

## **COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS**

Jannaína Gomes de Lima<sup>1</sup>   
Alba Lúcia Bottura Leite de Barros<sup>1</sup>   
Juliana de Lima Lopes<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** avaliar o comportamento de autocuidado e sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com insuficiência cardíaca.

**Método:** estudo transversal e correlacional realizado em um ambulatório de miocardiopatia da cidade de São Paulo. O período da coleta de dados ocorreu entre os anos de 2018 a 2020. A amostra foi constituída por pacientes com insuficiência cardíaca que não apresentavam déficit visual, auditivo e/ou cognitivo. O comportamento de autocuidado foi avaliado pela *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram selecionadas por meio de uma revisão de literatura. Para análise dos dados, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* e o teste de *Mann-Whitney*. Fatores que apresentaram valores de  $p \leq 0,10$  e as variáveis de interesse clínico foram incluídos na análise múltipla, e considerados significativos os valores de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** analisou-se 340 pacientes que tiveram escore médio de autocuidado de 24,7 pontos. Observou-se que pacientes que tomam mais medicamentos e aderem ao tratamento farmacológico têm tendência ao melhor autocuidado ( $p \leq 0,001$ ), e pacientes sem companheiro ( $p = 0,022$ ), sedentários ( $p < 0,001$ ) e com vínculo empregatício ativo ( $p < 0,001$ ) tendem a ter piores escores de comportamento de autocuidado.

**Conclusão:** os fatores relacionados ao comportamento de autocuidado foram a adesão ao tratamento farmacológico, o número de tomadas de medicamentos, o estado civil, o vínculo empregatício e o sedentarismo.

**DESCRITORES:** Insuficiência cardíaca. Comportamento. Autocuidado. Enfermagem. Cardiologia.

**COMO CITAR:** Lima JG, Barros ALBL, Lopes JL. Comportamento de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: relação com variáveis sociodemográficas e clínicas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20230191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0191pt>

# SELF-CARE BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE: RELATIONSHIP BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL VARIABLES

## ABSTRACT

**Objective:** to assess self-care behavior and its relationship with the sociodemographic and clinical variables of patients with heart failure.

**Method:** a cross-sectional and correlational study was conducted in a cardiomyopathy outpatient clinic in São Paulo, SP, Brazil. Data were collected between 2018 and 2020. The sample consisted of patients with heart failure without visual, auditory, or cognitive deficits. Self-care behavior was assessed using the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. Sociodemographic and clinical variables were selected through a literature review. The Spearman's correlation coefficient and the Mann-Whitney test were used for data analysis. Factors presenting  $p \leq 0.10$  and the variables of clinical interest were included in the multiple analysis, and  $p$ -values  $\leq 0.05$  were considered significant.

**Results:** 340 patients with a mean self-care score of 24.7 were analyzed. Those taking more medications and adhering to the pharmacological treatment tended to present improved self-care ( $p \leq 0.001$ ). In contrast, patients without a partner ( $p = 0.022$ ), with a sedentary lifestyle ( $p < 0.001$ ), or employed ( $p < 0.001$ ) tended to present worse self-care scores.

**Conclusion:** The factors related to self-care behavior were adherence to pharmacological treatment, the number of medications taken, marital status, employment, and sedentary lifestyle.

**DESCRIPTORS:** Heart Failure. Behavior. Self-Care. Nursing. Cardiology.

## COMPORTAMIENTO DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el comportamiento de autocuidado y su relación con las variables sociodemográficas y clínicas de pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Método:** estudio transversal y correlacional realizado en un ambulatorio de mi cardiopatía de la ciudad de Sao Paulo. El período de recogida de datos se realizó entre los años de 2018 a 2020. La muestra estuvo constituida por pacientes con insuficiencia cardíaca que no presentaban déficit visual, auditivo y/o cognitivo. El comportamiento de autocuidado fue evaluado por la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*. Las variables sociodemográficas y clínicas fueron seleccionadas por medio de una revisión de literatura. Para el análisis de los datos se utilizó el coeficiente de correlación de *Spearman* y el test de *Mann-Whitney*. Los factores que presentaron valores de  $p \leq 0,10$  y las variables de interés clínico fueron incluidos en el análisis múltiple, y considerados significativos los valores de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** se analizaron 340 pacientes que obtuvieron un puntaje medio de autocuidado de 24,7 puntos. Se observó que pacientes que toman más medicamentos y adhieren al tratamiento farmacológico tienen tendencia a obtener un mejor autocuidado ( $p \leq 0,001$ ); por otro lado, los pacientes sin compañero ( $p = 0,022$ ), sedentarios ( $p < 0,001$ ) y con vínculo de trabajo activo ( $p < 0,001$ ) tienden a tener peores puntajes de comportamiento de autocuidado.

**Conclusión:** los factores relacionados al comportamiento de autocuidado fueron la adherencia al tratamiento farmacológico, el número de tomas de medicamentos, el estado civil, el vínculo de empleo y el sedentarismo.

**DESCRIPTORES:** Insuficiencia cardíaca. Comportamiento. Autocuidado. Enfermería. Cardiología.

## INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) tem apresentado ascensão nos últimos anos, em razão de diversos fatores, como as transformações do perfil demográfico e características epidemiológicas da população e o avanço do tratamento<sup>1</sup>. Nos Estados Unidos da América, estima-se o aumento de 46% de casos nos próximos 15 anos<sup>2</sup>. Nos dias atuais, a IC é uma das principais causas de mortalidade no Brasil, sendo responsável pelo elevado número de internação hospitalar. No ano de 2021, o número de internações hospitalares por IC foi de 161.647 e o número de óbitos foi 21.751 em todo território nacional<sup>3</sup>. Atualmente, a cada 1.000 adultos, cinco possuem IC na Europa e espera-se que o número de internações relacionadas a esta doença seja de aproximadamente 50% nos próximos 25 anos<sup>4</sup>. Pelas suas elevadas taxas de morbidade, os custos hospitalares também são altos. No Brasil, os custos relacionados a esta doença foram em média de R\$ 37,1 bilhões entre os anos de 2010 e 2015, correspondendo a 0,7% do produto interno bruto (PIB), o que onera o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>.

Para que se alcancem as metas planejadas do tratamento da IC, é importante que o indivíduo tenha comportamento de autocuidado adequado e adesão às recomendações farmacológicas e não farmacológicas<sup>6</sup>. De acordo com a teoria de Orem, o autocuidado é uma função reguladora do ser humano com deliberação para cuidar de si mesmo ou ter ajuda de cuidadores para fornecer e manter as condições para manutenção da vida, funcionamento físico, psíquico e desenvolvimento das coisas essenciais para a vida<sup>7</sup>.

O autocuidado pode ser afetado por alterações clínicas, físicas, psicológicas e por situações sociais<sup>8-9</sup>. Estudo realizado em Fortaleza, com 57 pacientes, cujo objetivo foi averiguar a influência de características sociodemográficas nas práticas de autocuidado de pessoas com IC, evidenciou que os pacientes com companheiros apresentam melhor autocuidado<sup>10</sup>.

Outro fator que contribui para o déficit do autocuidado é a falta de conhecimento da doença e de seu tratamento. Estudo mostrou que o autocuidado inadequado estava relacionado ao fato de o paciente não conseguir identificar os sinais e sintomas de descompensação da IC e não ter confiança no gerenciamento de seus cuidados<sup>8</sup>.

Outro estudo transversal, realizado no Nepal, com 221 pacientes com IC, mostrou que pacientes com maior escolaridade tinham maior manutenção e manejo do autocuidado; os que moravam sozinhos e com melhor classe funcional tinham maior confiança no autocuidado; e pacientes com maior suporte social tinham melhor autocuidado<sup>9</sup>.

No Brasil, ainda são incipientes estudos que analisaram as variáveis que influenciam o comportamento de autocuidado nessa população. Ainda, pesquisadores destacam que pela heterogeneidade das populações, estudos epidemiológicos são essenciais para novas descobertas e devem ser contínuos<sup>11</sup>.

Nesse sentido e considerando que o comportamento de autocuidado pode impactar positivamente na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, estudos que identifiquem as características sociodemográficas e clínicas associadas a ele são cruciais para que os enfermeiros possam adaptar as estratégias de manutenção e manejo da doença nos programas multidisciplinares.

Diante ao exposto, surgiu a seguinte questão de pesquisa: qual a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com o comportamento de autocuidado de pacientes com IC?

Assim, o objetivo do estudo foi avaliar o comportamento de autocuidado e sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com insuficiência cardíaca.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e correlacional. A pesquisa foi realizada em um ambulatório de miocardiopatia de um hospital terciário da cidade de São Paulo, Brasil. Neste ambulatório, são

acompanhados pacientes que apresentam alterações valvares, pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), IC e pacientes com alterações cardíacas congênitas. São atendidos aproximadamente 250 pacientes por mês e com índice de absenteísmo em torno de 10 a 20%.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado a partir da coleta de dados de um estudo piloto com 21 pacientes, considerando que o tempo da doença é um dos fatores mais importantes que interferem no comportamento de autocuidado de indivíduos com IC. Ao calcular o tamanho amostral pelo coeficiente de correlação de *Spearman*, em que se considerou o coeficiente de correlação de  $-0,251$ , nível de significância de 5% e poder de teste de 80%, obteve-se uma amostra mínima de 297 participantes. Pelas possíveis desistências do estudo, aumentou-se 10% do tamanho amostral ( $n=327$  pacientes).

Os critérios de inclusão foram: pacientes com IC diastólica e ou sistólica e maiores de 18 anos. Não foram incluídos os pacientes com déficit visual e/ou auditivo e/ou com déficit cognitivo diagnosticado pela equipe médica e descrito em prontuário.

O comportamento de autocuidado foi analisado pela Versão Brasileira da *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* (EHFScBs). Esta escala foi desenvolvida com base na teoria de Autocuidado de Orem e consiste em 12 questões relacionadas ao comportamento de autocuidado. As respostas para cada item variam de 1, “eu concordo plenamente” a 5, “eu discordo plenamente”. A pontuação total é obtida por meio da soma de todas as respostas, podendo variar de 12 a 60 pontos, sendo que pontuações com valores mais baixos indicam melhor autocuidado. Para a tradução no Brasil, seguiram-se as etapas de tradução, síntese, retrotradução, revisão pelo Comitê de Especialistas e pré-teste. A fidedignidade do instrumento foi avaliada pela consistência interna *alfa* de *Cronbach* e a reprodutibilidade por meio do pré e pós-teste. O *alpha* de *Cronbach* variou de 0,61 a 0,70<sup>12</sup>.

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram identificadas na literatura e categorizadas da seguinte forma: idade (anos completos), raça (branca, mestiça, negra e parda), sexo (masculino e feminino), religião (católico, evangélico, outras religiões e sem religião), escolaridade (anos de estudo), estado civil (casado/amasiado e sem companheiro), renda familiar (menos de um salário mínimo, um até três salários mínimos, mais de cinco salários mínimos e não sabe referir). Considerou-se o salário mínimo em vigor no ano de 2017 no Brasil, no valor de 937,00 reais<sup>13</sup>, renda individual (menos de 01 salário mínimo, um até três salários mínimos, mais de três até cinco salários mínimos e não trabalha), número de pessoas que dependem da renda familiar (quantidade de pessoas), vínculo empregatício (ativo, do lar e inativo), etiologia da IC (classificada de acordo com dado contido no prontuário), classificação da IC (classe funcional I, II, III ou IV)<sup>5</sup>, estágio da doença (estágio A, B, C ou D)<sup>14</sup>, tempo da doença (anos completos), medicamentos utilizados no domicílio (nome, dose e horário do medicamento e classe medicamentosa) e antecedentes pessoais (diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo, hipercolesterolemia, *diabetes mellitus*, síndrome coronariana aguda, arritmia, insuficiência renal crônica, doença vascular periférica, acidente vascular encefálico, depressão, hipertrigliceridemia, asma, bronquite, tabagismo, enfisema pulmonar, síndrome da imunodeficiência adquirida e ingestão de bebida alcoólica).

Considerou-se como tabagistas aqueles que fumavam diariamente ou que pararam há menos de seis meses e ex-tabagistas aqueles que pararam de fumar há mais de seis meses<sup>15</sup>. Indagou-se aos pacientes que relataram serem fumantes a quantidade de maços e anos que estes fumavam. O sedentarismo foi baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a realização de atividade física é definida como 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa na semana<sup>16</sup>. A intensidade da atividade física foi baseada no Compêndio de Atividade Física (CAF)<sup>17</sup>. Para os pacientes que relataram fazer uso de bebida alcoólica, obteve-se informações sobre o tipo de bebida, a dose, a frequência e o tempo de uso.

A descrição das variáveis quantitativas foi feita por meio de média, desvio padrão e quartis e as qualitativas por frequências percentuais e absolutas. Para verificar diferenças de médias e distribuição entre o escore de autocuidado e as variáveis independentes categóricas, utilizaram-se os testes *Mann-Whitney* (variáveis independentes dicotômicas) e teste de *Kruskal Wallis* (variáveis com mais de 02 categorias). Empregou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* a fim de verificar a correlação do escore com variáveis independentes quantitativas.

Para avaliar a associação conjunta de diferentes variáveis independentes e o escore de autocuidado, inicialmente foi usado um modelo de regressão linear múltipla. Observou-se que os resíduos da regressão linear não tinham distribuição normal, por meio da construção de um gráfico de envelope. Assim, foi necessário avaliar métodos alternativos de regressão como a transformação na variável dependente ou consideração de outras distribuições de probabilidade (como Gama e Normal Inversa). A transformação logarítmica para a variável resposta foi a que apresentou melhores resultados. Todas as análises foram realizadas utilizando o *Software* estatístico R, versão 4.0 e consideradas estatisticamente relevantes as que obtiveram valor de  $p < 0,05$ . O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Pesquisa.

## RESULTADOS

Foram coletados os dados de 340 pacientes. A Tabela 1 mostra a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.

**Tabela 1** – Frequências absolutas e percentuais para variáveis independentes. São Paulo, SP, Brasil, 2020-2021 (n=340).

Variáveis	Média±DP	Mediana (Q25/Q75)
Idade	58,1±12,9	60 (50/68)
Escolaridade	7,6±4,4	8,0 (4/11)
Número de pessoas dependentes da renda	2,8±1,4	2,5 (2/4)
		<b>n (%)</b>
Raça		
Branca/Mestiça		147 (43,2)
Negra		44 (12,9)
Parda		149 (43,8)
Sexo		
Feminino		164 (48,2)
Masculino		176 (51,8)
Religião		
Agnóstico/Ateu/Sem religião		18 (5,3)
Católico		199 (58,5)
Evangélico		104 (30,6)
Outras religiões (budista, espírita e umbandista)		19 (5,6)
Estado civil		
Casado/Amasiado		193 (56,8)
Divorciado		27 (7,9)
Solteiro		76 (22,4)
Viúvo		44 (12,9)

**Tabela 1 – Cont.**

<b>Variáveis</b>	<b>Média±DP</b>	<b>Mediana (Q25/Q75)</b>
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo		12 (3,5)
1 até 3 salários mínimos		257 (75,6)
Mais de 3 até 5 salários mínimos		40 (11,8)
Mais de 5 salários mínimos		30 (8,8)
Não sabe		1 (0,3)
Renda individual		
Menos de 1 salário mínimo		40 (11,8)
1 até 3 salários mínimos		251 (73,8)
Mais de 3 até 5 salários mínimos		15 (4,4)
Mais de 5 salários mínimos		12 (3,5)
Não trabalha (desempregado ou do lar)		22 (6,5)
Vínculo empregatício		
Ativo		99 (29,1)
Do lar		26 (7,6)
Inativo		215 (63,2)
Antecedentes pessoais		
Hipertensão arterial sistêmica		245 (72,1)
Diabetes mellitus		113 (33,2)
Acidente vascular encefálico		63 (18,5)
Doença vascular periférica		83 (24,4)
Hipercolesterolemia		143 (42,1)
Hipertrigliceridemia		20 (5,9)
Síndrome de imunodeficiência adquirida		1 (0,3)
Insuficiência renal crônica		89 (26,2)
Enfisema		8 (2,4)
Asma		17 (5,0)
Bronquite		13 (3,8)
Depressão		31 (9,1)
Arritmia		92 (27,1)
Síndrome coronariana aguda		106 (31,2)
Tabagismo		13 (3,8)
Sedentarismo		206 (60,6)
Ingestão de bebida alcoólica		17 (5,0)

O escore médio do comportamento de autocuidado foi de 24,7+7,8 pontos, variando de 12 a 48 pontos.

Ao analisar a relação do comportamento de autocuidado e as variáveis sociodemográficas e clínicas, observa-se que na análise univariada há uma correlação fraca e negativa no número de medicamentos tomados, em que quanto maior o número de medicamentos tomados, melhor é o autocuidado. Já os pacientes sem companheiro, com vínculo empregatício ativo ou do lar e sedentários tendem a ter piores escores de comportamento de autocuidado Tabelas 2 e 3.

**Tabela 2** – Coeficiente de correlação *Spearman* entre escore da *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* e variáveis independentes quantitativas. São Paulo, SP, Brasil, 2020-2021 (n=340).

	Coeficiente de correlação com escore da escala de comportamento do autocuidado	IC 95%		p-valor
Idade	-0,07	-0,19	0,04	0,24
Escolaridade	0,05	-0,07	0,15	0,57
Número pessoas dependentes da renda	0,01	-0,1	0,12	0,80
Tempo doença	-0,04	-0,16	0,07	0,47
Número de tomadas de medicamentos	-0,17	-0,29	-0,08	<0,001
Número medicamentos	-0,09	-0,22	0,01	0,09

**Tabela 3** – Relação do escore do comportamento de autocuidado e as variáveis independentes qualitativas. São Paulo, SP, Brasil, 2020-2021 (n=340).

Variável independente	Média	Desvio padrão	Mediana	Primeiro quartil	Terceiro quartil	n	p-valor
<b>Raça</b>							
Branca/mestiça	25,37	7,49	24	20	30	147	0,241 <sup>†</sup>
Negra	24,23	7,6	24	18	30	44	
Parda	24,13	8,14	23	18	28	149	
<b>Sexo</b>							
Feminino	24,65	7,9	23,5	19	30	164	0,919*
Masculino	24,7	7,73	23	19,75	28	176	
<b>Religião</b>							
Católico	24,13	7,47	23	19	28	199	0,271 <sup>†</sup>
Evangélico	25,09	8,14	22,5	19	30	104	
Outras	25,16	7,3	24	21,5	29	19	
Sem religião	27,94	9,43	28	22,25	32,25	18	
<b>Estado civil</b>							
Amasiado/casado	23,77	7,45	23	18	27	193	0,022*
Sem companheiro	25,88	8,1	24	20	31	147	
<b>Renda familiar</b>							
Menos de 1 salário mínimo	24,17	6,04	24	20,5	30	12	0,975 <sup>†</sup>
1 até 3 salários mínimos	24,54	7,84	23	19	28	257	
Mais de 3 até 5 salários mínimos	25,75	8,21	24	20	31	40	
Mais de 5 salários mínimos	24,73	7,91	23,5	19	29,5	30	
Não sabe	23		23	23	23	1	
<b>Renda individual</b>							
Menos de 1 salário mínimo	24,58	8,4	23	19	30	40	0,591 <sup>†</sup>
1 até 3 salários mínimos	24,41	7,68	23	19	28	251	
Mais de 3 até 5 salários mínimos	27,53	8,63	25	21	31,5	15	
Mais de 5 salários mínimos	25,83	8,31	23,5	19	32	12	
Não trabalha (desempregado ou do lar)	25,41	7,46	25,5	20,75	28	22	

Tabela 3 – Cont.

Variável independente	Média	Desvio padrão	Mediana	Primeiro quartil	Terceiro quartil	n	p-valor
Vínculo empregatício							
Ativo	27,05	7,67	26	21	32	99	<0,001†
Do lar	27,42	7,3	26	23	31	26	Ativo ≠Inativo
Inativo	23,26	7,59	22	18	26	215	Do lar ≠Inativo
Hipertensão arterial sistêmica							
Não	24,83	9,09	23	18	29	95	0,650*
Sim	24,62	7,26	24	20	29	245	
<i>Diabetes mellitus</i>							
Não	25,12	7,96	24	19	30	227	0,179*
Sim	23,8	7,43	23	19	26	113	
Acidente vascular encefálico							
Não	25	8,06	24	19	30	277	0,152*
Sim	23,25	6,42	22	18,5	26,5	63	
Doença vascular periférica							
Não	24,71	7,86	23	19	28	257	0,898*
Sim	24,58	7,65	23	19	30	83	
Hipercolesterolemia							
Não	24,97	8,21	23	19	30	197	0,756*
Sim	24,28	7,2	23	19,5	27	143	
Hipertrigliceridemia							
Não	24,73	7,89	23	19	30	320	0,757*
Sim	23,85	6,23	23	19,5	26,5	20	
Síndrome da imunodeficiência adquirida							
Não	24,7	7,8	23	19	29	339	-
Sim	19		19	19	19	1	
Insuficiência renal crônica							
Não	25,02	8,03	24	19,5	30	251	0,222*
Sim	23,71	7,06	23	19	26	89	
Enfisema pulmonar							
Não	24,72	7,85	24	19	29,25	332	0,560*
Sim	23	5,63	22	21	23	8	
Asma							
Não	24,71	7,81	23	19	29	323	0,704*
Sim	24,06	7,87	21	18	28	17	
Bronquite							
Não	24,69	7,8	23	19	28,5	327	0,826*
Sim	24,54	8,19	22	18	30	13	



Tabela 3 – Cont.

Variável independente	Média	Desvio padrão	Mediana	Primeiro quartil	Terceiro quartil	n	p-valor
Depressão							
Não	24,64	7,69	23	19	29	309	0,898*
Sim	25,1	8,92	24	19,5	28,5	31	
Arritmia							
Não	24,45	7,71	23	19	28	248	0,420*
Sim	25,3	8,05	23,5	20	30	92	
Síndrome coronariana aguda							
Não	25,08	8,19	24	19	29,75	234	0,267*
Sim	23,8	6,81	22	19	28	106	
Tabagismo							
Não	24,57	7,86	23	19	29	327	0,064*
Sim	27,38	5,74	28	24	28	13	
Sedentarismo							
Não	21,6	7,58	20	16	25	134	<0,001*
Sim	26,68	7,29	25	21	31	206	
Ingestão de bebida alcoólica							
Não	24,57	7,76	23	19	28	323	0,302†
Sim	26,76	8,57	25	20	31	17	
Classe Funcional							
I	25,06	8,97	22	19	31	77	0,480†
II	24,46	7,4	24	19	28	256	
III	28,43	8,38	30	21,5	34	7	
Estadiamento da insuficiência cardíaca							
A	25,24	9,05	22,5	19	32,5	78	0,747†
B	24,43	7,36	24	19	28	254	
C	27,12	8,59	26	20,25	32,5	8	

Legenda: \*teste de *Mann Whitney*; †*Kruskal Wallis*.

A Tabela 4 apresenta os resultados do modelo de regressão com transformação logarítmica, em que se pode observar que pacientes não aderentes têm escore de autocuidado 1,223 vezes maior do que o escore de pacientes aderentes, ou seja, o paciente não aderente, em média, tem escore de autocuidado 22,3% maior do que o paciente aderente; o aumento de uma unidade no número de tomadas de medicamentos leva ao decréscimo no escore de cerca de 0,9% no escore de autocuidado; pacientes sem companheiro, em média, têm escore de autocuidado 8% maior do que os pacientes com companheiro; pacientes com vínculo ativo têm escore 11,7% maior do que os pacientes com vínculo inativo e os pacientes com vínculo do lar têm escore 20,5% maior do que os pacientes com vínculo inativo; e pacientes sedentários têm, em média, escore de comportamento de autocuidado 23,8% maior do que os pacientes não sedentários.

**Tabela 4** – Resultado do modelo de regressão múltipla considerando a transformação logarítmica para o escore do comportamento de autocuidado. São Paulo, SP, Brasil, SP, 2020-2021 (n=340).

	Exponencial (Coeficiente)	IC* (95%)		p-valor
Intercepto	20,041	16,724	24,015	< 0,001
Adesão: não aderente (MAT†<5)	1,223	1,106	1,352	< 0,001
Número de tomadas de medicamentos	0,991	0,982	1,000	0,039
Estado civil: sem companheiro	1,080	1,017	1,146	0,012
Vínculo empregatício: ativo	1,117	1,043	1,198	0,002
Vínculo empregatício: do lar	1,205	1,075	1,351	0,001
Sedentarismo: sim	1,238	1,165	1,317	< 0,001
Tabagismo: sim	1,022	0,876	1,193	0,778
Idade	1,000	0,997	1,002	0,884
Escolaridade	1,004	0,997	1,011	0,281
Tempo da doença em anos	1,000	0,997	1,002	0,734

Legenda: \*IC: intervalo de confiança; †MAT: Medida de Adesão ao Tratamento.

## DISCUSSÃO

Os resultados sociodemográficos identificados na presente pesquisa são semelhantes a outros estudos<sup>18-20</sup>. Estudo mostrou que pacientes com IC apresentam média de idade entre 51 e 66 anos<sup>18-19</sup>. Resultados de pesquisa, realizada em São Paulo, Brasil, com 100 pacientes com IC, que tinha como um dos objetivos identificar as barreiras para a não adesão, mostraram que a maioria dos participantes tinha renda familiar de até três salários mínimos<sup>20</sup>.

No que se refere às comorbidades, observou-se que a mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica, uma das causas mais frequentes para o desenvolvimento da IC<sup>4</sup>. O número elevado de comorbidades associadas a estes pacientes pode estar relacionado ao aumento de sobrevida desta população e pelo fato de a IC ser a via final de outras doenças cardiovasculares<sup>20</sup>.

O escore médio da escala de autocuidado dos participantes foi de 24, resultado semelhante foi identificado em estudo realizado na Etiópia, em que os achados demonstraram que mais da metade dos participantes apresentavam bom comportamento de autocuidado<sup>21</sup>. Ao analisar a relação do comportamento de autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas, observou-se que pacientes não aderentes têm escore de autocuidado maior do que o escore de pacientes aderentes; o aumento do número de tomadas de medicamentos leva a um decréscimo no escore de autocuidado; pacientes sem companheiro, com vínculo ativo e sedentário têm escore de autocuidado maior. Resultados semelhantes podem ser identificados na literatura. Estudo realizado na Silésia, com 180 pacientes com IC, evidenciou que mais de 65% dos pacientes que seguiram as recomendações do uso dos medicamentos tiveram um nível bom de autocuidado<sup>22</sup>. Estudo multicêntrico, que analisou 295 pacientes com IC, observou que melhores comportamentos de autocuidado estavam relacionados com pacientes que tomavam mais de cinco medicamentos<sup>23</sup>. Entretanto, ainda não há um consenso na literatura sobre essa associação e os resultados dos estudos ainda são controversos, em que algumas pesquisas apontam que a polifarmácia aumenta as chances de não aderência às recomendações do tratamento<sup>19</sup>.

Quanto ao estado civil, dados de outro estudo corroboram nossos achados, em que evidenciou que morar sozinho foi associado a piores escores de comportamento de autocuidado<sup>6</sup>. O apoio familiar é importante fator para o autocuidado destes pacientes<sup>24</sup> e, nesse sentido, a família e os cuidadores devem ser inseridos no momento que o enfermeiro for realizar as orientações sobre o preparo das refeições com baixo teor de sódio, monitoramento dos sinais e sintomas do agravamento da doença e na elaboração de estratégias para garantir a adesão ao tratamento farmacológico<sup>25</sup>.

Nesta pesquisa, os pacientes sedentários apresentaram piores escores de comportamento de autocuidado, conforme a Versão Brasileira da *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*. Estudo que avaliou o impacto de um programa de exercícios no comportamento de autocuidado de 69 pessoas com insuficiência cardíaca mostrou que houve melhora significativa no controle do autocuidado<sup>26</sup>. Ensaio clínico multicêntrico controlado, realizado na Austrália, com 132 indivíduos com IC, mostrou que o grupo intervenção que participou de um programa de exercício baseado no teste de caminhada de seis minutos teve melhora no comportamento de autocuidado ( $p=0,031$ ) e no nível de atividade física ( $p=0,034$ )<sup>27</sup>. A diretriz europeia de IC enfatiza a importância da realização do exercício físico em razão da melhora da qualidade de vida e capacidade funcional desta população<sup>4</sup>.

Outro resultado encontrado foi que os pacientes com algum vínculo empregatício apresentaram piores escores de comportamento de autocuidado. Estudo realizado com 100 pacientes árabes com IC mostrou que estar desempregado foi um dos preditores de melhor confiança no autocuidado ( $72,45\pm 21,3$  versus  $64,02\pm 18,2$ ,  $p=0,05$ )<sup>28</sup>. Este achado pode estar relacionado ao fato de que, ao trabalhar, o indivíduo reduz o suporte social, a alimentação consumida na maioria das vezes não é a recomendada e não há tempo para realização de exercícios físicos. Entretanto, esta associação também é controversa, pois resultados de outras pesquisas têm mostrado que o fato de estar desempregado piora o comportamento de autocuidado<sup>29</sup>.

Diante dos resultados encontrados, há a necessidade da implantação de programas multidisciplinares que visem a melhora do comportamento de autocuidado de indivíduos com IC, em que o enfermeiro enfoque em ações direcionadas aos que possuem má adesão ao tratamento, sem companheiros, com vínculo empregatício ativo e sedentários. Intervenções de autocuidado reduzem os desfechos clínicos negativos da doença e melhoram a qualidade de vida dos pacientes com IC<sup>25,30</sup>.

Como limitações deste estudo, tem-se que estes dados são provenientes de um estudo de desenho transversal, o que impede o estabelecimento de relações causais; a avaliação da adesão ao comportamento de autocuidado foi medida em um único momento e sabe-se que podem se modificar com o tempo. Deve-se considerar ainda que o estudo foi realizado em um único centro e em um ambulatório, e os resultados encontrados não podem ser generalizados para pacientes com características distintas da nossa população e/ou para pacientes hospitalizados. Sugere-se a realização de estudos com o intuito de investigar o impacto de intervenções de enfermagem direcionadas para indivíduos com estas características.

## CONCLUSÃO

A maioria dos participantes possuía comportamento de autocuidado adequado. Os fatores relacionados aos melhores escores de autocuidado foram maior número de medicamentos tomados e adesão ao tratamento medicamentoso, e os relacionados aos piores escores foram pacientes sem companheiro, sedentários e com vínculo empregatício ativo ou do lar.

## REFERÊNCIAS

1. Cestari VRF, Florêncio RS, Garces TS, Souza LC, Pessoa VLMP, Moreira TMM. Mobile app mapping for heart failure care: A scoping review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jul 8];31:e20210211. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0211>
2. Sokos GG, Raina A. Understanding the early mortality benefit observed in the PARADIGM-HF trial: Considerations for the management of heart failure with sacubitril/valsartan. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Nov 15];16:41-51. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S197291>

3. Brasil Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Internações Hospitalares. Consolidação da base de dados de 2021 – Brasil – 2021 [Internet]. 2021 [acesso 2021 Nov 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 11];42(36):3599-726. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
5. Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA, et al. Cardiovascular disease epidemiology in portuguese-speaking countries: Data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Set 10];110(6):500-11. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>
6. Róin T, Á Lakjuni K, Kyhl K, Thomsen J, Veyhe AS, Róin Á, et al. Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- A prospective cohort study from the Faroe Islands. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Dez 11];78(1):1653139. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1653139>
7. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, MO(US): Mosby; 2001.
8. Biddle MJ, Moser DK, Pelter MM, Robinson S, Dracup K. Predictors of adherence to self-care in rural patients with heart failure. *J Rural Health* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Nov 10];36(1):120-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jrh.12405>
9. Koirala B, Dennison Himmelfarb CR, Budhathoki C, Davidson PM. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Nov 18];6(2):e03412. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03412>
10. Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP, Menses LST, Oliveira ASS, et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Dez 15];71 Suppl 6:2604-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>
11. Backer G. Epidemiology and prevention of cardiovascular disease: quo vadis? Based on the 21th ESC Geoffrey Rose lecture on population sciences, ESC Congress 2016, Rome, Italy. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Nov 19];24(7):768-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2047487317691875>
12. Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and Validation of the European Heart Failure Self-care Scale for Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso 2021 Ago 21];20:988-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500022>
13. Brasil. Economia e Emprego – Política de valorização garante salário – mínimo de R\$ 937 em 2017 [Internet]. 2017 [acesso 2023 Jul 8]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economiaeemprego/2016/12/politica-de-valorizacao-garante-salario-minimo-de-r-937-em2017>
14. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. MM2022 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* [Internet]. 2022 [acesso 2021 Abr 21];145(18):e895-e1032. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001062>
15. World Health Organization. Guidelines for the conduct of tobacco smoking among health professionals, report WHO [Internet]. Canada (CA): Meeting Winnipeg; 1983 [acesso 2023 Jul 8]. 19 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66865>

16. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Geneva, (CH); 2010 [acesso 2023 Jul 8]. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>
17. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2000 [acesso 2021 Set 10];32(9):S498-504. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005768-200009001-00009>
18. Wu JR, Mark B, Knafl GJ, Dunbar SB, Chang PP, DeWalt DA. A multi-component, family-focused and literacy-sensitive intervention to improve medication adherence in patients with heart failure – A randomized controlled trial. *Heart Lung* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 12];48(6):507-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.05.011>
19. Scavini S, Bernocchi P, Villa S, Paganoni AM, La Rovere MT, Frigerio M. Treatment prescription, adherence, and persistence after the first hospitalization for heart failure: A population-based retrospective study on 100785 patients. *Int J Cardiol* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Nov 10];330:106-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2021.02.016>
20. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Nov 11];53:e03447. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039803447>
21. Fetensa G, Yadecha B, Tolossa T, Bekuma TT. Medication adherence and associated factors among chronic heart failure clients on follow up oromia region, West Ethiopia. *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Nov 10];17(2):104-14. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1871525717666191019162254>
22. Mlynarska A, Golba KS, Mlynarski R. Capability for self-care of patients with heart failure. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Out 15];13:1919-27. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S178393>
23. Salvadó-Hernández C, Cosculluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Méndez-Galeano C, Maroto-Villanova N, et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: Actitudes, conocimientos y autocuidado. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Out 12];50(4):213-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008>
24. D'Almeida KSM, Barilli SLS, Souza GC, Rabelo-Silva ER. Cut-point for satisfactory adherence of the dietary sodium restriction questionnaire for patients with heart failure. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Nov 21];112(2):165-70. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190011>
25. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Jul 8];23(1):157-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
26. Gary RA, Paul S, Corwin E, Butts B, Miller AH, Hepburn K, et al. Exercise and cognitive training intervention improves self-care, quality of life and functional capacity in persons with heart failure. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jun 20];13(2):809-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0733464820964338>
27. Du H, Newton PJ, Budhathoki C, Everett B, Salamonson Y, Macdonald PS, et al. The home-heart-walk study, a self-administered walk test on perceived physical functioning, and self-care behaviour in people with stable chronic heart failure: A randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Nov 20];17(3):235-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515117729779>

28. Massouh A, Abu Saad Huijer H, Meek P, Skouri H. Determinants of self-care in patients with heart failure: Observations from a developing country in the Middle East. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Nov 21];31(3):294-303. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659619865587>
29. Tawalbeh LI, Al-Smadi AM, AlBashtawy M, AlJezawi M, Jarrah M, Musa AS, et al. The most and the least performed self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 20];29(2):108-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1054773818779492>
30. Cestari VRF, Florêncio RS, Garces TS, Souza LC, Negreiros FDS, Pessoa VLMP, et al. Codesign of a care-educational app for people with heart failure: Design, prototyping and co-implementation. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jul 8];31:e20220163. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0163en>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Adesão ao tratamento farmacológico e comportamento de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Paulo, em 2022.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Lima JG, Barros ALBL, Lopes JL.

Coleta de dados: Lima JG.

Análise e interpretação dos dados: Lima JG, Lopes JL.

Discussão dos resultados: Lima JG, Lopes JL.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Barros ALBL, Lopes JL.

Revisão e aprovação final da versão final: Lopes JL.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – Hospital São Paulo, parecer n. 2.555.873/2018, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 82703318.1.0000.5505.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### EDITORES

Editores Associados: José Luís Guedes dos Santos, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### HISTÓRICO

Recebido: 02 de agosto de 2023.

Aprovado: 03 de outubro de 2023.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Juliana de Lima Lopes

juliana.lima@unifesp.br

