



Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca em tempos da COVID-19

Self-care of patients with heart failure in times of COVID-19

Autocuidado de pacientes con insuficiencia cardiaca en tiempos de COVID-19

Jéssica Santos de Souza Leal¹, Lyvia da Silva Figueiredo², Melissa Barreto Oliveira da Silva², Ana Carolina Marques Fiore², Paula Vanessa Peclat Flores², Ana Carla Dantas Cavalcanti².

RESUMO

Objetivo: Analisar o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por uma clínica especializada durante a pandemia da COVID-19. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, realizado em uma clínica multiprofissional especializada, durante acompanhamento por consulta telefônica. Utilizou-se o instrumento Versão Brasileira da European Heart Failure Self-care Behavior Scale, os dados foram coletados no período de abril e julho de 2021. **Resultados:** A amostra apresentou uma média de 25,64 ($\pm 6,53$). Os maiores percentuais no score 5 (discordo plenamente) foram evidenciados nos itens correspondentes às ações de buscar ajuda no aumento de peso em curto intervalo de tempo, vigilância diária do peso e realizar exercício físico regularmente. Os maiores percentuais no score 1 (concordo totalmente), verificou-se nos itens correspondente às ações seguir tratamento farmacológico, ingerir uma dieta com pouco sal e tomar a vacina contra gripe anualmente. **Conclusão:** A amostra deste estudo apresentou comportamento de autocuidado satisfatório, demonstrando que os pacientes acompanhados por consulta telefônica durante distanciamento social se mantêm engajados e empoderados para realizar o autocuidado.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Autocuidado, Telemonitoramento, COVID-19, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the self-care of patients with heart failure followed by a specialized clinic during the COVID-19 pandemic. **Methods:** This is a cross-sectional study, carried out in a specialized multidisciplinary clinic, during follow-up by telephone consultation. The Brazilian Version of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale instrument was used, data were collected between April and July 2021. **Results:** The sample had an average of 25.64 (± 6.53). The highest percentages in score 5 (strongly disagree) were evidenced in the items corresponding to the actions of seeking help in gaining weight in a short period of time, daily weight monitoring and performing regular physical exercise. The highest percentages in score 1 (totally agree) were found in the items corresponding to the actions of following pharmacological treatment, ingesting a low-salt diet and taking the flu vaccine annually. **Conclusion:** The sample of this study showed satisfactory self-care behavior, demonstrating that patients followed by telephone consultation during social distancing remain engaged and empowered to perform self-care.

Keywords: Heart Failure, Self-care, Telemonitoring, COVID-19, Nursing.

¹ Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca seguidos por una clínica especializada durante la pandemia de COVID-19. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, realizado en una consulta multidisciplinaria especializada, durante el seguimiento por consulta telefónica. Se utilizó la Versión Brasileña del instrumento European Heart Failure Self-care Behavior Scale, los datos fueron recolectados entre abril y julio de 2021. **Resultados:** La muestra tuvo una media de 25,64 ($\pm 6,53$). Los mayores porcentajes en el puntaje 5 (totalmente en desacuerdo) se evidenciaron en los ítems correspondientes a las acciones de búsqueda de ayuda para ganar peso en un corto período de tiempo, seguimiento diario del peso y realización regular de ejercicio físico. Los porcentajes más altos en el puntaje 1 (totalmente de acuerdo) se encontraron en los ítems correspondientes a las acciones de seguir tratamiento farmacológico, ingerir una dieta baja en sal y vacunarse contra la gripe anualmente. **Conclusión:** La muestra de este estudio mostró un comportamiento de autocuidado satisfactorio, demostrando que los pacientes seguidos por consulta telefónica durante el distanciamiento social permanecen comprometidos y empoderados para realizar el autocuidado.

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca, Autocuidado, Telemonitorización, COVID-19, Enfermería.

INTRODUÇÃO

No mundo estima-se que cerca de 23 milhões de pessoas convivam com a Insuficiência Cardíaca (IC). Além da sua alta incidência, a síndrome apresenta um prognóstico preocupante, com sobrevida depois de 5 anos de diagnóstico de 35% (ROHDE LEP, et al., 2018). O seu perfil epidemiológico está associado com aumento da expectativa de vida, e sua associação entre as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e multicomorbidades crônicas que são capazes de acentuar processo fisiopatológico da IC, o que justifica as maiores taxas de hospitalizações e mortalidade relacionadas a ela, neste corte populacional (DOURADO MB, et al., 2019).

Quando analisamos os fatores associados às internações, destaca-se a descompensação da doença relacionada a dificuldade de adesão ao tratamento e reconhecimento dos sinais e sintomas de agravo da síndrome (MEGIATI HM, et al., 2022). O autocuidado é fundamental para mudança deste cenário, reduzindo agravos agudos e hospitalizações (LINN AC, et al., 2016). Apesar dos benefícios já evidenciados na literatura, estudos destacam que pacientes com IC apresentam dificuldade de implementar autocuidado (GUERREIRO MARJ, 2019 e CUNHA DCPT, et al., 2021).

Diante disto, a literatura aborda algumas práticas que fortalecem competências para o autocuidado, dentre essas estratégias, diretrizes de IC apontam os programas especializadas em IC constituída por equipe multiprofissional como “padrão-ouro” na assistência a esses pacientes, proporcionando atividades integradas de acompanhamento que visam orientar os pacientes sobre a doença e sua terapêutica, assim como estimular o autocuidado (ROHDE LEP, et al., 2018; MCDONAGH TA, et al., 2021).

Neste cenário, destaca-se a clínica em que este estudo foi realizado, uma clínica especializada da cidade de Niterói, vinculada a uma universidade pública do estado do Rio de Janeiro, composta por equipe multiprofissional, com atendimentos ambulatoriais (BANDEIRA GMDS, et al., 2019).

Diante da pandemia pela COVID-19, foi necessário remodelar a forma de atendimento, e instituindo-se a consulta telefônica sob a luz do modelo *Primary Nursing*, utilizando como suporte à Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) para fornecimento de materiais educativos e orientações para os pacientes. A partir deste modelo, considera o profissional de enfermagem a referência, que permite o elo entre o paciente e a equipe multiprofissional (FIGUEIREDO LS, et al., 2020).

A pandemia despertou grande preocupação em relação aos pacientes com IC, por apresentarem maior vulnerabilidade à infecção e de evoluir para um quadro clínico mais grave, caso infectado (BAGUDÁ JJ, et al., 2020). Esses aspectos enfatizaram a importância de incentivar o distanciamento social nestes pacientes. Desta forma o modelo estabelecido, permitiu a continuidade do acompanhamento, com ênfase às práticas de autocuidado, evitando descompensação da doença, sem renunciar às medidas preventivas para COVID-19, como o distanciamento social (XAVIER CA, et al., 2020; RODRIGUES MA, et al., 2021).

Diante desta perspectiva, este estudo buscou analisar o comportamento de autocuidado e as variáveis clínicas e sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por uma clínica especializada durante a pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma clínica especializada, em atendimento remoto de pacientes com IC, acompanhados por equipe multiprofissional. Este estudo foi construído de acordo com o desenho proposto pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

A pesquisa foi realizada através de consulta telefônica durante a pandemia da COVID-19, e a coleta de dados aconteceu no período abril de 2021 a julho de 2021. Antes da coleta, os pacientes em acompanhamento, foram contatados e convidados a participar da pesquisa. Posteriormente foi encaminhado para os interessados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e para confirmação da participação foi solicitado consentimento gravado ou devolução do documento devidamente assinado, por meio digital.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), admitiu neste momento em particular, formas alternativas para obtenção do consentimento, dentre elas destacam-se o encaminhamento do consentimento por meios digitais, com devolução do documento devidamente assinado em cópia digital; consentimento em plataforma eletrônica e consentimento gravado por telefone ou aplicativo de comunicação (BRASIL, 2020). As comprovações de consentimento foram devidamente arquivadas, para quando possível, obter-se os consentimentos físico assinados.

Constituíram a amostra pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de IC que estão em acompanhamento na modalidade remota e que apresentavam a capacidade de comunicação preservada, pacientes com comprometimento cognitivo, que impedisse a participação, foram excluídos do estudo. Foi considerado uma amostra de conveniência de 42 pacientes.

Foram analisadas variáveis sociodemográficas e clínicas e o comportamento de autocuidado. Dentre as sociodemográficas destacaram-se o sexo, cor autorreferida, fonte de renda, escolaridade, estado civil, existência de filhos e idade. Já em relação as variáveis clínicas, foram analisadas a classificação funcional da doença, presença de comorbidades associadas, etiologia da doença, hábitos nocivos, tais como tabagismo e etilismo, vacinação, tempo de diagnóstico doença e tempo do início do tratamento. A coleta dessas variáveis clínicas e sociodemográficas ocorreram através de um questionário estruturado, elaborado pela equipe.

Para avaliação do autocuidado utilizou-se o instrumento validado, e adaptado transculturalmente, denominado Versão Brasileira da *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS,). O instrumento é composto por 12 questões com um único domínio, relacionado ao comportamento de autocuidado, a pontuação total é obtida pela soma de todas as respostas, que podem variar de 12 a 60, quanto menor a pontuação, melhor o comportamento de autocuidado (FEIJÓ M K, et al., 2012).

Para evitar viés e garantir resultados precisos, a coleta foi realizada por pesquisadores treinados, as informações foram coletadas através do testemunho verbal dos pacientes e registradas nos instrumentos de coleta. Posteriormente os dados coletados foram inseridos no Microsoft Excel, tabulado e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20. As variáveis categóricas foram expressas através de distribuições de frequências, e as contínuas com cálculo de média, mediana e desvio padrão, de acordo com o comportamento das variáveis identificado pelo teste Shapiro-Wilk.

O estudo constitui um subprojeto vinculado à pesquisa "IC no BOLSO: Aplicativo de acompanhamento remoto da Insuficiência Cardíaca Crônica", registrado na Plataforma Brasil sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 57074515.8.0000.5243, e aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa, com Número do Parecer 2.114.633. A pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, que dispõe a respeito das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Durante o período do estudo 54 pacientes eram potencialmente elegíveis. Oito não aceitaram participar e quatro não foi possível contato até a finalização da coleta, totalizando a amostra de 42 pacientes. Quanto a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, observa-se distribuição semelhante entre homens e mulheres, idade média de 68 \pm (12,5) anos, 42,9% se autodeclararam da cor branca, 66,7% são aposentados, 61,9% possuem baixa escolaridade (ensino fundamental), 59,5% casados, 90, 5% possuem filho e residem juntos com uma média de 2,1 (\pm 1,6) pessoas. A **Tabela 1** apresenta as características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográficas dos pacientes com insuficiência cardíaca (n=42).

Características sociodemográficas	Total n (%)	Média	Mediana	Desvio Padrão
Sexo				
Masculino	21 (50)	-	-	-
Feminino	21 (50)	-	-	-
Cor autorreferida				
Branca	18 (42,9)	-	-	-
Parda	12 (28,6)	-	-	-
Negra	12 (28,6)	-	-	-
Fonte de renda				
Aposentado	28 (66,7)	-	-	-
Pensionista	3 (7,1)	-	-	-
Sem renda	4 (9,5)	-	-	-
Empregado	5 (11,9)	-	-	-
Desempregado	2 (4,8)	-	-	-
Escolaridade				
Analfabeto	1 (2,4)	-	-	-
Fundamental	26 (61,9)	-	-	-
Médio	10 (23,8)	-	-	-
Superior	4 (9,5)	-	-	-
Pós-graduação	1 (2,4)	-	-	-
Estado Civil				
Solteiro	4 (9,5)	-	-	-
Casado	25 (59,5)	-	-	-
Viúvo	10 (23,8)	-	-	-
Divorciado	3 (7,1)	-	-	-
Tem filhos				
Não	4 (9,5)	-	-	-
Sim	38 (90,5)	-	-	-
Idade	-	68,0	67,0	12,5
Mora com quantas pessoas	-	2,1	2,0	1,6

Fonte: Leal JSS, et al., 2023.

Já em relação as características clínicas, quanto a classificação funcional NYHA, que possibilita classificar a extensão da insuficiência cardíaca, observou-se que amostra deste estudo possuía maior prevalência na classe funcional NYHA II (52,4%), que corresponde à pacientes levemente assintomáticos, que apresentam sintomas desencadeados por atividades habituais.

Entre as comorbidades, a mais frequente na amostra é hipertensão arterial sistêmica (HAS) (78,6%), seguida de diabetes mellitus (DM) (40,5%). Quanto a etiologia da IC, destaca-se a origem isquêmica (56,1%). Quanto a vacinação notou-se que toda a amostra realizou a primeira dose para COVID-19 (100%), e 95,2% realizaram a segunda dose, 95,2% foram imunizados contra Influenza e 9,5% foram imunizados contra Pneumococo. Dentre os participantes da amostra 7,1% declaram-se tabagistas e 14,3% etilistas, como demonstrado na **Tabela 2**.

O tempo de doença a média foi de 10,2 anos e o início de tratamento 9,8 anos. Em relação ao score total da Versão Brasileira da EHFSBS obtido pelos participantes, observa-se uma média de 25,64 ($\pm 6,53$). A **Tabela 2** apresenta a estatística dessas principais variáveis clínicas.

Tabela 2 - Caracterização clínica dos pacientes com insuficiência cardíaca (n=42).

Características Clínicas	Total n (%)	Média	Mediana	Desvio Padrão
NYHA				
I	12 (28,6)	-	-	-
II	22 (52,4)	-	-	-
III	8 (19,0)	-	-	-
Comorbidades				
Hipertensão Arterial Sistêmica	33 (78,6)	-	-	-
Infarto Agudo do Miocárdio	10 (23,8)	-	-	-
Diabetes Mellitus	17 (40,5)	-	-	-
Dislipidemia	10 (23,8)	-	-	-
Provável etiologia				
Isquêmica	23 (56,1)	-	-	-
Hipertensiva	12 (29,3)	-	-	-
Miocardite	3 (7,3)	-	-	-
Alcoólica	1 (2,4)	-	-	-
Idiopática	2 (4,9)	-	-	-
Hábitos				
Tabagismo	3 (7,1)	-	-	-
Etilismo	6 (14,3)	-	-	-
Imunização				
Vacina COVID-19 (dose 1)	42 (100)	-	-	-
Vacina COVID-19 (dose 2)	40 (95,2)	-	-	-
Influenza	40 (95,2)	-	-	-
Pneumococo	4 (9,5)	-	-	-
Condição de doença				
Tempo de doença (em anos)	-	10,2	8,0	6,8
Início do tratamento (em anos)	-	9,8	8,0	6,6
Score Total da Versão Brasileira	-	-	25,5	6,53
Versão Brasileira da EHFSBS	-	25,64	-	-

Fonte: Leal JSS, et al., 2023.

No que se refere ao padrão de resposta de cada item da Versão Brasileira da EHFSBS, a distribuição por cada item encontra-se padronizada na (**tabela 3**). Os maiores percentuais em discordo plenamente, foram evidenciados nos itens 5 (50%), 1 (40,5%) e 12 (38%), correspondente respectivamente as ações de buscar

ajuda no aumento de peso em curto intervalo de tempo, vigilância diária do peso e realizar exercício físico regularmente.

Em relação aos maiores percentuais em concordo totalmente, que corresponde à maior adesão, verificou-se nos itens 10 (95,2%), 9 (92,8%) e 11 (83,3%), correspondendo as seguintes ações respectivamente: seguir tratamento farmacológico; ingerir uma dieta com pouco sal; tomar a vacina contra gripe anualmente. Os demais itens também obtiveram maior percentual em concordo totalmente, porém com distribuição mais balanceada entre os escores, conforme demonstrado na **tabela 3**.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com a resposta de cada item da Versão Brasileira da EHFSBS.

Versão Brasileira EHFSBS	Total				
	Concordo Plenamente	Quase sempre concordo	Às vezes concordo	Quase nunca concordo	Discordo Plenamente
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Eu me peso todos os dias	6 (14,3)	3 (7,1)	10 (23,8)	6 (14,3)	17 (40,5)
2. Se sinto falta de ar, repouso	23 (54,8)	6 (14,3)	6 (14,3)	3 (7,1)	4 (9,5)
3. Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	28 (66,7)	1 (2,4)	3 (7,1)	0	10 (23,8)
4. Se meus pés e pernas se tornam mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	30 (71,4)	4 (9,5)	1 (2,4)	2 (4,8)	5 (11,9)
5. Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou serviço de saúde)	15 (35,7)	1 (2,4)	3 (7,1)	2 (4,8)	21 (50)
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais que 1,5 a 2l por dia)	27 (64,3)	8 (19)	3 (7,1)	2 (4,8)	2 (4,8)
7. Descanso durante o dia	27 (64,3)	3 (7,1)	5 (11,9)	3 (7,1)	4 (9,5)
8. Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou serviço de saúde)	24 (57,1)	2 (4,8)	4 (9,5)	3 (7,1)	9 (21,4)
9. Ingiro uma dieta com pouco sal	39 (92,8)	1 (2,4)	2 (4,8)	0	0
10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	40 (95,2)	1 (2,4)	0	0	1 (2,4)
11. Tomo a vacina contra gripe todos os anos	35 (83,3)	2 (4,8)	3 (7,1)	0	2 (4,8)
12. Faço exercícios regularmente	11 (26,2)	3 (7,1)	5 (11,9)	7 (16,7)	16 (38,0)

Fonte: Leal JSS, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Quando comparado a outros estudos brasileiros, nota-se que a distribuição entre homens e mulheres da amostra diverge dos outros achados, onde maior parte é constituída pelo sexo masculino (CRUZ IO, et al., 2022). Porém, um estudo que avaliou a estatística cardiovascular na população brasileira, mostrou uma mudança da distribuição da IC entre os sexos, com aumento da prevalência no sexo feminino (OLIVEIRA GMM, et al., 2020), demonstrando que apesar de divergir com os achados de outros estudos esta amostra

apresenta semelhanças às mudanças epidemiológicas da IC no Brasil. Em relação a idade, os pacientes possuem uma média superior ao encontrados em outros estudos nacionais que avaliam pacientes acompanhados ambulatoriamente (MEDEIROS J e MEDEIROS CA, 2017; COSTA FBS, et al., 2020).

De acordo com o estudo BREATHE, existe um predomínio de pacientes idosos na região Sul e Sudeste, quando comparada com outras regiões brasileira (ALBUQUERQUE DC, et al., 2015), este perfil pode justificar um maior número de idosos nesta amostra, quando comparado com os outros estudos que ocorreram na região nordeste.

Outra característica sociodemográfica que se destacou foi a escolaridade, em que amostra apresenta uma baixa escolaridade, cursando em sua maioria até o ensino fundamental, semelhante a outro estudo nacional (MEDEIROS J e MEDEIROS CA, 2017). De acordo com Cruz IO, et al. (2022), a baixa escolaridade está associada a inadequada literacia em saúde, uma realidade que possui impacto direto na promoção do autocuidado. Observou-se que a amostra desse estudo em sua maioria é casada, possuem filhos e residem em média com mais de duas pessoas, essas características nos remetem a possibilidade desses indivíduos possuírem uma rede de apoio (MEGIATI HM, et al., 2022), destacam em seu estudo que o apoio social, emocional e afetivo é um fator que contribui na adesão ao tratamento, uma vez que fortalece a confiança para o autocuidado de pacientes com IC (CUNHA DCPT, et al., 2021).

Em relação as características clínicas, nota-se que a amostra é composta majoritariamente por pacientes com classe funcional NYHA II (52,4 %), com comorbidade associada hipertensão arterial sistêmica (78,6%) e IC de origem isquêmica. A classe funcional majoritária na amostra desse estudo foi semelhante ao encontrado em outros estudos brasileiros (CUNHA DCPT, et al., 2021; COSTA FBS, et al., 2020), este achado justifica-se, uma vez que se espera encontrar em nível ambulatorial pacientes mais estáveis e com sintomas mais brandos. A ausência de sintomas severos permite que pacientes com NYHA I e II, tornem-se potencialmente mais ativos e empoderados para o autocuidado (XAVIER CA, et al., 2020).

Quanto a etiologia da IC e as comorbidades associadas, os achados deste estudo se assemelha ao encontrado em outros estudos nacionais (MEDEIROS J e MEDEIROS CA, 2017; CUNHA DCPT, et al., 2021; COSTA FBS, et al., 2020) e internacional (TRIPOSKIADIS F, 2016). O estudo BREATHE, demonstrou que as principais etiologias da IC no Brasil, assim como as encontradas neste estudo é isquêmica seguida de hipertensiva, quanto as comorbidades associadas mais frequentes o estudo encontrou respectivamente HAS, dislipidemia e DM, o que se assemelha aos achados deste estudo que foram respectivamente HAS, DM e dislipidemia (ALBUQUERQUE DC, et al., 2015).

A associação de multimorbidades é abordado na literatura como fator limitador da prática do autocuidado, devido as repercussões fisiopatológicas associada a dificuldade de conciliar as diferentes orientações de cuidados (XAVIER CA, et al., 2020). Por se tratar de uma realidade dos pacientes com IC, este é um ponto que requer atenção, pensando na implementação de estratégias de melhora para o autocuidado.

Alguns outros aspectos relacionados ao autocuidado de pacientes com IC são de extrema relevância e são apontadas nas diretrizes (ROHDE LEP, et al, 2018; MCDONAGH TA, et al., 2021), dentre eles destaca-se a vacinação, cessação do tabagismo e etilismo. Os pacientes deste estudo mostraram uma boa adesão a vacinação da COVID-19 e Influenza, além de cuidados com a saúde com baixas taxas de tabagismo e etilismo. Estas características da amostra, refletem um bom comportamento de autocuidado, no que se refere a adesão a mudanças do estilo de vida.

Em relação ao comportamento de autocuidado, avaliado pela Versão Brasileira do EHFSBS, a amostra obteve um score total médio de 25,64 (\pm 6,53). Embora não exista um valor de corte para EHFSBS, de acordo com os critérios estabelecidos pelas autoras, pode afirmar que os pacientes envolvidos no estudo possuem um comportamento de autocuidado satisfatório (JAARSMA T, et al., 2003).

Outro estudo que avaliou o comportamento de autocuidado de pacientes assistidos em um ambulatório de cardiologia, através da escala EHFSBS, evidenciou que os pacientes obtiveram média do score total de 30(\pm 7,4). Neste estudo os pacientes são acompanhados predominantemente pelo profissional médico, e em

alguns momentos pela enfermeira (COSTA FBS, et al., 2020). Outro estudo realizado no Rio de Janeiro, em uma clínica multiprofissional especializada em atendimento ambulatorial de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica, avaliou o autocuidado de pacientes, através da escala EHFScBS, e observou-se que a amostra obteve um score total médio de 28, 9 (\pm 6,58) (BANDEIRA GMDS, et al., 2019).

Levando em consideração esses achados, os pacientes avaliados obtiveram uma média inferior aos demais, demonstrando um melhor comportamento de autocuidado. Em análise das divergências entre os estudos percebeu-se que o que difere este estudo é o momento sanitário atípico e a incorporação do modelo de acompanhamento instituído, além da utilização das TIC como apoio. Estes achados nos fazem refletir acerca do impacto da COVID-19, o processo de adaptação dos pacientes ao novo modelo de acompanhamento, e os seus benefícios na saúde, como a melhora do autocuidado.

Em concordância com os achados, a atualização de tópicos emergentes da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca, traz como recomendação o monitoramento à distância para manejo da IC em período pandêmico, apresentando com nível de evidência A, o telemonitoramento destes pacientes como estratégia aplicável e benéfica, com desfechos significativos na redução de mortalidade e internação (MARCONDES-BRAGA FG, et al., 2021).

Com advento da revolução tecnológica dos últimos tempos, a utilização de dispositivos móveis, como *tablets* e *smatphones*, se tornaram cada vez mais populares, a principal característica dos dispositivos móveis é a quebra da limitação de mobilidade, desta forma, explorar dessas novas ferramentas constituem uma forma inovadora de fornecer educação em saúde, monitorar e assistir os pacientes, com o benefício de ser capaz de alcançar pessoas que não podem acessar os programas e serviços tradicionais, como ocorre no momento atual (ALLIDA S, et al., 2020).

Logo, a incorporação de tecnologias no processo de acompanhamento, nos abrem os olhos para possibilidades futuras de novos modelos de assistência a esses pacientes, favorecendo que o profissional de saúde possa intervir no tratamento do paciente à longa distância. Além disso, outro ponto que deve ser destacado, é a assistência ocorre sob a luz do modelo *Primary Nursing*. O maior contato de pacientes com enfermeiros é favorável ao autocuidado, devido a expertise deste profissional em relação ao cuidado não farmacológica, favorecendo a promoção para o autocuidado (BAGUDÁ JJ, et al., 2020).

Quando analisamos os padrões de respostas e distribuição de cada item da escala, foi verificado baixa adesão a verificação diária do peso, e a identificação de ganho de peso. Embora o ganho de peso não seja um sintoma típico de congestão encontrado em pacientes com IC, devido ao processo adaptativo (ROHDE LEP, et al., 2018), ainda é um sintoma que deve ser monitorizado pelos pacientes, devido a sua relação com quadros agudos, desta forma os achados permitem inferir sobre o conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a gestão de fluídos, assim como o não reconhecimento do ganho de peso em um curto intervalo de tempo como sinal de alerta para um quadro de descompensação (COSTA FBS, et al., 2020), interferindo negativamente na sua tomada de decisão, e atraso para buscar ajuda na sua ocorrência.

Outro padrão observado, diz respeito a baixa adesão dos pacientes à prática de atividade física, que por sua vez possui repercussões direta no sistema cardiovascular, na IC está relacionado a reabilitação cardiovascular com aumento progressivo da capacidade funcional, sendo um dos componentes do tratamento não farmacológico recomendado nas diretrizes de IC (ROHDE LEP, et al., 2018; MCDONAGH TA, et al., 2021). Muitas vezes as alterações fisiológicas decorrentes da IC, está associada a diminuição da capacidade de física influenciando na adesão à atividade física. Mas, quando analisamos o padrão observado neste estudo, é necessário levar em consideração o momento sanitário. A pandemia impactou na prática de exercícios físico, devido a diversos fatores, tais como indisponibilidade de estrutura física e acesso a espaços destinados para esta prática, aspectos emocionais e, principalmente, psicológicos (TAVARES CMM, 2021) que impactam na disposição para executar esta atividade (PITANGA FJG, et al., 2020). Em relação aos maiores percentuais em concordo plenamente, notou-se que foram nos tópicos referentes às práticas de autocuidado propriamente dita. O tratamento da IC é constituído de componentes farmacológicos e não farmacológicos, que devem ser empregadas de forma conjunta para obtenção de melhores resultados na qualidade de vida dos pacientes (ROHDE LEP, et al., 2018).

O tratamento farmacológico quando realizado de forma regular e contínua, modificam a evolução da IC, contribuindo na redução das hospitalizações. Quanto a terapêutica não farmacológica, a última diretriz brasileira de IC, destaca alguns componentes chaves que devem ser explorados pela equipe multiprofissional, dentre eles, destaca-se a restrição de sódio. A ingesta excessiva de sódio e líquidos está associado a um quadro de hipervolemia, que é percussor de quadro de descompensação, desta forma, a diretriz apresenta a recomendação de limitar a ingesta de sódio para 7g/ dia (ROHDE LEP, et al., 2018).

Os dados obtidos permitiram a identificação de fragilidades e potencialidades no comportamento e ações de autocuidado desenvolvidas pelos pacientes. Dentre as limitações e ações que precisam ser estimuladas e inseridas no comportamento dos pacientes, pontua-se aspectos relacionados a gestão de fluídos. Quanto as potencialidades, nota-se que assistência prestada em prol do empoderamento do paciente demonstra alcance dos objetivos, com entendimento e práticas de autocuidado estabelecida pelos pacientes em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Como limitação deste estudo, considera-se o tamanho da amostra, devido à dificuldade de recrutamento de participantes via telefone. Sugere-se uma ampliação do número de indivíduos participantes, em diferentes cenários de acompanhamento durante a pandemia, para melhor interpretação das fragilidades do comportamento de autocuidado, e sua associação com o momento pandêmico.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou que os pacientes com IC acompanhados por uma clínica multiprofissional especializada, através da consulta telefônica no período da pandemia da COVID-19 apresentaram comportamento de autocuidado satisfatório, demonstrando que apesar do distanciamento dos serviços ambulatoriais, os pacientes acompanhados por consulta telefônica se mantêm engajados e empoderados para realizar o autocuidado. Esse comportamento foi fundamental neste período, evitando que os pacientes recorressem aos serviços de saúde, ficando submetidos ao risco de infecção pela COVID-19. Ademais, o estudo contribuiu para melhor entendimento das fragilidades e potenciais do comportamento de autocuidado realizados pelos pacientes com IC, assim como a identificação dos fatores sociais e clínicos que interferem neste processo. Estes achados são de grande relevância, e podem nortear a equipe multiprofissional no desenvolvimento de intervenções e ações direcionadas para melhora do comportamento de autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE DC, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bra Cardiol*, 2015; 6(104): 1-10.
2. ALLIDA S, et al. Intervenções de educação de saúde móvel na insuficiência cardíaca. *Cochrane Library*, 2020. 1-70.
3. BAGUDÁ JJ, et al. Implicaciones de la pandemia por COVID-19 para el paciente con insuficiencia cardíaca, trasplante cardíaco y asistencia ventricular. *Recomendaciones de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Españ Cardiol*, 2020; 55(2): 94-102.
4. BANDEIRA GMDS, et al. Atuação do Pedagogo em uma Clínica Especializada em Insuficiência Cardíaca: Experiências e Reflexões. *Rev S Col Barueri*, 2019; 47(9):1140-4.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. 2020 Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Disponível em: <http://cep.uff.br/2021/02/26/orientacoes-para-procedimentos-em-pesquisas-com-qualquer-etapa-em-ambiente-virtual/>. Acessado em: 16 de agosto de 2021.
6. BRASIL. Resolução nº 466/ 2012, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acessado em: 10 de julho de 2021.
7. BUI AL, et al. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat rev cardiol*, 2011;8(1):30-41.
8. COSTA FBS, et al. Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. *Rev de Enfermagem da Ufsm*, 2020; 10: 1-16.

9. CRUZ, IO, et al. Telemonitoramento da Insuficiência Cardíaca – A Experiência de um Centro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2022; 118(3): 599-604.
10. CUNHA D.C.P.T., et al. Evolution of self-care in patients with heart failure at the first outpatient return and three months after hospital discharge. *Rev Lat-Amer Enferm*, 2021; 29(1): 1-9.
11. DOURADO MB, et al. Perfis clínico e epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca. *Rev de Enfermagem UFPE*, 2019; 13(1): 408-415.
12. FEIJÓ MK, et al. Adaptação transcultural e validação da *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* para o português do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012; 20(5).
13. FIGUEIREDO LS, et al. Acompanhamento remoto de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tempos de distanciamento social – COVID-19 à luz do modelo “Primary Nursing”. *Research, Society And Development*, 2020; 9(7): 1-17.
14. GUERREIRO MARJ. Telecuidado: uma estratégia para o autocuidado e qualidade de vida dos idosos com insuficiência cardíaca. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019; 86p.
15. JAARSMA T, et al. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*, 2003; 5(3): 363-70.
16. LINDEMANN IV, et al. Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2021; 70(1): 3-11.
17. LINN AC, et al. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras de Enferm*, 2016; 69(3): 500-506.
18. MARCONDES-BRAGA FG, et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. *Arq Bra Cardiol*, 2021; 6(116): 1174-1212.
19. MCDONAGH TA, et al. Diretrizes ESC 2021 para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crônica, 2021; 42(36): 3599-37.
20. MEDEIROS J e MEDEIROS CA. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enferm*, 2017; 3(22): 1-10.
21. MEGIATI HM, et al. Relação entre apoio social percebido e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2022; 35.
22. OLIVEIRA GMM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2020; 115(3): 308-439.
23. OSCALICES MIL, et al. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, 2019; 53(1): 1-7.
24. PITANGA FJG, et al. Atividade Física e Redução do Comportamento Sedentário durante a Pandemia do Coronavírus. *Arq Bras Cardiol*, 2020; 11: 1-3.
25. RODRIGUES MA, et al. Teleconsulta no serviço de atenção domiciliar na pandemia da COVID-19: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2021; 20.
26. ROHDE LEP, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras de Cardiol*. 2018; 111(3): 436-539.
27. TAVARES CMM. Impact of Covid-19 on mental health. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2021; 20 Suppl 1.
28. TRIPOSKIADIS F. Reframing the association and significance of co-morbidities in heart failure. *Eur*, 2016; 18(7): 744- 745.
29. XAVIER CA, et al. Construção de tecnologia educativa digital para o autocuidado em insuficiência cardíaca. *Research, Society And Development*, 2020; 9(8).