



Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca

Self-care practices of patients with heart failure

Sherida Karanini Paz de OLIVEIRA¹

Francisca Elisângela Teixeira LIMA²

Vera Lúcia Mendes de Paula PESSOA³

Joselany Áfio CAETANO²

Lidia Stella Teixeira MENESES^{4,5}

Larissa Bento de Araújo MENDONÇA^{4,5}

RESUMO

Objetivou-se identificar as práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nas publicações científicas. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que utilizou os descritores controlados autocuidado e insuficiência cardíaca e suas traduções em inglês e espanhol nas seguintes bases de dados: *Scopus*, *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane* e *Lilacs*. Foram selecionados 14 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Como resultados, foram constatadas 17 práticas de autocuidado que devem ser realizadas por pacientes com insuficiência cardíaca, predominando restrição salina (9), pesagem diária (8), restrição hídrica (7), monitorização e reconhecimento de sintomas (6), exercício físico (5) e seguimento da terapia medicamentosa (5). Conclui-

¹ Doutoranda, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. R. Alexandre Baraúna, 949, Rodolfo Teófilo, 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: SKP OLIVEIRA. E-mail: <karanini@yahoo.com.br>.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Estadual do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Mestranda, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Grupo de Estudos sobre Consulta em Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

se que a prática do autocuidado contempla a adesão a um estilo de vida saudável, mas com recomendações e restrições específicas para o paciente com insuficiência cardíaca, variando conforme a classe funcional da doença.

Termos de indexação: Autocuidado. Exercício. Insuficiência cardíaca. Literatura de revisão como assunto.

ABSTRACT

The study aimed to identify the self-care practices of patients with heart failure in scientific publications. This integrative literature review used the controlled descriptors self-care and heart failure and their Portuguese and Spanish translations in the following databases: Scopus, PubMed, CINAHL, Cochrane and Lilacs. Fourteen articles that met the inclusion criteria were selected. Seventeen self-care practices were found that must be performed by heart failure patients, namely salt restriction (9), daily weighing (8), fluid restriction (7), monitoring and recognition of symptoms (6), exercise (5) and drug therapy (5). Self-care practices include adherence to a healthy lifestyle but with specific recommendations and restrictions for heart failure patients which vary according to the functional class of the disease.

Indexing terms: Self-care. Exercise. Heart failure. Literature review as topic.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica de alto custo hospitalar, resultante de diversas etiologias; geralmente, é o estágio final da maioria das doenças cardíacas. Problema crescente de Saúde Pública, a IC pode causar limitações na vida dos pacientes e acarretar redução na qualidade de vida.

A insuficiência cardíaca constitui uma das grandes preocupações dos programas de saúde voltados aos indivíduos com doenças cardiovasculares, considerando-se a crescente prevalência, a elevada morbimortalidade, o alto índice de hospitalização e a perda da capacidade produtiva de uma parcela da população¹⁻³.

O controle inadequado da doença e a não realização da prática do autocuidado representam uma ameaça para a vida do paciente com IC, pois favorece o aparecimento de complicações. O paciente com IC precisa contar com a ajuda dos profissionais de saúde que atuam na prevenção primária, secundária e terciária, pois somente com esforços conjuntos é possível reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares⁴.

Uma modificação importante na abordagem do paciente com IC refere-se à equipe de trabalho. Cada vez mais, a literatura aponta a necessidade do trabalho interdisciplinar, sendo comprovada a importância da função do enfermeiro nesse contexto⁵. Em geral, essas equipes são compostas por médicos, que têm o papel de diagnosticar a doença e passar informações para o tratamento; por enfermeiros, que supervisionam o paciente e o auxiliam quanto ao autocuidado por meio de educação em saúde; por fisioterapeutas, que, juntamente com os educadores físicos, realizam um treinamento físico apropriado; por nutricionista, para diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; e por psicólogo e assistente social, que auxiliam paciente e familiares a lidarem com as adversidades, principalmente as relacionadas as suas relações pessoais e sociais⁶.

Diante da importância do conhecimento das práticas de autocuidado de pacientes com IC; do fato de essa prática de autocuidado ser imprescindível para evitar crises de descompensação e manter a estabilidade clínica do paciente; e da crença de que a equipe de saúde deva se envolver ativamente no cuidado dessa clientela com a implementação de

práticas educativas efetivas e de qualidade, foi proposta a realização desta pesquisa.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o reconhecimento das peculiaridades dessa doença a fim de que programas de atenção à saúde de pessoas com doenças cardiovasculares, especialmente a insuficiência cardíaca, possam ser delineados, implementados e avaliados.

O contexto descrito deu margem ao seguinte questionamento condutor desta pesquisa: quais práticas de autocuidado são realizadas pelo paciente adulto com insuficiência cardíaca para recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde? Assim, objetivou-se identificar as práticas de autocuidado realizadas pelos pacientes com insuficiência cardíaca nas publicações científicas.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente à produção sobre autocuidado de pacientes com IC, nos artigos de periódicos indexados nas seguintes bases de dados: *Scopus*, *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane*, *Lilacs*.

A revisão integrativa permite sintetizar o resultado de todas as pesquisas sobre um determinado assunto em um único estudo⁷. Pode ser definida como um método em que pesquisas anteriores são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento das pesquisas avaliadas e possibilitando a síntese e a análise dos estudos sobre o tema investigado⁸. Permite descrever o conhecimento no seu estado atual; promove o impacto da pesquisa sobre a prática profissional, mantendo os interessados atualizados e facilitando as modificações da prática cotidiana como consequência da pesquisa^{7,8}.

Para elaborar uma revisão integrativa relevante capaz de subsidiar a implementação de intervenções eficazes na assistência aos pacientes, é imperativo que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. Para a construção dessa revisão integrativa, percorreram-se seis etapas distintas⁷, similares aos estágios de desenvolvimento de

pesquisa convencional, a saber: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

A busca ocorreu nos meses de abril e maio de 2011, tendo sido selecionados 14 artigos que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser original; estar disponível na íntegra eletronicamente; estar disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol; e responder à questão norteadora desta revisão. Como critério de exclusão: ser publicação do tipo editorial, carta ou revisão. Foram utilizados os descritores controlados autocuidado e insuficiência cardíaca, e a tradução das palavras em inglês (*self care* e *health failure*) e espanhol (autocuidado e insuficiência cardíaca).

Após a seleção, os estudos foram submetidos a leituras exploratórias e seletivas. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário elaborado para o alcance dos objetivos. Os resultados foram apresentados em quadros, e a análise dos dados foi fundamentada na literatura pertinente à temática. Os aspectos éticos e legais foram respeitados, tendo em vista que foram utilizados artigos publicados em periódicos e que os nomes dos autores foram referenciados sempre após a citação de seus pensamentos.

RESULTADOS

Estão apresentados, no Quadro 1, os artigos incluídos na presente pesquisa, assim como o ano de realização, local de desenvolvimento, tipo de estudo, amostra examinada e local de coleta de dados. Nos 14 artigos analisados (Quadro 1), observou-se que a maioria (n=13) dos estudos avaliados era de outros países, como Estados Unidos, Espanha, Taiwan, Austrália, dentre outros. Apenas um estudo foi realizado no Brasil. Ao se analisar o método das pesquisas, verificou-se que o tipo de estudo mais prevalente foi o transversal (n=4), que os adultos foram a população e amostra mais

estudadas (n=10) e que os locais de coleta de dados se dividiram entre hospitais (n=6) e clínicas especializadas em IC (ambulatórios) (n=6).

Os artigos citaram 17 práticas de autocuidado que devem ser realizadas por pacientes com IC (Tabela 1).

A restrição salina foi a prática de autocuidado que deve ser realizada pelos pacientes com IC mais frequentemente apontada nos artigos analisados (n=9), seguida de pesagem diária (n=8), restrição hídrica (n=7), monitorização e reconhecimento de sintomas (n=6), exercício físico (n=5) e terapia medicamentosa (n=5).

Inúmeras práticas, igualmente importantes, tais como imunização anual, abstinência de fumo e bebidas alcoólicas, busca de conhecimento sobre a doença, não autoadministração de medicamentos potencialmente prejudiciais e enfrentamento diário da insuficiência cardíaca foram assinaladas apenas em uma das publicações científicas analisadas.

DISCUSSÃO

O autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca inclui a monitorização do peso, a restrição

Quadro 1. Distribuição dos artigos analisados conforme ano e cidade de desenvolvimento do estudo e metodologia.

Referências	Ano de realização do estudo	Local de desenvolvimento	Tipo de estudo	Amostra	Local de coleta de dados
Tung et al. ⁹	2009-2010	Taipei - Taiwan	Transversal	Adultos	Ambulatório
O'Connell et al. ¹⁰	2007-2009	Carolina do Norte - EUA	Transversal	Adultos	Três hospitais universitários
Du et al. ¹¹	Não informado	Sidney - Austrália	Estudo controlado randomizado	Adultos	Quatro hospitais
Gallager et al. ¹²	Não informado	Holanda	Transversal descritivo	Adultos	Hospital
Chen et al. ¹³	2008-2010	Índia	Transversal	Adultos	Clínica de IC
Yu et al. ¹⁴	2007	Hong Kong - China	Estudo metodológico	Adultos	Clínica de IC
Britz & Dunn ¹⁵	Não informado	Michigan - EUA	Descritivo correlacional	Adulto internado	Hospital
Gallagher ¹⁶	Não informado	Sidney - Austrália	Correlacional	Adultos	Clínica de IC
Cameron et al. ¹⁷	abr/2007 - set/2008	Victoria - Austrália	Prospectivo	Pacientes com idade ≥ 45 anos	Duas redes de saúde
Freydberg et al. ¹⁸	2005 - 2008	Alberta, província no Canadá	Qualitativo	Idosos e cuidadores	Não informado
Rodríguez-Artalejo et al. ¹⁹	Não informado	Madri - Espanha	Caso-controle	Idosos	Hospital
Gary ²⁰	Não informado	Carolina do Norte - EUA	Qualitativo	Mulheres com ≥ 50 anos	Ambulatório
Artinian et al. ²¹	Não informado	Detroit - Michigan - EUA	Descritivo correlacional	Adultos	Ambulatório
Rabelo et al. ²²	ago/2000 jun/2003	Porto Alegre - Brasil	Estudo de coorte	Adulto internado	Hospital

Nota: IC: Insuficiência Cardíaca; EUA: Estados Unidos da América.

Tabela 1. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.

Práticas de Autocuidado	Frequência
Restrição salina	9
Pesagem diária	8
Restrição hídrica	7
Monitorização e reconhecimento de sintomas	6
Atividade física	5
Terapia medicamentosa	5
Apoio/suporte social	3
Acompanhamento com profissional de saúde	2
Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	2
Procura ajuda quando necessário (aparecimento de sintomas moderados)	2
Controle dietético, padrão alimentar, alimentação saudável	2
Imunização anual	1
Abstinência de fumo	1
Abstinência/restrrição de bebidas alcoólicas	1
Busca conhecimento sobre a doença	1
Não autoadministração de medicamentos potencialmente prejudiciais	1
Enfrentamento diário da insuficiência cardíaca	1

salina e hídrica, a realização de atividade física, o uso regular das medicações, a monitorização de sinais e de sintomas de piora da doença e o contato precoce com a equipe assistencial²³, ou seja, o seguimento recomendado do tratamento farmacológico e não farmacológico.

O paciente necessita adotar estilo de vida saudável em relação à dieta, especialmente restrição hidrossalina, abstenção do tabagismo e do etilismo, prática de exercício físico regular e controle do estresse. Vale destacar que as orientações pela equipe de saúde são realizadas conforme as necessidades específicas de cada paciente. Dessa forma, frequência, intensidade e regularidade dessas ações são diferenciadas de acordo com a condição clínica do indivíduo².

A restrição salina foi a prática de autocuidado mais apontada nos estudos analisados. No entanto, as recomendações sobre o consumo diário de sódio para pacientes com IC são inconsistentes: recomenda-se que a ingestão de sódio seja individualizada de acordo com a gravidade da doença e a condição atual do paciente e o regime terapêutico²⁴. Há, na literatura, um predomínio de estudiosos^{2,24,25} que recomendam um consumo de sódio de 2g/dia a 3g/dia. Assim, considera-se essa quantidade a ideal para os pacientes com IC.

Essa restrição é recomendada, pois ajuda a reduzir retenção hídrica com a concomitante diminuição do trabalho cardíaco. Uma moderada restrição de sódio, geralmente, é necessária para alcançar resultados terapêuticos significativos²⁶.

O nutricionista é um profissional importante nesse contexto: sua prática está relacionada à interferência no estado nutricional, tanto estando a doença estabelecida, quanto no decorrer do tratamento, para manter o equilíbrio entre o alimento ingerido e o quadro clínico do paciente e para minimizar as possíveis consequências de interação medicamentosa. A dieta a ser prescrita deve respeitar as particularidades de cada indivíduo, como gênero, peso, altura, prática de atividade física e hábitos alimentares, dentre outros⁶.

É consenso entre os estudiosos^{11,20,25,27} que o paciente com essa doença deve controlar seu peso diariamente, pois uma alteração de 2kg em um a três dias pode significar retenção hídrica. Autores^{22,25} complementam apontando a necessidade de intervenção de um profissional de saúde se ocorrer aumento de peso significativo, para quaisquer ajustes terapêuticos que, se realizados em tempo, podem evitar hospitalizações.

Em relação ao estado de congestão, o controle de peso é um parâmetro mais preciso e

objetivo do que o balanço hídrico, por depender menos da colaboração do paciente. Assim, orienta-se que os pacientes devem verificar, sempre na mesma balança, o peso pela manhã após urinar, com roupas leves, antes do café²².

Não existe consonância na literatura em relação à quantidade ideal de líquidos a ser ingerida, sem complicações de sobrecarga hídrica, por um paciente com IC. Há recomendação de que a ingestão de líquidos não deva exceder 2.000mL/dia em pacientes com IC grave^{25,28,29}. Outros autores defendem que uma restrição hídrica de 1.500mL/dia a 2.000mL/dia pode ser considerada em pacientes com sintomas graves, especialmente se há hiponatremia simultânea^{23,27,29}.

No caso de pacientes com resistência a diuréticos, a ingestão de água deve ser restringida ao mínimo tolerado (geralmente 800mL/dia a 1.000mL/dia)³⁰. Embora a quantidade exata ainda não seja consenso, recomenda-se, na prática, 1.500mL/dia a 2.000mL/dia na IC avançada³¹. Entretanto, outros autores afirmam que não há justificativa nem estudos conclusivos para a rotina de restrição hídrica em pacientes estabilizados com IC leve a moderada²⁷.

Em relação à monitorização e ao reconhecimento de sintomas, uma gestão eficaz da IC requer que os pacientes, além de outras atividades, mantenham uma conduta diária de automonitoramento da doença e seus sintomas^{14,16,24,26}. Os pacientes são os mais indicados para fazer esse acompanhamento, pois eles se conhecem e sabem diferenciar rapidamente qualquer alteração no seu quadro clínico¹⁶.

É importante que os pacientes com IC se envolvam no monitoramento dos sintomas, já que a doença tem um curso variável com exacerbações que se tratadas rapidamente evitam internações e complicações.

Os sintomas indicativos de exacerbações incluem dispneia aos esforços, dispneia paroxística noturna, fadiga, ganho de peso, edema de peso, dentre outros sintomas que podem ser igualmente relevantes²⁷. Contudo, alguns desses sintomas são frequentemente não reconhecidos ou ignorados, resultando em hospitalizações¹⁵.

Monitoramento de sintomas envolve manter o controle dos sintomas através da pesagem ou exame e palpação de pés e tornozelos para edema¹⁶.

A prática regular de exercício físico é indicada como comportamento de autocuidado que os pacientes com IC devem adotar^{11,27-32}. Além de sua recomendação, a atividade moderada regular diária deve ser praticada para todos os pacientes com IC. O treinamento físico é aconselhado, se disponível, para todos os pacientes com IC estáveis. Não há evidências de que o exercício físico deva ser limitado a um determinado subgrupo de pacientes com IC. Dentre os benefícios da atividade física, citam-se aumento na capacidade de exercício, redução dos sintomas durante o exercício e melhora da qualidade de vida²⁷.

Contudo, ainda há dúvidas em relação à modalidade ideal e intensidade. Além disso, a possível interação com o tratamento farmacológico não foi bem avaliada. Mais estudos são necessários para responder a essas perguntas. Entretanto, sabe-se que os benefícios superam os riscos do exercício físico em indivíduos com IC devidamente avaliados³³.

Apesar dos benefícios da atividade física no tratamento da IC, muitas pessoas consideram que a realização dessa prática de autocuidado é mais difícil do que as práticas relacionadas a medicamentos, modificações dietéticas ou restrição hídrica¹¹.

Salienta-se que o educador físico e/ou fisioterapeuta devem participar ativamente no planejamento, na elaboração e na aplicação dos exercícios físicos. Além disso, eles têm papel fundamental no acompanhamento de modo a incentivar os pacientes a manterem a prática regular de atividade física⁶.

A adesão a regimes complexos e eficazes de medicações para IC deve ser respeitada pelos pacientes com IC^{10,11,18,20,32}. Na medida do possível, os medicamentos devem ser prescritos com dosagem única diária e os profissionais de saúde devem fornecer orientações quanto aos medicamentos, sua finalidade e possíveis efeitos adversos²⁸.

Os pacientes com IC devem incorporar a tomada de medicamentos como prática de autocuidado, incluindo-a nas suas atividades diárias e

gerindo as mudanças de rotina quando ocorrerem, por exemplo, compromissos, viagens e outras doenças²⁴.

Vale ressaltar que o paciente deve sempre observar as cinco certezas para que sejam evitados erros na administração, quais sejam: paciente certo, via certa, medicamento certo, dose certa e horário certo³⁴. O paciente em tratamento domiciliar deve ser treinado quanto ao medicamento certo, à dose certa e ao horário certo, visto que as outras duas certezas são fixas, ou seja, o paciente é ele mesmo e a via é a oral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatarem-se 17 práticas de autocuidado realizadas por pacientes com insuficiência cardíaca para recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde em 14 artigos selecionados nesta revisão integrativa.

A restrição salina foi a prática mais citada e estudada nas publicações avaliadas, aparecendo em nove manuscritos. A seguir, surgiram pesagem diária (n=8), restrição hídrica (n=7), monitorização e reconhecimento de sintomas (n=6), exercício físico (n=5) e terapia medicamentosa (n=5) como os mais predominantes.

Esses resultados poderão direcionar o enfermeiro no cuidado ao paciente com IC, por meio de uma consulta de enfermagem baseada nas práticas de autocuidado que devem ser seguidas pelos pacientes, estabelecendo um plano de cuidados individualizado conforme as especificidades de cada um, seguindo as recomendações da literatura.

Além disso, espera-se que este estudo possa fortalecer a atividade educativa do enfermeiro e estimulá-lo a inovar sua prática com outras formas de cuidar, incorporando novos conceitos e tecnologias de cuidado à profissão. Dessa forma, o paciente com insuficiência cardíaca será incentivado a praticar o autocuidado para melhorar sua qualidade de vida, considerando os aspectos essenciais do autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde.

Destaca-se, ainda, que o acompanhamento de pacientes com IC necessita de uma abordagem

multidisciplinar, no qual o diagnóstico, a avaliação e o estabelecimento do tratamento devam considerar as diferentes experiências dos membros da equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Pelegrino VM. Avaliação do estado de saúde percebido e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
2. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(Supl 1):1-71.
3. Bocchi EA, Vilas-Boas F, Perrone S, Caamaño AG, Clausell N, Moreira MCV, *et al.* I Latin American Guidelines for the Assessment and Management of Decompensated Heart Failure. Arq Bras Cardiol. 2005; 85(Supl 3):1-47.
4. Schneider DG. A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
5. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Insuficiência cardíaca: antiga síndrome, novos conceitos e a atuação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2005; 58(1):70-3.
6. Souza-Rabbo MP, Testa RF, Campos L, Dias MMA, Barbosa SR, Bosco AD, *et al.* O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. Ciênc Movimento. 2010, (23):99-106.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
8. Fonseca RMP. Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após o SAEP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
9. Tung HH, Chen SC, Yin WH, Cheng CH, Wang TJ, Wu SF. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011.
10. O'Connell M, Dewalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, *et al.* Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. J Gen Intern Med. 2011; 26(9):979-86.
11. Du HY, Newton PJ, Zecchin R, Denniss R, Salamonson Y, Everett B, *et al.* An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable

- chronic heart failure. The home-heart-walk study: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2011; 12:63.
12. Gallager R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011; 26(6):439-45.
 13. Chen AMH, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011; 26(6):446-51.
 14. Yu DSF, Lee DT, Thompson DR, Jaarsma T, Woo J, Leung EM. Psychometric properties of the Chinese version of the European heart failure self-care behaviour scale. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48(4):458-67.
 15. Britz JA, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010; 22(9):480-87.
 16. Gallagher R. Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010; 9(3):153-60.
 17. Cameron J, Carter LW, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010; 9(2):92-100.
 18. Freyberg N, Strain L, Tsuyuki RT, McAlister FA, Clark AM. "If he gives in, he will be gone": The influence of work and place on experiences, reactions and self-care of heart failure in rural Canada. *Soc Sci Med*. 2010; 70:1077-83.
 19. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Montoto C, Conde M, Carreño C, Tabuenca AI, *et al.* El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp*. 2008; 208(6):269-75.
 20. Gary R. Self-care practices in women with diastolic heart failure. *Heart Lung*. 2006; 35(1):9-19.
 21. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002; 31(3):161-72.
 22. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(3):352-8.
 23. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007; 15(1):165-70.
 24. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, *et al.* Promoting self-care in persons with heart failure a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 120:1141-63.
 25. Colonna P, Sorino M, D'Agostino C, Bovenzi F, De Luca L, Arrigo F. Nonpharmacologic care of heart failure: Counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *Am J Cardiol*. 2003; 91(Suppl):41F-50F.
 26. Deedwania PC, Carbajal EV. Congestive Heart Failure. In: Crawford MH, organizer. *Current diagnosis and treatment: Cardiology*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
 27. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, *et al.* Self-care management of heart failure: Practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2011; 13(2):115-26.
 28. Clark AM, Davidson P, Currie K, Karimi M, Duncan AS, Thompson DR. Understanding and promoting effective self-care during heart failure. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2010; 12(1):1-9.
 29. Hunt SA. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol*. 2005; 36(6):e1-82.
 30. Vilas-Boas F, Follath F. Tratamento atual da insuficiência cardíaca descompensada. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(3):369-77.
 31. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, *et al.* Guideline for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: Executive summary (update 2005): The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005; 26(11):1115-40.
 32. Lee CS, Tkacs NC, Riegel B. The influence of heart failure self-care on health outcomes: Hypothetical cardioprotective mechanisms. *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24(3):179-89.
 33. Hsieh SF, Hu GC, Chuang YC, Chen CY, Hu YN. The effects and safety of exercise training in subjects with chronic heart failure do elder subjects gain similar benefits? *Int J Gerontol*. 2010; 4(4):165-70.
 34. Timby BK. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. 8^a ed. São Paulo: Artmed; 2007.

Recebido em: 3/9/2012

Versão final em: 26/2/2013

Aprovado em: 18/3/2013