

# Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca\*

FACTORS ASSOCIATED WITH BELIEFS ABOUT ADHERENCE TO NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

FACTORES ASOCIADOS A LAS CREENCIAS SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Izabel Cristina Ribeiro da Silva Saccomann<sup>1</sup>, Fernanda Aparecida Cintra<sup>2</sup>, Maria Cecília Bueno Jayme Gallani<sup>3</sup>

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos avaliar as crenças relativas aos benefícios e às barreiras para a adesão ao automonitoramento diário do peso/edema em pacientes com insuficiência cardíaca e verificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre essas crenças. Foram entrevistados 105 pacientes. A média das subescalas Benefícios e Barreiras foram 20,2 ( $\pm$  5,7) e 30,1 ( $\pm$  7,1), respectivamente. Os pacientes percebiam que a adesão ao automonitoramento diário do peso/edema poderia mantê-los saudáveis, melhorar a qualidade de vida e diminuir as chances de reinternação. Aproximadamente a metade (46,7%) relatou esquecimento dessa medida. Os que controlavam peso uma vez por mês apresentaram maior chance de barreiras à adesão (OR= 6,6; IC 95% 1,9-13,8; p=0,01), revelando essa medida como o principal fator relacionado às barreiras percebidas. A educação em saúde pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias direcionadas a diminuição das barreiras e aumento dos benefícios desse controle.

## DESCRIPTORIOS

Insuficiência cardíaca  
Adesão à medicação  
Cooperação do paciente  
Gerenciamento clínico  
Cuidados de enfermagem

## ABSTRACT

This study aimed at assessing beliefs about the benefits and barriers to adherence to daily self-monitoring of weight/edema in patients with heart failure, and the influence of demographic and clinical variables on those beliefs. 105 patients were interviewed. The mean of the subscales Benefits and Barriers were 20.2 ( $\pm$  5.7) and 30.1 ( $\pm$  7.1), respectively. Patients perceived that adherence to daily self-monitoring of weight/edema could keep them healthy, improve their quality of life and decrease the chances of readmission. Approximately half of patients (46.7%) reported forgetting this measure. Those who controlled weight once a month were more likely to have barriers to adherence (OR= 6.6; IC 95% 1.9-13.8; p=0.01), showing this measure to be the main factor related to perceived barriers. Education in health can contribute with the development of strategies aimed at lowering barriers and increasing benefits of this control.

## DESCRIPTORS

Heart failure  
Medication adherence  
Patient compliance  
Disease management  
Nursing care

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivos evaluar las creencias respecto a los beneficios y las barreras para la adherencia a la auto-monitorización diaria del peso/edema en los pacientes con insuficiencia cardíaca e identificar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas sobre estas creencias. Se entrevistaron 105 pacientes. La puntuación promedio de las sub-escalas Beneficios y Barreras fueron 20,2 ( $\pm$  5,7) y 30,1 ( $\pm$  7,1), respectivamente. Los pacientes percibían que la adherencia a la auto-monitorización de peso/edema diario podría mantenerlos saludables, mejorar la calidad de vida y reducir las posibilidades de re-hospitalización. Aproximadamente la mitad de ellos (46,7%) informaron haber olvidado efectuar este control. Los pacientes que controlaban su peso una vez al mes presentaban más oportunidades de barreras a la adherencia (OR = 6,6, IC 95% 1,9 - 13,8, p = 0,01), siendo esa medida el principal factor con relación a las barreras percibidas. La educación para la salud puede contribuir al desarrollo de estrategias dirigidas a la reducción de las barreras y ampliar los beneficios de este control.

## DESCRIPTORIOS

Insuficiencia cardíaca  
Cumplimiento de la medicación  
Cooperación del paciente  
Manejo de la enfermedad  
Atención de enfermería

\* Extraído da tese de "Educação em saúde na adesão ao tratamento e na qualidade de vida em portadores de insuficiência cardíaca", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, 2012. <sup>1</sup>Enfermeira. Professora Assistente, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP, Brasil. isacomann@pucsp.br <sup>2</sup>Enfermeira. Professora Associada, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. fernanda@fcm.unicamp.br <sup>3</sup>Enfermeira. Professora Livre-Docente, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. maria-cecilia.gallani@fisi.ulaval.ca

## INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) representa um desafio para a equipe de saúde, configurando-se como uma das principais causas de hospitalização no cenário mundial<sup>(1)</sup>. Dentre elas, destacam-se o desconhecimento das medidas não farmacológicas, a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso e a incapacidade dos pacientes para identificar os sinais e sintomas preditivos de descompensação da doença.

O prognóstico dos pacientes com IC depende não apenas da terapia medicamentosa, mas também de uma abordagem não medicamentosa<sup>(2)</sup>. A adesão ao tratamento é relevante para o controle dos sintomas e evolução da doença e está diretamente relacionada aos esquemas terapêuticos complexos e às restrições dietéticas de sal e líquidos. Estudos demonstram que as taxas de não adesão ao tratamento não medicamentoso são elevadas (entre 50 e 80%)<sup>(3)</sup> e estão relacionadas às mudanças no estilo de vida, como: restrição de líquido e sódio na dieta, controle diário do peso e atividade física<sup>(4)</sup>.

Dentre as maiores limitações para a adesão, destacam-se o desconhecimento e a falta de associação entre o que é apreendido pelo paciente e o resultado do comportamento correspondente. Em outras palavras, os portadores de IC compreendem que uma dieta com pouco sal é importante para o controle da doença, contudo essa informação nem sempre os leva a relacionar o excesso de sal na dieta à retenção hídrica e ao aumento de peso, que podem resultar em descompensação clínica e consequente readmissão hospitalar<sup>(4-5)</sup>. Variações superiores a 1 kg/dia de peso corporal podem ser atribuídas à retenção hídrica e indicar início de piora da IC<sup>(6)</sup>.

Dentre os comportamentos específicos do tratamento não medicamentoso da IC, recomenda-se: monitoramento diário do peso e do edema, atividade física e restrição de sódio na dieta<sup>(7)</sup>. Apesar da relevância dessas medidas, o controle de peso é o cuidado menos conhecido pelos pacientes<sup>(8)</sup>. No entanto, a literatura releva que a percepção de benefícios e barreiras a um comportamento é passível de intervenção, com melhora do comportamento de adesão<sup>(9)</sup>. O enfermeiro desempenha papel importante na otimização das recomendações não farmacológicas.

Considerando que as alterações no peso estão diretamente relacionadas à retenção de líquidos e ao uso adequado dos diuréticos prescritos, e que a falta de adesão ao controle dessa medida pode descompensar o quadro clínico do paciente com IC, este estudo teve como objetivos avaliar as crenças relativas aos benefícios e às barreiras percebidos para a adesão ao automonitoramento diário do peso e edema em pacientes com IC e verificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre essas crenças.

## MÉTODO

Este estudo refere-se a um corte transversal de investigação experimental mais ampla, a qual verificou o efeito de uma intervenção educativa sobre a adesão medicamentosa e não medicamentosa entre pacientes com IC, em seguimento nos ambulatórios de Geriatria e Cardiologia de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo.

A amostra foi constituída por 105 sujeitos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 50 anos. Elegeram-se essa faixa etária pelo aumento da prevalência de IC. Os sujeitos atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) seguimento ambulatorial há pelo menos três meses (período mínimo necessário para a realização dos exames de caracterização clínica); 2) uso contínuo de diuréticos e 3) capacidade de compreensão e comunicação. Foram excluídos os pacientes com distúrbios psiquiátricos e aqueles com história recente de eventos cardiovasculares agudos (infarto do miocárdio ou angina instável nos três meses que antecederam a coleta de dados).

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2010 a abril de 2011. Na data da consulta médica os pacientes foram convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos sobre os objetivos e desenvolvimento da pesquisa. Após a anuência, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o parecer nº 1242/2010.

Os dados foram obtidos previamente à consulta médica, em local privado, por meio de entrevista individual na qual foram aplicados os instrumentos descritos a seguir. As informações para a caracterização clínica foram extraídas dos prontuários dos pacientes.

### Instrumentos de coleta de dados

**Caracterização sociodemográfica e clínica:** contém informações relativas a: nome, sexo, idade, raça, procedência, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, com quem reside e renda mensal. Contém ainda dados de caracterização clínica: tempo de diagnóstico, etiologia da cardiopatia que originou a IC, comorbidades, classe funcional segundo os critérios da *New York Heart Association* (CF NYHA), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FE-VE), disfunções sistólica e diastólica, sintomas (dispneia, fadiga, edema, angina e palpitação), acesso à balança de peso corporal e controle de peso.

**Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale (BSMCS):** adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil<sup>(10)</sup>, a escala é composta por 18 itens com escore de cinco pontos que variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Destina-se a medir os benefícios e as barreiras percebidas à adesão ao comportamento de automonitoramento diário do peso e do edema. Seis itens medem os benefícios da adesão e 12, as barreiras à

adesão. Na análise do instrumento obtém-se um escore total para cada subescala, somando-se os escores obtidos em cada item. A pontuação dos escores da subescala Benefícios pode variar de 6 a 30 e, quanto maiores os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala Barreiras varia entre 12 e 60 e, quanto maiores os escores, mais elevadas as barreiras percebidas. Neste estudo, a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou  $\alpha = 0,70$  para a subescala Benefícios e  $\alpha = 0,50$  para a subescala Barreiras.

### Análise dos dados

Os dados foram analisados no programa SAS (*System for Windows Version 9.0*). Todas as variáveis foram submetidas à análise descritiva. O coeficiente de correlação de Spearman foi empregado para a análise de correlação entre a escala de crenças e as variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo a variável sexo transformada em variável *dummy*. A análise de regressão logística foi utilizada para verificar associação entre a variável dependente (benefícios e barreiras percebidos para automonitorização de peso/edema) e o conjunto de variáveis independentes: sociodemográficas e clínicas. Para essa análise, a variável dependente foi tratada como variável categórica, na qual a variável resposta foi dicotomizada. Adotou-se o nível de 5% de significância estatística.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 105 pacientes com IC, predominantemente brancos, com média de idade de  $66,1 \pm 9,4$  anos. A maioria era casada ou vivia em união consensual (66,7%), aposentada (75,2%), com até quatro anos de estudo (79,0%), e renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos (82,9%). A etiologia mais evidenciada foi a hipertensiva (52,3%), seguida da isquêmica (27,7%). As comorbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial severa (77,1%) e diabetes melito (25,7%). A maioria dos pacientes encontrava-se na CF II, segundo os critérios da NYHA (58,1%). Quanto ao controle de peso, grande parte informou mensurá-lo somente uma vez por mês (47,6%) (Tabela 1).

### Crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para adesão ao automonitoramento diário do peso e do edema

A média dos escores da subescala Benefícios foi 20,2 ( $\pm 5,7$ ) e da subescala Barreiras, 30,1 ( $\pm 7,1$ ), o que indica que os pacientes percebiam poucas barreiras e mais benefícios em relação ao automonitoramento do peso e do edema (Tabela 2).

As crenças em relação aos benefícios percebidos que obtiveram mais concordância dos pacientes foram: *verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas vai me manter saudável, verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas irá melhorar minha qualidade de vida, e quando eu me peso, não me preocupo muito com minha doença do coração*.

Embora os pacientes reconheçam que a verificação do peso diminui as chances de reinternação hospitalar, quase a metade (46,7%) relatou esquecimento dessa medida.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com IC - Sorocaba, SP, 2011

Características sociodemográficas	Média (dp)	N (%)
<b>Idade (anos)</b>	66,1 (9,4)	
≤ 60		26 (24,8)
> 60 ≤ 75		66 (62,9)
>75		13 (12,4)
<b>Sexo</b>		
Feminino		56 (53,3)
Masculino		49 (46,7)
<b>Cor/etnia</b>		
Branca		80 (76,2)
Não branca		25 (23,8)
<b>Estado Civil</b>		
Casado		70 (66,6)
Não casado		35 (33,3)
<b>Situação de Trabalho</b>		
Aposentado		79 (75,2)
Empregado		12 (11,4)
Sem rendimentos		14 (13,3)
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	4,1 (3,3)	
<b>Renda (salário mínimo)</b>	1,9 (1,0)	
<b>Características Clínicas</b>		
<b>Tempo de IC (anos)</b>	9,9 (7,9)	
<b>Etiologia</b>		
Hipertensão arterial sistêmica		55 (52,3)
Coronariopatia		29 (27,7)
Doença de Chagas		13 (12,4)
Miocardiopatia		08 (7,6)
<b>Classe Funcional (New York Heart Association)</b>		
CF I		19 (18,1)
CF II		61 (58,1)
CF III/IV		25 (23,8)
<b>Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo</b>	51,0 (13,5)	
Normal ( $\geq 50$ %)		60 (57,1)
Rebaixada ( $< 50$ %)		45 (42,9)
<b>Comorbidades</b>	2,3 (1,8)	
1		54 (51,4)
2		37 (35,2)
$\geq 3$		14 (13,3)
<b>Diuréticos utilizados</b>		
Furosemida		72 (68,6)
Hidroclorotiazida		46 (43,8)
Espiro lactona		29 (27,6)
Número médio de diuréticos utilizados	1,4 (0,5)	
<b>Controle de peso</b>		
1x/semana		14 (13,3)
Até 3x/semana		05 (4,8)
1x/mês		50 (47,6)
Somente na consulta médica		36 (34,6)

Nota: (n=105)

**Tabela 2** - Escores das sub-escalas Benefícios e Barreiras percebidos sobre automonitoramento de peso e edema - Sorocaba, SP, 2011

	BSMCS*	Média (dp) †	Md ‡	Mín/Máx§
<b>Benefícios</b>				
3. Pesar todos os dias vai me manter saudável		2.9 (1.6)	3	1 – 5
5. Checar meu peso todos os dias irá melhorar minha qualidade de vida		3.0 (1.7)	3	1 – 5
11. Quando eu me peso, não me preocupo muito com minha doença do coração		3.4 (1.6)	4	1 – 5
15. Verificar o inchaço de meus pés e de minhas pernas irá melhorar minha qualidade de vida		3.6 (1.4)	4	1 – 5
16. Se eu me pesar todos os dias, diminuo minhas chances de ser internado		3.3 (1.5)	3	1 – 5
17. Verificar o inchaço de meus pés e de minhas pernas vai me manter saudável		3.8 (1.4)	4	1 – 5
<b>Total</b>		<b>20.2 (5.7)</b>	<b>21</b>	<b>6 – 30</b>
<b>Barreiras</b>				
1. Verificar o inchaço de meus pés e de minhas pernas é desagradável		3.2 (1.7)	4	1 – 5
2. Pesar-me todos os dias toma muito tempo		2.5 (1.6)	2	1 – 5
4. Verificar o inchaço de meus pés e de minhas pernas toma muito tempo		1.5 (0.9)	1	1 – 5
6. Pesar-me todos os dias me deixa preocupado com minha doença		2.7 (1.7)	2	1 – 5
7. Verificar o inchaço de meus pés e de minhas pernas todos os dias me deixa preocupado com minha doença		2.9 (1.7)	3	1 – 5
8. Eu não sei como verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas		1.8 (1.3)	1	1 – 5
9. Eu não tenho balança em casa para me pesar		4.3 (1.3)	5	1 – 5
10. Pesar-me é desagradável		2.5 (1.7)	2	1 – 5
12. Não sei usar a balança para me pesar		1.6 (1.2)	1	1 – 5
13. Esqueço de me pesar todos os dias		3.1 (1.7)	3	1 – 5
14. Não consigo enxergar os números da balança para me pesar		1.6 (1.2)	1	1 – 5
18. Esqueço de verificar o inchaço de meus pés e de minhas pernas todos os dias		2.6 (1.7)	2	1 – 5
<b>Total</b>		<b>30.1 (7.1)</b>	<b>29</b>	<b>12 – 60</b>

\* BSMCS: Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale; †dp: desvio padrão; ‡ Md= Mediana; § Min/Max: variação mínima e máxima; Nota: (n=105)

As crenças em relação às barreiras percebidas, com as quais os pacientes mais concordaram foram: *eu não tenho balança em casa para me pesar, verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas é desagradável e esqueço de me pesar todos os dias.*

### Correlação entre as variáveis sociodemográficas/clínicas e as crenças em saúde

A correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as crenças em saúde é apresentada na Tabela 3. Observou-se correlação positiva entre a subescala Benefício e a escolaridade, mostrando que quanto maior a escolaridade, mais o paciente percebe os benefícios do automonitoramento de peso e edema.

A subescala Barreira apresentou correlação positiva com o sexo e a verificação do peso, achado que chama a atenção, uma vez que as mulheres perceberam mais barreiras para o controle de peso e edema. Os pacientes que verificavam o peso com menor frequência também

perceberam mais barreiras para esse autocuidado. Também merece destaque a correlação negativa entre a subescala Barreira, a escolaridade e a presença de comorbidades, ou seja, quanto menor a escolaridade e o menor o número de comorbidades, mais o paciente percebe a verificação de peso e edema como barreira.

A análise dos fatores associados às crenças sobre adesão ao automonitoramento de peso e edema foi realizada por meio da análise de regressão logística, incluindo como variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de IC, comorbidades, CF NYHA, FEVE, sintomas e controle de peso. Após eliminação das variáveis que não se mostraram significativas (stepwise selection), o resultado final do modelo logístico, revelou o controle de peso como a única variável que influenciou o modelo. Em outras palavras, os pacientes que controlam peso uma vez por mês têm maior chance de apresentar barreiras para adesão ao automonitoramento de peso e edema (OR= 6,6; IC 95% 1,9-13,8; p=0,01).

**Tabela 3** - Correlação entre a escala de crenças relacionadas à saúde e as variáveis sociodemográficas e clínicas - Sorocaba, SP, 2011

	Idade	Sexo	Escolaridade	Renda	Tempo de IC	Comorbidades	CF#	FEVE§	Sintomas	Controle de peso
BSMCS*	r **	r	R	r	r	r	r	r	r	R
<b>Benefícios</b>	0.063 (0.26)	0.003 (0.49)	0.221 (0.01)	0.001 (0.49)	0.018 (0.43)	-0.064 (0.26)	0.039 (0.35)	0.049 (0.30)	-0.022 (0.41)	0.019 (0.42)
<b>Barreiras</b>	- 0.054 (0.29)	0.158 (0.05)	-0.238 (0.00)	0.047 (0.32)	0.003 (0.49)	-0.190 (0.03)	0.079 (0.20)	0.003 (0.48)	0.079 (0.21)	0.245 (0.00)

\* BSMCS: Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale; \*\* r: Coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo p-valor; # CF NYHA: Classe Funcional segundo New York Heart Association; § FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; Nota: (n=105)

## DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que grande parte dos pacientes (47,6%) verificava o próprio peso corporal uma vez por mês, 13,3%, uma vez por semana e apenas 4,8% fazia este controle até três vezes por semana. A maioria não possuía balança no domicílio, o que pode ter contribuído para a baixa adesão a essa medida. A presença de balança no domicílio facilita o estabelecimento do controle de peso como rotina<sup>(11-12)</sup>, e pode representar fator determinante para o controle de peso diário em pacientes com IC<sup>(13)</sup>. Além disso, a presença de correlação positiva significativa entre o controle de peso e a subescala Barreira percebida pode justificar os resultados obtidos. Os pacientes que verificavam o peso com menor frequência também perceberam mais barreiras para esse autocuidado.

Por outro lado, as taxas de adesão ao controle diário de peso apresentaram variabilidade elevada, com taxas entre 12 e 42%<sup>(14)</sup>. Grande parcela dos pacientes (77%) não comunicam os médicos sobre o ganho de peso e 50% não consideram importante o aumento súbito de peso<sup>(15)</sup>. Um estudo apontou que apenas 46% dos pacientes recebiam orientações sobre a importância do controle do peso diário<sup>(16)</sup>.

Pequena porcentagem dos pacientes com IC (5%) reconhecem o aumento de peso como sinal para admissão hospitalar, com tolerância média de espera entre três e sete dias, antes de buscar assistência médica<sup>(14)</sup>. Estudo revelou que a adesão ao monitoramento de peso (OR=0,42; IC 95% 0,23–0,76;  $p<0,01$ ) e o ajuste do diurético (OR=0,44, 95% 0,19–0,98;  $p<0,05$ ) reduzem as chances de procura aos serviços de emergência e de hospitalização, o que pode reduzir as taxas de morbidade da IC<sup>(13)</sup>.

A literatura revela melhora no comportamento de adesão ao controle de peso após intervenções conduzidas por enfermeiros em ambulatórios de IC<sup>(17)</sup>. Sendo assim, considera-se relevante nas consultas ambulatoriais o incentivo para verificação do peso como medida para estimular os pacientes a incorporar este controle no dia a dia, compreendendo que aumentos súbitos de peso podem significar um sinal precoce de descompensação da IC<sup>(17)</sup>.

Os pacientes com IC perceberam poucas barreiras e mais benefícios em relação ao automonitoramento de peso e edema. Esses resultados são coerentes com estudo anterior que apresentou média de idade semelhante<sup>(4)</sup>. Apesar dos pacientes perceberem que a adesão a esse comportamento poderia mantê-los saudáveis, melhorar sua qualidade de vida e diminuir as chances de reinternação, quase a metade (46,7%) relatou esquecimento dessa medida.

Além do esquecimento, as barreiras mais relatadas pelos pacientes para a adesão ao controle de peso e edema foram: falta de balança no domicílio e ser desagradável a verificação do inchaço dos pés e das pernas. Na literatura, a motivação e a falta de conhecimento sobre a

necessidade de controle do peso também são apontadas como causas de baixa adesão<sup>(12,15-16)</sup>.

O esquecimento merece destaque pela importância que assume como barreira<sup>(4)</sup> e pela evidência de associação significativa entre IC e disfunção cognitiva, como a redução do desempenho de atenção e a dificuldade de concentração<sup>(18)</sup>. A disfunção cognitiva é prevalente entre os idosos<sup>(19)</sup> e pode ser responsável pelas taxas de não adesão, especialmente quando são frequentes as mudanças relacionadas ao tratamento<sup>(11,20)</sup>. Os achados apontam para a importância do desenvolvimento de estratégias que minimizem o esquecimento, o que pode contribuir para a diminuição das barreiras para o controle de peso e edema.

Destaca-se ainda a associação das variáveis socio-demográficas e clínicas com as barreiras para adesão ao controle de peso e edema. As mulheres perceberam mais barreiras para esse autocuidado. Além disso, quanto menor a escolaridade e menor o número de comorbidades, mais o paciente percebe como barreira a verificação de peso e edema. Assim, é relevante a implementação de atividades educacionais que incluam estratégias específicas para reforçar os benefícios dessa medida, especialmente em pacientes com baixa escolaridade e menor número de comorbidades.

A contribuição deste estudo refere-se à influência da variável controle do peso sobre as barreiras percebidas para a adesão. Os pacientes que relataram efetuar a medida do peso uma vez por mês tiveram 6,6 vezes mais chances de perceber como barreira a verificação do peso e edema, o que configura não adesão a esse comportamento.

O controle de peso diário é uma medida importante, diretamente relacionada à retenção de líquidos e à efetividade da dose de diuréticos prescritos. O aumento súbito de peso frequentemente está associado a retenção hídrica e conseqüentemente à piora da IC. Contudo, os pacientes apresentam dificuldade em relacionar o aumento súbito de peso à piora do quadro clínico<sup>(11)</sup>, o que constitui uma barreira à adesão ao controle diário do peso. A principal dificuldade relaciona-se a falta de conhecimento e capacidade para associar um fato aprendido ao resultado de um comportamento<sup>(5)</sup> e a tolerância do paciente aos sinais de descompensação<sup>(21)</sup>. Assim, a compreensão pelo paciente do que deve ser feito frente ao aumento súbito de peso ou à piora dos sintomas mostra-se mais relevante que as estratégias de adesão relacionadas ao controle do peso diário<sup>(11)</sup>.

As diretrizes para IC recomendam que os pacientes sejam informados sobre a importância do controle diário do peso e, na ocorrência de aumento súbito, busquem atendimento nos serviços de emergência<sup>(6)</sup>.

Os programas de gerenciamento da doença têm sido conduzidos para facilitar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento, por meio da implementação de estratégias para melhorar a adesão e o gerenciamento da

doença. Estudo realizado por enfermeiros com portadores de IC demonstrou que os pacientes do grupo de intervenção, que receberam orientações de forma intensiva sobre a adesão de medidas não farmacológicas, identificaram e buscaram atendimento quando do aumento súbito de peso em relação ao grupo controle, que recebeu apenas orientações na consulta com o cardiologista (86 e 69%, respectivamente,  $p < 0,01$ )<sup>(22)</sup>.

Em síntese, os programas de educação em saúde que utilizam estratégias para identificar os benefícios e as barreiras para o autocuidado contribuem para a compreensão de que a verificação de peso diário e edema (medidas de fácil obtenção) pode alertar o paciente para os sinais de descompensação da IC e evitar a hospitalização. Essa medida traz uma contribuição relevante para a qualidade de vida desses pacientes.

### **Limitação do estudo**

A principal limitação deste estudo foi em relação a falta de uma equipe multiprofissional para o gerenciamento do paciente com IC, o que pode ter contribuído para a baixa adesão ao controle de peso e do edema. A presença de

uma equipe multidisciplinar que adota estratégias educacionais têm impacto positivo sobre esse comportamento de autocuidado.

### **CONCLUSÃO**

Este estudo com portadores de IC revelou que o controle de peso foi o principal fator relacionado às barreiras percebidas para adesão a medidas não medicamentosas e, conseqüentemente, à baixa frequência do controle de peso. Grande parcela (47,6%) dos pacientes com IC realizava controle de peso somente uma vez por mês, justificando pelas barreiras apontadas como sendo desagradável e pelo esquecimento.

Permanece como desafio aos profissionais de saúde a implementação de estratégias direcionadas à diminuição das barreiras, bem como ao aumento dos benefícios do automonitoramento de peso e edema. Abordagens educativas que envolvam o paciente e a família no autocuidado, permitindo expor suas barreiras, dúvidas e experiências, podem constituir medida importante para minimizar a não adesão.

### **REFERÊNCIAS**

1. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics - 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(1):e6-e245.
2. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO, Gonzalez SB. Impact of nursing systematic education on disease knowledge and self-care at a heart failure clinic in Brazil: prospective and interventional study. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2007 [cited 2013 May 17];6(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1039>
3. Powell LH, Calvin JE Jr, Richardson D, Janssen I, Leon CFM, Flynn KJ, et al. Self-management counseling in patients with heart failure. *JAMA*. 2010;304(12):1331-8.
4. Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Van der Gilst WH, Van Veldhuisen. Unraveling the mechanisms for heart failure patient's beliefs about compliance. *Heart Lung*. 2007;36(4):253-61.
5. Chaudhry SI, Wang Y, Concato J, Gill TM, Krumholz HM. Patterns of weight change preceding hospitalization for heart failure. *Circulation*. 2007;116(14):1549-54.
6. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 Focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009;119(14):1977-2016.
7. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1 Supl.1):1-33.
8. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescribing and conducting non pharmacological management of patients with decompensated heart failure admitted to a university hospital emergency. *Rev Latino Am Enferm*. 2010;18(6):1145-51.
9. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater C, Murray MD. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001;30(3):177-85.
10. Ferreira MC, Gallani MC. Adaptação transcultural dos instrumentos: BMCS-Beliefs about Medication Compliance Scale e BDCS-Beliefs about Dietary Compliance Scale [abstract]. *Rev SOCESP*. 2005;15 Supl 13:116.
11. Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434-40.
12. Ruf V, Stewart S, Pretorius S, Kubheka M, Lautenschläger C, Presek P, et al. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South Africa: the Heart of Soweto study. *Cardiovasc J Afr*. 2010;21(2):86-92.

13. Jones CD, Holmes GM, Dewalt DA, Erman B, Broucksou K, Hawk V, et al. Is adherence to weight monitoring or weight-based diuretic self-adjustment associated with fewer heart failure-related emergency department visits or hospitalizations? *J Card Fail.* 2012;18(7):576-84.
14. Van der Wal MH, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17.
15. Holst M, Willenheimer R, Martensson J, Lindholm M, Strömberg A. Telephone follow-up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(2):157-9.
16. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescribing and conducting non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure admitted to a University Hospital Emergency. *Rev Latino Am Enferm.* 2010;18(6):1145-51.
17. Van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol.* 2008;125(2):203-8.
18. Alosco ML, Spitznagel MB, van Dulmen M, Raz N, Cohen R, Sweet LH, et al. Cognitive function and treatment adherence in older adults with heart failure. *Psychosom Med.* 2012;74(9):965-73.
19. Zuccala G, Marzetti E, Cesari M, Monaco MR, Antonica L, Cocchi A, et al. Correlates of cognitive impairment among patients with heart failure: results of a multicenter survey. *Am J Med.* 2005;118(5):496-502.
20. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(1):89-99.
21. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2009 [cited 2012 Nov 23];43(1):44-53. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_06.pdf)
22. Van der Wal MH, Jaarsma T. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study) [abstract]. *Eur J Cardiovas Nurs.* 2008;7 Suppl 1:S41.