



Revista Brasileira de Enfermagem

E-ISSN: 1984-0446

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Chlalup Linn, Amanda; Azollin, Karina; Nogueira de Souza, Emiliane
Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência
cardíaca

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 69, núm. 3, mayo-junio, 2016, pp. 500-506

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267046071012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca

Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure
Asociación entre la auto-atención y reingresos hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardíaca

Amanda Chlallup Linn^I, Karina Azollin^{II,III}, Emiliane Nogueira de Souza^{II,IV}

^I Grupo Hospitalar Conceição, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. Porto Alegre-RS, Brasil.

^{II} Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Instituto de Cardiologia. Porto Alegre-RS, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Porto Alegre-RS, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Linn AC, Azollin K, Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):469-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690312i>

Submissão: 15-07-2014 Aprovação: 26-12-2015

RESUMO

Objetivo: verificar associação entre o autocuidado e o número de reinternações hospitalares de pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) descompensada, bem como testar a aplicabilidade de dois instrumentos de avaliação de autocuidado. Estudo longitudinal, realizado em um hospital de referência cardiológica do sul do Brasil. **Método:** foram incluídos 82 pacientes, com idade média de $61,85 \pm 12,33$ anos, 57,3% do sexo masculino. O escore médio da avaliação de autocuidado encontrado pelas escalas *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* e a Escala de Autocuidado para Pacientes com Insuficiência Cardíaca foi insatisfatório. **Resultados:** foi verificada uma média de $2,57 \pm 1,66$ reinternações hospitalares no último ano por descompensação da IC. Houve correlação entre os escores de autocuidado com número de reinternações hospitalares por IC descompensada. Escolaridade e idade mostraram-se associadas ao autocuidado dos pacientes com IC. **Conclusão:** ambas as escalas avaliam o autocuidado de forma relevante, sendo correlacionados os seus índices.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Autocuidado; Hospitalização; Enfermagem; Doença Crônica.

ABSTRACT

Objective: to assess the association between self-care and the number of hospital readmissions of patients with heart failure (ADHF) and test the applicability of two self-care assessment tools. longitudinal study, performed in a cardiology reference hospital in southern Brazil. **Method:** it included 82 patients with a mean age of 61.85 ± 12.33 years, 57.3% male. The mean score of self-care assessment found the scales *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* and *Self-care Scale for Patients with Heart Failure* was unsatisfactory. **Results:** it was observed an average of 2.57 ± 1.66 rehospitalization last year for decompensated heart failure. There was a correlation between self-care scores with the number of hospital readmissions for decompensated HF. Education and age were associated to self-care of HF patients. **Conclusion:** both scales assess self-care in a relevant way, and correlated their indexes.

Descriptors: Heart Failure; Self-Care; Hospitalization; Nursing; Chronic Disease.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asociación entre el autocuidado y el número de reingresos hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardíaca (ICAD) y probar la aplicabilidad de los dos instrumentos de evaluación de autocuidado. estudio longitudinal, realizado en un hospital de referencia de cardiología en el sur de Brasil. **Método:** se incluyó a 82 pacientes con una edad media de $61,85 \pm 12,33$ años, el 57,3% hombres. La media de puntuación de la evaluación de autocuidado encontró el escalas insuficiencia cardiaca Self-care Escala de Conducta Europeo y de la Escala sobre el cuidado personal para pacientes con insuficiencia cardíaca fue insatisfactoria. **Resultados:** se observó un promedio de $2,57 \pm 1,66$ rehospitalización año pasado para la insuficiencia cardíaca descompensada. Hubo una correlación entre las puntuaciones de autocuidado con el número de reingresos hospitalarios por IC descompensada. La educación y la edad se asociaron a los cuidados de los pacientes con IC. **Conclusión:** las dos escalas evaluarán el autocuidado de forma relevante, y se correlacionó sus índices.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Autocuidado; Hospitalización; Enfermería; Enfermedad Crónica.

AUTOR CORRESPONDENTE

Emiliane Nogueira de Souza

E-mail: emilianes@ufcspa.edu.br

INTRODUÇÃO

A descompensação clínica é a principal causa de hospitalização em pacientes com insuficiência cardíaca (IC)⁽¹⁻³⁾. No cenário de tratamento de pacientes com IC, a adesão ao tratamento é definida como o seguimento às orientações para uso correto e regular das medicações, dieta hipossódica, prática de exercícios físicos, engajamento em cuidados preventivos e automonitoração de sinais e sintomas, componente de um conjunto mais amplo denominado autocuidado⁽⁴⁾.

Muitas vezes, as reinternações hospitalares são preveníveis, tanto pelo próprio indivíduo, aderindo à terapêutica medicamentosa e às ações de autocuidado, quanto pelo sistema de saúde, com o adequado manejo pela equipe multidisciplinar⁽⁵⁻⁶⁾. Um estudo realizado com pacientes que estiveram internados por IC agudamente descompensada mostrou que, dentre as principais causas, está a má adesão à terapêutica medicamentosa, fato que está relacionado com o déficit no autocuidado⁽⁷⁾. Outro estudo que incluiu 400 pacientes com IC evidenciou o impacto positivo das habilidades para o autocuidado no estado de saúde, devido aos pacientes apresentarem conhecimento adequado sobre a doença e facilidade para identificar sinais e sintomas de descompensação, buscando precocemente o auxílio de um profissional de saúde, diminuindo, assim, o número de reinternações por descompensação da IC⁽⁸⁾.

Sabe-se que os fatores mais influentes no desenvolvimento de competências de autocuidado são conhecimento sobre a IC, experiências e habilidades de autocuidado para a nova realidade de vida, ocasionada pela patologia e compatibilidade de comportamentos nos aspectos sociais e próprios do paciente⁽⁹⁾. Para tanto, ações educativas tornam-se um componente central a ser trabalhado por profissionais de saúde com esses indivíduos, visando melhora no gerenciamento de seu próprio cuidado e, com isso, aumento da qualidade de vida e diminuição da mortalidade por IC⁽⁹⁾.

Nesse sentido, torna-se necessária a identificação das ações de autocuidado e sua relação com as taxas de internação dos pacientes cujo contexto socioeconômico e social é diferente daqueles avaliados em estudos prévios, os quais são originados de países desenvolvidos. No Brasil, foram validadas duas escalas para verificação do autocuidado em pacientes com IC, sendo uma europeia e outra americana. Ambas apresentaram adequadas medidas psicométricas, mas com sistemáticas de avaliação um pouco diferentes.

A verificação dos escores de autocuidado, medidos por meio de instrumentos validados, possibilita que sejam identificadas as fragilidades no que tange às ações de autocuidado, para que posteriormente sejam elaboradas intervenções voltadas à alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial desses pacientes, com vistas à redução das taxas de reinternações por IC agudamente descompensada. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar associação entre o autocuidado e o número de reinternações hospitalares de pacientes internados por IC agudamente descompensada, bem como testar a aplicabilidade de dois instrumentos de avaliação de autocuidado.

MÉTODO

Estudo longitudinal retrospectivo, quantitativo, desenvolvido em um hospital de referência em cardiologia do sul do Brasil. Foram incluídos pacientes adultos, de ambos os sexos, internados por insuficiência cardíaca descompensada (ICD). Foram excluídos pacientes com barreiras de comunicação, portadores de doença neurológica degenerativa ou que não aceitaram participar do estudo. A amostra foi calculada para um estudo com poder de 80%, estimando-se obter uma correlação maior ou igual a 0,3 entre as variáveis autocuidado e o número de internações prévias, sendo necessário incluir 113 pacientes.

A partir de uma busca ativa de pacientes internados em unidades clínicas por ICD, eram identificados os elegíveis e então realizada abordagem individual à beira do leito. Após o aceite do paciente, os dados eram coletados por meio de questionário elaborado para este estudo, com questões acerca do perfil sociodemográfico, clínico e relacionadas ao autocuidado (1ª etapa). O autocuidado foi avaliado pelas duas escalas validadas no Brasil, *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS)*⁽¹⁰⁾ e a Escala de Autocuidado para Pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAC-IC)⁽¹¹⁾.

A EHFScBS é composta de 12 questões, com respostas do tipo Likert, que varia desde 1 (concordo totalmente) até 5 (discordo totalmente). A EHFScBS, versão brasileira, mensura três aspectos: adesão ao tratamento, pedido de ajuda e atividades diárias. O somatório final mínimo é de 12 e o máximo 60 pontos e, quanto menor a pontuação, melhores as ações de autocuidado do paciente. Não há ponto de corte definido.

A EAC-IC é composta por três seções, denominadas A, B e C. A seção A é composta por 10 perguntas relacionadas à frequência com que o paciente segue as orientações recebidas sobre IC. Na seção B existem três perguntas chave sobre insuficiência cardíaca, com as opções sim/não para a presença de sinais e sintomas comuns. Se sim, algumas perguntas são direcionadas ao paciente sobre a conduta deste quanto à presença de sinais e sintomas, o qual terá a sua resposta caracterizada em uma escala de Likert que varia de 1 (não reconheci) a 4 (reconheci imediatamente). Na seção C há seis questões sobre a confiança do paciente quanto aos aspectos relevantes de conhecimento a respeito da sua doença, manejo de sintomas e adesão à terapêutica medicamentosa, também com respostas em uma escala de Likert. Diferentemente da EHFScBS, quanto maior o escore na soma das seções da EAC-IC, melhor o índice de autocuidado dos pacientes. Considera-se um autocuidado adequado quando o escore da EAC-IC for ≥ 70 .

O desfecho número de internações hospitalares por ICD no último ano (12 meses que antecederam a internação atual) foi verificado em prontuário, na segunda etapa da coleta de dados, após abordagem do paciente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número 11-885. Todos os pacientes receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram armazenados em planilha do Excel para Windows e posteriormente analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows 19*. Para verificar a correlação entre o autocuidado e o número de

internações prévias por ICD, bem como a correlação entre as duas escalas, foi utilizada a correlação de Spearman.

RESULTADOS

Foram incluídos 82 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino 47(57,3%), com idade média de $61,85 \pm 12,33$ anos. A escolaridade média foi de $6,49 \pm 2,82$ anos de estudo. Dos pacientes entrevistados, 35(42,7%) eram casados/união estável, 24(29,3%) viúvos, 19(23,2%) divorciados e 4(4,9%) solteiros. A maioria dos pacientes, no que diz respeito à situação profissional, encontrava-se aposentada 55(67,0%) ou em licença saúde 18(21,9%), com apenas 8(9,7%) dos pacientes ativos no mercado de trabalho. As características clínicas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características clínicas dos pacientes internados por descompensação da IC (N=82), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Características	n(%)
Classe Funcional (NYHA)	
I	4(4,9)
II	18(22,0)
III	40(48,8)
IV	20(24,4)
Tempo IC (anos)*	$9,41 \pm 8,43$
Comorbidades	
Hipertensão Arterial	70(85,4)
Diabete <i>mellitus</i>	25(30,5)
Dislipidemia	19(23,2)
Tabagismo	10(12,2)
Insuficiência Renal Crônica	7(8,5)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1(1,2)
Infarto Agudo do Miocárdio Prévio	64(78,0)
Cirurgia de revascularização do miocárdio ou valvar prévia	53(64,6)

Nota: *Variável expressa como média \pm desvio padrão.

O escore médio de autocuidado obtido na amostra pela EHFScBS foi $33,32 \pm 6,23$, sendo o mínimo 19 e o máximo 48 pontos. Houve correlação moderada entre os escores de autocuidado da EHFScBS com a idade ($r_s = 0,301$; $p = 0,006$) e escolaridade ($r_s = -0,278$; $p = 0,012$). Assim, quanto menor a idade do paciente e mais anos de estudo, maior é o autocuidado.

Tabela 2 – *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* (N=82), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Itens	n(%)				
	1	2	3	4	5
Eu verifico meu peso todos os dias	8(9,8)	9(11)	22(26,8)	16(19,5)	27(32,9)
Se eu tenho respiração curta eu tenho calma	13(15,9)	15(18,3)	39(47,6)	2(2,4)	13(15,9)
Se minha falta de ar aumenta, eu contato meu médico/enfermeiro	15(18,3)	16(19,5)	30(36,6)	13(15,9)	8(9,8)
Se meus pés e pernas ficam mais lentos que o normal eu contato meu médico/enfermeiro	9(11)	29(35,4)	22(26,8)	10(12,2)	12(14,6)
Se eu ganho 2 kg de peso em uma semana eu contato meu médico/enfermeiro	3(3,7)	10(12,2)	16(19,5)	27(32,9)	26(31,7)
Eu limito a quantidade de líquido que eu tomo (não mais do que 1,5 a 2 l/dia)	18(22)	33(40,2)	19(23,2)	2(2,4)	10(12,2)
Eu faço descanso durante o dia	21(25,6)	37(45,1)	16(19,5)	2(2,4)	6(7,3)
Se eu experimento aumento do cansaço eu contato meu médico/enfermeiro	10(12,2)	10(12,2)	47(57,3)	8(9,8)	7(8,5)
Eu como dieta com pouco sal	31(37,8)	22(26,8)	22(26,8)	5(6,1)	2(2,4)
Eu tomo minha medicação como prescrita	69(84,1)	6(7,3)	3(3,7)	1(1,2)	3(3,7)
Eu faço a vacina da gripe todos os anos	32(39,0)	15(18,3)	5(6,1)	8(9,8)	22(26,8)
Eu me exercito regularmente	1(1,2)	9(11)	12(14,6)	35(42,7)	25(30,5)

Na EAC-IC a média do escore de autocuidado dos pacientes foi $58,66 \pm 7,66$ (mínimo de 37 e a máximo 77). Apenas 9(11%) pacientes apresentaram um escore de autocuidado satisfatório ($\geq 70\%$).

Em relação ao desfecho do estudo, foi verificada uma média de $2,57 \pm 1,66$ internações hospitalares prévias (último ano) por ICD, com um mínimo de 3 e máximo de 7 internações por paciente. Quando verificada a correlação entre os escores de autocuidado com a média de internações

hospitalares prévias por ICD, evidenciou-se para a EHFScBS uma correlação inversa moderada ($r_s = -0,355$; $p = 0,001$) e para a EAC-IC uma correlação inversa pequena ($r_s = -0,298$; $p = 0,007$). Foi encontrada associação significativa entre o escore de autocuidado de ambas as escalas com o desfecho em questão.

Quando se correlacionaram os escores médios das duas escalas de autocuidado encontrou-se correlação pequena a moderada ($r_s = 0,246$; $p = 0,026$).

Quadro 1 – Escala de Autocuidado para Pacientes com Insuficiência Cardíaca, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Seção A		Nunca ou raramente 1	Às vezes 2	Frequentemente 3	Sempre ou diariamente 4
1. Você se pesa?		34(41,5)	18(22)	17(20,7)	13(15,9)
2. Verifica se os seus tornozelos estão inchados?		2(2,4)	12(14,6)	20(24,4)	48(58,5)
3. Tenta evitar ficar doente (por exemplo: vacinar-se contra a gripe, evitar contato com pessoas doentes)?		23(28)	13(15,9)	12(14,6)	34(41,5)
4. Realiza alguma atividade física?		28(34,1)	42(51,2)	7(8,5)	5(6,1)
5. É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?		2(2,4)	0(0)	18(22)	62(75,6)
6. Ingere uma dieta com pouco sal?		6(7,3)	27(32,9)	26(31,7)	23(28)
7. Exercita-se por 30 minutos?		31(37,8)	32(39)	8(9,8)	11(13,4)
8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?		36(43,9)	6(7,3)	11(13,4)	29(35,4)
9. Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?		53(64,6)	16(19,5)	8(9,8)	5(6,1)
10. Usa um sistema (caixa de comprimido, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de seus medicamentos?		1(1,2)	3(3,7)	22(26,8)	56(68,3)
Seção B					
11. Se teve problemas para respirar ou tornozelos inchados no último mês...	Não reconheci 0	Demorei muito para reconhecer 1	Demorei um pouco para reconhecer 2	Reconheci rapidamente 3	Reconheci imediatamente 4
Com que rapidez você os reconheceu como um sintoma de insuficiência cardíaca?	-	3(3,7)	10(12,2)	32(39)	37(42,1)
Qual a probabilidade de você tentar um destes recursos?	-	Improvável 1	Pouco provável 2	Provável 3	Muito provável 4
12. Reduzir o sal na sua dieta	-	28(34,1)	28(34,1)	15(18,3)	11(13,4)
13. Reduzir a ingestão de líquidos	-	20(24,4)	20(24,4)	35(42,7)	7(8,5)
14. Ingerir um diurético a mais	-	46(56,1)	17(20,7)	10(12,2)	9(11)
15. Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação	-	5(6,1)	17(20,7)	40(48,8)	20(24,4)
16. Pense em um dos recursos acima que você tentou na última vez em que teve dificuldade para respirar ou tornozelos inchados:	Eu não tentei nada 0	Não tenho certeza 1	Tenho pouco certeza 2	Tenho certeza 3	Tenho absoluta certeza 4
Você tem certeza de que este recurso o ajudou?	12(14,6)	17(20,7)	32(39)	16(19,5)	5(6,1)

Continua

Seção C				
De maneira geral, você está confiante sobre:	Não confiante 1	Um pouco confiante 2	Muito confiante 3	Extremamente confiante 4
1. Estar livre dos sintomas de insuficiência cardíaca?	27(32,9)	39(47,6)	7(8,5)	9(11)
2. Seguir o tratamento recomendado?	4(4,9)	9(11)	38(46,3)	31(37,8)
3. Avaliar a importância de seus sintomas?	2(2,4)	22(26,8)	36(43,9)	22(26,8)
4. Reconhecer alterações na saúde, caso elas ocorram?	3(3,7)	5(6,1)	17(20,7)	57(69,5)
5. Fazer algo que possa aliviar seus sintomas?	7(8,5)	38(46,3)	22(26,8)	15(18,3)
6. Avaliar se um medicamento funciona?	3(3,7)	7(8,5)	53(64,6)	19(23,3)

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou, na amostra estudada, que, quanto menor o escore de autocuidado dos pacientes, maior foi o número de internações hospitalares por IC agudamente descompensada no último ano. Além disso, pacientes mais jovens e com mais anos de estudos apresentaram maiores escores de autocuidado.

Uma coorte recente mostrou que a IC é a segunda causa de internação evitável, entre os diagnósticos médicos mais comuns, responsável por 21,6% do total de readmissões hospitalares⁽⁴⁾, apresentando perfil de pacientes semelhante à nossa amostra, sendo a maioria do sexo masculino, com idade média de 61 anos.

As variáveis como sexo, idade e educação já foram mostradas na literatura como fatores contribuintes de piores desfechos em cardiopatas. Em um estudo realizado em seis hospitais americanos, com 209 pacientes com IC, sete variáveis foram analisadas e apenas duas foram preditoras de autocuidado: a escolaridade ($p=0,009$) e severidade dos sintomas ($p=0,046$)⁽¹²⁾. Em outro estudo, que avaliou 155 pacientes com IC com objetivo similar, também se encontrou a escolaridade como preditora do autocuidado ($p=0,002$)⁽¹³⁾. Assim como em nosso estudo, quanto maior a escolaridade do paciente, maior a facilidade deste para compreender sua patologia, sinais/sintomas e maior facilidade na tomada de decisões para a promoção, recuperação e proteção da sua saúde. Em contrapartida, uma revisão sistemática realizada em 2010 concluiu que os efeitos de fatores contextuais, como idade, estado civil, educação, entre outros, precisam ser mais bem estudados⁽¹⁴⁾.

Mais recentemente, uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de verificar sintomas relatados, experiência com a doença e autocuidado em idosos com IC, sugere que a pobre qualidade de vida e o convívio frequente com intensos sintomas tornam os idosos mais dependentes de cuidadores, indicando autocuidado insuficiente⁽¹⁵⁾.

Quanto ao instrumento ideal para avaliação de autocuidado em pacientes internados, a correlação dos escores de ambas as escalas utilizadas foi baixa a moderada. Entretanto, algumas considerações são necessárias. Pela avaliação do manejo e confiança do autocuidado na EAC-IC, estão presentes

questões como estar livre dos sintomas de insuficiência cardíaca, reconhecer um sintoma da doença, decidir por ingerir um diurético a mais ou reduzir a ingestão de sal. Tais questionamentos, quando dirigidos a pacientes internados pela descompensação da doença, tornam-se incoerentes, pois os indivíduos encontram-se em fase de recuperação e, muitas vezes, ainda com sintomas da IC. Essas questões de manejo e confiança nos remetem à EAC-IC como uma escala ideal para utilização em ambulatório de insuficiência cardíaca ou em situações nas quais os pacientes não se encontram internados. Assim, a escala avaliará de forma coerente o autocuidado e os aspectos que o influenciam no dia a dia desses indivíduos.

Na EAC-IC, a questão sobre solicitar alimentos com pouco sal quando fora do seu próprio domicílio poderia comportar a opção “não aplicável”, pois grande parte dos indivíduos incluídos no estudo relatou a não saída de casa para realizar alguma refeição. Como já reportado em estudo prévio⁽¹⁰⁾, o questionamento sobre usar um sistema para se lembrar de tomar as medicações não implica em um melhor autocuidado, pois muitos pacientes, pelo caráter crônico que a IC representa, acabam por incorporar no seu dia a dia o uso regular das medicações, não necessitando de nenhum sistema para lembrá-los.

A EHFScBS traz questionamentos sobre a manutenção do autocuidado para pacientes com IC e possui considerável aplicabilidade para indivíduos que estão internados em ambiente hospitalar por descompensação da doença. Entretanto, assim como na EAC-IC, a EHFScBS poderia trazer a opção não aplicável quando faz o questionamento sobre ações do paciente quando ele adquire 2 kg em uma semana, pois, havendo ausência de pesagem semanal por parte dos pacientes, questionamento encontrado no início da escala, o conhecimento de ganho ponderal de peso se torna inexistente. O estudo que traduziu, adaptou e validou a EHFScBS para sua utilização no Brasil refere que a escala possui uma limitação por não contemplar aspectos importantes como o reconhecimento dos sintomas, tomada de decisão e confiança do paciente, não avaliando assim o autocuidado como um todo⁽¹⁰⁾. Entretanto, pode ser utilizada em larga escala para se avaliar o autocuidado basal de pacientes com insuficiência cardíaca,

permitindo a avaliação e levantamento de práticas essenciais para a manutenção da saúde desses pacientes.

Diante de diferenças estruturais e de conteúdo, as escalas ainda assim são um instrumento de grande valia na prática clínica, apresentando correlação entre si e avaliação direcionada sobre o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Dados da literatura reportam o autocuidado como um cardioprotetor, pois é complementar aos tratamentos farmacológico e clínico ideais para retardar a progressão da insuficiência cardíaca e de seus resultados indesejáveis, tais como episódios frequentes de descompensação clínica que levam à reinternação⁽¹⁶⁾. Ainda assim, além da adesão medicamentosa, o autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca engloba aceitação à dieta com restrição salina e hídrica, ações de prevenção e monitorização de sinais e sintomas por parte dos próprios pacientes, seguida da capacidade de definir condutas adequadas diante dessas alterações de saúde⁽¹¹⁾.

A promoção do autocuidado torna-se alvo para os enfermeiros com a utilização de metodologias de educação para a saúde, visando ao seu aprimoramento. A intervenção educativa de enfermagem, nas suas diversas formas de aplicabilidade, tem demonstrado efeito benéfico sobre as ações de autocuidado de pacientes com IC e consequente redução no

número de reinternações hospitalares por descompensação da doença, sendo auxílio nessa busca da promoção.

CONCLUSÃO

Verificou-se associação entre o autocuidado e o número de internações hospitalares de pacientes internados por insuficiência cardíaca agudamente descompensada. Além disso, a idade e a escolaridade se relacionam com o autocuidado. A correlação entre os escores obtidos pelas escalas *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* e Escala de Autocuidado para Pacientes com Insuficiência Cardíaca se mostrou fraca a moderada, o que pode ser atribuído à condição do paciente internado. Suas particularidades são apresentadas neste estudo e podem nortear a escolha adequada para a utilização em diferentes momentos que o paciente se encontra, internando ou não.

Acredita-se que o enfermeiro deve atuar na prática clínica observando o indivíduo como um todo, considerando-o participante ativo de sua saúde, não priorizando apenas o reestabelecimento do estado clínico, mas o entendimento de que as práticas de autocuidado devem estar cada vez mais consolidadas nesses pacientes, com o intuito de evitar ou reduzir o número de reinternações hospitalares por descompensação da doença e melhora da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Howlett JG. Acute heart failure: lessons learned so far. *Can J Cardiol* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];27(3):284-95. Available from: <http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X%2811%2900169-3/abstract>
- Yancy C, Fonarow G. Quality of care and outcomes in acute decompensated heart failure: the ADHERE registry. *Curr Heart Fail Rep* [Internet]. 2004[cited 2014 Jun 20];1(3):121-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16036035>
- Albanesi Filho FM. What is the current scenario for heart failure in Brazil? *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2005[cited 2014 Jun 20];85(3):155-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v85n3/en_25996.pdf
- Donzé J, Lipsitz S, Bates DW, Schnipper J. Causes and patterns of readmissions in patients with common comorbidities: retrospective cohort study. *BMJ* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 20];347:f7171. Available from: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7171>
- Araújo DV, Tavares LR, Veríssimo R, Ferraz MB, Mesquita ET. Cost of heart failure in the Unified Health System. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2005[cited 2014 Jun 20];84(5):422-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n5/en_a13v84n5.pdf
- Arcand J, Ivanov J, Sasson A, Floras V, Al-Hesayen A, Azevedo ER, et al. High-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: a prospective follow-up study. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];93(2):332-7. Available from: <http://ajcn.nutrition.org/content/93/2/332.long>
- Annema C, Luttik M L, Jaarsma T. Reasons for readmission in heart failure: perspectives of patients, caregivers, cardiologists, and heart failure nurses. *Heart Lung* [Internet]. 2009[cited 2014 Jun 20];38(5):427-34. Available from: <http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563%2808%2900235-5/abstract>
- Suwanno J, Petpichetchian W, Riegel B, Issaramalai SA. A model predicting health status of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2009[cited 2014 Jun 20];24(2):118-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19242277>
- Dickson PP, Buck H, Riegel B. A qualitative meta-analysis of heart failure self-care practices among individuals with multiple comorbid conditions. *J Card Fail* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];17(5):413-9. Available from: <http://www.onlinenecf.com/article/S1071-9164%2810%2901231-5/abstract>
- Rabelo RE, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Cross-cultural adaptation and validation of a disease knowledge and self-care questionnaire for a Brazilian sample of heart failure patients. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];19(2):277-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/08.pdf>
- Ávila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the self care of heart failure index version 6.2. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 20];1-6. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/178976/>
- Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung* [Internet]. 2001[cited 2014 Jun 20];30(5):355-63. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014795630100055X>

- Jun 20];30(1):18-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11174364>
13. Trojahn MM, Ruschel KB, Souza EN, Mussi CM, Hirakata V, Lopes ANM, et al. Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 20];1:1-5. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/254352/>.
 14. Thomas JR, Clark AM. Women with heart failure are at high psychosocial risk: a systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. *Cardiol Res Pract* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];1-6. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/crp/2011/918973/>.
 15. Falk H, Ekman I, Andreson R, Fu M, Granger B. Older patients' experiences of heart failure an integrative literature review. *J Nurs Scholar* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 20];45(3):247-55. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12025/abstract;jsessionid=FD423F8DC517C75E2318D3B0A02A8F84.f02t02>
 16. Lee CS, Tkacs NC, Riegel B. The influence of heart failure self-care on health outcomes: hypothetical cardioprotective mechanisms. *J Cardio Nurs* [Internet]. 2009[cited 2014 Jun 20];24(3):179-89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881684/pdf/nihms202823.pdf>
-