

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**AUTOCUIDADO NO DOENTE  
COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES  
CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**SELF-CARE IN PATIENTS  
WITH HEART FAILURE**

Maria do Céu Mendes Pinto Marques - RN, PhD; Professora Coordenadora, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, Portugal

Manuel José Lopes - RN, PhD; Professor Coordenador, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, Portugal

Ermelinda Rebola - RN; Enfermeira Especialista, Serviço de Cardiologia, Hospital do Espírito Santo Évora, Portugal

Telmo Pequito - RN, Enfermeiro Especialista, Serviço de Cardiologia, Hospital do Espírito Santo Évora, Portugal

## RESUMO

---

**Objetivos:** Adaptar para a língua portuguesa a Self-Care of Heart Failure Index V6.2, analisar o autocuidado nas capacidades de manutenção, gestão e autoconfiança dos doentes com insuficiência cardíaca que frequentam a consulta de enfermagem de dois Hospitais Portugueses. **Método:** Estudo exploratório, amostra 110 doentes que frequentavam a consulta de enfermagem para doentes com insuficiência cardíaca de dois hospitais Portugueses, realizado no período de 6 meses. Recorreu-se ao à estatística descritiva e testes psicométricos. **Resultados:** Consistência interna similar ao da escala original. Doentes maioritariamente idosos, baixa literacia no autocuidado, baixos valores associados à atividade física ao controlo do sal nas refeições tomadas fora de casa e deficiente controlo de sinais e sintomas. **Conclusão:** Os doentes apresentam dificuldades na manutenção e gestão da doença, mostram-se autoconfiantes face à mesma. Este instrumento permite uma avaliação individualizada que conduz à tomada de decisão e intervenção ajustada.

**Descritores:** Autocuidado; insuficiência cardíaca; doente.

## ABSTRACT

---

**Objectives:** To adapt for the Portuguese language the Self-Care of Heart Failure Index V6.2, analyse the self-care in maintenance, management skills and self-confidence of patients with heart failure who attend the nursing consultation of two Hospitals. **Method:** Exploratory study, sample 110 patients who frequented the nursing consultation for patients with heart failure of two Portuguese hospitals, conducted in the period of 6 months. He appealed to the descriptive statistics and psychometric tests. **Results:** Internal consistency similar to the original scale. Mostly elderly, low literacy patients in self-care, low values associated with physical activity to the control of salt in meals taken away from home and inadequate control of signs and symptoms. **Conclusion:** Patients' present difficulties in maintenance and management of the disease are self-confident face anyway. This instrument allows for individualized assessment leading to decision-making and action adjusted.

**Descriptors:** Self-care; heart failure; patients.

## RESUMEN

---

**Objetivo:** Adaptarse al portugués la Self-Care of Heart Failure Index V6.2 y analizar la capacidad de auto cuidado en la manutención, gestión y autoconfianza de los enfermos con insuficiencia cardiaca que suelen ir a la consulta de enfermería en dos Hospitales Portugueses. **Método:** Muestra del estudio exploratorio de 110 pacientes que asistieron a la consulta de enfermería para los pacientes con insuficiencia cardíaca dos hospitales portugueses, realizado en 6 meses. Hizo un llamamiento a las estadísticas descriptivas y pruebas psicométricas. **Resultados:** Consistencia interna similares al de la escala original. La mayoría de los enfermos son personas mayores, con baja tasa de alfabetización, en su autonomía se destaca una baja tasa de actividad física, malo control de la sal en las comidas que realizan fuera de su casa y bajo control de los signos y síntomas. **Conclusión:** Los enfermos presentan dificultades en la manutención y gestión de su enfermedad, sin embargo demuestran autoconfianza ante la misma. Esta herramienta permite una evaluación individual que conlleva a la tomada de decisión e intervención ajustada a cada paciente.

**Descriptores:** Auto cuidado; insuficiencia cardíaca; pacientes.

## INTRODUÇÃO

---

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade e morbidade na Europa incluindo Portugal. Estas englobam um conjunto de doenças que afetam o sistema circulatório, nomeadamente a insuficiência cardíaca. A principal responsável pela prevalência da insuficiência cardíaca é a doença coronária, prevê-se que surjam por esta causa cerca de 50% de novos casos nos próximos anos. Outras causas relevantes que concorrem para o incremento da insuficiência cardíaca na Europa e em Portugal, são, a hipertensão arterial e o aumento da prevalência da obesidade e da diabetes<sup>(1-3)</sup>. Para além destas causas, também a idade constitui um importante factor na prevalência da insuficiência cardíaca, tornando-se esta um grave problema de saúde pública, devido ao acentuado envelhecimento demográfico verificado em Portugal, bem como, em quase toda a Europa. Antecipa-se que a prevalência da insuficiência cardíaca aumente entre 50 a 75% até 2030, apresentando pior prognóstico que o conjunto dos tumores malignos. Face a este cenário a morbidade constitui um grave problema, agora e no futuro. A insuficiência cardíaca atinge em Portugal mais de 260 mil doentes, sendo o mais frequente diagnóstico médico de internamento em doentes com mais de 60 anos. Em 2013 o número de doentes com insuficiência cardíaca com alta hospitalar, estimou-se em 7762, com demora média de internamento de 9,73 dias

e um total de 172 805 dias de internamento. Tal realidade constitui elevados encargos económicos e sociais<sup>(3)</sup>. Se não forem rapidamente tomadas medidas, a tendência é de agravamento dos gastos em saúde, relacionados sobretudo com os reinternamentos.

A insuficiência cardíaca é definida como uma síndrome, que tem origem numa anomalia da estrutura e da função cardíaca. As alterações resultantes dessa anormalidade estão geralmente relacionadas, com a incompatibilidade entre a exigência da metabolização tecidual, e o oxigénio fornecido pela reduzida capacidade de bombeamento do sangue pelo coração. Esta dualidade de condições dá origem a sinais e sintomas típicos da insuficiência cardíaca, como por exemplo, dispneia, edema com maior incidência nos maléolos, fadiga, tosse, pressão venosa jugular elevada, crepitações pulmonares e alterações imagiológicas da estrutura pulmonar<sup>(4)</sup>. A monitorização dos sinais e sintomas torna-se difícil porque cada doente responde diferentemente às alterações que a afetam.

Os cuidados a prestar a estes doentes estão fortemente correlacionados com a avaliação inicial efetuada, a qual precisa ser rigorosa pois sustenta a tomada de decisão e subsequente intervenção. Esta é dirigida aos factores precipitantes da insuficiência cardíaca e naturalmente às suas consequências. Todavia, à intervenção precisa estar associada uma monitorização permanente destas doentes<sup>(4)</sup>, dada a volatilidade da situação e o risco de alteração rápida.

Quer a monitorização quer a intervenção pressupõem um atendimento multidisciplinar que abrange intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Para que se possa adequar o mais possível as intervenções não farmacológicas torna-se pertinente utilizar instrumentos que facilitem a avaliação dos doentes, para que a tomada de decisão assente em pressupostos o mais objetivos possíveis.

As recomendações emanadas pelas sociedades científicas internacionais<sup>(4)</sup> orientam as intervenções dos profissionais de saúde face às necessidades destes doentes, deve assim existir a preocupação por parte dos mesmos, nomeadamente dos enfermeiros, de desenvolverem intervenções que capacitem os mesmos para a tomada de decisão face à sintomatologia, promovendo o autocuidado, tendo como principal objetivo a gestão de sintomas e a redução da frequência das hospitalizações decorrentes da descompensação da doença. Com base no conceito do International Council of Nurses<sup>(5)</sup> que define o autocuidado como uma atividade realizada pelo próprio que compreende tratar o que é necessário para que o doente se mantenha operacional e lide com as necessidades individuais básicas e íntimas e com as atividades de vida diárias, coloca-nos perante um processo complexo. Este implica aprendizagem por parte dos doentes, logo, os profissionais tem de estar capacitados para ensinar, treinar, reforçar e avaliar, de forma a melhorar as competências dos doentes para o autocuidado, tendo em conta a aptidão que cada doente tem para as desenvolver, nomeadamente a nível das respostas cognitivas, comportamentais e emocionais<sup>(6)</sup>. No concorrer

destas capacidades destacamos a de escolher os alimentos adequados de modo a manter o peso controlado, restringir a ingestão de sódio e de líquidos, capacidade de realizar atividade física adequada à sua condição de saúde, fazer gestão da terapêutica e monitorizar regularmente os sinais e sintomas comunicando-os ao profissional de referência responsável pelo seu acompanhamento<sup>(4)</sup>. O objetivo principal deste tipo de atuação é devolver aos doentes a responsabilidade do autocontrolo da doença, fomentando o desenvolvimento das habilidades necessárias ao autocuidado e consequentemente a estabilidade do doente.

Capacitar os doentes para o autocuidado implica que estes executem atividades de forma deliberada e intencional para melhorar os resultados da insuficiência cardíaca<sup>(7)</sup>, em benefício da manutenção do sentido da vida e do bem estar<sup>(8)</sup>. Tendo em conta um dos requisitos universais do autocuidado que previne riscos para a vida e promove o bem estar do ser humano<sup>(8)</sup>. Os enfermeiros utilizam diversos métodos, combinando-os para regular o organismo e melhorar os resultados da insuficiência cardíaca<sup>(7)</sup> relativamente às necessidades dos doentes no sentido de os orientar, de proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e de os ensinar<sup>(9)</sup>. Em suma de os capacitar de forma a assumirem a responsabilidade pela sua saúde e bem estar<sup>(10)</sup> e melhorar os resultados da insuficiência cardíaca<sup>(7)</sup>.

A escala do autocuidado Self-Care of Heart Failure Index V6.2 (SCHFI V6.2) foi o instrumento tido como referência, esta teve a sua primeira versão em 2004, ao longo de anos a autora e seus colaboradores foram aprimorando a mesma<sup>(7)</sup>. No ano de 2009 Barbara Riegel e seus colaboradores decidiram fazer um update da escala que se encontra publicada no *Journal of Cardiovascular Nursing*<sup>(7)</sup>, é com base nesses resultados que iremos fazer a comparação com os resultados encontrados no estudo agora apresentado. Neste contexto reveste-se de particular utilidade um instrumento desta natureza que permita avaliar e monitorizar o autocuidado dos doentes com insuficiência cardíaca.

Definimos como questão norteadora deste estudo, adaptar culturalmente a escala e conhecer a capacidade de autocuidado do doente com insuficiência cardíaca que frequenta a consulta de enfermagem em hospitais portugueses.

Face ao exposto definimos como objetivos adaptar para a língua portuguesa a Self-Care of Heart Failure Index V6.2 (SCHFI V6.2), a qual passará a designar-se em Portugal por Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (EACPIC) e analisar o autocuidado nas capacidades de manutenção, gestão e autoconfiança dos doentes com insuficiência cardíaca que frequentam a consulta de enfermagem de dois Hospitais Portugueses.

## MÉTODOS

---

Procedeu-se à adaptação transcultural da SCHFI V6.2 tendo para o efeito sido seguido o referencial teórico de suporte à escala original<sup>(7)</sup> e as orientações específicas da autora. Num primeiro momento foi solicitada autorização à autora para iniciar o processo de tradução e adaptação à língua portuguesa. Após foi realizada a tradução por uma perita em língua portuguesa e inglesa, a mesma foi analisada por painel de peritos e realizados os diversos ajustes lexicais e semânticos, em seguida foi realizada retroversão pela perita nas duas línguas, foi efetuado o pré teste no sentido de aferir se os participantes entendiam de forma clara o que se solicitava, e face aos resultados não houve necessidade de reformulações. O último passo foi a validação final pela autora da escala. Foi tida em consideração a recomendação da autora sobre o intervalo de tempo de follow-up para ser participante neste estudo. Todos os participantes encontravam-se no intervalo de um a três meses, de acompanhamento em consulta de insuficiência cardíaca. O tamanho da amostra foi calculado tendo por base os pressuposto da literatura, cinco vezes maior do que o número de itens da escala<sup>(11)</sup>.

Constituiu-se assim uma amostra de conveniência a partir do grupo de doentes inscritos na consulta de enfermagem do centro hospitalar de uma cidade a Sul de Lisboa e da consulta de enfermagem de um centro hospitalar na cidade de Lisboa. A consulta de enfermagem dos dois hospitais tinham no total cerca de 200 doentes com insuficiência cardíaca inscritos, responderam ao questionário 62 doentes do centro hospitalar a sul de Lisboa e 48 doentes do centro hospitalar de Lisboa. Os critérios de inclusão foram definidos da seguinte forma: frequentar as consultas supracitadas; ter diagnóstico médico de insuficiência cardíaca; estar orientado no tempo e no espaço, para fazer esta avaliação recorreu-se ao preconizado no Mini Exame do Estado Mental relativo à orientação temporal e espacial; ter idade superior a 18 anos e ainda aceitar participar no estudo.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi constituído por duas componentes: um questionário com variáveis sociobiográficas e a Escala de Autocuidado para o doente com Insuficiência Cardíaca (EACPIC), adaptada da escala original SCHFI V6.2<sup>(7)</sup>.

A escala é constituída por vinte e dois itens, distribuídos por três subescalas. A primeira subescala denominada por seção A no questionário, é composta por 10 itens relacionados com a manutenção do autocuidado. A segunda escala designada no questionário por seção B é composta por seis itens relacionados com a gestão do autocuidado. Na seção C do questionário surge a subescala relacionada com a confiança no autocuidado constituída por seis itens. A recolha dos dados decorreu durante 6 meses, de setembro de 2012 a fevereiro de 2013. Obteve-se uma amostra de 110 doentes.

Após recolha dos dados, estes foram introduzidos e processados no software SPSS versão 20. Foi realizada análise estatística descritiva, calculadas médias e desvios-padrão. As propriedades psicométricas foram verificadas pela consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach), no sentido de poder comparar com os dados da escala original<sup>(7)</sup>. Por sugestão da autora a análise efetuada teve como referência os dados publicados em 2009<sup>(7)</sup>.

As considerações éticas desta investigação ficaram garantidas mediante a avaliação e aprovação pelas comissões de ética dos respetivos centros hospitalares onde foi realizada a recolha de dados, assegurando-se a confidencialidade e anonimato dos participantes. Os doentes foram informados sobre a finalidade e objetivo do estudo, e assinaram o consentimento informado preenchendo de seguida o questionário.

## **RESULTADOS**

---

A análise dos dados permitiu-nos constatar que os 110 participantes apresentavam uma idade média de 66,52 anos e um desvio padrão de 10,73 anos. Predominaram os participantes do sexo masculino, 75 doentes. Outras características igualmente importantes reportam-se às habilitações literárias, mais de metade dos participantes possuíam apenas nove anos de escolaridade, sendo que 10 apenas sabiam ler e escrever e 3 não sabiam ler nem escrever. A maioria dos sujeitos já se encontravam reformados, só 9 eram ativos profissionalmente. No que respeita à situação familiar/social 11 viviam sozinhos todos os restantes viviam com familiares, na sua maioria com o conjugue.

Os resultados apurados após aplicação da escala encontram-se descritos nas seguintes tabelas: Resultados referentes à dimensão de estabilidade/manutenção da insuficiência cardíaca tabela 1, resultados respeitantes à gestão da insuficiência cardíaca tabela 2 e por fim os resultados relativos à autoconfiança tabela 3.

Tabela 1 - Resultados da EACPIC para a dimensão estabilidade/manutenção

Em baixo estão listadas instruções comuns dadas a ,s com IC. Com que frequência as cumpre?

Secção - A	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1 - Pesa-se sozinho?	14	<b>39-35,5%</b>	33	23
2 - Inspetiona os seus tornozelos á procura de inchaço?	8	23	32	<b>46-41,8%</b>
3 - Evita adoecer (e.g., vacina da gripe, evita contacto com pessoas doentes)?	25	17	<b>36-32,7%</b>	24
4 - Pratica algum tipo de atividade física?	<b>52-47,3%</b>	25	15	14
5 - Cumpre as orientações dos médicos ou dos enfermeiros?	1	7	23	<b>77-70,0%</b>
6 - Pratica uma alimentação com baixo teor de sal?	6	7	29	<b>65-59,1%</b>
7 - Exercita-se por 30 minutos?	<b>41-37,3%</b>	23	19	24
8 - Esquece-se de tomar algum dos seus medicamentos?	<b>85-77,3%</b>	10	2	9
9 - Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa?	<b>31-28,2%</b>	23	25	28
10 - Usa um sistema (caixa de comprimidos, lembrete) para o ajudar a controlar a toma dos medicamentos?	34	79	11	<b>55-50,0%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013



Tabela 2 – Resultados da EACPIC para a dimensão gestão dos sintomas

No mês passado, teve problemas respiratórios ou inchaço nos tornozelos?							
Secção - B	Não respondeu	Não tive estes sintomas	Não reconheci estes problemas	De forma lenta	De forma normal	Rapidamente	De forma muito rápida
11 - Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de insuficiência cardíaca?	13	<b>38-34,5%</b>	7	10	19	20	3
Se tem problemas respiratórios ou inchaço nos tornozelos, qual é a probabilidade de usar um destes procedimentos?							
		Nada Provável	Pouco Provável	Provável	Muito Provável		
12 - Reduzir o sal na sua dieta		10	9	<b>48-43,6%</b>	38		
13 - Reduzir a quantidade de líquidos por si ingeridos		14	13	<b>45-40,9%</b>	30		
14 - Tomar um diurético (comprimido para eliminar líquidos) extra		24	5	27	<b>47-42,7%</b>		
15 - Contactar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento		5	3	25	<b>72-65,5%</b>		
16. Pense num procedimento por si tentado na última vez que teve problemas respiratórios ou inchaço nos tornozelos:							
		Não tentei nada	Não tenho a certeza	Tenho uma vaga ideia	Tenho a certeza	Tenho a certeza absoluta	
Está certo sobre o facto do procedimento ter ajudado ou não?		18	11	12	<b>32-29,1%</b>	28	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Tabela 3 – Resultados da EACPIC dimensão autoconfiança

Dimensão autoconfiança do doente com IC				
Secção – C No geral, está confiante de que consegue:	Nada confiante	Pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
17 - Manter-se livre de sintomas de insuficiência cardíaca?	14	27	45-40,9%	18
18 - Seguir o tratamento que lhe tenha sido aconselhado?	3	46	59-53,6%	1
19 - Avaliar a importância dos seus sintomas?	2	13	50-45,5%	44
20 - Reconhecer mudanças na sua saúde se estas ocorrerem?	3	16	45-40,9%	43
21 - Fazer alguma coisa que alivie os seus sintomas?	6	27	46-41,8%	29
22 - Avaliar a eficácia de um qualquer procedimento?	9	18	48-43,6%	32

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Relativamente aos valores médios do scores e de consistência interna da escala, estes estão representados por subescalas na tabela 4 comparativamente com os valores da versão da escala original.

Tabela 4 – Resultados comparativos entre a SCHFI V6.2 e a EACPIC

Escala SCHFI V6.2 n=130 e Escala EACPIC n=110						
SCHFI V6.2 = EACPIC p<0,05	Média SCHFI V6.2 2009	Média EACPIC 2014	Desvio Padrão SCHFI V6.2 2009	Desvio Padrão EACPIC 2014	Alfa Cronbach SCHFI V6.2 2009	Alfa Cronbach EACPIC 2014
Escala de Manutenção n=110	70,5	54,58	14,3	16,95	0,553	0,646
Escala de Gestão n=110	65,4	64,30	22,4	21,97	0,597	0,572
Escala de Confiança n=110	70,2	69,58	16,6	20,13	0,827	0,845

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

## DISCUSSÃO

A idade média dos participantes, é de 66,52 anos, sobreponível à média nacional, se atendermos aos dados relativos à prevalência da doença em Portugal, constatamos que o grupo dos 25 aos 50 anos apresenta valores de 1,65% e o grupo etário acima dos 80 anos tem uma prevalência de 16%<sup>(12)</sup>. Devido ao avanço técnico e científico que se tem observado nos últimos anos, o tratamento de doenças outrora potencialmente fatais é hoje possível, tal facto associado ao aumento da esperança média de vida, confere protagonismo à insuficiência cardíaca, prevendo-se que aumente entre 50 a 70% até 2030 sobretudo em pessoas idosas. Os dados encontrados corroboram com os dados nacionais, os doentes com insuficiência cardíaca são geralmente idosos e frágeis, com maior prevalência do sexo masculino. Normalmente são doentes que tem outras doenças associadas, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias, fatores que fazem deles, um grupo particularmente vulnerável<sup>(3)</sup>. Contribui para essa vulnerabilidade também a baixa literacia dos doentes, os participantes deste estudo tinham em média apenas nove anos de escolaridade, sendo que alguns não sabiam ler nem escrever. Tal facto conduz a dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, que condiciona o seguimento de recomendações e a tomada de decisões relacionadas com a doença, com difícil entendimento sobre a real relação entre adoptar medidas farmacológicas ou não farmacológicas e o controlo efetivo da doença<sup>(6)</sup>.

Na adaptação cultural da escala verificou-se que na **subescala manutenção** a confiabilidade se encontrava muito próxima da versão SCHFI V6.2<sup>(7)</sup>, contudo, os resultados do nosso estudo apresentam um valor mais elevado de Alfa de Cronbach. No que respeita ao valor médio de scores, existe nesta subescala uma diminuição relativamente ao valor de referência da escala original, facto que pode estar associado à evidência de os doentes que integraram o estudo, apresentarem uma idade média elevada e uma literacia geral baixa, dados aproximados aos de um estudo desenvolvido por Chen, et al<sup>(14)</sup>. Os itens desta subescala que apresentam valores mais baixos relacionam-se com a “atividade física” e com o “controlo da ingestão de sal”. Alguns estudos apontam para o facto dos doentes se cansarem fisicamente com facilidade e em face disso recorrem ao repouso e à pouca atividade física, o que contraria a evidência científica, que recomenda um programa individualizado e adaptado de exercício físico<sup>(13)</sup>. Relativamente à **subescala gestão**, o valor de alfa Cronbach, assim como, o valor médio de scores é igualmente semelhante ao da versão SCHFI V6.2. Ao analisar os resultados observamos que são os quatro itens medianos que apresentam mais baixos valores de alfa, esses itens dizem respeito à tomada de decisão sobre ações muito concretas, como, “reduzir o sal”, “reduzir a quantidade de líquidos”, “tomar um diurético” e “contactar o técnico de saúde para aconselhamento”, intervenções estas intencionais no

sentido de melhor controlar os sintomas, concretamente, os “problemas respiratórios” ou o “inchaço dos tornozelos”. Para o doente com insuficiência cardíaca, viver com a cronicidade da doença implica adoção de novos estilos de vida, o que constitui um desafio, pois trata-se de romper com comportamentos de uma vida. É fundamental perceber como é que os doentes aprendem a se autocuidar, isto é, como podem identificar sinais e sintomas de descompensação que conduzem rapidamente à hospitalização como, dispneia, edema dos tornozelos e cansaço fácil<sup>(15)</sup>. Em Portugal ainda se vivem os processos saúde/doença num paradigma curativo e não preventivo e com pouca autonomia individual, porque os doentes são ensinados, mas não treinam os ensinamentos que lhes são efetuados, não desenvolvendo competências instrumentais fundamentais à sua autonomia e consequentemente ao autocuidado<sup>(16)</sup>. No que à **subescala de confiança** diz respeito os resultados apontam para dados de adaptação cultural similares aos da versão SCHFI V6.2. Esta é a componente da escala global com o alfa mais elevado. O facto dos doentes se sentirem muito confiantes face ao “controlo dos sintomas”, ao “tratamento”, à “valorização dos sintomas”, às “mudanças na saúde”, ao “intervir no alívio de sintomas” e à “avaliação da eficácia das ações efetuadas”, leva a pensar que no geral o doente se sente confiante. Mas numa visão global tem dificuldade em fazer a gestão adequada. Esta confiança pode ter uma leitura não coincidente com o significado semântico da palavra, ou seja, alguns doentes encaram a insuficiência cardíaca como uma doença aguda, convictos que quando não tem sinais e sintomas esta está curada. Esta visão conduz a autocuidado deficiente, isto é, existe um vazio entre o aprender e o apreender o autocuidado<sup>(15)</sup>. No sentido de ultrapassar esta barreira o autocuidado é hoje eleito como um dos objetos de intervenção e investigação em diversos cenários, sobretudo por ser reconhecido como um componente chave para usar no tratamento não farmacológico da doença. A aplicação prática do autocuidado pelos doentes é um exercício contínuo cujos resultados podem ser observados a médio e longo prazo<sup>(17)</sup>.

A insuficiência cardíaca constitui-se como uma das principais complicações da doença coronária e da hipertensão arterial, sendo que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte nos países desenvolvidos, e sabendo que essa mortalidade se encontra a decrescer sobretudo devido ao avanço científico e tecnológico, importa referir que a insuficiência cardíaca é uma síndrome que está em ascensão, inversamente proporcional à tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares, constituindo-se como a principal causa de internamento em pessoas com mais de 60 anos<sup>(18-19)</sup>. Nesse sentido torna-se prioritário instruir os doentes tendo como meta a sua autonomia, isto é, instruir para o autocuidado focando-se sobretudo nas capacidades singulares de cada doente, contribuindo assim para a diminuição da incapacidade/dependência e melhor qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

---

O presente estudo permite demonstrar que a SCHFI V6.2 foi adaptada para a população portuguesa, adoptando o nome de Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (EACPIC). Estamos na presença de um instrumento essencial na avaliação de parâmetros muito concretos do autocuidado do doente com insuficiência cardíaca, permitindo intervir de forma individualizada tendo em vista os ganhos em saúde, nomeadamente reduzir os reinternamentos por descompensação, conduzindo a melhor qualidade de vida. Os dados encontrados retratam as limitações que os doentes em Portugal possuem, sobretudo no que à idade e literacia diz respeito, aspectos fundamentais para a obtenção de resultados efetivos no autocuidado. Importa reter que, com a prevalência da insuficiência cardíaca a aumentar, há que investir na capacitação dos doentes no que respeita à gestão da doença, de forma a diminuir as descompensações e conseqüente sofrimento. O autocuidado utiliza os conhecimentos, as habilidades e a motivação do doente com insuficiência cardíaca e constitui uma forma eficaz e económica de a manter e gerir com mais confiança. Outros estudos devem ser desenvolvidos com recurso a este instrumento a populações similares, no sentido de ajudar os doentes com insuficiência cardíaca e suas famílias a se tornarem conhecedores no autocuidado. Constitui limitação ao estudo o facto de existir grande mobilidade de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiras, durante o período em que foi realizada a recolha. Outra limitação foi o projeto ter sido desenvolvido sem qualquer tipo de apoio financeiro.

## REFERÊNCIAS

---

1. Direção Geral de Saúde. Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa. DGS. 2006. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspsc060206.pdf>
2. National Heart Foundation. A systematic approach to chronic heart failure care: a consensus statement. 2013. 4-24. Disponível em: [https://heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/HF\\_CHF\\_consensus\\_web\\_FINAL\\_SP.pdf](https://heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/HF_CHF_consensus_web_FINAL_SP.pdf)
3. Direção geral de saúde. Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números. Lisboa. DGS. 2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014.aspx>

4. European Society of Cardiology. European Heart Journal Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 2012. 33: 1787-1847. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2012/11/27/eurheartj.ehs370>
5. Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Internacional Council of Nurses (ICN) - versão 2.0. Lisboa. OE. 2011. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf)
6. Barlow, Julie et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. 2002. Vol. 48, nº 2: 177-87. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12401421>
7. Riegel, B, Lee, CS, Dickson, VV, & Carlson, B. An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877913/>
8. Orem, DE. *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby. 1995.
9. Taylor SG. Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de auto-cuidado In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures. Lusociência. 2005.
10. Wkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2009 Aug; 46(8):1143-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
11. Coutinho CP. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra. Almedina. 2011.
12. Moura, Brenda. Prevalência da insuficiência cardíaca cresce com o aumento da esperança de vida. *Live Cardiovascular*. Publicações justNews. 2015. Abr/mai/jun Ano 2. Nº 5. p.50.
13. Abreu, Ana. Reabilitação cardíaca é subutilizada nos doentes com IC. *Live Cardiovascular*. Publicações justNews. 2015. Abr/mai/junp. Ano 2. Nº 5. 51.
14. Chen AMH, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health Literacy and Self-Care of Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovasc Nursing*. 2011. 26(6): 446-451. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21263340>
15. Yera-Casas AM, Mateos-Higuera Del Olmo S, Ferrero-Lobo J, Páez-Gutiérrez TD. *Enfermería Clínica*. Publisher: Elsevier. 2009 Jul-Aug; Vol. 19 (4), pp. 191-8. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-evaluacion-intervencion-educativa-al-paciente-13140228>

16. Machado NJB. Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem – um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação. Porto. Universidade Católica Portuguesa. 2014.
17. Rabelo ER, 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. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2011. v. 19, n. 2, p. 277-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/08.pdf>
18. Fonseca, C. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em Portugal. Primeiras Jornadas Lusófonas de Cardiologia. Cabo Verde. 2009. Disponível em: [http://www.spc.prt/dl/homelistdestaques/jornadas\\_CaboVerde.pdf](http://www.spc.prt/dl/homelistdestaques/jornadas_CaboVerde.pdf)
19. Sociedade Portuguesa de Cardiologia - A doença cardiovascular na europa. Lisboa. SPC. 2012. Disponível em: <http://www.spc.pt/spc/>

**Correspondência:** [mcmarques@uevora.pt](mailto:mcmarques@uevora.pt)