

Autocuidado como estratégia de manejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca

Self-care as a symptom management strategy in people with heart failure

Autocuidado como estrategia de manejo de los síntomas en personas con insuficiencia cardíaca

Letícia Katiane Martins^I ; Nen Nalú Alves das Mercês^I ; Ariana Rodrigues da Silva Carvalho^{II} ;
Shirley Boller^I ; Maria de Fátima Mantovani^I ; Rafael Castilhos da Silva Padilha^{III} 

^IUniversidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil; ^{II}Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil;

^{III}Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar estratégias adotadas para o manejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca. **Método:** estudo descritivo, quali-quantitativo, realizado em um Hospital Universitário no Paraná, com pessoas com diagnóstico de IC, utilizando instrumento de dados sociodemográficos e clínicos, entrevista aberta e a *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*, analisados por análise de conteúdo e análise de estatística descritiva. **Resultados:** entre 81 participantes, obteve-se média de 32,8 ($\pm 6,4$) pontos na *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*. Repouso, adesão às medicações e repouso em caso de falta de ar. Emergiram cinco categorias temáticas: cumprimento da prescrição médica e procura pelo serviço de saúde; automedicação; repouso e espera pela melhora; uso de terapias complementares e hábitos saudáveis foram comportamentos de autocuidado com melhor adesão. **Conclusão:** as principais estratégias para o manejo dos sintomas foram cumprimento da prescrição médica, procura pelo serviço de saúde, automedicação, repouso e espera pela melhora dos sintomas, uso de terapias complementares, e introdução e manutenção de hábitos saudáveis.

Descritores: Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Sinais e Sintomas; Autocuidado.

ABSTRACT

Objective: to evaluate strategies adopted for symptom management in people with heart failure. **Method:** descriptive, qualitative-quantitative study conducted at a University Hospital in Paraná with individuals diagnosed with heart failure. Data collection instruments included sociodemographic and clinical data, open interviews, and the *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*, analyzed through content analysis and descriptive statistics. **Results:** the average score on the *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* among 81 participants was 32.8 (± 6.4). Rest, medication adherence, and rest in case of shortness of breath were the most common self-care behaviors. Five thematic categories emerged: adherence to medical prescriptions and seeking healthcare services; self-medication; rest and waiting for improvement; use of complementary therapies; and healthy habits. **Conclusion:** the main strategies for symptom management were adherence to medical prescriptions, seeking healthcare services, self-medication, rest and waiting for symptom improvement, use of complementary therapies, and the introduction and maintenance of healthy habits.

Descriptors: Nursing; Heart Failure; Signs and Symptoms; Self Care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar las estrategias adoptadas para el manejo de los síntomas en personas con insuficiencia cardíaca. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo-cuantitativo, realizado en un Hospital Universitario en Paraná, con personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca. Se utilizó un instrumento para la recolección de datos sociodemográficos y clínicos, una entrevista abierta y la *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido y estadística descriptiva. **Resultados:** entre los 81 participantes, se obtuvo un promedio de 32,8 ($\pm 6,4$) puntos en la *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*. Las prácticas más frecuentes fueron el reposo, la adherencia al tratamiento farmacológico y el descanso ante la aparición de disnea. Emergieron cinco categorías temáticas: cumplimiento de la prescripción médica y búsqueda de atención sanitaria; automedicación; reposo y espera de la mejoría; uso de terapias complementarias; y adopción de hábitos saludables, los cuales fueron los comportamientos de autocuidado con mayor adherencia. **Conclusión:** las principales estrategias empleadas para el manejo de los síntomas fueron el cumplimiento de la prescripción médica, la búsqueda de atención sanitaria, la automedicación, el reposo y la espera de la mejoría de los síntomas, el uso de terapias complementarias y la adopción y mantenimiento de hábitos saludables.

Descriptores: Enfermería; Insuficiencia Cardíaca; Signos y Síntomas; Autocuidado.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) possui elevada prevalência e apresenta impacto considerável na mortalidade e qualidade de vida¹, tratando-se de um importante problema de saúde pública. A IC é uma síndrome que não pode ser completamente curada, exigindo gerenciamento constante e a longo prazo².

No Brasil, o estudo prospectivo BREATHE, que avaliou pacientes hospitalizados com IC em dois momentos (2011 a 2012 e 2016 a 2018), mostrou uma incidência cumulativa de mortalidade em 12 meses de 27,7%, com 24,3% de

readmissão hospitalar em 90 dias e 44,4% em 12 meses³. Segundo o autor, neste registro prospectivo, as taxas de mortalidade e readmissões foram maiores do que as relatadas globalmente,³ o que torna o problema ainda mais agravante no Brasil.

Somente no ano de 2023, o país apresentou um total de 206.978 internações por IC, com 24.271 óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 11,73%, e um custo hospitalar total de aproximadamente quatrocentos e oitenta e dois milhões de reais.⁴ Enquanto no ano de 2022, o número de internações foi ligeiramente menor (201.793), porém com aumento da taxa de mortalidade em 12,37%⁴.

O tratamento da IC compõe-se de medidas farmacológicas e não farmacológicas. O primeiro intenciona-se a minimizar os sintomas e reduzir a morbidade e as taxas de readmissões e óbitos decorrentes da IC⁵. O tratamento não farmacológico envolve gestão do estilo de vida por meio da mudança de hábitos e da promoção da adesão e persistência no tratamento, e são essenciais para a prevenção de eventos cardiovasculares e manejo da IC.¹ Tais mudanças incluem alimentação adequada, dieta hipossódica, redução de gorduras e alimentos processados; ingestão hídrica adequada; controle do peso, cessação do tabagismo; consumo adequado de álcool; atividade física de acordo com as condições do indivíduo, bem como a manutenção da atividade sexual. Crenças, valores e espiritualidade também podem ser fatores favoráveis à saúde^{1,6,7}.

A adesão ao tratamento está delineada como um importante componente do autocuidado na melhora de desfechos no contexto da IC.⁸ Devido à complexidade do tratamento farmacológico e não farmacológico, a necessidade de gerenciá-lo pode levar a falhas na adesão, o que é um forte preditor de hospitalizações em situações de IC².

A execução ou não de tais recomendações reflete, também, no autocuidado do indivíduo frente à sua condição de saúde. Considera-se autocuidado como a habilidade de cuidar de si e de desempenhar ações para promover, manter e proteger sua saúde. Dentro do autocuidado, o comportamento de *manejo* compreende as decisões tomadas em razão da percepção de algum sintoma ou sobre sua piora, e o comportamento de *manutenção* do autocuidado envolve a adesão às recomendações terapêuticas⁸.

Neste contexto, e considerando a IC um problema de saúde pública cuja prevalência e incidência se mantém em patamares elevados no Brasil, é necessária a adoção de comportamentos de autocuidado, com vistas ao manejo dos sintomas, para prevenção de descompensações clínicas, e recuperação da qualidade de vida.

Desta maneira, levantou-se como questão de pesquisa: quais as estratégias de autocuidado adotadas para o manejo dos sintomas entre pessoas com IC? Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar estratégias adotadas para o manejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para solidificar o estudo, utilizou-se do referencial teórico da Teoria de Manejo dos Sintomas, a qual possibilitou contextualizar o manejo dos sintomas na ótica da sua multidimensionalidade. Devido a escassez de estudos nacionais abordando a teoria em doenças cardiovasculares, principalmente a IC, este estudo será de forte importância para o desenvolvimento da teoria, da prática profissional em enfermagem, melhorando o cuidado ao indivíduo.

A Teoria de Manejo dos Sintomas (TMS) foi publicada em 1994 pelo corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, em São Francisco, Estados Unidos. Foi desenvolvida a fim de descrever o processo multidimensional de manejo dos sintomas e tem como pressuposto que o manejo eficaz de um sintoma ou conjunto de sintomas depende de três componentes e três domínios de enfermagem, que devem estar interligados⁹⁻¹¹.

Os três domínios de enfermagem que se interligam para o manejo dos sintomas são: a pessoa, o ambiente e a saúde e doença. O domínio Pessoa relaciona-se às variáveis intrínsecas ao indivíduo e sua forma de perceber e responder aos sintomas, como as variáveis pessoais, demográficas, psicológicas e sociológicas. No domínio Meio ambiente consideram-se as condições ou contextos em que cada sintoma acontece, incluindo variáveis físicas, sociais, culturais, como o domicílio, ambiente de trabalho, instituições de saúde, rede de apoio, relações interpessoais, crenças e valores do indivíduo. Por fim, o domínio Saúde e doença compreende variáveis exclusivas do estado de saúde e doença e seus fatores de risco associados, como doenças, lesões e/ou incapacidades⁹⁻¹¹.

Os componentes da TMS compreendem: experiência de sintomas, estratégia de manejo dos sintomas e resultados. O componente um, experiência dos sintomas, precede o componente estratégia para manejo dos sintomas e define-se como um processo dinâmico que inclui a percepção do indivíduo sobre um sintoma, a avaliação do seu significado e a resposta a algum sintoma^{9,11}. A percepção dos sintomas acontece quando o indivíduo identifica algum sentimento diferente do habitual, seja na frequência ou na gravidade^{11,12}, enquanto a avaliação ocorre quando o indivíduo realiza um julgamento sobre a gravidade e frequência do sintoma, sua origem, localização e impactos na vida diária e na rotina. A avaliação pode ser potencializada se, subjetivamente, o sintoma significa alguma ameaça à vida ou

se possui efeito incapacitante. Poderá potencializar o efeito negativo na avaliação do sintoma quando a pessoa busca estratégias para minimizá-lo e, ao fazê-lo, não percebe melhora, resultando em maior sofrimento¹¹.

Consecutivamente, o componente dois, estratégia de manejo dos sintomas, possui o objetivo de evitar, atrasar, aliviar ou minimizar a experiência do sintoma. Parte da avaliação individual, seguida da identificação de alguma intervenção que esteja relacionada ao domínio afetado do sintoma⁹.

São consideradas três vias ao planejar uma estratégia de manejo: reduzir a frequência dos sintomas; reduzir a gravidade dos sintomas; ou aliviar a angústia associada ao sintoma. É importante que a pessoa seja a responsável por manejar os sintomas, de forma independente ou com a ajuda de um familiar/cuidador, facilitando que ele próprio seja o protagonista da sua saúde, sempre que possível¹¹.

A TMS vem sendo amplamente estudada em diversas áreas da enfermagem¹³ e, no campo cardiovascular, estudos internacionais investigam esta temática explorando a teoria em pessoas com IC¹⁴⁻¹⁶ e em mulheres com síndrome coronariana aguda¹⁷. Porém, em nível nacional, não foram encontrados estudos que abordem a TMS com a IC.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, transversal, quali-quantitativo (QUAL+quan). A escolha pelo método QUAL+quan se justifica pela intenção de complementar os dados subjetivos oriundos das falas, com informações precisas resultantes da aplicação de um instrumento específico. O estudo atendeu as recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

A coleta dos dados qualitativos e quantitativos foi realizada simultaneamente, no período de janeiro a julho de 2023. No ambulatório de insuficiência cardíaca e nas unidades de internação (enfermarias, pronto-socorro e UTI anexa ao pronto-socorro) de um Hospital Universitário (HU), referência no atendimento da macrorregião oeste do Paraná.

Os participantes foram pessoas com diagnóstico de IC, selecionados de modo não-randômico, incluídos de acordo com os critérios de elegibilidade adotados: ter conhecimento do diagnóstico de IC; idade igual ou superior a 18 anos; capacidade para comunicação preservada. Foram excluídos os participantes com diagnóstico de IC recente (confirmado no período da coleta de dados); e com alterações cognitivas (perguntado o nome, data de hoje, dia da semana, local onde residia, local onde nasceu, local onde estava naquele momento), aquele que apresentasse mais de duas respostas incorretas era excluído do estudo. A seleção dos participantes foi realizada pelo prontuário eletrônico, e o recrutamento pessoalmente.

Foram coletados dados sociodemográficos (pessoais, e econômicos) e dados clínicos (histórico da doença atual, classificação da IC pela *New York Association*¹⁸, comorbidades, medicamentos de uso contínuo, hábitos de vida). A coleta foi realizada nos registros do prontuário eletrônico e complementada com o participante, por meio da técnica de entrevista.

Para a coleta dos dados subjetivos, realizou-se entrevista audiogravada, com a questão aberta: “Conte-me como o(a) senhor(a) se cuida ou o que realiza quando sente ou percebe algum sintoma relacionado ao seu problema no coração”. A questão investigou as estratégias adotadas para o manejo dos sintomas, e ao final, foi oferecida ao participante a audição da sua entrevista para validação.

Para a avaliação dos comportamentos de autocuidado, realizou-se aplicação da *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* (EHFScBs), que possui 12 questões com um único domínio. As respostas seguem uma escala de *Likert*, que variam entre 1 e 5 pontos, na qual 1 consiste em “concordo plenamente”, 2 “quase sempre concordo”, 3 “às vezes concordo”, 4 “quase nunca concordo” e 5 “discordo plenamente”. A pontuação total é obtida pela soma dos escores de todas as respostas, variando de 12 a 60 pontos. Quanto maior o escore obtido, menor é o autocuidado. Os itens correspondem aos comportamentos de autocuidado relacionados a verificação de peso diário, repouso, busca de ajuda pela equipe de saúde, restrição de líquidos, dieta, adesão às medicações, vacinação anual contra a gripe e prática de exercícios¹⁹. Os itens contemplam as estratégias de manejo dos sintomas que suscitam o autocuidado. Assim, o instrumento tornou-se útil na medida em que investiga o componente dois da TMS: estratégias para manejo dos sintomas⁹. Para este estudo, o índice de confiabilidade, medido pelo Alpha de Cronbach, foi de 0,46.

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se análise de conteúdo,²⁰ seguindo os passos de preparação e organização dos dados; transcrição das entrevistas e notas de campo; leitura dos dados organizados; codificação dos dados e organização em categorias temáticas; apresentação e descrição dos dados e categorias; interpretação dos dados.

Para a análise quantitativa, os dados coletados foram compilados em planilhas do *Microsoft Excel 2013*[®] e, posteriormente, processados e analisados nos programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS[®]), versão 26. Para as análises descritivas, utilizaram-se as medidas de proporção percentual para variáveis

categóricas e medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas. Foram testados os pressupostos das variáveis com os testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e homogeneidade (Teste de Levene). Para as variáveis de resposta das avaliações pela EHFScBS foi realizado o Teste de correlação de Pearson, com as variáveis idade (em anos), sexo, tempo de diagnóstico de IC (em anos), classe funcional, número de comorbidades, número de medicamentos de uso contínuo e escolaridade. Utilizou-se para as correlações dessas variáveis com os valores contínuos da EHFScBS, incluindo teste de correlação Pearson, Anova e teste T de *Student* para amostras independentes. O nível de significância assumido foi de 5%, sendo considerado estatisticamente significativo as variáveis com $p\text{-valor} < 0,05$.

O protocolo de pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando seus preceitos éticos e garantindo o anonimato, confidencialidade e privacidade dos dados dos participantes. Para codificação dos participantes utilizou-se o código identificador: P (participante); F ou M (feminino ou masculino); X (número em algarismos arábicos em ordem crescente dos participantes conforme coleta de dados).

RESULTADOS

Foram 81 participantes com IC, com características sociodemográficas apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes com IC em um Hospital Universitário (n=81). Cascavel, PR, Brasil, 2023.

Variáveis	n (%)	Média± DP	Mediana	Amplitude
Sexo				
Masculino	44 (54,3)			
Feminino	37 (45,7)			
Idade		66,81±12,8	69,00	25 a 93
Estado civil				
Casado(a)	43 (53,0)			
Viúvo(a)	22 (27,1)			
Solteiro(a)	7 (8,6)			
União estável(a)	3 (3,7)			
Separado(a)/divorciado(a)	6 (7,4)			
Escolaridade				
Sem instrução	13 (16,0)			
Ensino fundamental incompleto	46 (56,8)			
Ensino fundamental completo	6 (7,4)			
Ensino médio incompleto	6 (7,4)			
Ensino médio completo	9 (11,1)			
Ensino superior incompleto	1 (1,2)			
Cuidador principal				
Familiar	45 (55,6)			
Ele(a) mesmo(a)	24 (29,6)			
Ele(a) mesmo(a) e familiar	11 (13,6)			
Familiar e cuidador	1 (1,2)			

Legenda: DP=Desvio Padrão.

Entre os participantes, 54,3% são do sexo masculino (n=44), com idade média entre 66,81 anos, 53,0% casados e casadas (n=43), e 56,8% possuíam ensino fundamental incompleto (n=46). Contavam com um familiar responsável pelos seus cuidados com a saúde, 55,5% dos participantes (n=45).

Quanto às características clínicas, o tempo médio de diagnóstico de IC, em anos, foi de 7,16(±7,8) anos. A classe funcional de acordo com a NYHA foi, majoritariamente, CF II com 50% (n=40), seguido de CF III, com 32,5% (n=26), 10% (n=8) em CF IV e 7,5% (n=6) em CF I.

Em relação às comorbidades associadas, predominou a hipertensão arterial sistêmica (n=65; 80,2%), diabetes mellitus (n=36; 44,4%), doença renal crônica (n=17; 21%), dentre outras, em menor quantidade. Entre os participantes, 12,3% autorreferiram-se como tabagistas (n=10) e 6,2% como etilistas (n=5).

Quanto ao uso de medicamentos contínuos, os participantes usavam, em média, 8,26 (±3,96) tipos diferentes diariamente, variando entre zero e 21 medicamentos. Majoritariamente, uso do betabloqueador (n=77; 96,3%) seguido dos diuréticos de alça (n=59; 72,8%, e modificador lipídico (n=58; 71,6%).

O resultado da análise do comportamento de autocuidado avaliado pelo EHFScBs é apresentado na Tabela 2.

A média da pontuação total foi de 32,8 ($\pm 6,4$), com variação de 20 a 47 pontos. Quando analisadas as estratégias para o manejo de sintomas e do autocuidado, observa-se o destaque entre os extremos, 1 e 5, concordo plenamente e discordo plenamente, respectivamente.

Tabela 2: Análise descritiva da frequência dos itens do EHFScBs avaliados pelos participantes com IC em um Hospital Universitário (n=81). Cascavel, PR, Brasil, 2023.

Item	Questão	Média $\pm$ DP	Concordo plenamente 1	Quase sempre concordo 2	Às vezes concordo 3	Quase nunca concordo 4	Discordo plenamente 5
1	Peso-me todos os dias	4,47$\pm$1,00	1 (1,2)	5 (6,2)	9 (11,1)	6 (7,4)	60 (74,1)
2	Se sinto falta de ar, repouso	1,62$\pm$1,23	61 (75,3)	5 (6,2)	6 (7,4)	3 (3,7)	6 (7,4)
3	Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com o serviço de saúde	2,41 $\pm$ 1,67	44 (54,3)	2 (2,5)	10 (12,3)	8 (9,9)	17 (21,0)
4	Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com o serviço de saúde	2,59 $\pm$ 1,77	40 (49,4)	6 (7,4)	5 (6,2)	7 (8,6)	23 (28,4)
5	Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com o serviço de saúde	4,14$\pm$1,48	12 (14,8)	2 (2,5)	5 (6,2)	6 (7,4)	56 (69,1)
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 l por dia).	4,16$\pm$1,40	10 (12,3)	3 (3,7)	5 (6,2)	9 (11,1)	54 (66,7)
7	Descanso durante o dia	1,19$\pm$0,69	73 (90,1)	5 (6,2)	1 (1,2)	0	2 (2,5)
8	Se meu cansaço aumenta, entro em contato com o serviço de saúde	2,56 $\pm$ 1,72	41 (50,6)	2 (2,5)	10 (12,3)	8 (9,9)	20 (24,7)
9	Faço uma dieta com pouco sal	1,94 $\pm$ 1,40	52 (64,2)	4 (4,9)	11 (13,6)	6 (7,4)	8 (9,9)
10	Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	1,27$\pm$0,86	72 (88,9)	2 (2,5)	4 (4,9)	0	3 (3,7)
11	Tomo a vacina contra a gripe todos os anos.	2,22 $\pm$ 1,71	50 (61,7)	4 (4,9)	5 (6,2)	3 (3,7)	19 (23,5)
12	Faço exercícios regularmente	4,21$\pm$1,26	9 (11,1)	2 (2,5)	7 (8,6)	9 (11,1)	53 (65,4)

Legenda: DP=Desvio Padrão.

Os itens com menores médias e maior comportamento de autocuidado foram de 90,1% (n=73) para o Item 7 (descansar durante o dia), com média de 1,19 ($\pm 0,69$); 88,9% (n=72) para o Item 10 (tomar o medicamento conforme a prescrição), com média de 1,27 ($\pm 0,87$); e 75,3% (n=61) para o Item 2 (descansar em caso de falta de ar), com média de 1,62 ($\pm 1,23$).

Em contrapartida, os itens com maiores médias de pontuação e, consequentemente, menor comportamento de autocuidado foram: 74,1% (n=60) para o Item 1 (pesar-se diariamente), com média de 4,47 ($\pm 1,00$); 69,1% (n=56) para o Item 5 (procurar o serviço de saúde caso ganhar 2kg em uma semana), com média de 4,14 ($\pm 1,48$); 66,7% (n=54) para o Item 6 (limitar a quantidade de líquidos), com 4,16 ($\pm 1,40$); e 65,4% (n=53) para o Item 12 (fazer exercícios regularmente), com média de 4,21 ($\pm 1,26$).

Os testes de correlação das variáveis não mostraram associação, tampouco significância estatística entre as variáveis idade, sexo, tempo de diagnóstico de IC, classe funcional, número de comorbidades, número de medicamentos de uso contínuo e escolaridade, e o EHFScBs. As estratégias para manejo de sintomas vão ao encontro com os resultados apontados pelo instrumento EHFScBs e variam conforme o sintoma percebido ou a condição de saúde nas quais os participantes se encontram.

Considerando os dados das entrevistas que corroboram com os dados advindos do instrumento EHFScBs, emergiram cinco categorias temáticas: cumprimento da prescrição médica e procura pelo serviço de saúde; automedicação; repouso e espera pela melhora; uso de terapias complementares e introdução; e manutenção de hábitos saudáveis, apresentadas a seguir.

Cumprimento da prescrição médica e procura pelo serviço de saúde

Refere-se ao ato de tomar os medicamentos corretamente, seguindo a prescrição médica, nos horários certos e na quantidade correta, além de seguir as recomendações. Trata-se, também, da procura pelo serviço de saúde, seja o pronto socorro ao perceber algum sintoma ou ao realizar o acompanhamento médico regularmente. Esta categoria reforça os dados avaliados pela EHFScBs, no item 10 (tomar o medicamento conforme a prescrição).

[...] eu faço minhas consultas mensais [...], quando venho para cá é porque estou ruim mesmo, mas no posto de saúde vou todo mês, vou ao cardiologista a cada 2 meses e eu tomo os remédios corretamente (P44M).

Não tem o que fazer, é só internamento, só no hospital internado, eu procuro o médico. Não tem outra coisa, tem que procurar o médico urgente quando começa a inchar [...]. (P81M).

A experiência prévia de um sintoma influenciou na tomada de decisão das estratégias. Um dos relatos evidencia a importância da adesão à terapia medicamentosa, manifestando que a interrupção do uso dos medicamentos resultará em piora do quadro clínico e, por isso, segue a prescrição e realiza acompanhamento regular:

Remédio eu sempre tomo, se eu parar de tomar aquele remédio eu morro, tenho certeza disso. [...] Se eu parar 30 dias de tomar o remédio, o carvedilol, os sintomas voltam, com certeza voltam, não resta dúvida [...]. (P69M).

Repouso e espera pela melhora do sintoma

Destacam-se as estratégias relacionadas ao manejo dos sintomas de fadiga, dispneia, astenia e tontura. Nos casos em que há percepção destes sintomas, foi comum relatos de esperar passar, tomar água, ficar quieto(a), controlar a respiração, controlar a velocidade e a intensidade da atividade. Na compreensão de que não há o que fazer, os participantes acreditam que repousar e aguardar a melhora é sinônimo de não fazer nada e esperar passar.

Esta categoria converge com os dados evidenciados na EHFScBs, no item 2 e 7 (descansar em caso de falta de ar e descansar durante o dia).

Eu tenho que me sentar e abanar, puxar o fôlego, inspirar e expirar devagar. A enfermeira me ensinou a puxar o fôlego lentamente pelo nariz e soltar pela boca. [...] (P11M).

Ultimamente tinha que andar descansando, andava um tanto, descansava e esperava acalmar para começar a andar novamente (P28F).

Às vezes tenho que parar o que estou fazendo, fechar os olhos e tentar respirar o mais fundo que consigo. [...] Às vezes eu paro totalmente, fico quieta esperando melhorar para poder reagir novamente (P56F).

Automedicação

A automedicação foi uma estratégia adotada, principalmente, em relação ao ajuste das doses das medicações, como também na retirada do medicamento em virtude do surgimento de sintomas, como tontura, fadiga ou poliúria.

Eu tirei um remédio e não senti mais tontura. Eu tomo 11 remédios de manhã e pensei que isso não era bom. Eu tomava e ficava desacomodada. Então, eu tirei esse comprimido e comecei a tomar losartana novamente. Como tirei por conta vou ter que falar para o médico. Mas, parei de sentir essas coisas [...]. Quando o coração acelera, às vezes, eu tomo o propranolol que eu tomava e não podia ficar sem ele, até hoje se eu ficar sem ele o coração acelera (P71F).

[...] Eu tomo furosemida para tirar a água do corpo. O médico mandou tomar todo dia, mas não tomo porque me dá muita fraqueza se tomar todo dia (P43F).

Destaca-se o aumento da dose no uso do diurético furosemida como forma de amenizar o edema, quando sentiam os membros inferiores ou o corpo edemaciados.

[...] Se me sinto mais inchado aumento a dose do diurético, às vezes, até meio dia vou 8 vezes no banheiro, diminui o inchaço (P18M).

[...] Tomo um diurético a mais. Ele [o médico] falou que é bom para fazer xixi, pois eu fazia mais xixi (P29F).

Uso de terapias complementares

As terapias complementares, no uso de plantas medicinais na forma de chás e pomadas, foram utilizadas para o manejo dos sintomas. Os sintomas-alvo foram: fadiga, tosse, ansiedade, dor, edema de membros inferiores, inapetência, dor epigástrica, e para melhorar condições de saúde, ou seja, melhorar o diabetes, colesterol, sistema cardiovascular, entre outros. O uso dos chás foi realizado por automedicação, sem prescrição ou recomendação de profissional da saúde.

As principais ervas mencionadas foram: camomila, erva cidreira e alecrim, sendo que a camomila e a erva cidreira foram usadas como calmante e o alecrim por ser benéfico ao coração. Outras plantas foram mencionadas em menor frequência: raiz de salsa; cana do brejo; quebra pedra; hortelã, cavalinha; dentre outras.

Tomo chá de erva doce com alecrim, porque alecrim é bom para o coração, ou erva cidreira (P23F).

Às vezes quando estou inchada faço chá de cavalinha para urinar (P35F).

[...] faço chá de raiz de salsa, cana do brejo e quebra pedra para o rim, ajuda para infecção e para urinar bastante, as vezes tomo chá de hortelã (P17F).

Essa pomada canforada tira o calor dos meus pés e elimina a sensação de peso, só que agora está inchado novamente (P63M).

Demais estratégias complementares realizadas foram o escalda-pés, caracterizado pela imersão dos pés e pernas em sal e água como medida para diminuir o edema, referido como “salmoura”.

Eu passo salmoura, esquento a água numa panela vazia com sal e coloco os pés dentro, sinto como se tirasse todo o cansaço, e no outro dia os pés estavam secos, sem inchaço (P03M).

Para as pernas inchadas geralmente faço calda de salmoura quente e ergo as pernas, não fico debaixo de árvore (P40F).

Introdução e manutenção de hábitos saudáveis

Esta categoria compreende a adoção e a manutenção de hábitos saudáveis, além da realização de atividades de lazer e autocuidado. As ações de mudanças de estilo de vida por meio de hábitos saudáveis são a realização de exercícios físicos leves, interrupção do tabagismo e etilismo.

Eu faço minhas caminhadas dentro do meu condomínio. [...] Ando quase todos os dias, pelo menos três voltas no condomínio, mesmo que canse [...] Para diminuir o cansaço eu faço exercícios, caminho, tento não ficar parado, pois é pior se ficar muito tempo parado na cama ou no sofá (P07M).

Parei de beber e de fumar antes do infarto, parei por vontade própria, estava tomando de forma exagerada, e queria cuidar da minha saúde (P11M).

Quando estou triste eu vou ver minhas plantas, vou na rua e logo passa (N71F).

Portanto, foram identificadas algumas estratégias de manejo de sintomas, relacionadas a IC e outras causas. Observou-se que as falas não só corroboraram com os dados obtidos na EHFSBs, como também os complementam, com outras estratégias de manejo que não são avaliadas pela EHFSBs, dentre elas a automedicação e uso de terapias complementares.

DISCUSSÃO

A estratégia de manejo dos sintomas tem o objetivo de evitar, atrasar ou aliviar a experiência do sintoma, reduzindo a frequência, a gravidade ou a angústia. É responsável pelo manejo dos sintomas a própria pessoa, podendo contar com a ajuda de familiar e/ou cuidador⁹, como foi o caso da maioria dos participantes deste estudo.

As comorbidades fazem parte do domínio Saúde e Doença e interferem na experiência e manejo dos sintomas, destacando-se, neste estudo, a alta incidência de comorbidades entre os participantes⁹. As comorbidades observadas estão consistentes com outras pesquisas realizadas no Brasil^{21,22} e na Turquia,²³ sobretudo a hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Os medicamentos de uso contínuo relacionados ao tratamento da IC seguem o recomendado pelas diretrizes de tratamento da doença, e sustentam os resultados de outros estudos ao apresentar o uso de betabloqueadores, diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, dentre outros²⁴.

Na perspectiva das estratégias para o manejo de sintomas e o autocuidado, a EHFSBs possui os comportamentos necessários para o autocuidado na IC: o reconhecimento dos sinais e sintomas de exacerbação e a tomada de decisão quando há a percepção destes sintomas¹⁹.

A média total para o comportamento de autocuidado deste estudo foi de 32,8 (+6,4) pontos. Resultados com médias semelhantes foram encontrados em estudos realizados na Coreia²⁵, no Japão²⁶ e no Brasil²⁷, contudo, também há estudos que apontaram médias inferiores, ou seja, melhores comportamentos de autocuidado^{19,28}.

Estudos desenvolvidos na Índia, Suíça e Islândia, encontraram resultados da EHFSBs superiores aos deste estudo²⁹⁻³¹, indicando pior comportamento de autocuidado. Na Índia²⁹ e na Suíça³⁰, os pesquisadores verificaram pontuação média de 45,0 e 41,09 pontos na EHFSBs, enquanto na Islândia, houve média de 57,2³¹.

No presente estudo, os itens que apresentaram melhor comportamento de autocuidado pelos participantes são o repouso ao estar com dispneia, descanso, adesão à prescrição médica e à dieta hipossódica. Os dados corroboram um estudo desenvolvido na Coreia, no qual foram identificados resultados similares²⁵.

Por outro lado, quando se trata de menor autocuidado entre os participantes, os itens com pior comportamento foram os relacionados ao monitoramento diário do peso, exercício regular, restrição de líquidos e procura pelo serviço

em caso de ganho de peso. Um outro estudo realizado no Brasil também identificou os mesmos comportamentos como mais comprometidos, com exceção de ganho de peso²⁷. As estratégias analisadas da EHFScBs e das falas dos participantes emergiram de forma clara e consistente. Neste caso, o repouso em casos de dispneia, repouso durante o dia e uso do medicamento conforme a prescrição médica.

Na Etiópia, estudo abordando a TMS em pacientes com IC apresentaram estratégias de manejo dos sintomas semelhantes ao presente estudo, sendo ela adesão à medicação, descanso adequado, acompanhamento à consultas regulares, modificações na dieta, envolvimento em exercícios e monitoramento de peso, uso de produtos herbais e evitar hábitos prejudiciais¹⁴.

O relato de cumprimento da prescrição médica reflete a experiência e percepção subjetiva de adesão à terapia medicamentosa. A estratégia de seguir a prescrição médica foi relatada em estudos realizados em países da Europa³², Ásia¹⁶ e Estados Unidos da América (EUA)³³. Na Europa, 78,8% dos participantes tomam o medicamento, de acordo com a prescrição médica e 71% não esqueciam de tomá-los³². No estudo desenvolvido na Itália também evidenciou que 90% dos participantes nunca esqueceram de tomar as medicações e enfatizaram que os mais idosos usam lembretes para lembrar do horário correto³⁴, o que se assemelha ao presente estudo, tendo em vista o auxílio do familiar para os cuidados realizados.

No estudo desenvolvido nos EUA, alguns participantes tinham a crença de que quem deve controlar a dose e o horário para administração dos medicamentos são seus familiares ou eles próprios. Em contrapartida, alguns participantes consideravam o controle dos medicamentos como de responsabilidade do profissional de saúde³³.

O descanso, em caso de dispneia e de repouso diário, pode refletir bons comportamentos em saúde, se realizado com cautela. Identificou-se o ato de dormir e repousar como estratégias para alívio dos sintomas, principalmente para a fadiga³⁵ e inspiração profunda para controle da dispneia¹⁶.

A prática de não fazer nada, esperar passar e manter a calma são estratégias não farmacológicas, cognitivo-comportamentais¹⁶, também relatados em estudos realizados nos EUA³⁶, Ásia¹⁶ e China^{37,38}. Tal comportamento pode causar complicações, pois negligenciar o sintoma acreditando que irá melhorar espontaneamente leva à demora na busca do serviço de saúde, agravando o quadro clínico³⁶.

Um estudo realizado na região Nordeste dos EUA, ao identificar a resposta aos sintomas em pessoas com IC relacionada à busca de cuidados, verificou que o atraso na procura por um serviço de saúde foi justificado pela tentativa de uso de relaxamento, na qual poucos participantes buscaram ajuda de profissional de saúde ou serviço. O atraso pode ser justificado pela dificuldade em reconhecer os sintomas relacionados à IC, atribuindo-os a outras causas, como quadro gripal ou fadiga³⁶.

Paradoxalmente, houve relatos de estratégias não avaliadas pela EHFScBs: automedicação e uso de terapias complementares. A automedicação foi relatada por meio de ajuste de doses do diurético ou na ocorrência de efeito adverso atribuído a algum medicamento. Outros estudos, desenvolvidos nos EUA³⁵ e no Japão³⁸ identificaram o manejo de diuréticos e outros medicamentos para controle do edema, dor e controle da diabetes³⁵.

No entanto, a segurança e a qualidade do autocuidado relacionadas ao uso de medicamentos selecionados pelo paciente são desconhecidas; tomar doses extras de medicamentos prescritos pode prejudicar o tratamento dos sintomas de agravamento da IC e até contribuir para resultados adversos³⁵.

Com relação às abordagens de terapias complementares, foram adotados comportamentos especialmente relacionados ao uso de chás para sintomas relacionados à IC, quanto para outras causas, como controle da diabetes e hipertensão, resfriados, ansiedade ou insônia. Um estudo brasileiro aponta o uso de chás como medidas de manejo de sintomas entre portadores de IC³⁹. No entanto, os estudos em IC são incipientes, havendo publicações em populações com outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes⁴⁰.

Os chás e outras práticas naturais complementares, como recursos de manejo dos sintomas e da doença, refletem a necessidade de considerar as raízes e os significados culturais atribuídos a tais práticas terapêuticas na abordagem do cuidado em saúde, que devem ser consideradas no plano terapêutico da pessoa⁴⁰.

Outro comportamento para manejar o sintoma e a doença, foi a introdução de hábitos saudáveis, principalmente a interrupção do tabagismo e/ou etilismo, realização de exercício físico e adoção de uma dieta equilibrada, na redução de sódio, gordura e açúcares. As estratégias para manejo dos sintomas na IC incluem a nutrição saudável, e/ou com restrição de sódio^{16,33}. Entretanto, há falta de conhecimento da quantidade de sódio se pode ingerir³³.

A prática do exercício físico e dieta com baixo teor de sal foi observado 40,2% dos participantes com IC em um estudo desenvolvido no Japão. Contudo, 80,4% confiavam plenamente na eficácia dos medicamentos que utilizaram da última vez para o alívio dos sintomas³⁸.

A dificuldade em controlar o peso e a ingestão de líquidos prejudica a prevenção da retenção hídrica e sinais de congestão. O ganho de peso está relacionado à sinais de congestão sistêmica e pesar-se diariamente implica em perceber este sintoma. Contudo, os participantes demonstram reconhecer sinais de congestão quando referem o uso de diuréticos extras para aliviar o edema.

O monitoramento diário do peso é uma recomendação eficaz no controle da IC, e a retenção de líquidos é um sinal de piora e não adesão ao tratamento diurético. Além disso, pode ser o sinal clínico mais comum em pessoas com descompensação cardíaca¹.

O reconhecimento dos sintomas de descompensação dificulta o manejo e o autocuidado na IC. Um estudo na Suíça³⁰ revelou que 50% dos participantes não reconhecem a dispneia ou o edema como sintomas principais da IC, e 60% não tomar medidas para controlá-los e 43% buscaram orientação de profissional de saúde. Na adoção de medidas de manejo, 62% não reduziram o sal, 70% não regulariam a ingestão de líquidos e 83% não tomaria comprimido extra de diurético em caso de dispneia ou edema, 83% não consumiam dieta com baixo teor de sal quando faziam refeições fora de casa, 47% não tem hábito de pesar-se e 42% raramente ou nunca faziam exercícios físicos³⁰.

Em suma, as estratégias contempladas para manejo dos sintomas e autocuidado se alinham ao componente dois da TMS – estratégias de manejo dos sintomas. No entanto, a não realização das estratégias de maneira integral compromete a eficácia do manejo do sintoma.

Limitações do estudo

O presente estudo utilizou o instrumento EHFScBs, composto por 12 itens, que apresentou índice de confiabilidade de 0,46, valor inferior ao encontrado na validação brasileira do instrumento (alfa de Cronbach = 0,70). Tal discrepância pode ser atribuída ao perfil heterogêneo dos participantes e à ocorrência de efeitos teto ou chão nas respostas. Ressalta-se, entretanto, que essas limitações não comprometem os achados desta investigação, uma vez que o objetivo do estudo não foi realizar uma análise psicométrica do instrumento, mas sim avaliar as estratégias adotadas para o manejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca. Para estudos futuros, sugere-se, por meio de amostragem probabilística, uma homogeneidade entre os participantes de modo a permitir generalização dos dados.

Fundamentado em evidências científicas, este estudo oferece uma base consistente para o planejamento de ações de enfermagem na promoção e recuperação de saúde de pessoas com IC. Ao compreender as estratégias de manejo dos sintomas, o enfermeiro(a) poderá identificar e intervir em eventuais lacunas no cuidado, de modo a criar condições para a otimização do plano terapêutico no incentivo à adesão ao tratamento e promoção da autonomia do paciente para manejar sua saúde. Desta forma, o paciente se torna a pessoa que assume o papel central no seu próprio cuidado, o que poderá contribuir para melhor qualidade de vida.

Com uma abordagem inédita no contexto brasileiro, este estudo apresenta evidências pouco exploradas no país relacionando a IC com a TMS. Os resultados obtidos promovem o desenvolvimento da teoria, fortalecendo sua aplicação na prática de enfermagem.

CONCLUSÃO

A estratégia de manejo dos sintomas é realizada pela pessoa com IC e/ou por um familiar responsável pelo cuidado ou por ambos, para aliviar a intensidade e a frequência do sintoma e controlar a progressão da doença. As principais estratégias de autocuidado adotadas para o manejo dos sintomas deste estudo, foram: cumprimento da prescrição médica, uso correto dos medicamentos prescritos; procura pelo serviço de saúde quando percebido sintoma gerador de desconforto e sinais de descompensação clínica; automedicação com o uso de diuréticos para o controle do edema; repouso e espera pela melhora dos sintomas; uso de terapias complementares por meio de plantas medicinais; introdução e manutenção de hábitos saudáveis, relacionados a uma alimentação saudável e a interrupção do tabagismo e etilismo.

REFERÊNCIAS

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021 [cited 2024 Sep 12]; 42(36):3599-726. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.
2. Nordfonn OK, Morken IM, Bru LE, Larsen AI, Husebo AML. Burden of treatment on patients with chronic heart failure – a cross-sectional study. *Heart Lung*. 2021 [cited 2024 Sep 12]; 50(3):369-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.003>.
3. Albuquerque DC, Silva PGMB, Lopes RD, Hoffmann-Filho CR, Nogueira PR, Reis H, et al. Breathe investigators: in-hospital management and long-term clinical outcomes and adherence in patients with acute decompensated heart failure: primary results of the first Brazilian registry of heart failure (Breathe). *J Card Fail*. 2024 [cited 2025 Jan 10]; 30(5):639-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.08.014>.

4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Morbidade hospitalar do SUS. Insuficiência cardíaca. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.
5. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. Correction to: 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022 [cited 2024 May 03]; 145(18):e1033. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>.
6. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: from knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology, *Eur J Prev Cardiol*. 2021 [cited 2024 Jan 22]; 28(5):460-95. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>.
7. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018 [cited 2024 Nov]; 111(3):436-539. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>.
8. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the Self-care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009 [cited Nov 2024]; 24(6):485-97. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>.
9. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001 [cited Feb 2024]; 33(5):668-76. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>.
10. Humphreys J, Janson S, Donesky D, Dracup K, Lee KA, Puntillo K, et al. Theory of symptom management. In: Smith MJ, Liehr PR. *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. 2014:286-328.
11. Bender MS, Janson SL, Franck LS, Lee KA. Theory of symptom management. In: Smith MJ, Liehr PR. *Middle range theory of nursing*. New York: Springer publishing company. 2018 [cited Nov 2023]:147-77. DOI: <https://doi.org/10.1891/9780826159922.0008>.
12. Larson PJ. A Model for Symptom Management. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group. *Image J Nurs Sch*. 1994; 26(4):272-76.
13. Silva LAGP, Lopes VJ, Mercês NNA. Symptom management theory applied to nursing care: scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021 [cited Jan 2025]; 74(3):e20201004. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1004>.
14. Mulugeta H, Sinclair PM, Wilson A. The experience of people living with heart failure in Ethiopia: a qualitative descriptive study. *PLoS One*. 2024 [cited Jan 2025]; 19(10):e0310600. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310600>.
15. Lin CY, Hammash M, Mudd-Martin G, Biddle MJ, Dignan M, Moser DK. Older and younger patients' perceptions, evaluations, and responses to worsening heart failure symptoms. *Heart Lung*. 2021 [cited Aug 2024]; 50(5):640-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.05.005>.
16. Thida M, Asdornwiset U, Thosingha O, Dumavibhat C, Chansatitporn N. Symptom Experience, Symptom management strategies, and health related quality of life among people with heart failure. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2021 [cited Feb 2024]; 25(3):359-74. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/243557/170820>.
17. Cárdenas CYB, Cuevas VMC, Reyes JR. Experiencia del síntoma en el Síndrome Coronario Agudo: comprobación de un modelo conceptual. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2023 [cited Jan 2024]; 25. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.essc>.
18. The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. 9th ed Little, Brown & Co; Boston, Mass: 1994. pp. 253-56.
19. Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012 [cited Feb 2024]; 20(5):9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500022>.
20. Creswell JW, Creswell JD. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Penso, 2021. 241 p.
21. Leal JSS, Figueiredo LS, Oliveira MBO, Fiore ACM, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca em tempos da COVID-19. *REAS*, 2023 [cited Aug 2024]; 23(8):e12783. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12783.2023>.
22. Silva MAG, Brunori EHFR, Murakami BM, D'Agostino F, Lopes CT, Santos VB, et al. Predictors of self-care behaviors in individuals with heart failure in Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023 [cited Aug 2024]; 44:e20220357. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20220357.en>.
23. Seckin M, Petrie MC, Stewart S, Johnston BM. Descriptive qualitative study of breathlessness and its management of Turkish individuals with self-reported heart failure. *BMJ Open*. 2024 [cited Jan 2025]; 14(11):e088335. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088335>.
24. Espinosa B, Llorens P, Gil V, Rossello X, Jacob J, Herrero P, et al. Prognosis of acute heart failure based on clinical data of congestion. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2022 [cited Mar 2024]; 222(6):321-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2021.07.004>.
25. Ok JS, Choi H. Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. *Korean J Adult Nurs*. 2015 [cited Nov 2023]; 27:242-50. DOI: <https://doi.org/10.7469/kjan.2015.27.2.242>.
26. Yoshinaga R, Tomita K, Wakayama K, Furuta S, Miyamoto K, Matsuda Y, et al. Factors related to self-care behaviors among hospitalized patients with heart failure in Japan, based on the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *J Phys Ther Sci*; 2022 [cited Feb 2024]; 34(6):416-21. DOI: <https://doi.org/10.1589/jpts.34.416>.
27. Costa FBDS, Gama GGG, Mendes AS. Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2020 [cited Feb 2024]; 10:e46. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769240711>.
28. Lima JG, Barros ALBL, Lopes JL. Comportamento de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: relação com variáveis sociodemográficas e clínicas. *Texto Contexto Enferm*. 2023 [cited Mar 2024]; 32:e20230191. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0191pt>

29. D'Souza PJJ, George LS, Paramasivam G, Devasia T, George A, Nayak BS, et al. Knowledge and self-care behavior among heart failure patients in South India. *J Educ Health Promot.* 2024 [cited Jan 2025]; 28(13):384. DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1956_23.
30. Schäfer-Keller P, Santos GC, Denhaerynck K, Graf D, Vasserot K, Richards DA, et al. Self-care, symptom experience, needs, and past health-care utilization in individuals with heart failure: results of a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2021 [cited Mar 2024]; 20:464–74. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa026>.
31. Ingadottir B, Jaarsma T, Norland K, Ketilsdóttir A. Sense of security mediates the relationship between self-care behavior and health status of patients with heart failure: a cross-sectional study. *J Cardiovasc Nurs.* 2023 [cited Mar 2024]; 38(6):537-45. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000981>.
32. Fonseca AF, Lahoz R, Proudfoot C, Corda S, Loeffroth E, Jackson J, et al. Burden and quality of life among female and male patients with heart failure in Europe: a real-world cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence.* 2021 [cited Feb 2024]; 15:1693-706. DOI: <https://doi.org/10.2147/PPA.S312200>.
33. Turrise S, Hadley N, Phillips-Kuhn D, Lutz B, Heo S. A snapshot of patient experience of illness control after a hospital readmission in adults with chronic heart failure. *BMC Nurs.* 2023 [cited Feb 2024]; 22(75):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01231-x>.
34. Guidotti E, Pennucci F, Valleggi A, Rosis S, Passino C. A longitudinal assessment of chronic care pathways in real-life: self-care and outcomes of chronic heart failure patients in Tuscany. *BMC Health Serv Res.* 2022 [cited Feb 2024]; 22(1):1146. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08522-0>.
35. Reeder KM, Ercole PM, Patrick M, Peek GM, Smith CE. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2015 [cited Feb 2024]; 30(1):E1-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000117>.
36. Sethares KA, Mary-Elizabeth S, Fisher PBA, Riegel B. Factors associated with delay in seeking care for acute decompensated heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2014 [cited Feb 2024]; 29(5):429-38. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a37789>.
37. Liu X, Liu L, Li Y, Cao X. The association between physical symptoms and self-care behaviours in heart failure patients with inadequate self-care behaviours: a cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders.* 2023 [cited Aug 2024]; 23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03247-2>.
38. Okada, AMN, Tsuchihashi-Makaya M, Kang, JBS, Aoki, Y, Fukawa MMN, Matsuoka SMS. Symptom perception, evaluation, response to symptom, and delayed care seeking in patients with acute heart failure: an observational study. *J Cardiovascular Nurs.* 2019 [cited Feb 2024]; 34(1):36-43. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000526>.
39. Nascimento HR, Puschel VAA. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2013 [cited Feb 2024]; 26(6):601-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600015>.
40. Soares AN, Morgan BS, Santos FBO, Matozinhos FP, Penna CMM. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. *Rev enferm UERJ.* 2014 [cited Feb 2024]; 22(1):83-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/11450/8988>.

Contribuições dos autores

Concepção, L.K.M. e N.N.A.M.; metodologia, L.K.M., N.N.A.M. e A.R.S.C.; software, L.K.M. e A.R.S.C.; validação, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C., S.B. e M.F.M.; análise formal, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C., S.B., M.F.M. e R.C.S.P.; investigação, L.K.M., N.N.A.M. e A.R.S.C.; recursos, L.K.M., N.N.A.M.; A.R.S.C.; curadoria de dados, L.K.M., N.N.A.M. e A.R.S.C.; redação, L.K.M.; revisão e edição, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C. e R.C.S.P.; visualização, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C., S.B., M.F.M. e R.C.S.P.; supervisão, N.N.A.M. e A.R.S.C.; administração do projeto, N.N.A.M. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “*Autocuidado como estratégia de manejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca*”.