliem a confiança dos mesmos no processo de tomada de decisão (RIEGEL et al., 2004).

Contém 22 questões divididas em três subescalas ou domínios: Manutenção do autocuidado (10 itens), Manejo do autocuidado (6 itens) e Confiança no autocuidado (6 itens). No domínio Manutenção, as respostas para cada item variam de “nunca/raramente” (valor 1) a “sempre/diariamente” (valor 4); para o domínio Manejo, variam de “pouco provável” (valor 1) a “muito provável” (valor 4); e, para o domínio Confiança, de “não confiante” (valor 1) a “extremamente confiante” (valor 4). Os escores para cada subescala são transformados em uma escala normatizada de 0 a 100, com escores maiores indicando melhor autocuidado no respectivo domínio (RIEGEL; LEE; DICKSON; CARLSON, 2009).

Além das medidas dos domínios, como variáveis quantitativas, também utilizamos os resultados de autocuidado segundo categorias para que pudéssemos observar a evolução dos participantes, comparando as alternativas escolhidas em T0 com aquelas assinaladas em T1. Por exemplo: no domínio Manutenção, as respostas aos itens foram agrupadas em duas categorias: 1 - Nunca ou raramente/Às vezes e 2 - Frequentemente/Sempre ou diariamente. Quando a subescala tinha mais de quatro opções de respostas, itens 1 e 6 da subescala Manejo, uma nova categoria era criada, mantendo

padrão de semelhança entre as respostas a fim de não comprometer a interpretação dos resultados. Como por exemplo, o item 1 da subescala Manejo tinha seis categorias de resposta e agrupamos da seguinte forma: “não tive tais sintomas”, “não reconheci”, “demorei muito para reconhecer/demorei um pouco para reconhecer” e “reconheci rapidamente/reconheci imediatamente”.

Comprometimento cognitivo avaliado pelo *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) desenvolvido por Nasreddine e colaboradores (2005), o qual foi traduzido e validado para português do Brasil por Sarmiento (2009) (ANEXO D).

O instrumento possui 12 itens divididos em oito domínios cognitivos: Função visuoespacial e função executiva; Nomeação de animais; Memória imediata com a repetição de cinco palavras; Atenção de dígitos direto e indireto; Linguagem; Abstração; Evocação tardia das cinco palavras, anteriormente mencionadas; Orientação temporal e espacial (NASREDDINE et al., 2005). O intervalo possível é de zero a 30 pontos, maiores valores indicam menor comprometimento cognitivo. Conforme orientação dos autores da versão original (NASREDDINE et al., 2005), para pessoas com menos de 12 anos de estudo, foi adicionado um ponto no escore total, pois elas possuem dificuldade para completar o instrumento (ANEXO D).

Presença de sintomas de ansiedade e depressão foi avaliada pelas subescalas de sintomas de ansiedade e depressão do instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (ZIGMOND; SNAITH, 1983), em sua versão validada para o português por Botega e colaboradores (1995) (ANEXO E). Embora tenha sido inicialmente proposto para pacientes ambulatoriais na detecção de estados depressivos e de ansiedade, o

instrumento pode ser aplicado em diversos contextos clínicos (BOWLING, 2005; ZIGMOND; SNAITH, 1983).

A escala tem 14 questões de múltipla escolha. Cada subescala possui sete itens que abordam sintomas somáticos e psicológicos. Os valores das respostas variam de zero a três, cuja soma pode variar de zero a 21 pontos em cada subescala. Quanto maior o valor, maior a presença de mais sintomas de ansiedade ou de depressão (BOTEGA et al., 1995).

Apoio Social avaliado por meio do instrumento *Medical Outcomes Study - Social Support scale* (MOS-SS) (SHERBOURNE; STEWART, 1991), em sua versão adaptada para o português (GRIEP et al., 2005). (ANEXO F)

A escala é subdividida em cinco dimensões que avaliam o apoio social percebido: Apoio material (4 itens); Apoio afetivo (3 itens); Interação social positiva (4 itens que avaliam se há presença de pessoas que o ajudem a relaxar e se divertir); Apoio emocional (4 questões vinculadas à rede social pessoal); e, Apoio de informação (4 questões que avaliam a presença de pessoas para aconselhar, informar e orientar). As respostas são obtidas em escala ordinal de cinco pontos, com valores entre “nunca” (1) e “sempre” (5). Os resultados podem ser apresentados com a soma das respostas fornecidas aos 19 itens do instrumento (escore total entre 19 e 95) ou por dimensões, com maiores valores indicando maior apoio social percebido.

Qualidade de Sono avaliada pelo *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI-BR) desenvolvido por Buysse e colaboradores (1989), em sua versão validada e adaptada para o português por Bertolazi (2008) (ANEXO G). É composto por 19 questões que avaliam

a qualidade de sono em relação ao último mês, abordando a duração, frequência e a gravidade dos problemas relacionados ao sono.

Os 19 itens estão agrupados em sete domínios: qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, a duração do sono, a eficiência habitual do sono, os transtornos do sono, o uso de medicamentos para dormir e a disfunção diurna. A pontuação das respostas varia de 0 a 3. Para obter o escore total, primeiramente, calculamos separadamente cada domínio, cujos valores variam de acordo com o número de itens e a escala de resposta. Posteriormente, foram somados os valores dos sete domínios. O escore total varia de 0 a 21, com valores mais altos indicando pior qualidade de sono.

2.6- Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados e analisados usando o programa IBM SPSS versão 25,0 para Windows. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas (sexo, situação conjugal, desempenho de atividades remuneradas, presença de comorbidades) e análises de medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão [D.P.] e intervalo) para as variáveis numéricas (idade, anos de estudo, renda mensal familiar, número de comorbidades).

Primeiramente, para compararmos se havia diferenças na caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes que participaram em T0, mas não concluíram o estudo, três meses após o primeiro contato (T1), utilizamos os testes *t-Student* para amostras independentes, qui-quadrado e Exato de Fisher.

Para responder ao primeiro objetivo (analisar a evolução do autocuidado entre T0 e T1), utilizamos o teste *t-Student* para amostras pareadas e para analisar a evolução dos participantes nos itens do instrumento de autocuidado, SCHFI, o teste qui-quadrado de McNemar (Programa R versão 3.5.3).

Análises bivariadas foram realizadas visando identificar quais variáveis estavam associadas com o autocuidado, três meses após o primeiro contato (segundo objetivo). Para isso foram realizados testes de correlação de Pearson, teste t-*Student* para amostras independentes, ANOVA, teste qui-quadrado e teste Exato de Fisher.

Para analisar a evolução das medidas de autocuidado, cognição, sintomas de ansiedade e de depressão, qualidade de sono e apoio social utilizamos teste t- *Student* para amostras pareadas.

Para analisar as forças das correlações lineares entre as medidas de interesse (sexo, faixa etária, presença de cuidador, comprometimento cognitivo e qualidade de sono) com o autocuidado, adotamos os valores propostos por Ajzen e Fishbein (1998). Os autores propõem que correlação menor que 0,30 não apresentam relevância clínica, mesmo quando o resultado for estatisticamente significativo. Valores entre 0,30 a 0,50 indicam correlação moderada e acima de 0,50 consideramos correlações fortes.

Para medir a consistência interna do instrumento SCHFI, utilizamos o coeficiente de alfa de Cronbach. Valores acima de 0,7 foram considerados adequados para indicar a confiabilidade do instrumento (FAYERS; MACHIN, 2007).

O nível de significância adotado para as análises foi de 0,05.

3. Resultados

3.1 - Fluxograma dos participantes

Durante o período de recrutamento, novembro de 2016 a junho de 2018, 245 pacientes internaram por IC descompensada no HCRP e no HERP. Desse total, 186 pacientes comparecem no primeiro retorno ambulatorial agendado na alta hospitalar.

Esses pacientes foram convidados a participarem do estudo e oito se recusaram. Dos 178 pacientes que concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE, 21 foram excluídos por: indicação cirúrgica ou implante de marcapasso/ desfibrilador durante ou após alta hospitalar (9); não atingirem a pontuação de orientação alopsíquica (6); possuírem transtornos depressivos diagnosticados no prontuário (2); possuírem período de internação maior que três meses (2); não apresentar condições clínicas para responder aos questionários (1) e um deles ao ser questionado sobre a sua doença, referiu que não possuía IC e por isso não pode participar do estudo. Esse critério não havia sido estipulado, mas ao iniciarmos a coleta dos dados com o instrumento de avaliação de autocuidado, a instrução traz a questão da insuficiência cardíaca e o participante, interrompeu a entrevista dizendo que ele não tinha essa síndrome.

Desse modo, 157 participantes foram inseridos e avaliados no primeiro retorno após a alta (T0). Três meses após a primeira avaliação (T1), 137 pacientes retornaram ao ambulatório e completaram o estudo. Entre os 20 (12,7%) pacientes que não concluíram a investigação, 16 foram a óbito, dois abandonaram o tratamento e dois foram encaminhados para transplante cardíaco em outros serviços.

Os detalhes de cada etapa do estudo com as respectivas exclusões e descontinuidade estão descritos na Figura 4.

Figura 4: Fluxograma final dos participantes em cada etapa no estudo.

3.2 - Comparação sociodemográfica e clínica segundo a finalização do estudo

Analizamos as características sociodemográficas (Tabela 1) e clínicas (Tabela 2), dos 137 participantes que finalizaram o estudo e dos 20 que não completaram a avaliação em T1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 157 participantes no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo a finalização do estudo. Ribeirão Preto, 2016-2018.

Características Sociodemográficas	Finalizaram (n= 137)	Perdas/Saídas (n= 20)	Valor de p
	%(n) / M (D.P.)*	%(n) / M (D.P.)*	
Idades (anos)	60,3 (11,8)	60,2 (12,7)	0,97*
<59,9 anos	50,4 (69)	45,0 (9)	0,65 §
≥ 60 anos	49,6 (68)	55,0 (11)	
Sexo			0,24 §
Masculino	51,1 (70)	65,0 (13)	
Feminino	48,9 (67)	35,0 (7)	
Situação conjugal			0,81 §
Casado/União consensual	62,8 (86)	60,0 (12)	
Outros	37,2 (51)	40,0 (8)	
Presença de cuidador			0,53 §
Sim	82,5 (113)	90,0 (18)	
Não	17,5 (24)	10,0 (2)	

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão)

*Teste t de *Student* § Teste qui-quadrado § Teste Exato de Fisher

Dentre as variáveis sociodemográficas não encontramos diferença estatisticamente significantes entre os grupos (Tabela 1). Os grupos também foram homogêneos com relação às variáveis: etiologia da IC (p=0,79), perfil da descompensação (p=0,61), número de comorbidades (p=0,91) e FEVE (p=0,90). Em ambos os grupos, as CF autorreferidas foram II e III, não havendo diferença entre os grupos (p=0,70) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização clínica dos 157 participantes no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo a finalização do estudo. Ribeirão Preto, 2016-2018.

Características Clínicas	Finalizaram (n= 137) %(n) / M (D.P.)*	Perdas/Saídas (n= 20) %(n) / M (D.P.)*	Valor de p
CF NYHA autorreferida			0,70 [§]
Classe I	11,7 (16)	5,0 (1)	
Classe II	50,4 (69)	60,0 (12)	
Classe III	27,0 (37)	20,0 (4)	
Classe IV	10,9 (15)	15,0 (3)	
Etiologia da IC			0,79 [§]
Isquêmica	24,8 (34)	20,0 (4)	
Chagásica	21,9 (30)	30,0 (6)	
Valvar	13,9 (19)	20,0 (4)	
Outros	13,1 (18)	5,0 (1)	
Hipertensiva	10,9 (15)	10,0 (2)	
Em investigação	5,8 (8)	5,0 (1)	
Alcoólica	4,4 (6)	10,0 (2)	
Dilatada idiopática	5,1 (7)	0 (0)	
FEVE			0,90 [§]
Preservada	17,5 (24)	20,0 (4)	
Intermediária	4,4 (6)	0	
Reduzida	78,1 (107)	80,0 (16)	
Perfil da descompensação			0,61 [§]
Perfil B	73,0 (100)	65,0 (13)	
IC descompensada	12,4 (17)	15,0 (3)	
Perfil C	11,7 (16)	20,0 (4)	
Perfil L	2,9 (4)	0 (0)	
Número de comorbidades	3,3 (1,9)	3,4 (1,6)	0,91 [*]
Dias entre alta e primeiro retorno	17,4 (15,1)	15,4 (11,2)	0,57 [*]
Busca Urgência/Emergência após alta			1,00 [§]
Sim	8,0 (11)	5,0 (1)	
Não	92,0 (126)	95,0 (19)	

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão)

^{*}Teste t de *Student*

[§]Teste Exato de Fisher

Entre os 157 pacientes avaliados 76,4% (120) residiam em Ribeirão Preto e cidades próximas (até 100 km de distancia). A renda mensal familiar média foi de 1850 reais (D.P.= 1020). Essas duas variáveis não foram comparadas entre os grupos.

3.3 - Avaliação do autocuidado, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono dos 157 pacientes no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar

Uma vez que não encontramos diferenças sociodemográficas e clínicas entre os pacientes que completaram o estudo e os que não completaram, optamos por avaliar as variáveis de interesse em T0 para todos os participantes.

Conforme observado em nossa prática clínica e na literatura consultada, o sexo e a idade são fatores importantes na determinação do autocuidado. Para analisarmos se havia diferenças sociodemográficas e clínicas entre os participantes, realizamos a comparação dessas variáveis segundo o sexo (Tabela 3) e a faixa etária (Tabela 5) dos participantes. Comparamos também a medida de autocuidado entre homens e mulheres (Tabela 4) e adultos e idosos (Tabela 6).

Ao analisarmos as variáveis sociodemográficas (idade, situação conjugal, escolaridade, presença de cuidador e renda mensal familiar) dos participantes, segundo o sexo, não encontramos diferenças estatisticamente significantes, exceto para renda familiar, com o grupo masculino apresentando renda maior do que o feminino ($p=0,04$) (Tabela 3).

No que se refere às variáveis clínicas, homens e mulheres eram semelhantes segundo a etiologia da IC ($p=0,24$) perfil da descompensação ($p=0,20$), uso de psicofármacos ($p=0,12$), FEVE ($p=0,65$) e número de comorbidades ($p=0,18$), mas diferiram quanto à CF NYHA autorreferida ($p=0,01$). Cinquenta por cento das mulheres se avaliaram nas classes III e IV, enquanto apenas 26,5% dos homens fizeram a mesma avaliação (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação das características sociodemográficas e clínicas dos 157 participantes, no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2016-2018.

Variáveis	Feminino (n= 74) % (n) / M (D.P.)*	Masculino (n= 83) % (n) / M (D.P.)*	Valor de p
Idade (anos)	60,5 (13,0)	60,1 (10,8)	0,82 [*]
Situação conjugal			0,10 [§]
Casado/União consensual	55,4 (41)	68,7 (57)	
Outros	44,6 (33)	31,3 (26)	
Escolaridade (anos completos)	5,23 (4,0)	6,0 (4,2)	0,21 [*]
Presença de cuidador (Sim)	82,4 (61)	84,3 (70)	0,83 [§]
Renda mensal familiar CF NYHA autorreferida	1663,4 (877,0)	2005,1 (1107,4)	0,04[*]
Classe I	8,1 (6)	13,3 (11)	
Classe II	41,9 (31)	60,2 (50)	
Classe III	37,8 (28)	15,7 (13)	
Classe IV	12,2 (9)	10,8 (9)	
FEVE			0,65 [§]
Preservada	20,3 (15)	15,7 (13)	
Intermediária	2,7 (2)	4,8 (4)	
Reduzida	77,0 (57)	79,5 (66)	
Etiologia da IC			0,24 [§]
Isquêmica	14,9 (11)	32,5 (27)	
Chagásica	21,6 (16)	24,1 (20)	
Valvar	17,6 (13)	12,0 (10)	
Hipertensiva	16,2 (12)	6,0 (5)	
Perfil da descompensação			0,20 [§]
Perfil B	67,6 (50)	75,9 (63)	
IC descompensada	17,6 (13)	8,4 (7)	
Perfil C	10,8 (8)	14,5 (12)	
Uso de psicofármacos (Não)	79,7 (59)	89,2 (74)	0,12 [§]
Número de comorbidades	3,6 (1,9)	3,2 (1,8)	0,18 [*]

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão)

^{*}Teste t de *Student*

[§]Teste qui-quadrado

[§]Teste Exato de Fisher

Na tabela 4, encontra-se a comparação dos escores médios das medidas de autocuidado entre os grupos (masculino e feminino). Em ambos os grupos, as médias maiores foram para o domínio Confiança e as menores para o domínio Manejo, mas não houve diferenças estatisticamente significantes nos três domínios do SCHFI.

Tabela 4 - Comparação dos escores médios do autocuidado (SCHFI) durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2016-2018.

Domínios SCHFI**	Feminino (n=74) M (D.P.)*	Masculino (n= 83) M (D.P.)*	Valor de p *
Manutenção	39,5 (16,0)	38,3 (15,8)	0,65
Manejo	31,4 (24,3)	33,8 (29,2)	0,57
Confiança	42,8 (24,2)	48,2 (28,0)	0,20

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão) **SCHFI = Self-care of Heart Failure Index

*Teste t de *Student*

Ao compararmos os participantes segundo a faixa etária, constatamos que os grupos se diferiram quanto à escolaridade (maior entre menores de 60 anos) ($p=0,007$), existência de um cuidador ($p=0,009$) e número de comorbidades (maior entre aqueles com 60 anos ou mais) ($p<0,001$) (Tabela 5).

Com relação ao autocuidado, encontramos resultados semelhantes quando comparamos os participantes segundo a idade. Em ambos os grupos, as médias maiores foram para o domínio Confiança e as menores para o domínio Manejo, mas não houve diferenças estatisticamente significantes nos três domínios do SCHFI (Tabela 6).

Tabela 5 - Comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo a faixa etária. Ribeirão Preto, 2016-2018.

Variáveis	<60 anos (n= 78) % (n) / M (D.P.)*	≥60 anos (n= 79) % (n) / M (D.P.)*	Valor de p
Sexo			0,69 §
Masculino	51,3 (40)	54,4 (43)	
Feminino	48,7 (38)	45,6 (36)	
Situação conjugal			0,91 §
Casado/União consensual	62,8 (49)	62,0 (49)	
Outros	37,2 (29)	38,0 (30)	
Escolaridade (anos completos)	6,5 (4,0)	4,8 (4,1)	0,007*
Presença de cuidador (Sim)	75,6 (59)	91,1 (72)	0,009 §
Renda mensal familiar	1853,3 (895,4)	1846,3 (1136,3)	0,97*
CF NYHA autorreferida			0,03 §
Classe I	3,8 (3)	17,7 (14)	
Classe II	53,8 (42)	49,4 (39)	
Classe III	30,8 (24)	21,5 (17)	
Classe IV	11,5 (9)	11,4 (9)	
FEVE			0,07 §
Preservada	11,5 (9)	24,1 (19)	
Intermediária	2,6 (2)	5,1 (4)	
Reduzida	85,9 (67)	70,9 (56)	
Etiologia da IC			0,12 §
Isquêmica	15,4 (12)	32,9 (26)	
Chagásica	28,6 (22)	17,7 (14)	
Valvar	15,4 (12)	13,9 (11)	
Hipertensiva	6,4 (5)	15,2 (12)	
Perfil da descompensação			0,57 §
Perfil B	75,6 (59)	68,4 (54)	
Perfil C	12,8 (10)	12,7 (10)	
IC descompensada	9,0 (7)	16,5 (13)	
Uso de psicofármacos (Não)	85,9 (67)	83,5 (66)	0,68 §
Número de comorbidades	2,7 (1,7)	3,9 (1,8)	p<0,001*

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão)

*Teste t de Student

§ Teste qui-quadrado

§ Teste Exato de Fisher

Tabela 6 - Comparação dos escores médios do autocuidado (SCHFI) durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo faixa etária. Ribeirão Preto, 2016-2018.

SCHFI**	<60 anos (n= 78)	≥60 anos (n= 79)	Valor de p *
	M (D.P.)*	M (D.P.)*	
Manutenção	37,7 (16,1)	40,0 (15,5)	0,36
Manejo	36,4 (29,8)	29,0 (23,4)	0,87
Confiança	48,0 (26,9)	43,3 (25,7)	0,26

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão) **SCHFI = Self-care of Heart Failure Index

*Teste t de *Student*

Investigamos, também, se o autocuidado diferiu entre os pacientes que finalizaram o estudo e aqueles que não finalizaram. Os grupos não tiveram diferenças nos três domínios do SCHFI (Tabela 7).

Tabela 7 Comparação dos escores médios do SCHFI (autocuidado) durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0), segundo os participantes que concluíram e não concluíram o estudo. Ribeirão Preto, 2016-2018.

Domínios SCHFI**	Finalizaram (n= 137)	Perdas/Saídas (n= 20)	Valor de p *
	M(D.P.)*	M(D.P.)*	
Manutenção	39,1 (16,4)	36,7 (11,6)	0,57
Manejo	34,0 (27,3)	23,5 (22,5)	0,10
Confiança	46,2 (26,4)	42,2 (26,5)	0,53

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão)

**SCHFI = Self-care of Heart Failure Index

*Teste t de *Student*

Como não encontramos diferenças segundo a finalização do estudo, optamos por apresentar as avaliações do comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono de todos os pacientes analisados no primeiro retorno após a alta hospitalar (Tabela 8).

Tabela 8 - Médias dos escores das variáveis comprometimento cognitivo (MoCA), sintomas de ansiedade e depressão (HADS), apoio social (MOS-SS) e qualidade de sono (PSQI-BR) dos 157 participantes durante o primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar (T0). Ribeirão Preto, 2016-2018.

Variáveis	T0 (n=157) M (D.P.)*	Mediana (Intervalo)
Comprometimento cognitivo^(a)	19,9 (5,1)	21,0 (7-30)
Ansiedade^(b)	7,4 (4,1)	7,0 (0-20)
Depressão^(b)	6,7 (3,9)	7,0 (0-19)
Apoio Social^(c)	77,8 (16,3)	82,0 (19-95)
Material	84,8 (23,0)	93,7 (0-100)
Afetivo	68,3 (16,7)	80,0 (0-80)
Interação social	77,0 (27,1)	81,2 (0-100)
Informação	71,1 (27,0)	75,0 (0-100)
Emocional	70,6 (26,7)	75,0 (0-100)
Sono^(d)	9,7 (3,7)	10,0 (0-18)

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão)

^(a)MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*

^(b)HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*

^(c)MOS-SS = *Medical Outcomes Study Social Support Scale*

^(d)PSQI-BR = *Pittsburgh Sleep Quality Index*

Em um intervalo possível de zero a 30, no qual maiores valores indicam menor comprometimento cognitivo, a média apresentada para o escore do MoCA foi de 19,9, valor superior ao ponto médio do intervalo (15).

A avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão teve escores médios de 7,4 (D.P.=4,1) e 6,7 (D.P.=3,9), respectivamente. O grupo apresentou valores médios para o MOS-SS entre 68,3 (Apoio social afetivo) e 84,8 (Apoio social material). Ambos acima da mediana de 50 indicando melhor apoio social em todos os domínios. E com relação ao escore total do MOS-SS a média foi de 77,8 (D.P.=16,3) e a mediana de 82,0 (intervalo de 19-95).

O escore médio do PSQI-BR foi de 9,7, em um intervalo possível de zero a 21 (maiores valores, pior qualidade de sono).

3.4 - Evolução do autocuidado, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono dos 137 pacientes que concluíram o estudo

3.4.1 - Desfecho 1

O primeiro objetivo do estudo foi analisar a evolução do autocuidado, durante o primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar e aos três meses após o primeiro contato, de pacientes que foram internados com IC descompensada.

Na tabela 9 encontram-se os resultados dessa análise e evolução do autocuidado durante o período de acompanhamento. Vale ressaltar que a média dos escores três meses após o primeiro retorno ambulatorial teve um aumento nas três subescalas ($p < 0,001$). Isso mostra que os pacientes melhoram suas ações de autocuidado após a hospitalização pela IC descompensada.

Tabela 9- Comparação dos escores de autocuidado medidos pelo instrumento SCHFI dos 137 participantes durante os três meses de acompanhamento (T0 e T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Autocuidado SCHFI	T0 M (D.P.)*	T1 M (D.P.)*	Valor de p**	T0 Alfa de Cronbach	T1 Alfa de Cronbach
Manutenção	39,1 (16,4)	56,8 (14,4)	<0,001	0,540	0,638
Manejo	34,0 (27,3)	47,9 (26,5)	<0,001	0,783	0,864
Confiança	46,2 (26,4)	58,5 (26,3)	<0,001	0,873	0,902

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão) ** Teste t de *Student* pareado

O que nos chamou atenção foi a melhora significativa nos escores da subescala de Manutenção, pois apresentou diferenças entre as médias no T0 e T1 de 17,7. A segunda melhor foi a de Manejo, seguida pela Confiança (diferença nas médias de 13,9 e 12,3 respectivamente).

As distribuições das respostas dos participantes em relação as três subescalas/domínios e seus respectivos itens estão detalhados a seguir (Tabelas 10, 11,

12, 13 e 14). Nessas tabelas estão apresentadas se as mudanças observadas nos participantes, entre T0 e T1, foram estatisticamente significantes ou não.

A primeira subescala é a de Manutenção e mensura o quanto o paciente compreende e adere ao tratamento farmacológico e não farmacológico da IC. Encontramos mudanças estatisticamente significantes em seis dos 10 itens do domínio: Pesar-se ($p<0,001$); Evitar ficar doente ($p<0,001$); Ser assíduo nas consultas ($p=0,03$); Ingerir dieta com pouco sal ($p<0,001$); Solicitar alimentos com pouco sal ($p<0,001$) e Usar sistema para lembrar-se dos medicamentos ($p<0,001$) (Tabela 10).

A subescala Manejo descreve o quanto o paciente sabe sobre o que fazer e como fazer quando ocorre um período de descompensação ou mudança no estado de saúde atual vinculado a IC, identificando sinais e sintomas e agindo. Entre os seus seis itens, encontramos mudanças estatisticamente significantes em cinco deles: Reconhecer sintomas da IC ($p<0,001$)(Tabela 11); Reduzir sal da dieta ($p<0,001$); Reduzir ingestão de líquidos ($p<0,001$); Ingerir diurético a mais ($p<0,001$) e Contatar profissional para orientação ($p=0,003$) (Tabela 12).

Tabela 10 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes aos itens da subescala Manutenção - SCHFI no primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto, 2016-2018.

Subescala Manutenção SCHFI	Segunda avaliação (T1) % (n)		Valor de p[§]
	Primeira avaliação (T0), % (n)	Nunca ou raramente/Às vezes Frequentemente/Sempre ou diariamente	
Pesar-se			< 0,001
Nunca ou raramente/Às vezes	32,8 (45)	47,4 (65)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	4,4 (6)	15,3 (21)	
Verificar se os tornozelos estão inchados			0,31
Nunca ou raramente/Às vezes	16,8 (23)	26,3 (36)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	19,7 (27)	37,2 (51)	
Evitar ficar doente			< 0,001
Nunca ou raramente/Às vezes	10,9 (15)	32,8 (45)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	7,3 (10)	48,9 (67)	
Realizar alguma atividade física			0,31
Nunca ou raramente/Às vezes	68,6 (94)	10,2 (14)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	15,3 (21)	5,8 (8)	
Ser assíduo nas consultas			0,031
Nunca ou raramente/Às vezes	0,7 (1)	10,2 (14)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	2,9 (4)	86,1 (118)	
Ingerir dieta com pouco sal			< 0,001
Nunca ou raramente/Às vezes	15,3 (21)	36,5 (50)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	9,5 (13)	38,7 (53)	
Exercitar-se por 30 minutos			0,50
Nunca ou raramente/Às vezes	68,6 (94)	10,9 (15)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	14,6 (20)	5,8 (8)	

Continua

Esquecer/deixar de tomar os medicamentos			0,13
Nunca ou raramente/Às vezes	77,4 (106)	7,3 (10)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	13,9 (19)	1,5 (2)	
Solicitar alimentos com pouco sal			< 0,001
Nunca ou raramente/Às vezes	67,2 (92)	24,1 (33)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	4,4 (6)	4,4 (6)	
Usar sistema para lembrar-se dos medicamentos			< 0,001
Nunca ou raramente/Às vezes	11,7 (16)	56,9 (78)	
Frequentemente/Sempre ou diariamente	6,6 (9)	24,8 (34)	

[‡] Teste qui-quadrado de McNemar

Tabela 11- Distribuição e evolução das respostas dos participantes do item 1 da subescala Manejo - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Subescala Manejo SCHFI					Valor de p [‡]
Primeira avaliação (T0), % (n)	Segunda avaliação (T1), % (n)				
	Não tive tais sintomas	Não reconheci	Demorei muito/ Um pouco	Reconheci rapidamente/ Imediatamente	
Reconhecer sintomas da IC					<0,001
Não teve tais sintomas	2,2 (3)	4,4 (6)	9,5 (13)	24,8 (34)	
Não reconheceu	2,2 (3)	2,2 (3)	5,1 (7)	8,8 (12)	
Demorou muito/ Um pouco	2,9 (4)	5,1 (7)	9,5 (13)	18,2 (25)	
Reconheceu rapidamente/ Imediatamente	2,2 (3)	0,0 (0)	0,7 (1)	2,2 (3)	

[‡]Teste qui-quadrado de McNemar

Tabela 12 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes segundo os itens 2, 3, 4 e 5 da subescala Manejo - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Subescala Manejo SCHFI		Segunda avaliação (T1), % (n)		Valor de p[‡]
Primeira avaliação (T0), % (n)		Improvável/ Pouco provável	Provável/Muito provável	
Reduzir sal da dieta				<0,001
Improvável/ Pouco provável		27,7 (38)	40,1 (55)	
Provável/Muito provável		11,7 (16)	20,4 (28)	
Reduzir ingestão de líquidos				<0,001
Improvável/ Pouco provável		29,2 (40)	39,4 (54)	
Provável/Muito provável		10,2 (14)	21,2 (29)	
Ingerir diurético a mais				<0,001
Improvável/ Pouco provável		42,3 (58)	32,1 (44)	
Provável/Muito provável		8,8 (12)	16,8 (23)	
Contatar profissional para orientação				0,003
Improvável/ Pouco provável		21,2 (29)	35,0 (48)	
Provável/Muito provável		16,1 (22)	27,7 (38)	

[‡] Teste qui-quadrado de McNemar

Tabela 13 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes segundo o item 6 da subescala Manejo - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Subescala Manejo SCHFI			Valor de p [‡]
Primeira avaliação (T0), % (n)	Segunda avaliação (T1), % (n)		
	Não tentei nada	Não tenho certeza/ Pouca certeza	Tenho certeza/ Absoluta certeza
Recursos acima reduziram sintomas			0,15
Não tentei nada	9,5 (13)	17,5 (24)	16,1 (22)
Não tenho certeza/ Pouca certeza	9,5 (13)	12,4 (17)	13,1 (18)
Tenho certeza/ Absoluta certeza	6,6 (9)	8,0 (11)	7,3 (10)

[‡]Teste qui-quadrado de McNemar

A última subescala do SCHFI é a de Confiança, caracterizada pelo o quão confiante o paciente está em tomar atitudes frente ao autocuidado.

Da mesma forma que avaliamos as outras subescalas, Manutenção e Manejo, na subescala Confiança encontramos mudanças estatisticamente significantes em quatro dos seis itens: Estar livres dos sintomas da IC ($p=0,001$); Reconhecer os sintomas ($p=0,003$); Fazer algo para aliviar os sintomas ($p=0,005$); Avaliar se o medicamento funciona ($p=0,001$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição e evolução das respostas dos participantes segundo os itens da subescala Confiança - SCHFI durante o primeiro retorno ambulatorial após alta (T0) e três meses após primeira entrevista (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Subescala Confiança SCHFI	Segunda avaliação (T1), % (n)		Valor de p[£]
	Primeira avaliação (T0), % (n)	Não confiante/Um pouco Muito confiante/Extremamente	
Estar livres dos sintomas da IC			0,001
Não confiante/Um pouco	29,9 (41)	34,3 (47)	
Muito confiante/Extremamente	13,9 (19)	21,9 (30)	
Seguir o tratamento recomendado			0,28
Não confiante/Um pouco	7,3 (10)	23,4 (32)	
Muito confiante/Extremamente	16,8 (23)	52,6 (72)	
Avaliar os sintomas caso ocorram			0,009
Não confiante/Um pouco	21,9 (30)	29,2 (40)	
Muito confiante/Extremamente	13,9 (19)	35,0 (48)	
Reconhecer os sintomas			0,003
Não confiante/Um pouco	20,4 (28)	32,8 (45)	
Muito confiante/Extremamente	14,6 (20)	32,1 (44)	
Fazer algo para aliviar os sintomas			0,005
Não confiante/Um pouco	21,9 (30)	31,4 (43)	
Muito confiante/Extremamente	14,6 (20)	32,1 (44)	
Avaliar se o medicamento funciona			0,001
Não confiante/Um pouco	24,8 (34)	35,0 (48)	
Muito confiante/Extremamente	13,9 (19)	26,3 (36)	

[£]Teste qui-quadrado de McNemar

3.4.2 - Desfecho 2

Nosso segundo objetivo foi identificar quais variáveis estão associadas com o autocuidado, três meses após o primeiro contato, de pacientes que foram internados com IC descompensada.

Ao analisarmos as comparações das médias dos escores do SCHFI com as variáveis sociodemográficas consideradas importantes, como sexo, situação conjugal, faixa etária (idade agrupada), presença de cuidador e FEVE, não encontramos resultados que fossem estatisticamente significantes que respondessem nossa variável resposta (Tabela 15).

Tabela 15 - Comparação dos escores médios do autocuidado (SCHFI) dos 137 participantes, segundo as variáveis sexo, faixa etária, situação conjugal, presença de cuidador e FEVE (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Variáveis	Manutenção M (D.P.)*	Valor de p	Manejo M (D.P.)*	Valor de p	Confiança M (D.P.)*	Valor de p
Sexo		0,89 [*]		0,37 [*]		0,50 [*]
Masculino (n=70)	57,0 (13,7)		49,9 (26,5)		60,0 (27,3)	
Feminino (n=67)	56,6 (15,2)		45,9 (26,6)		56,9 (25,3)	
Faixa etária		0,92 [*]		0,38 [*]		0,20 [*]
<60 anos (n= 69)	56,9 (15,7)		49,9 (27,3)		61,3 (27,7)	
≥60 anos (n= 68)	56,7 (13,0)		45,9 (25,7)		55,6 (24,6)	
Situação conjugal		0,53 [*]		0,38 [*]		0,81 [*]
Casado (n= 86)	57,4 (15,0)		49,5 (27,2)		58,0 (28,0)	
Outros (n=51)	55,8 (13,3)		45,4 (25,3)		59,2 (23,4)	
Cuidador		0,07 [*]		0,25 [*]		0,35 [*]
Sim (n=113)	55,8 (14,0)		46,7 (25,8)		57,2 (26,9)	
Não (n= 24)	61,6 (15,7)		53,5 (29,5)		63,0 (23,4)	
FEVE		0,98 [□]		0,30 [□]		0,08 [□]
Preservada (n=22)	56,4 (13,3)		43,8(27,3)		48,2(23,3)	
Intermediária (n=9)	57,3 (15,7)		60,0(31,5)		69,2(34,1)	
Reduzida (n=106)	56,8 (14,6)		47,8(25,9)		59,7(25,8)	

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão)

^{*}Teste t de *Student* pareado

[□]ANOVA

Realizamos teste de correlação de Pearson com as medidas das três subescalas do autocuidado (SCHFI) e a escolaridade dos participantes e constatamos correlações fracas (Tabela 16).

As correlações da medida de Manutenção do autocuidado e as medidas de comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono também não foram estatisticamente significantes (Tabela 16).

Os resultados das correlações da subescala Manejo do autocuidado mostraram correlações fracas, negativas e não estatisticamente significantes com as medidas de ansiedade, depressão, apoio social e sono. Correlação fraca e positiva, embora estatisticamente significativa foi encontrada com a medida de comprometimento cognitivo ($r=0,25$; $p<0,001$) (Tabela 16).

A medida de Confiança teve correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa com o comprometimento cognitivo ($r = 0,32$; $p<0,001$). Embora, essa medida tenha correlações estatisticamente significantes com as medidas de sintomas de ansiedade ($r= - 0,20$; $p=0,01$), de depressão ($r = - 0,27$; $p=0,001$) e sono ($r = - 0,23$; $p<0,007$), as forças de correlação foram fracas (Tabela 16).

Tabela 16 - Correlação entre o autocuidado (SCHFI) com as variáveis escolaridade, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono dos 137 participantes (T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Variáveis	Manutenção Valor de r*	Valor de p	Manejo Valor de r*	Valor de p	Confiança Valor de r*	Valor de p
Escolaridade	-0,10	0,17	0,08	0,27	-0,08	0,31
Comprometimento cognitivo^(a)	0,12	0,16	0,25	<0,001	0,32	<0,001
Ansiedade^(b)	-0,06	0,48	-0,11	0,18	-0,20	0,01
Depressão^(b)	-0,16	0,06	-0,11	0,20	-0,27	0,001
Apoio Social^(c)	0,16	0,05	-0,01	0,83	0,09	0,28
Sono^(d)	-0,10	0,22	-0,06	0,43	-0,23	0,007

*Correlação de Pearson

^(a)MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*

^(b)HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*

^(c)MOS-SS = *Medical Outcomes Study Social Support Scale*

^(d)PSQI-BR = *Pittsburgh Sleep Quality Index*

Diante dos resultados obtidos nas análises bivariadas entre as medidas das subescalas de autocuidado e as demais variáveis de interesse, optamos por não realizarmos as análises das regressões lineares múltiplas.

3.4.3 - Desfecho 3

O último objetivo foi caracterizar e analisar a evolução dos pacientes segundo a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, comprometimento cognitivo, qualidade de sono e apoio social no o primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar e aos três meses após o primeiro encontro ambulatorial.

As comparações dos escores das variáveis comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e sono, encontram-se na tabela 17. Os valores dos alfas de Cronbach de cada escala, nos dois momentos de coleta, indicaram adequada

consistência interna dos itens para a maioria dos instrumentos (alfa igual ou superior a 0,70) (FAYERS; MACHIN, 2007) (Tabela 17).

Entre os dois momentos de avaliação, encontramos diferenças estatisticamente significantes para as variáveis ansiedade ($p=0,03$), depressão ($p=0,01$) e qualidade de sono ($p<0,001$). Os valores apresentados indicaram piora dos sintomas de ansiedade e de depressão, embora apresentassem melhora na qualidade de sono.

Tabela 17 - Comparação dos escores de comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e sono dos participantes durante os três meses de acompanhamento (T0 e T1). Ribeirão Preto 2016-2018.

Variáveis	T0 Média (D.P.)*	T1 Média (D.P.)	Valor de p**	T0 Alfa de Cronbach	T1 Alfa de Cronbach
Comprometimento cognitivo^(a)	19,9 (5,0)	19,5 (5,3)	0,32	0,700	0,722
Ansiedade^(b)	7,3 (4,1)	8,3 (4,2)	0,03	0,676	0,777
Depressão^(b)	6,6 (3,9)	7,6 (4,3)	0,01	0,646	0,781
Apoio Social^(c)	78,3 (15,7)	78,0 (16,3)	0,83	0,941	0,946
Material	85,1 (22,5)	84,0 (21,6)	0,48	0,809	0,779
Afetivo	69,0 (15,5)	68,6 (15,4)	0,79	0,709	0,664
Interação social	78,0 (26,2)	78,8 (23,7)	0,70	0,877	0,821
Informação	71,8 (26,6)	70,8 (28,4)	0,68	0,821	0,868
Emocional	71,0 (26,1)	70,9 (27,8)	0,99	0,808	0,866
Sono^(d)	9,7 (3,6)	7,1 (3,8)	<0,001	0,471	0,545

*M (D.P.) = Média (Desvio-padrão) ** Teste t de *Student* pareado

^(a)MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*

^(b)HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*

^(c)MOS-SS = *Medical Outcomes Study Social Support Scale*

^(d)PSQI-BR = *Pittsburgh Sleep Quality Index*

4 - Discussão

O foco do nosso estudo foi o autocuidado após internação por IC e sua relação com as variáveis sociodemográficas, clínicas, comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão, apoio social e qualidade de sono.

No que se refere às medidas do autocuidado no primeiro retorno ambulatorial (T0) e sua evolução após três meses de acompanhamento (T1), avaliado pelo instrumento SCHFI, constatamos que, em geral, houve uma evolução positiva entre os participantes, com aumento nos escores das três subescalas.

A média do escore da subescala Manutenção foi de 39,1 (D.P.= 16,4), em T0, e 56,8 (D.P.= 14,4), em T1 ($p<0,001$). Alguns estudos nacionais e internacionais que avaliaram o autocuidado de pacientes em acompanhamento ambulatorial por meio do SCHFI e encontraram escores médios variados para a subescala Manutenção como 50,5 (D.P.)= 15,7 (CONCEIÇÃO et al., 2015), 55,2 (COCCHIERI et al., 2015), 57,0 (D.P.=14,3) (AVILA et al., 2013). Outros estudos avaliaram a Manutenção do autocuidado durante a internação e obtiveram escores de 43,3 (D.P.= 2,5) (MEDEIROS; MEDEIROS, 2017) e 70,0 (D.P.=14,0) (CENE et al., 2013).

Para a subescala Manejo, a média dos escores aumentou de 34,0 (D.P.= 27,3) em T0 para 47,9 (D.P.= 26,5) em T1, mostrando uma melhora significativa nos escores ($p<0,001$). Nossos dados corroboram com outros estudos brasileiros que avaliaram pacientes em acompanhamento ambulatorial que encontraram médias de 47,0 (D.P.=28,3) (AVILA et al., 2013) e 50,0 (D.P.=20,3) (CONCEIÇÃO et al., 2015). No estudo de Cocchieri e colaboradores (2015), o Manejo dos pacientes em seguimento ambulatorial foi de 53,2 (COCCHIERI et al., 2015).

Por fim, a subescala Confiança apresentou escores de 46,2 (D.P.= 26,4) em T0 e 58,5 (D.P.= 26,3) após três meses de acompanhamento ($p<0,001$). Autores que avaliaram o autocuidado de pacientes em acompanhamento ambulatorial encontraram dados

parecidos com os nossos como 54,1 (COCCHIERI et al., 2015), 58,0 (D.P.=25,5) (AVILA et al., 2013) e 58,1 (D.P.= 18,2) (CONCEIÇÃO et al., 2015), 70,0 (D.P.=16,2) (RIEGEL; LEE; DICKSON; CARLSON, 2009).

Com relação à distribuição da pontuação dos pacientes segundo a subescala Manutenção, encontramos mudança estatisticamente os domínios: Pesar-se ($p<0,001$); Evitar ficar doente ($p<0,001$); Ser assíduo nas consultas ($p=0,03$); Ingerir dieta com pouco sal ($p<0,001$); Solicitar alimentos com pouco sal ($p<0,001$) e Usar sistema para lembrar-se dos medicamentos ($p<0,001$).

Os itens “Praticar atividade física” ($p=0,31$); “Praticar exercício físico por pelo menos trinta minutos” ($p=0,50$) e “Solicitar alimentos com menos sal quando come fora de casa” ($p<0,001$), foram os itens que os pacientes referiram menor adesão (escolha da alternativa nunca ou raramente/às vezes) com, respectivamente, 83,9%, 83,2% e 71,6%.

Nossos achados nos levam a pensar sobre a dificuldade da adesão a atividade física para pacientes com IC. Durante o período de coleta dos dados nos ambulatórios, as queixas mais comuns dos participantes relacionadas ao tema estavam vinculadas a falta orientação e liberação da prática de exercícios físicos pelos médicos ou enfermeiros. Além disso, as dores nos membros inferiores e na coluna lombar eram referidas pelos pacientes como problemas que comprometiam ou impossibilitavam a prática.

Outros estudos avaliaram a pontuação detalhada de cada item da subescala de Manutenção e nossos dados corroboram com esses achados vinculados à baixa pontuação em relação à atividade física e não solicitar alimentos quando comem fora de casa (COCCHIERI et al. 2015; CONCEIÇÃO et al., 2015), apresentaremos abaixo os resultados detalhados de cada estudo e seus respectivos achados.

No estudo brasileiro de delineamento transversal que avaliou 116 pacientes, utilizou a média dos escores de cada item da subescala e estes relacionados com atividade

física obtiveram, respectivamente, 1,5 (D.P.=0,9) e 1,5 (D.P.= 1,0), enquanto solicitar alimentos quando comem fora de casa teve 1,4 (D.P.= 1,4) (CONCEIÇÃO et al., 2015).

Já o estudo internacional e transversal realizado na Itália com 1192 participantes, utilizou medidas de porcentagem para avaliar cada item das subescalas separadamente dos itens. Realizar alguma atividade física (61,9%; n=737) e exercitar-se por mais de 30 minutos (69,1% e n=823) foram os itens com menor adesão. Já a solicitação de alimentos 55,8% (n= 664) dos participantes referiu nunca ou raramente/às vezes solicitar (COCCHIERI et al. 2015).

Na subescala Manejo, encontramos diferenças estatisticamente para os itens “Reconhecer sintomas da IC” ($p<0,001$); “Reduzir sal da dieta ($p<0,001$)”; “Reduzir ingestão de líquidos ($p<0,001$)”; “Ingerir diurético a mais ($p<0,001$)” e “Contatar profissional para orientação” ($p=0,003$). As estratégias mais utilizadas para evitar a descompensação (provável/muito provável) foram nos itens sobre contatar um profissional para orientação (58,5%) e reduzir o sal da dieta (51,5%), porém 63,5% dos pacientes escolheram a alternativa não tentei nada/não tenho certeza/pouca certeza quanto à utilização dos recursos para reduzir os sintomas de descompensação da IC.

No estudo de Cocchieri e colaboradores (2015), apenas 38,4% (n=631) reconheceram os sintomas da IC rapidamente/imediatamente, porém as estratégias de manejo mais utilizadas foram as mesmas que as nossas, reduzir o sal da dieta (51,5%) e contatar profissional para orientação (58,5%) e 60,1% referiu ter certeza/absoluta certeza que os recursos ajudaram. No estudo brasileiro, a estratégia mais utilizada foi contatar o profissional para orientação (Média=3,1; D.P.=1,0) e a média da pontuação relacionada com a utilização dos recursos para ajudar no problema foi de 1,4 (D.P.= 1,6) (CONCEIÇÃO et al., 2015).

É importante ressaltar que, no ambulatório onde o estudo foi realizado, médicos e enfermeiros orientavam os pacientes quanto à ingestão de um diurético extra, caso houvesse aumento repentino no peso diário ou piora nos sintomas de descompensação. Entretanto, essa orientação fornecida de forma irregular para os pacientes. Os profissionais levavam em consideração a idade dos pacientes, a capacidade de compreender a importância e utilização adequada do manejo do medicamento, além da presença de cuidador/familiar na consulta, a evolução e o prognóstico da síndrome. Para todos os pacientes atendidos era reforçada a importância de entrar em contato por telefone com a enfermeira responsável pelo ambulatório, para serem orientados no caso de mudanças repentinas no peso corporal e aparecimento de outros sinais e sintomas de descompensação. Quando o paciente telefonava para a enfermeira, ela avaliava as condições do paciente e conforme protocolo, orientava a dose extra do diurético ou agendava uma consulta presencial.

Na última subescala, Confiança, os itens “Estar livres dos sintomas da IC” ($p=0,001$); “Reconhecer os sintomas” ($p=0,003$); “Fazer algo para aliviar os sintomas” ($p=0,005$) e “Avaliar se o medicamento funciona” ($p=0,001$) apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Nossos achados mostraram que em todos os itens avaliados os participantes escolheram as respostas “muito confiante/extremamente” variando apenas nas porcentagens. O item confiança em seguir o tratamento recomendado apresentou 76% de escolha dos pacientes, seguido por reconhecer alterações de saúde caso elas ocorram (64,9%). A pontuação mais baixa foi no item confiança em estar livre dos sintomas da IC, com 56,2%.

Nossos achados corroboram com os dados do estudo de Cocchieri e colaboradores (2015), no qual o maior valor de confiança (muito confiante/extremamente) encontrado foi 81% no item seguir o tratamento recomendado, seguido por reconhecer alterações de

saúde caso elas ocorram (68,2%). Por fim, 66,3% marcaram não confiante/pouco em estar livres dos sintomas da IC. O mesmo aconteceu no estudo de Conceição e colaboradores (2015), cuja maior média de resposta foi no item seguir o tratamento recomendado (Média= 3,1; D.P.= 0,6) e a menor foi no item estar livre dos sintomas da IC (Média= 2,4 e D.P.= 0,9).

Estudos nacionais (CONCEIÇÃO et al., 2015; FERREIRA, 2015; MUSSI et al., 2013; NASCIMENTO; PÜSCHEL, 2013; SILVA, 2016) e internacionais (COCCHIERI, et al., 2015; GOODMAN, et al., 2013; VELLONE et al., 2015) foram realizados com pacientes semelhantes aos do nosso estudo. Dos 157 participantes iniciais, a amostra teve uma prevalência de homens (52,9%) e idosos (Média= 60,3 e D.P.= 11,8 para aqueles que finalizaram o estudo e Média= 60,2 e D.P.= 12,7 para as perdas/saídas). Ao compararmos nossos achados com estudos internacionais, encontramos semelhanças quanto à população de predominância idosa, casada ou em união estável e aposentadas (BUCK et al., 2012; CENE et al., 2013; LEE; MOSER; LENNIE; RIEGEL, 2011; SAYERS et al., 2008; WANG et al., 2011).

O não desempenho de atividades remuneradas (89,4%) e a baixa renda (Média= 1849,8 reais e D.P.= 1020,1), também foram características encontradas em outros estudos (ALBUQUERQUE et al., 2015; CONCEIÇÃO et al., 2015; FERREIRA, 2015; MUSSI et al., 2013; NASCIMENTO; PÜSCHEL, 2013; SILVA, 2016). Essas características encontradas em nossa pesquisa são comuns por se tratarem de hospitais públicos e de ensino brasileiro, onde a grande maioria da população atendida está vinculada ao SUS, geralmente essas pessoas possuem baixa renda e pouca escolaridade (ALBUQUERQUE et al., 2015; AVILA et al., 2013; FERREIRA, 2015; MUSSI et al., 2013; SILVA, 2016). Entretanto, as condições relacionadas às baixas escolaridade e

renda foram encontradas em poucos estudos internacionais (COCCHIERI et al., 2015; HUYNH et al., 2016; POLIKANDRIOTI et al., 2015; VELLONE et al., 2016).

Com relação às variáveis clínicas, a classe funcional segundo a NYHA mais apresentada foi a II e III, com 77,4% (n=106) dos participantes que finalizaram o estudo. Diversos estudos que avaliaram pacientes internados ou ambulatoriais também encontraram predomínio dessas classes (AVILA, et al., 2013; DELLAFIORI et al., 2018; GALLAGHER; LUTTIK; GOODMAN et al., 2013; JAARSMA et al., 2009; MADEIROS; MEDEIROS, 2017; SILVA, 2016; VELLONE et al., 2016). Em nosso estudo a classe funcional foi autorreferida, ou seja, o pesquisador lia as alternativas e o paciente escolhia a que mais enquadrava no seu caso naquele momento. Esse método foi escolhido após Holland e colaboradores (2010) apontarem a divergência entre a avaliação da NYHA realizada pelo médico e a referida pelo paciente. Segundo os autores, o profissional de saúde muitas vezes não leva em consideração todos os sintomas referidos pelos pacientes durante a consulta, fato esse que pode comprometer o diagnóstico, o prognóstico, bem como o tratamento farmacológico e o não farmacológico da IC.

A etiologia mais frequente entre os participantes que finalizaram o estudo foi a isquêmica (24,8%), seguida da chagásica (21,9%) e o perfil de descompensação mais comum foi o perfil B (73%). Resultados semelhantes, com relação à etiologia isquêmica ser a mais frequente, foram encontrados em outros estudos (AVILA, et al., 2013; MUSSI et al., 2013; SAYERS et al., 2008).

Sobre a FEVE, encontramos uma predominância da IC com FE reduzida, tanto entre os 137 participantes que finalizaram (78,1%), quanto naqueles que não finalizaram (80,0%). Esta condição também esteve presente ao compararmos os participantes quanto ao sexo (79,5% nos homens e 77% nas mulheres) e entre adultos (85,9%) e idosos (70,9%). A predominância da IC com FE reduzida foi encontrada em outros estudos

brasileiros (CONCEIÇÃO et al., 2015; FERREIRA, 2015; PEREZ-MORENO et al., 2014), enquanto pesquisas internacionais constataram maior frequência de pacientes com IC com FE preservada (CHAMBERLAIN, 2017; CHANG et al., 2016; TSAO et al., 2018). Isso nos mostra a complexidade e gravidade dos pacientes que estão internados e/ou em acompanhamento ambulatorial, pois quanto mais reduzida for a FEVE, maior a disfunção sistólica e, conseqüentemente, maior o risco de morte.

O número médio de comorbidades foi de 3,3 (D.P.=1,9), resultado semelhante ao estudo norte-americano de Sayers e colaboradores (2008), cuja média foi de 3,6 (D.P.=1,5) e inferior ao estudo canadense, realizado por Paradis et al (2010).

O autocuidado de pacientes com IC pode variar conforme o sexo e a idade. Observamos que as os participantes eram homogêneos com relação à idade. Entretanto, as mulheres se avaliaram mais sintomáticas do que os homens, segundo a CF NYHA autorreferida. Esses resultados diferem de outro estudo que avaliou o autocuidado em IC de 1192 pacientes. Os autores constataram uma média de idade maior entre as mulheres (73 anos *versus* 60 anos, no nosso estudo) e os homens com maior sintomatologia do que as mulheres, segundo a CF NYHA (COCCHIERI et al., 2015).

Com relação ao sexo, não encontramos diferenças estatisticamente significantes nas três subescalas de autocuidado, embora os homens tenham apresentado médias maiores dos que as mulheres nas medidas de Manejo (33,8 e 31,4, respectivamente) e de Confiança (48,2 e 42,8, respectivamente). Estudo recente constatou que os homens possuíam quatro vezes mais chance de apresentarem autocuidado inadequado nas subescalas Manutenção e Confiança, mesmo que durante a entrevista as mulheres aparentassem menor confiança para o autocuidado (DELLAFIORI et al., 2018).

Nossos resultados divergem daqueles observados no estudo de Cocchieri e colaboradores (2015), no qual as mulheres obtiveram escores melhores nas três

subescalas, sendo essa diferença estatisticamente significativa na subescala Manutenção ($p=0,03$).

Ao compararmos as variáveis sociodemográficas e clínicas entre os pacientes adultos ($n=78$) com os idosos ($n=79$), encontramos diferenças estatisticamente significantes para a variável escolaridade ($p=0,007$), ter um cuidador ($p=0,009$) e número de comorbidades ($p<0,001$). Em relação ao autocuidado, os idosos apresentaram melhores escores apenas na subescala Manutenção com escore médio de 40,0 (D.P.=15,5) quando comparados com os adultos ($M=37,7$). Os adultos apresentaram médias maiores do que os idosos na subescala Manejo (36,4 *versus* 29,0, respectivamente) e Confiança (48,0 *versus* 43,3, respectivamente), embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significantes.

Conforme foi discutido anteriormente, o autocuidado envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas para manter o paciente estável diante da sua IC. A população idosa muitas vezes apresenta algum grau de comprometimento cognitivo que impacta no entendimento e manejo do autocuidado (ATTAALLAH; KLYMKO; HOPP, 2016; UCHMANOWICZ et al., 2017). Poucos estudos foram encontrados que compararam o autocuidado entre adultos e idosos.

Um estudo transversal realizado na Polônia avaliou o comprometimento cognitivo e o autocuidado de 270 pacientes idosos em acompanhamento ambulatorial. O autocuidado foi avaliado pela *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*, cujo escore também varia de zero a 100. Os autores constataram escore médio de 50,3 (D.P.=25,0), considerado baixo para o autocuidado adequado. Na avaliação cognitiva dos idosos, eles usaram o *Mini-Mental State Examination Scale* e encontraram que cerca de 73% da amostra tinha algum grau de comprometimento cognitivo. Após análise de regressão, variáveis como comprometimento cognitivo, idade avançada, tempo de

doença, FEVE, número de hospitalizações, sexo, residência, escolaridade, situação conjugal e classe NYHA foram preditoras para na determinação do autocuidado (UCHMANOWICZ et al., 2017).

Nossos dados corroboram com o estudo transversal desenvolvido por pesquisadores tailandeses que compararam o autocuidado de 102 adultos (<60 anos) e 199 idosos (≥ 60 anos) em seguimento ambulatorial. O autocuidado foi avaliado por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos para classificar a Manutenção do Autocuidado. Os adultos apresentaram escores melhores ($M = 59,8$; $D.P. = 16,8$) do que os idosos ($M = 57,0$; $D.P. = 14,9$) ($p < 0,13$) no autocuidado, segundo os autores (SUWANNO et al., 2009).

Um dos nossos objetivos foi identificar quais variáveis estavam associadas com o autocuidado dos participantes, após três meses do primeiro retorno ambulatorial. Não encontramos resultados estatisticamente significantes ao analisarmos, de forma bivariada, as medidas das subescalas do instrumento de autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas. As correlações das medidas de Manutenção, Manejo e Confiança foram, em sua maioria, de fraca magnitude e sem significância estatística, com as medidas de Comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade e de depressão, qualidade de sono e apoio social.

Um estudo italiano avaliou as variáveis do autocuidado (Manutenção, Manejo e Confiança) de pacientes com IC e dos seus cuidadores (BITWELL et al., 2015) e encontrou que foi o único fator significativo que pode influenciar na Manutenção é a QVRS especificamente a parte emocional do paciente tanto para o próprio paciente quanto para o seu cuidador. Outros fatores como comorbidades, comprometimento cognitivo, atividades da rotina diária comprometida, número de hospitalizações, qualidade do relacionamento entre paciente-cuidador, sexo do cuidador e apoio social

percebido pelo cuidador, influenciaram apenas a Manutenção do autocuidado do paciente. A duração da IC influenciou nas contribuições do cuidador.

Sintomas de ansiedade e de depressão foram associados a piores níveis de autocuidado, baixa confiança com o tratamento, pior percepção da doença e maior dificuldade nas tomadas de decisões sobre os sintomas em pacientes com IC (GOODMAN et al., 2013). Ao compararmos os participantes, nos dois momentos de avaliação, constatamos que eles apresentaram piora dos sintomas de ansiedade ($p=0,03$) e de depressão ($p=0,01$), embora apresentassem melhora na qualidade de sono ($p<0,001$).

No primeiro retorno ambulatorial, o escore médio do HADS-Ansiedade foi de 7,3 (D.P.=4,1), aumentado para 8,3 (D.P.=4,2), em T1. Para a HADS-Depressão, os escores médios foram 6,6 (D.P.=3,9) e 7,6 (D.P.=4,3), respectivamente. Valores semelhantes foram observados no estudo com os pacientes italianos, com média de 6,9 (D.P.= 4,8) para ansiedade e de 7,3 (D.P.=4,3) para depressão (CHIALA et al., 2018). Em estudo quase-experimental que avaliou os sintomas depressivos de pacientes internados por IC em um hospital público, os escores médios foram de 6,9 (D.P.=5,1) para grupo intervenção e 6,6 (D.P.=4,3) para grupo controle (FERREIRA, 2015).

Dentre os estudos que avaliaram o sono de pacientes com IC, encontramos que a maioria dos pacientes apresentam dificuldades para dormir. A qualidade de sono foi avaliada pelo PSQI-BR, e encontramos uma melhora nos escores dos pacientes, entre T0 (média de 9,7) e T1 (média de 7,1) ($p<0,001$). Isso nos leva a pensar sobre os sintomas da descompensação, como dispneia paroxística noturna, fadiga, hepatomegalia que prejudicam a respiração, afetam o sono, refletindo na piora da QVRS dos pacientes e, após a compensação da síndrome, a qualidade de sono melhorou.

Nossos resultados foram semelhantes aos obtidos em outro estudo, realizado no Brasil, cujo escore médio foi 8,7. Nesse estudo, 68,5% dos participantes foram

classificados como mau dormidores, havendo predominância do sexo feminino entre eles. Dispneia e fadiga foram os sintomas mais referidos para o comprometimento do sono (SANTOS; CRUZ; BARBOSA, 2011).

Indivíduos com IC também foram considerados maus dormidores, em estudos realizados em outros países, com escores médios do PSQI de 9,73 (CHANG et al., 2016) e 5,04 (MOON et al., 2015).

Entre os nossos participantes, não houve diferenças na avaliação do comprometimento cognitivo e do apoio social, entre T0 e T1.

O comprometimento cognitivo dos pacientes foi avaliado pelo instrumento MoCA, também utilizado em outros estudos internacionais com pacientes com IC (CAMERON et al., 2010; CHIALA et al., 2018; DAVIS et al., 2012; HARKNESS et al., 2011; HAWKINS et al., 2014; HUYNH et al., 2016). É importante avaliar a cognição dos pacientes com IC visando detectar, o mais precocemente possível, a presença de algum grau de comprometimento nesta função, uma vez que a cognição tem sido associada ao autocuidado e à adesão ao tratamento (DAVIS et al., 2012; HARKNESS et al., 2011).

Entre 96 pacientes italianos, em acompanhamento ambulatorial, idosos (média de 72 anos) e escolarizados, o escore médio foi de 21 (D.P.=4,8) (CHIALA et al., 2018), enquanto obtivemos médias de 19, nas duas avaliações. Estudo realizado com pacientes canadenses, sem diagnóstico prévio de comprometimento cognitivo, constatou que mais de 70% deles obtiveram escore abaixo de 26, indicando que já existe algum grau de comprometimento cognitivo (HARKNESS et al., 2011).

Por fim, a última variável de interesse foi o apoio social avaliado pelo MOS-SS. Não constatamos diferenças estatisticamente significantes entre as médias do escore global em T0 (78,3; D.P.=15,7) e T1 (70,9; D.P.=16,3). Pesquisadores avaliaram o apoio social (MOS-SS) em 121 pacientes internados por IC descompensada nos Estados Unidos

e encontraram média no escore total do MOS-SS de 70,9 (D.P.=27,6). Uma regressão linear foi feita para verificar a associação entre apoio social e autocuidado (SCHFI), não houve associação entre apoio social e a subescala Manutenção e nem para a subescala Manejo, entretanto a subescala Confiança ($p<0,030$) e número de comorbidades no autocuidado ($p<0,026$) (CHAMBERLAIN, 2017).

Ao analisarmos os escores das dimensões avaliadas pelo referido instrumento, constatamos que, nos dois momentos, as maiores pontuações foram na dimensão Apoio Material (85,1 e 84,0) e as menores pontuações na dimensão Apoio afetivo (69,0 e 68,6). Assim como na avaliação global do apoio social, também não encontramos diferenças estatisticamente ao compararmos as médias pareadas das cinco dimensões. No estudo de Cene e colaboradores (2013), eles avaliaram o apoio social de 150 pacientes internados por IC descompensada e obtiveram escore médio do apoio emocional/informação de 83,0 (D.P.= 19,8), valor superior ao dos nossos participantes.

4.1 - Limitações do estudo

Consideramos que as seguintes limitações do nosso estudo: número reduzido de pacientes que finalizaram o estudo, entre os 245 pacientes internados, com IC descompensada, em dois hospitais públicos no interior de São Paulo, um nível secundário e outro terciário. Desses 245 pacientes, 186 (76%) comparecem no primeiro retorno ambulatorial agendado na alta hospitalar, quando eram convidados para participarem do estudo. Esses pacientes foram convidados para participarem do estudo e 178 (95,6% dos 186). Vinte e um deles (11,8% dos 178) foram excluídos. Dos 157 pacientes que foram avaliados no primeiro retorno ambulatorial após a alta, 137 também foram avaliados três meses após a avaliação. Apesar das perdas de 20 pacientes, não encontramos diferenças

estatisticamente significantes quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas entre aqueles que finalizaram e que não finalizaram o estudo.

Outra limitação foi o longo intervalo de dias entre alta hospitalar e o primeiro retorno ambulatorial. A primeira entrevista (T0) foi programada para ocorrer no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar, estipulando o prazo de 7 a 14 dias entre a alta e o retorno, conforme a última atualização do *guideline* desenvolvido pela *American Heart Association* (AHA) (YANCY et al., 2013). No entanto, este prazo teve que ser ampliado devido à logística dos serviços onde o estudo foi realizado. A superlotação dos ambulatórios e a falta de vagas disponíveis para atender os pacientes após a alta, conforme a recomendação da AHA fazia com que os pacientes em melhores condições clínicas fossem agendados em períodos maiores do que aqueles pacientes mais graves, o que pode ter influenciado nos resultados obtidos.

4.2 - Implicações para a prática clínica e pesquisa

Os resultados encontrados em nosso estudo evidenciaram a importância de avaliar o autocuidado dos pacientes após um episódio estressante, como a internação pela descompensação da síndrome. Não podemos afirmar o que influenciou essas mudanças de comportamentos nas subescalas do autocuidado, porém encontramos diferenças estatisticamente significantes que mostraram que as elas ocorreram e foram positivas para o autocuidado.

Outros estudos são necessários para confirmar que, na população de interesse, não há associação entre o autocuidado e as variáveis estudadas. Resultados que contradizem alguns estudos realizados em outros países.

A enfermagem é a profissão que está mais próxima do paciente com IC, durante toda a internação, sendo a responsável por monitorar e acompanhar toda a sua evolução

até a alta hospitalar. Avaliar o autocuidado tendo como referência o último mês ou duas semanas antes da internação, bem como investigar o nível de comprometimento cognitivo, presença de sintomas de ansiedade e depressão, o apoio social percebido e a qualidade de sono dos pacientes podem auxiliar o enfermeiro a planejar o preparo para a alta e o seguimento ambulatorial.

Um projeto terapêutico bem definido com foco na educação do paciente quanto ao seu autocuidado e com envolvimento do cuidador/família poderá trazer melhora na QVRS destes indivíduos, assim como reduzir o número de internações pela descompensação da IC e, conseqüentemente, os custos hospitalares.

5 - Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo nos permitem concluir que:

- O **Autocuidado** dos participantes com relação à IC, evoluiu positivamente quando comparamos os valores apresentados nas três subescalas do instrumento SCHFI, ou seja, na Manutenção, no Manejo e na Confiança, no período decorrente entre o primeiro retorno ambulatorial (após a alta devido à internação pela descompensação da síndrome) e três meses após esse retorno ambulatorial. Na avaliação individual dos itens do SCHFI, também encontramos mudanças positivas nos comportamentos de autocuidado, no referido período, nos itens das subescalas **Manutenção** (pesar-se; evitar ficar doente; ser assíduo nas consultas; ingerir dieta com pouco sal; solicitar alimentos com pouco sal; usar algum recurso para lembrar-se dos medicamentos); **Manejo** (reconhecer sintomas da IC; reduzir sal da dieta; reduzir ingesta de líquidos; ingerir diurético a mais; contatar profissional para orientação) e, **Confiança** (estar livres dos sintomas da IC; reconhecer os sintomas; fazer algo para aliviar os sintomas e avaliar se o medicamento funciona).
- Três meses após o primeiro retorno, não constatamos associação entre o autocuidado e as variáveis comprometimento cognitivo, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, qualidade de sono e apoio social entre os participantes;
- Entre a primeira e a segunda avaliação, os participantes apresentaram piora da função cognitiva, dos sintomas de ansiedade e de depressão e do apoio social percebido, embora essas alterações não tenham sido estatisticamente significantes. Por outro lado, houve melhora da qualidade do sono, sendo esta estatisticamente significativa.

REFERÊNCIAS

- AJZEN, I; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.
- ALBUQUERQUE, D.C. et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arq Bras Cardiol**, v.104, n.6, p. 433-42, 2014.
- ALOSCO, M.L. et al. Reduced cerebral blood flow and white matter hyperintensities predict poor sleep in heart failure. **Behav Brain Funct.**, v.9, p1-8, 2013.
- ATTAALLAH, S.; KLYMKO, K.; HOPP, F.P. Self-care among older adults with heart failure. **Gerontol Geriatr Med.**, v.2, p.1-10, 2016.
- AUDI, G. et al. Factors affecting health related quality of life in hospitalized patients with heart failure. **Cardiol Res Pract**, v.2017, n.1, p.1-13, 2017.
- AVILA, C.W. **Adaptação transcultural e validação da Self-Care of Heart Failure Index Versão 6.2 para uso no Brasil**. 2012. 81f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- AVILA, C.W. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the Self-Care Of Heart Failure Index version 6.2. **Nurs Res Pract.**, v.2013, n.1, p.1-6, 2013.
- BALLESTER, M.R. et al. Randomized, open-label, blinded-endpoint, crossover, single-dose study to compare the pharmacodynamics of torasemide-PR 10 mg, torasemide-IR 10 mg, and furosemide-IR 40 mg, in patients with chronic heart failure. **Drug Des Devel Ther**, v.5, n.9, p.4291- 302, 2015.
- BAUER, L.C.; JOHNSON, J.K.; POZEHL, B.J. Cognition in heart failure: An overview of the concepts and their measures. **J Am Acad Nurse Pract.**, v.23, n.11, p.577-85, 2011.
- BERTOLAZI, A.N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh**. 2008. 93f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina- Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

- BIDWELL, J.T. et al. Determinants of heart failure self-care maintenance and management in patients and caregivers: A dyadic analysis. **Res Nurs Health**, v.38, n.1, p. 392-02, 2015.
- BOCCHI, E.A. et al. I Latin American Guidelines for the assessment and management of decompensated heart failure. **Arq Bras Cardiol.**, v.85, n.1, s.3, p.1-48, 2005.
- BOCCHI, E.A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n.1, s.1, p. 1-71, 2009.
- BOCCHI, E.A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. **Arq Bras Cardiol**, v.98, n.1, s.1, p.1-33, 2012.
- BORDONI, B.; MARELLI, F.; MORABITO, B.; SACCONI, B. Depression and anxiety in patients with chronic heart failure. **Future Cardiol.**, v.14, n.2, 115-9, 2018.
- BOTEGA, N.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W.A.B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Públ.**, v.29, n.5, p. 355-63, 1995.
- BOWLING, A.; EBRAHIM, S. **Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis**. Maidenhead England, Open University Press, p.625, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. **Qualificação do cuidador de pessoas idosas com dependência: Projeto piloto**. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Sistema de informação sobre mortalidade (SIM), 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em 01 de agosto de 2019.
- BUCK, H.G. et al. Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. **J Cardiovasc Nurs.**, v.27, p. 8-15, 2012.
- BUYSSE, D.J et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatr Res.**, v.28, p.193-213, 1989.
- CELANO, C.M. et al. Depression and anxiety in heart failure: A review. **Harv Rev Psychiatry**, v.26, n.4, p.175-84, 2018.

CELUTKIENE, J.; VAITKEVICIUS, A.; JAKŠTIENE, S.; JATUŽIS, D. Expert opinion- Cognitive decline in heart failure: More attention is needed. **Card Fail Rev.**, v.2, n.2, p.106-9, 2016.

CENE et al. Self-care confidence mediates the relationship between perceived social support and self-care maintenance in adults with heart failure. **J Card Fail**, v.19, n.3, p.202–10, 2013.

CHANDRA, A. et al. Effects of Sacubitril/Valsartan on physical and social activity limitations in patients with heart failure a secondary analysis of the PARADIGM-HF trial. **JAMA Cardiol.**, v.3, n.6, p.498-05, 2018.

CHAUVET-GELINIER, J.C.; BONIN, B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. **Ann Phys Rehabil Med**, v.60, n.1, p.6-12, 2017.

CHAMBERLAIN, L. Perceived social support and self-care in patients hospitalized with heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v.16, n.8, p.753-61, 2017.

CHANG, Y.L. et al. Tailored educational supportive care programme on sleep quality and psychological distress in patients with heart failure: A randomised controlled trial. **Int J Nurs Stud.**, v.61, n.1, p.219-29, 2016.

CHEN-SCARABELLI, C. et al. Dilemmas in end-stage heart failure. **J Geriatr Cardiol**, v.12, n.1, p.57-65, 2015.

CHIALA, O. et al. Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. **Heart Lung**, v.47, p. 465–70, 2018.

CHRISTOPH, M. et al. Mental symptoms in patients with cardiac symptoms and normal coronary arteries. **Open Heart**, v.1, n.1. p.1-7, 2014.

CLEUTJENS, F.A.H.M. et al. Cognitive impairment and clinical characteristics in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Chron Respir Dis.**, v.15, n.2, p.91-102, 2018.

CLINE, C.M.J. et al. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalization. **Heart**, v.80, 442–6, 1998.

COCCHIERI, A. et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v. 14, n.2, p. 126-36, 2015.

COHEN, S.; UNDERWOOD, L.G.; GOTTLIEB, B.H. **Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists**. Oxford University Press; New York, New York: 2000.

- COHEN, S. Social relationships and health. **Am Psychol**, v. 59,n.1, p.676–84, 2004.
- CONCEIÇÃO, A.P. et al. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.4, p.578-86, 2015.
- CROFT, J.B. et al. National trends in the initial hospitalization for heart failure. **J Am Geriatr Soc.**, v.45, p.270 –5, 1997.
- DAVIDSON, P. et al. **Multidisciplinary care for people with chronic heart failure: Principles and recommendations for best practice**. Melbourne, Australia: National Heart Foundation of Australia, 2010.
- DAVIS, K.K. et al. Targeted intervention improves knowledge but not self-care or readmissions in heart failure patients with mild cognitive impairment. **Eur J Heart Fail.**, v.14, p.1041–9, 2012.
- DEKKER, R.L. et al. Living with depressive symptoms: patients with heart failure. **Am J Respir Crit Care Med**, v.18, n.4, p.310-18, 2009.
- DELLAFIORE, F. et al. Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. **BMJ Open**, v.8, p.1-7, 2018.
- DEL SINDACO, D. et al. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. **J Cardiovasc Med.**, v.8, p.324–9, 2007.
- DeWALT, D.A. et al. A multisite randomized trial of a single- versus multi-session literacy sensitive self-care intervention for patients with heart failure. **Circulation**, v.125, n.23, p.2854-62, 2012.
- DICKSON, V.V.; DEATRICK, J.A.; RIEGEL, B. A typology of heart failure self-care management in non-elders. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, v.7 n.3, p. 171-81, 2008.
- DODSON, J.A. et al. Cognitive impairment in older adults with heart failure: prevalence, documentation, and impact on outcomes. **Am. J. Med.**, v.126, n.2, p.120-26, 2013.
- DOMINGUES, F.B et al. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: Ensaio clínico randomizado. **Arq Bras Cardiol**, v.96, n.3, p. 233-9, 2011.
- DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med**, v.48, p.661-73, 1999.
- DUNAGAN, W.C. et al. Randomized trial of a nurse-administered, telephone-based disease management program for patients with heart failure. **J Card Fail.**, v.11, p. 358–65, 2005.

DUNBAR, S.B. et al. 2008. Family influences on heart failure self-care and outcomes. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v.23, n.3, p.258–65, 2008.

DWINGER, S. et al.: Telephone-based health coaching for chronically ill patients: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v.14, p.1-7, 2013.

FAYERS, P. M., MACHIN, D. **Scores and Measurements: Validity, Reliability and Sensitivity**. Quality of life. Assessment, Analysis and Interpretation. Chichester, England: John Wiley & Sons. 2007.

FELKER, G.M. et al. The problem of decompensated heart failure: nomenclature, classification, and risk stratification. **Am Hearth J**, v.145, s.2, p.S18-5, 2003.

FERREIRA, V.M.P. **Impacto de uma intervenção educativa na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca: Estudo quase experimental**. 2015.133f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

GALLAGHER, R.; LUTTIK, M.L.; JAARSMA, T. Social support and self-care in heart failure. **J Cardiovasc Nurs.**, v.26, n.6, p. 439-45, 2011.

GARCIA, S. et al. Reduced cerebral blood flow and white matter hyperintensities predict poor sleep in heart failure. **Int J Cardiol.**, v.152, n.2, p.248- 9, 2012.

GAVIRIA, M.; PLISKIN, N.; KNEY, A. Cognitive impairment in patients with advanced heart failure and its implication on decision- making capacity. **Congest Heart Fail.**, v.17, p. 175-9, 2011.

GHOSH, R.K.; BALL, S.; PRASAD, V.; GUPTA, A. Depression in heart failure: Intricate relationship, pathophysiology and most updated evidence of interventions from recent clinical studies. **Int J Cardiol.**, v.224, n.1, p.170-7, 2016.

GOODMAN, H. et al. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. **Int J Nurs Stud.**, v. 50, n.1, p.945–53, 2013.

GRAVEN, L.J.; GRANT, J.S. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. **Int J Nurs Stud.**, v.51, n.1, p.320-33, 2014.

GRIEP, R.H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.703-14, 2005.

HARKNESS, K. et al. Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v.13, n.3, p.277–84, 2013.

HERNANDEZ, A.F. et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. **JAMA**, v.303, p.1716-22, 2010.

HOLLAND, R. et al. Patients' self-assessed functional status in heart failure by New York Heart Association Class: A prognostic predictor of hospitalizations. **J Card Fail.**, v.16, n.2, p.150-6, 2010.

HUNT, S.A. et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: Executive summary. **J Am Coll Cardiol**, v.38, n.7, p.2101-13, 2001.

HUYNH, Q.L. et al. Mild cognitive impairment predicts death and readmission within 30 days of discharge for heart failure. **Int J Cardiol.**, v.221, n.1, p.212–17, 2016.

IYNGKARAN, P. et al. Moving from heart failure guidelines to clinical practice: Gaps contributing to readmissions in patients with multiple comorbidities and older age. **Clin Med Insights Cardiol.**, v.12, p.1-13, 2018.

JAARSMA, T. et al. The European Heart Failure Self-care Behavior scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): A reliable and valid international instrument. **Eur J Heart Fail.**, v.11, n.1, p.99–105, 2009.

JAARSMA, T.; STROMBERG, A.; MARTENSSON, J.; DRACUP, K. Development and testing of the European Heart Failure Self- care Behaviour Scale. **Eur J Heart Fail.**, v.5, n.3, p.363-70, 2003.

JESSUP, M. et al. ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. **Circulation**, v.119, n.14, p.1977–2016, 2009.

JONES, C.D. et al. Self-reported recall and daily diary recorded measures of weight monitoring adherence: associations with heart failure-related hospitalization. **BMC Cardiovasc Disord.**, v.14, n.12, p.1-8, 2014.

KRUMHOLZ, H.M. et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. **J Am Coll Cardiol**, v.39, p.83-9, 2002.

LANGFORD, C.P.H.; BOWSHER, J.; MALONEY, J.P.; LILLIS, P.P. Social support: A conceptual analysis. **J Adv Nurs.**, v.25, p.95-100, 1997.

- LEE, C.S.; CARLSON, B.; RIEGEL, B. Heart failure self-care improves economic outcomes, but only when self-care confidence is high. **J Card Fail**, v.13, p.S75, 2007.
- LEE, C.S.; MOSER, D.K.; LENNIE, T.A.; RIEGEL, B. Event-free survival in adults with heart failure who engage in self-care management. **Heart Lung**, v.40, p. 12-20, 2011.
- LETO, L.; FEOLA, M. Cognitive impairment in heart failure patients. **J Geriatr Cardiol**, v.11, p.316-28, 2014.
- LLOYD-JONES, D. et al. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 121, p. e46–e215, 2010.
- MANGINI, S.; PIRES, P.V.; BRAGA, F.G.M.; BACAL, F. Insuficiência cardíaca descompensada. **Einstein**, v. 11, n.3, p. 383-91, 2013.
- MCDONALD, K.; WILKINSON, M.; LEDWIDGE, M. Role of monitoring devices in Preventing Heart Failure Admissions. **Curr Heart Fail Rep**, v.12, p.269–75, 2015.
- McMURREY, J.J.V et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **Eur J Heart Fail**, v.33, n.4, p.1787-847, 2012.
- MEDEIROS, J.; MEDEIROS, C.A. Avaliação do autocuidado de portadores de insuficiência cardíaca. **Cogitare Enferm.**, v.22, n.3, p.1-10, 2017.
- MESQUITA, E.T.; JORGE, A.J.L. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal – Novos critérios diagnósticos e avanços fisiopatológicos. **Arq Bras Cardiol**, v.93, n.2, 180-7, 2009.
- MONTERA, M.W. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. **Arq Bras Cardiol.**, v.3, supl.3, 1-65, 2009.
- MOON, C.; PHELAN, C.; LAUVER, D.R.; BRATZKE, L.C. Is sleep quality related to cognition in individuals with heart failure? **Heart Lung**. v.44, n.3, p.212-18, 2015.
- MORTARA, A. et al. Home telemonitoring in heart failure patients: The HHH study (Home or Hospital in Heart Failure). **Eur J Heart Fail.**, v.11, p.312-18, 2009.
- MOSER, D.K.; DOERING, L.V.; CHUNG, M.L. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. **Am Heart J.**, v.150, n.5, p.984.e7-984.e13, 2005.

MURAD, K. et al. Burden of comorbidities and functional and cognitive impairments in elderly patients at the initial diagnosis of heart failure and their impact on total mortality. **JACC Heart Fail.**, v.3, n.7, p. 542-50, 2015.

MUSSI, C.M. et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: Ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.21, p.20-8, 2013.

NASCIMENTO, H.P.; PUSCHEL, V.A.A. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paul. Enferm**, v.26, n.6, p.601-7, 2013.

NASREDDINE, Z.S. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. **J Am Geriatr Soc**, v.53, n.4, p. 695-9, 2005.

NOHRIA, A. et al. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. **J Am Coll Cardiol.**, v.41, n.10, p.1797-804, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active ageing: A policy framework**. Geneva: World Health Organization, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Self-care for health: Handbook for community health workers and volunteers**. New Delhi, 2013.

PARADIS, V. et al. The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. **J Cardiovasc Nurs.**, v.25, n.2, p.130-41, 2010.

PARATI, G. et al. Heart failure and sleep disorders. **Nat Rev Cardiol.**, v.13, n.1, p.389-403, 2016.

PATEL, A. et al. Mini-Cog performance novel marker of post discharge risk among patients hospitalized for heart failure. **Circ Heart Fail.**, v. 8, p.8-16, 2015.

PEREZ-MORENO, A.C. et al. Fatigue as a Predictor of Outcome in Patients With Heart Failure Analysis of CORONA (Controlled Rosuvastatin Multinational Trial in Heart Failure). **J JACC Heart Fail.**, v.2, n.2, p.187-97, 2014.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **J Am Geriatr Soc**, v. 23, n.10, p.443-41, 1975.

PIETTE, J.D. et al. A mobile health intervention supporting heart failure patients and their informal caregivers: A randomized comparative effectiveness trial. **J Med Internet Res**, v.17, n.6, p.e142, 2015.

- POLIKANDRIOTI, M. et al. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. **Hellenic J Cardiol**, v.56, n.1, p.26-35, 2015.
- PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur J Heart Fail.**, v.20, p.1-85, 2016.
- PRESSLER, S.J. Cognitive functioning and chronic heart failure: a review of the literature (2002–July 2007). **J. Cardiovasc. Nurs.**, v.23, n.3, p.239–49, 2008.
- QUINN, C.; DUNBAR, S.B.; HIGGINS, M. Heart failure symptom assessment and management: can caregivers serve as proxy? **J Cardiovasc Nurs.**, v.25, n.2, p.142–48, 2010.
- RABELO, E.R. et al. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 3, p.352-8, 2006.
- RAPHAEL, C. et al. Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. **Heart**, v.93, p.476-82, 2007.
- RICH, M.W. et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **N Engl J Med.**, v.333, p.1190–5, 1995.
- RIEGEL, B. et al. Psychometric testing of the Self-Care of Heart Failure Index. **J Cardiac Failure**, v.10, n.4, p.350-60, 2004.
- RIEGEL B. et al. Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. **Nurs Res**, v.56, p.235-43, 2007.
- RIEGEL, B. et al. Heart Failure Self-care in Developed and Developing Countries **J Card Fail**, v. 15, n.6, p.508-16, 2009.
- RIEGEL, B. et al. Excessive daytime sleepiness is associated with poor medication adherence in adults with heart failure. **J Card Fail.**, v.17, n.4, p.340-8, 2011.
- RIEGEL, B.; DICKSON, V.V. A situation-specific theory of heart failure self-care. **J Cardiovasc Nurs**, v.23, n.3, p.190-6, 2008.
- RIEGEL, B.; DICKSON, V.V.; FAULKNER, K. The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated. **J Cardiovasc Nurs.**, v.31, n.3, p.226-35, 2015.
- RIEGEL, B.; LEE, C.S.; DICKSON, V.V. Self-care in patients with chronic heart failure. **Nat Rev Cardiol.**, v.8, p.644-54, 2011.

RIEGEL, B.; LEE, C.S.; DICKSON, V.V.; CARLSON, B. An update on the self-care of heart failure index. **J Cardiovasc Nurs**, v.24, n.6, p.485–97, 2009.

RIEGEL, B.; KNAFL, G.J. Electronically monitored medication adherence predicts hospitalization in heart failure patients. **Patient Prefer Adherence**, v.8, n.1, p.1-13, 2013.

ROSAMOND, W. et al. Heart disease and stroke statistics–2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, v.117, p.e25–e146, 2008.

SANTOS, M.A.; CRUZ, D.A.L.M.; BARBOSA, R.L. Fatores associados ao padrão de sono em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p.1105-12, 2011.

SARMENTO, A.L.R. **Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira do MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para rastreio de Comprometimento Cognitivo Leve**. 2009. 82f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

SAYERS, S.L. et al Social support and self-care of patients with heart failure. **Ann Behav Med**, v.35, p.70–9, 2008.

SEBERN, M.; RIEGEL, B. Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. **Eur J Cardiovasc Nurs** v.8, p.97-104, 2009.

SHAO, J.H. et al. A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. **J Adv Nurs**, v.69, n.11, p.2458-69, 2013.

SHEAHAN, S.L.; FIELDS, B. Sodium dietary restriction, knowledge, beliefs and decision-making behavior of older females. **J Am Acad Nurse Pract**, v.20, n.4, p.217-24, 2008.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**, v.32, n.6, p.705-14, 1991.

SHERWOOD, A. et al. Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. **Arch Intern Med**, v.167, n.4, p.367-73, 2007.

SILVA, L.N. **Comparação de três instrumentos para avaliação da fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2016. 99f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SMEULDERS, E.S. et al. Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group programme. **Patient Educ. Couns.**, v.81, n.2, p.214–21, 2010.

STEWART, R.A.H. et al. Exercise Capacity and Mortality in Patients With Ischemic Left Ventricular Dysfunction Randomized to Coronary Artery Bypass Graft Surgery or Medical Therapy An Analysis From the STICH Trial (Surgical Treatment for Ischemic Heart Failure). **JACC Heart Fail.**, v.2, n.4, p.335-43, 2014.

SUWANNO, J. et al. Age and heart failure self-care: A comparison of self-care maintenance between elderly and adults. **Songkla Med J**, v. 27, n.4, p. 335-46, 2009.

THE CRITERIA COMMITTEE OF THE NEW YORK HEART ASSOCIATION. **Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels**. 9th ed. Boston: Little, Brown & Co, 1994. p. 253-256.

TROJAHN, M.M. et al. Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits. **Nurs Res Pract.**, v.2013, n.1, p.1-5,2013.

TSAO, C.W. Temporal trends in the incidence of and mortality associated with heart failure with preserved and reduced ejection fraction. **JACC Heart Fail.**, v.6, n.8, p.678-85, 2018.

UCHMANOWICZ, I. et al. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. **Clin Interv Aging**, v.12, p.1-8, 2017.

VELLONE, E. et al. The key role of caregiver confidence in the caregiver's contribution to self-care in adults with heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v.14, n.5, p. 372-81, 2014.

VELLONE, E. et al., Self-care confidence may be the key: A cross-sectional study on the association between cognition and self-care behaviors in adults with heart failure. **Int J Nurs Stud.**, v.52, n.11, p.1705-13, 2015.

VELLONE, E. et al. Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, quality of life, and hospitalizations. **J Cardiovasc Nurs.**, v,32, n.2, p.180-9, 2016.

VILAS-BOAS, F.; FOLLATH, F. Tratamento atual da insuficiência cardíaca descompensada. **Arq Bras Cardiol**, v.87, n.3, p.369-77, 2006.

VOIGT, J. et al. A reevaluation of the costs of heart failure and its implications for allocation of health resources in the United States. **Clin. Cardiol.**, v.37, n.5, p.312–21, 2014.

- WANG, S.P. et al. Effectiveness of a self-care program in improving symptom distress and quality of life in congestive heart failure patients: A preliminary study. **J Nurs Res**, v.19, p. 257-66, 2011.
- WANG, T.J. et al. Factors influencing heart failure patients sleep quality. **J Adv Nurs**, v.66, p.1730-40, 2010.
- WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. Barueri- São Paulo: Manole, 2005.
- YANCY, C.W. et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, v. 128, p.e240-e327, 2013.
- ZAMBROSKI, C. Self-care at the end of life in patients with heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, v.23, p. 266-276, 2008.
- ZIGMOND, A. S.; SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiat Scand**, v.67, p.361-70, 1983.

ÂPENDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pacientes

Gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias que também serão assinadas pela pesquisadora. Uma delas é do (a) senhor (a) e a outra é da pesquisadora. O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar. Em caso de dúvidas éticas, o (a) senhor (a) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197, de segunda à sexta-feira das 8h às 17h, no endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Campus USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, CEP - 14040-902.

Este Comitê de Ética tem a finalidade de garantir a manutenção dos direitos humanos, protegendo eticamente os participantes de pesquisas, pois avalia as pesquisas em todas as etapas dos estudos que envolve seres humanos, desde a elaboração do projeto até o relatório final. Ressaltamos que o desenvolvimento da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e foi elaborado seguindo os preceitos éticos da Resolução CNS n.466/12.

Título do Projeto: “Ações de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros seis meses após alta hospitalar”.

Pesquisadora responsável:

Débora Cristine Prévide Teixeira da Cunha – Enfermeira e Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; celular (16) 99154-5704; telefone: (16) 3315-3402; endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, CEP: 14.040-902, Ribeirão Preto/SP.

Pesquisadoras colaboradoras:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas- Enfermeira e Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (3315-3402). Eliane Nepomuceno- Enfermeira e Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (3315-3402). Rafaela de Oliveira Manzato- Enfermeira e Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (3315-3402), Talita Fernanda de Moraes, aluna de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (3315-3402) e Julia Cintra Gomes, aluna de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (3315-3402).

Esta pesquisa pretende estudar como as suas ações de autocuidado, estão relacionadas com a sua doença do coração (insuficiência cardíaca), evoluem nos primeiros seis meses após seu primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar, como por exemplo, se o (a) senhor (a) se pesa diariamente, se realiza atividades físicas, consumo de sal em sua comida e se toma os medicamentos prescritos pelo seu médico.

Caso aceite participar, o (a) senhor (a) será convidado enquanto estiver esperando para ser atendido no ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ou no ambulatório do Hospital Estadual de Ribeirão Preto. Nós vamos aplicar um questionário para avaliarmos se o (a) senhor (a) apresenta as características necessárias para participar desta pesquisa. Se o (a) senhor (a) não apresentar as características necessárias, a sua participação será encerrada neste momento, não sendo necessário responder os demais questionários.

Mas no caso do (a) senhor (a) apresentar as características necessárias, iremos acompanhá-lo durante seis meses de acordo com suas consultas de retorno ambulatorial no HCFMRP ou HERP. O (a) senhor (a) não precisará comparecer em nenhum destes hospitais para apenas participar da pesquisa, a sua participação sempre ocorrerá nos dias de retorno médico no ambulatório. No primeiro dia, durante a sua primeira consulta após a alta hospitalar, iremos pedir que responda um questionário sobre dados pessoais de sua vida e da história da doença, assim como vamos pedir para o (a) senhor (a) responder outros cinco questionários que investigam suas ações de autocuidado, apoio social, cognição, sono e sintomas de

ansiedade e depressão. É esperado que o (a) senhor (a) leve em torno de 50 minutos para responder todas as perguntas. No segundo encontro durante o outro retorno ambulatorial no HCFMRP ou HERP, cerca de três meses depois do primeiro retorno após alta hospitalar, iremos pedir que o (a) senhor (a) responda os mesmos cinco questionários e os dados pessoais da sua vida e história da doença que demorará em torno de 50 minutos. No terceiro encontro, que ocorrerá cerca de seis meses após o primeiro contato, acontecerá igual ao primeiro e segundo encontro com duração prevista de 50 minutos e pediremos que o senhor (a) responda aos mesmo cinco questionários.

Além disso, gostaríamos também de solicitar a sua autorização para analisar os dados referentes à sua condição de saúde e de exames previamente realizados, por meio de consulta aos prontuários. Também gostaríamos de pedir sua autorização para ligarmos para o (a) senhor (a) uma vez por mês, durante todos os meses para lembrá-lo (a) de sua participação do estudo e de seus retornos ambulatoriais no HCFMRP e HERP, lembrando que ambos acontecerão no mesmo dia. Além disso, durante a conversa por telefone, iremos fazer algumas perguntas sobre como o (a) senhor (a) tem passado após nosso primeiro contato, como por exemplo, se precisou procurar algum serviço de saúde devido ao seu problema no coração. O tempo de cada ligação será de 15 minutos, aproximadamente.

Sua participação nesta pesquisa não trará gastos financeiros e o (a) senhor (a) também não receberá remuneração pela participação. Todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelas pesquisadoras, nos telefones citados acima. Teremos o compromisso de que o (a) senhor (a) será devidamente orientado (a) com relação ao tema, se isso for do seu interesse.

Não é esperado que o (a) senhor (a) receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que com este estudo contribuiremos para uma melhor orientação sobre as ações de autocuidado voltadas para os pacientes com Insuficiência Cardíaca, podendo resultar em melhora do tratamento e consequente melhora da qualidade de vida desses pacientes.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa podem estar relacionados com a possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se triste, ansioso ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal e íntimo, contidas nos questionários. Se o (a) senhor (a) se sentir triste ou ansioso ao responder as perguntas, estaremos ao seu lado para te ouvir e dar todo o apoio necessário, entretanto, se isso não for suficiente, entraremos em contato com a equipe médica para que eles te avaliem. Além disso, garantimos que o (a) senhor (a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado (a) no seu atendimento no HCFMRP ou HERP e nem nenhuma outra forma de prejuízo.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o (a) senhor (a) terá a segurança de não ser identificado (a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade, inclusive do seu nome no momento da divulgação dos resultados. Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, o (a) senhor (a) tem direito à indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Nome do participante de pesquisa

Assinatura do participante de pesquisa

Data

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Data

APÊNDICE B
Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

I – Dados para Caracterização Sociodemográfica:

I.1 – Prontuário Médico:

I.1- Identificação (ID): _____ I.2- Data da Coleta de Dados: ____/____/____

I.3- Data de Nascimento: ____/____/____

I.4- Data de Internação: ____/____/____ Permanência (dias): _____.

I.5- Hospital onde foi internado:

0. HCFMRP ()

1. HERP ()

Motivo da Internação: _____.

I.6- Número de dias entre a alta hospitalar e o retorno ambulatorial: _____.

I.7- Faz seguimento ambulatorial específico para a Insuficiência Cardíaca?

() sim () não. Se sim, qual(is)? _____.

II - Dados Informado pelo Paciente:

II.1 – Dados Pessoais:

Procedência: _____ Estado: _____.

II.2 - Sexo: 0. () Feminino 1. () Masculino

II.3 - Grau de Escolaridade (*anos de estudo*): _____.

II.4 - Estado Civil:

0. () Solteiro 1. () Casado/União Consensual 2. () Viúvo 3. () Separado/divorciado

II.5 - Situação de Trabalho: 0. Ativo () 1. Inativo ()

II.6 - Ocupação: _____.

II.7 - Renda Mensal Familiar (reais): _____.

II.8 - Quantas pessoas dependem desta renda: _____.

II. 9- Você possui alguém que te ajuda a cuidar da sua saúde (por exemplo: lembrar de tomar os medicamentos, acompanhar nos retornos médicos):

() sim () não. Se sim, quem? _____.

II.10- Você precisou procurar o serviço de urgência e emergência após a alta hospitalar devido ao seu problema no coração (insuficiência cardíaca)?

0. sim () 1. não () Quantas: _____.

Motivo: _____.

Permanência(dias): _____.

II. 11- Você precisou contatar ou procurar algum serviço de saúde de sua referência (UBS, postinho ou os próprios funcionários do ambulatório) a respeito de dúvidas (como medicação ou algum sinal e sintoma – inchaço, palpitação, fadiga) sobre a sua doença do coração (insuficiência cardíaca)?

0. sim () 1. não () Quantas: _____.

Motivo: _____.

III- Dados para Caracterização Clínica:

III.1 - Prontuário Médico

III.2 Etiologia da miocardiopatia: 0. () chagásica 1. () isquêmica 2. () dilatada idiopática

3. () hipertensiva 4. () valvar 5. () congênita 6. () periparto 7. () pós-miocardite

III.3 - FEVE: _____ Data: ____/____/____

III.5- Número de comorbidades: _____

III.6 - Diagnósticos Médicos: _____

Peso(Kg)=_____ Altura(metros)=_____ IMC:_____

Bloqueio Atrioventricular 0.() sim 1.() não

Hipotireoidismo 0.() sim 1.() não

Doenças neurológicas 0.() sim 1.() não

Insuficiência renal crônica 0.() sim 1.() não

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 0.() sim 1.() não

Doença Arterial Coronariana 0.() sim 1.() não

Outras patologias associadas: 0.() sim 1.() não Qual(is):

III.7 - Uso de psicotrópicos: 0. () sim 1. () não

III.8 - Medicamentos utilizados atualmente:

[illegible]

[illegible]

VI - Procedimentos Realizados nos últimos três meses:

VI.1 - Internações: 0. sim () 1. não () Quantas: _____.

Motivo: _____.

Permanência(dias): _____.

VI.2 – Número de retornos ambulatoriais no ambulatório de IC após a alta hospitalar (T0): _____.

VII- Desfecho:

0. Óbito ()

1. Transferência para outra cidade ()

2. Tratamento em outro centro de saúde ()

3. Abandono tratamento ()

4. Não está descrito no prontuário ()

5. Outro(s):_____.

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Ações de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nos primeiros seis meses após alta hospitalar.

Pesquisador: Débora Cristine Prévile Teixeira da Cunha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57335816.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.816.585

Apresentação do Projeto:

Após o exame de qualificação, foram sugeridos algumas mudanças no projeto, sendo submetido uma emenda ao CEP.

Objetivo da Pesquisa:

1. Analisar e caracterizar a evolução das ações de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca durante o primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar por descompensação, aos três e aos seis meses após o primeiro encontro ambulatorial.
2. Identificar, dentre as variáveis apontadas na literatura como sendo importantes, quais variáveis são associadas com as ações de autocuidado, nos três momentos da avaliação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. A primeira avaliação das ações de autocuidado dos participantes ocorrerá no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar, sendo que a proposta inicial era durante a internação por insuficiência cardíaca descompensada. Dessa forma, foi alterado o período no objetivo 1 e no método.
2. Outra variável inserida foi a qualidade do sono, o qual está diretamente relacionada às ações de

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B

Classe funcional autorreferida segundo a NYHA

Eu estou interessada em saber algumas limitações que você pode ter devido seu problema do coração.

Por favor, escolha uma das alternativas abaixo que melhor descreve sua limitação física hoje devido ao seu **problema no coração**:

() 1. Você não tem limitação física para realizar suas atividades diárias. A atividade física habitual não causa fadiga ou palpitação ou falta de ar ou dor no peito.

() 2. Você tem uma leve limitação física para realizar suas atividades diárias. A atividade física habitual causa fadiga ou palpitação ou falta de ar ou dor no peito.

() 3. Você tem muita limitação física para realizar suas atividades diárias. Esforços mínimos para realizar a atividade física habitual causam fadiga ou palpitação ou falta de ar ou dor no peito.
--

() 4. Você não consegue realizar suas atividades diárias sem sentir fadiga ou palpitação ou falta de ar ou dor no peito.

ANEXO C

ESCALA DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA *EAC-IC*

Pense em como você tem se sentido no último mês ou desde a última vez em que conversamos ao completar esses itens.

SEÇÃO A: Seguem abaixo uma lista de orientações normalmente dadas às pessoas com insuficiência cardíaca. Com que frequência você realiza as seguintes atividades?

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentem ente	Sempre ou diariamente
1. Você se pesa?	1	2	3	4
2. Verifica se os seus tornozelos estão inchados?	1	2	3	4
3. Tenta evitar ficar doente (por exemplo: vacinar-se contra a gripe, evitar contato com pessoas doentes)?	1	2	3	4
4. Realiza alguma atividade física?	1	2	3	4
5. É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?	1	2	3	4
6. Ingere uma dieta com pouco sal?	1	2	3	4
7. Exercita-se por 30 minutos?	1	2	3	4
8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?	1	2	3	4
9. Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?	1	2	3	4
10. Usa um sistema (caixa de comprimido, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de seus medicamentos?	1	2	3	4

SEÇÃO B:

Muitos pacientes têm sintomas devido à sua insuficiência cardíaca. Dificuldade em respirar e tornozelos inchados são sintomas comuns de insuficiência cardíaca.

No mês passado, você teve problemas para respirar ou tornozelos inchados? Circule uma das opções.

0) Não

1) Sim

11. Se teve problemas para respirar ou tornozelos inchados no último mês...
(circule **um** número)

	Não tive tais sintoma s	Não reconheci	Demorei muito para reconhec er	Demorei um pouco para reconhec er	Reconhe ci rapidam ente	Reconhe ci imediate mente
Com que rapidez você os reconheceu como um sintoma de insuficiência cardíaca?	N/A	0	1	2	3	4

Abaixo estão os recursos que são utilizados por pessoas com insuficiência cardíaca. Se você tem dificuldade para respirar ou inchaço nos tornozelos, qual a probabilidade de você tentar um destes recursos?

(circule **um** número para cada um dos recursos)

	Improvável	Pouco provável	Provável	Muito provável
12. Reduzir o sal na sua dieta	1	2	3	4
13. Reduzir a ingestão de líquidos	1	2	3	4
14. Ingerir um diurético a mais	1	2	3	4
15. Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação	1	2	3	4

16. Pense em um dos recursos acima que você tentou na última vez em que teve dificuldade para respirar ou tornozelos inchados.

(circule **um** número)

	Eu não tentei nada	Não tenho certeza	Tenho pouca certeza	Tenho certeza	Tenho absoluta certeza
Você tem certeza de que este recurso o ajudou?	0	1	2	3	4

SEÇÃO C:

De maneira geral, você está confiante sobre:

	Não confiante	Um pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
1. Estar livre dos sintomas de insuficiência cardíaca?	1	2	3	4
2. Seguir o tratamento recomendado?	1	2	3	4
3. Avaliar a importância de seus sintomas?	1	2	3	4
4. Reconhecer alterações na saúde, caso elas ocorram?	1	2	3	4
5. Fazer algo que possa aliviar seus sintomas?	1	2	3	4
6. Avaliar se um medicamento funciona?	1	2	3	4

ANEXO D

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Versão Experimental Brasileira

Nome: _____
Escolaridade: _____
Sexo: _____

Data de nascimento: ____/____/____
Data de avaliação: ____/____/____
Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)		Pontos			
				<p>Contorno [] Números [] Ponteiros []</p>		5			
NOMEAÇÃO									
						3			
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos		Rosto [] 1ª tentativa [] 2ª tentativa []	Veludo [] 1ª tentativa [] 2ª tentativa []	Igreja [] 1ª tentativa [] 2ª tentativa []	Margarida [] 1ª tentativa [] 2ª tentativa []	Vermelho [] 1ª tentativa [] 2ª tentativa []	Sem Pontuação
ATENÇÃO		Leia a sequência de números (1 número por segundo)		O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [] 7 4 2		2			
		Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B		1			
		Subtração de 7 começando pelo 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto		3			
LINGUAGEM		Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. []		O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. []		2			
		Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)				1			
ABSTRAÇÃO		Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [] trem - bicicleta [] relógio - régua				2			
EVOCAÇÃO TARDIA		Deve recordar as palavras SEM PISTAS		Rosto [] Veludo [] Igreja [] Margarida [] Vermelho []	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS		5		
OPCIONAL		Pista de categoria [] Pista de múltipla escolha []							
ORIENTAÇÃO		[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade				6			
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman		TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade				30			

(UNIFESP-SP 2007)

ANEXO E

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você se sente agora, nesse momento da entrevista. Marque apenas uma resposta para cada pergunta. Você não deve ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas e rápidas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

A1 Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 ☐ A maior parte do tempo
- 2 ☐ Boa parte do tempo
- 1 ☐ De vez em quando
- 0 ☐ Nunca

D1 Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 ☐ Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 ☐ Não tanto quanto antes
- 2 ☐ Só um pouco
- 3 ☐ Já não sinto mais prazer em nada

A2 Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 ☐ Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ☐ Sim, mas não tão forte
- 1 ☐ Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ☐ Não sinto nada disso

D2 Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 ☐ Do mesmo jeito que antes
- 1 ☐ Atualmente um pouco menos
- 2 ☐ Atualmente bem menos
- 3 ☐ Não consigo mais

A3 Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 ☐ A maior parte do tempo
- 2 ☐ Boa parte do tempo
- 1 ☐ De vez em quando
- 0 ☐ Raramente

D3 Eu me sinto alegre:

- 3 ☐ Nunca
- 2 ☐ Poucas vezes
- 1 ☐ Muitas vezes
- 0..... ☐ A maior parte do tempo

A4 Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 ☐ Sim, quase sempre
- 1 ☐ Muitas vezes
- 2 ☐ Poucas vezes
- 3 ☐ Nunca

D4 Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 ☐ Quase sempre
- 2 ☐ Muitas vezes
- 1 ☐ De vez em quando
- 0 ☐ Nunca

A5 Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 ☐ Nunca
- 1 ☐ De vez em quando
- 2 ☐ Muitas vezes
- 3 ☐ Quase sempre

D5 Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 ☐ Completamente
- 2 ☐ Não estou mais me cuidando como eu deveria
- 1 ☐ Talvez não me cuido tanto quanto antes
- 0 ☐ Me cuido do mesmo jeito que antes

A6 Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 ☐ Sim, demais
- 2 ☐ Bastante
- 1 ☐ Um pouco
- 0 ☐ Não me sinto assim

D6 Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 ☐ Do mesmo jeito que antes
- 1 ☐ Um pouco menos do que antes
- 2 ☐ Bem menos do que antes
- 3 ☐ Quase nunca

A7 De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 ☐ A quase todo momento
- 2 ☐ Várias vezes
- 1 ☐ De vez em quando
- 0 ☐ Não sinto isso

D7 Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- 0 ☐ Quase sempre
- 1 ☐ Várias vezes
- 2 ☐ Poucas vezes
- 3 ☐ Quase nunca

ANEXO F

Medical Outcomes Survey-Social Support (MOS-SS)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta)

_____ parentes ☐ não tenho nenhum parente

I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)

_____ amigos ☐ não tenho nenhum amigo

I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d) Para levá-lo ao médico?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
f) Para divertirem-se juntos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
i) Que lhe dê um abraço?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
j) Com quem relaxar?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
m) De quem realmente quer conselhos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
n) Com quem distrair a cabeça?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

s) Que compreenda seus problemas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ANEXO G

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-BR)

Instruções:

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?
Hora usual de deitar _____
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?
Número de minutos _____
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?
Hora usual de levantar _____
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).
Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

- (a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês _____	Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____	3 ou mais vezes/ semana _____

- (b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma no último mês _____	Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____	3 ou mais vezes/ semana _____

- (c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês _____	Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____	3 ou mais vezes/ semana _____

- (d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês _____	Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____	3 ou mais vezes/ semana _____

- (e) Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês _____	Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____	3 ou mais vezes/ semana _____

- (f) Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês _____	Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____	3 ou mais vezes/ semana _____

- (g) Sentiu muito calor

Nenhuma no último mês _____	Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____	3 ou mais vezes/ semana _____

(h) Teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(i) Teve dor

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____
0 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva _____

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____
Boa _____
Ruim _____
Muito ruim _____

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade _____
Um problema leve _____
Um problema razoável _____
Um grande problema _____

10. Você tem um(a) parceiro [esposo(a)] ou colega de quarto?

Não _____
Parceiro ou colega, mas em outro quarto _____
Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama _____
Parceiro na mesma cama _____

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência, no último mês, você teve ...

(a) Ronco forte

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

2 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____