

Conhecimento, autocuidado e adesão terapêutica dos pacientes com insuficiência cardíaca e o impacto nas internações

Knowledge, self-care and therapeutic adherence of patients with heart failure and the impact on hospitalizations

Conocimiento, autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes con insuficiencia cardíaca y el impacto en la internación

Recebido: 28/08/2023 | Revisado: 18/09/2023 | Aceitado: 26/09/2023 | Publicado: 28/09/2023

Cheini Francis Mendes Shoshima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5586-6632>
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Brasil
E-mail: cheinifms@gmail.com

Nadja Van Geen Poltronieri

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3598-5965>
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Brasil
E-mail: nadja.transplante@gmail.com

Sérgio Henrique Simonetti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7840-8004>
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Brasil
E-mail: sergioh@dantepazzanese.org.br

Rika Miyahara Kobayashi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8569-4264>
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Brasil
E-mail: rikam@dantepazzanese.org.br

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento, autocuidado e adesão terapêutica dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC), e o impacto nas internações. Método: Estudo exploratório, descritivo, prospectivo, transversal, quantitativo, com 84 pacientes que responderam ao questionário de conhecimento da IC; autocuidado e de adesão terapêutica, após aprovação do comitê de ética em pesquisa. Para avaliar a correlação entre as escalas utilizou-se a Correlação de Pearson, e para os fatores associados regressão linear. Resultados: Prevaleceu idosos, sexo masculino, casados, com baixa escolaridade, hipertensos, com dislipidemia ou diabetes e submetidos a angioplastia. A fração de ejeção mediana foi 28%, com sintomas moderados ou graves. O escore de acerto para conhecimento da insuficiência cardíaca foi de 7.4 ± 2.2 , autocuidado 43.6 ± 7.0 e Morisky 5.7 ± 1.9 . Conclusão: Não se observou associação entre as escalas de conhecimento da insuficiência cardíaca, autocuidado e adesão terapêutica e houve correlação da internação com o diagnóstico de etiologia valvar.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Adesão terapêutica; Enfermagem; Conhecimento; Autocuidado.

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge, self-care and therapeutic adherence of patients with heart failure, and the impact on hospitalizations. Method: Exploratory, descriptive, prospective, cross-sectional study of a quantitative nature, with 84 patients who answered the heart failure knowledge questionnaire; self-care and therapeutic adherence, after approval by the research ethics committee. Pearson's Correlation was used to evaluate the correlation between the scales, and linear regression was used for the associated factors. Results: Elderly, male, married, with low education, with arterial hypertension, dyslipidemia, or diabetes, and who underwent angioplasty prevailed. The median ejection fraction was 28%, with moderate or severe symptoms. The score for knowledge of Heart Failure was 7.4 ± 2.2 , self-care 43.6 ± 7.0 , and Morisky 5.7 ± 1.9 . Conclusion: There was no association between the knowledge of heart failure, self-care, and therapeutic adherence scales. There was a correlation between hospitalization with valve etiology diagnoses.

Keywords: Heart failure; Therapeutic adherence; Nursing; Knowledge; Self-care.

Resumen

Objetivo: Evaluar el conocimiento, autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes con insuficiencia cardíaca y su impacto en la internación. Método: Estudio exploratorio, descriptivo, prospectivo, transversal de naturaleza cuantitativa, con 84 pacientes que respondieron el cuestionario de conocimiento sobre la insuficiencia cardíaca; autocuidado y de adherencia terapéutica, después de aprobación del comité de la ética de investigación. Para evaluar

la correlación entre los parámetros se utilizó la Correlación de Pearson, y para los factores asociados, correlación lineal. Resultados: Prevalcieron los ancianos, de sexo masculino, casados, con bajo nivel de educación, con hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes, y que realizaron angioplastia. La fracción de eyección mediana fue del 28%, con síntomas moderados o graves. Conclusión: No se observó asociación entre las escalas de conocimiento de la insuficiencia cardíaca, autocuidado y adherencia terapéutica. Hubo correlación entre la internación con los diagnósticos de la etiología valvar.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca; Adherencia terapéutica; Enfermería; Conocimiento; Autocuidado.

1. Introdução

Insuficiência cardíaca – IC afeta mais de 23 milhões de pessoas, e a sobrevida após 5 anos de diagnóstico é de 35%, onde a prevalência em ascensão se deve provavelmente ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a IC acomete de forma preponderante as maiores faixas etárias (Brasil, 2020; Rohde, et al., 2018). O Brasil está entre os países do ocidente com as maiores taxas de IC, e os dados de mortalidade são quatro vezes maiores se comparados a registros internacionais (Arruda, et al., 2022; Brasil, 2020). Em um cenário regional, o estado de São Paulo apresentou mais de 26 mil mortes por IC no período de 2017 a 2020, conforme dados obtidos no DATASUS (Brasil, 2020).

No período de 2018 a 2021, a IC ocasionou um gasto de R\$ 1,4 bilhão em hospitalizações (Gandra, 2022) e nos Estados Unidos, para o período 2012 a 2030, projetou-se 61% dos gastos diretos com saúde para doenças cardiovasculares (Oliveira, et al., 2020).

Assim, por ser uma síndrome de grande abrangência, a IC ocasiona consequências sistêmicas, funcionais e prejuízos relacionados à qualidade de vida. Consequentemente, é a via final de todas as cardiopatias, sendo comum a ocorrência de uma cascata de outras anormalidades, as quais afetam o próprio coração, vasos, sistema neuro-humoral, rins, fígado e ativam as vias inflamatórias que levam a injúria miocárdica (Rohde, et al., 2018; Rossi Neto, et al., 2020).

A IC pode ser classificada de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), ou ainda pela gravidade dos sintomas da classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) (Kurogi, et al., 2020; Rohde, et al., 2018).

A FEVE é um parâmetro que quantifica a capacidade do coração bombear sangue para os diferentes órgãos do corpo, onde IC com fração de ejeção preservada – ICFEp compreende o valor de $\geq 50\%$; IC de fração de ejeção intermediária – ICFEi compreende um valor entre 40% - 49%; e IC com fração de ejeção reduzida - ICFEr compreende um valor $< 40\%$ (Rohde, et al., 2018). Já a NYHA classifica a IC de acordo com a severidade dos sintomas relatados pelo indivíduo, com escore de I – assintomático, II – sintomas leves, III – sintomas moderados, IV – sintomas graves, o qual permite avaliar o paciente clinicamente, auxilia no manejo terapêutico e tem relação com o prognóstico (Kurogi, et al., 2020; Rohde, et al., 2018).

Estudos demonstram uma correlação negativa entre classe funcional e fração de ejeção, indicando que pacientes com classe funcional entre III e IV apresentam uma fração de ejeção menor (Albuquerque, et al., 2017; Poffo, et al., 2017). Além disso, quanto maior a classe funcional, maior é o número de reinternações, internações prolongadas, e quanto maior o período de internação, maior a mortalidade intra-hospitalar (Medeiros & Medeiros, 2017).

O tratamento desta patologia é realizado pela associação da farmacoterapia e medidas relacionadas ao aumento do conhecimento, melhora do autocuidado e adesão terapêutica dos portadores da doença, visto que a falta destes é um contribuinte para a piora da qualidade de vida, isolamento social e aumento das comorbidades (Mizzaci, et al., 2017; Medeiros & Medeiros, 2017).

No contexto de IC, é importante dispor de estudos e instrumentos validados, que norteiam as ações de saúde, como a mensuração do conhecimento por meio do “Questionário de conhecimento da insuficiência cardíaca” (Rabelo, et al., 2011), o autocuidado pela “Versão Brasileira da European Heart Failure Self-care Behavior Scale” (Feijó, et al., 2012; Jaarsma, et al., 2003) e adesão pela “Escala de Adesão Terapêutica de Morisky” (Oliveira-Filho, et al., 2012), oferecendo às equipes de saúde estratégias eficazes e de baixo custo para nortear seus cuidados.

Não foram encontrados estudos nacionais que avaliassem em conjunto o conhecimento, autocuidado e adesão terapêutica da IC no âmbito intra-hospitalar, tornando este estudo relevante na perspectiva de que a identificação das necessidades do público proporciona melhores estratégias de abordagem para promover resultados positivos à saúde.

O papel do enfermeiro tem ganhado visibilidade nos últimos tempos, pois possui em sua prática um forte componente de educação, facilitando assim a abordagem de diversas temáticas na assistência ao paciente (Campelo, et al., 2018; Mayer, et al., 2019). Apesar do tratamento farmacológico da IC ter evoluído, o tratamento não farmacológico tem demonstrado ser cada vez mais importante, justificando-se a realização de ações para prevenção e diagnóstico precoce da doença, onde abordagens educativas que envolvam o paciente e a família no autocuidado, adesão, aumento do conhecimento e o automonitoramento, são medidas preventivas do cuidado de enfermagem, que reduzem internações hospitalares e o tempo de internação, e consequentemente menos custos (Campelo, et al., 2018; Mayer, et al., 2019).

Desta forma, este estudo traz como questionamento norteador: qual o conhecimento, autocuidado e adesão terapêutica dos pacientes com IC, que impacta nas internações? Portanto, o objetivo do presente estudo é avaliar o conhecimento, autocuidado e a adesão terapêutica dos pacientes com IC e o impacto nas internações, pois parte do pressuposto que a falta destes, piora os sinais e sintomas, necessitando de internações hospitalares.

2. Metodologia

Estudo exploratório, descritivo, prospectivo, transversal de natureza quantitativa, proposto por (Pereira, et al., 2018), que buscou averiguar o conhecimento, autocuidado e adesão terapêutica dos portadores de IC, e o quanto isso impacta nas internações. O estudo foi realizado em um hospital público, terciário, especializado em cardiologia da cidade de São Paulo.

A população foi composta por 84 pacientes (IC 95%), tendo sido inclusos os maiores de 18 anos; que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; que deram entrada no pronto socorro e permaneceram internados na instituição; com diagnóstico prévio de IC e ICFei (40% - 49%) ou ICFeR (<40%); com classificação funcional NYHA entre II e III; e que apresentaram plenas condições de responder as perguntas dos questionários e escalas aplicadas. Foram excluídos os que não estavam aptos a responder por sedação ou estado grave de saúde.

O prontuário eletrônico do paciente foi acessado, a fim de confirmar as condições atuais e antecedentes clínicos, e os instrumentos de coleta de dados também foram aplicados por Enfermeiros treinados previamente.

Os dados foram trabalhados no banco de dados on-line REDCap® - (*Research Electronic Data Capture*), cuja identificação dos participantes foi criptografada para resguardar a confidencialidade (Harris, et al., 2009).

Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, antecedentes clínicos, dados referentes às condições de saúde e hábitos, diagnóstico, número de internações, comorbidades associadas e procedimentos cirúrgicos realizados.

O conhecimento foi avaliado através da versão adaptada do “*Questionário de conhecimento da insuficiência cardíaca*”, que objetiva a definição da doença e suas causas, para que o indivíduo saiba reconhecer os sinais e sintomas de descompensação. Engloba 14 questões, relacionadas à dieta, líquidos e peso, informações gerais de IC, medicamentos, atividade física, medidas que melhoram a IC e motivos de reinternação. O escore de conhecimento é determinado pela soma do número de repostas corretas, podendo variar de 0 a 14 (Rabelo, et al., 2011).

Para avaliar o autocuidado, ou seja, as atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde, do bem-estar, associados à autonomia utilizou-se o instrumento “*European Heart Failure Self-care Behavior Scale EHFScBS*.” Este avalia se o paciente realiza ações para autocuidado de vida diária, através da verificação diária do peso, restrição de sal e líquidos, pratica atividade física, e se busca por ajuda pela equipe de saúde, quando surgem os sinais de descompensação. As repostas seguem uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos, totalizando de 12 a 60, e quanto menor

a pontuação, melhores as ações de autocuidado do paciente (Feijó, et al., 2012).

A adesão terapêutica foi verificada através da “*Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de Oito Itens (MMAS-8)*”, a qual busca determinar a adesão a tratamentos anti-hipertensivos e aborda diversos aspectos comportamentais que possam afetar o uso adequado das medicações. A escala apresenta os sete primeiros itens com respostas dicotômicas (sim/não), e o último item sendo uma escala psicométrica de Likert com 5 opções de respostas: Nunca/quase nunca/às vezes/com frequência/sempre. A pontuação varia de 0 a 8, obtida pelo somatório dos valores das respostas a cada pergunta, sendo categorizada em alta adesão (=8), média adesão (6 ou 7) e baixa adesão (<6) (Oliveira-Filho, et al., 2012).

As variáveis contínuas do estudo foram descritas por suas médias e desvios padrão. As variáveis categóricas foram descritas com uso das frequências absolutas e relativas. A correlação linear entre as escalas foi avaliada com uso da correlação linear de Pearson. Utilizou-se regressão linear para avaliar os fatores associados entre as escalas de conhecimento sobre IC, EHFScBS e Morisky. As análises foram realizadas com auxílio do software R versão 4.2.1., considerando um valor de $P < 0,05$ estatisticamente, significativa. Todos os testes contemplam erro alfa de 5% e confiabilidade de 95%.

Previamente a coleta, o projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob protocolo CAEE: 57418822.5.0000.5462 respeitando os preceitos da resolução 466 de 2012.

3. Resultados e Discussão

A apresentação de resultados será realizada por etapas, a saber, envolvendo a caracterização sociodemográfica, clínicas e procedimentais, seguidos de resultados relacionados ao conhecimento da IC, autocuidado, adesão terapêutica e o impacto nas internações.

Dos 84 participantes do estudo, a média de idade foi de 65.1 (± 12.2), sendo a maioria do sexo masculino 59 (70%), com a cor relata branca 52 (62%), onde 46 (55%) eram casados, com ensino fundamental incompleto 30 (36%) e renda familiar entre 1 e 5 salários-mínimos 52 (62%), seguido de 29 (35%) com até 1 salário-mínimo.

Quanto à etiologia, alguns participantes do estudo apresentaram mais de uma causa para a evolução da IC. A etiologia mais frequente foi isquêmica, que correspondeu a 36 casos (43%), seguida por cardiomiopatias 22 (26%), chagásica/valvar ambas com 14 (17%) dos casos de IC, e outros com 16 (19%), com um tempo médio de diagnóstico destas patologias de 8 (Q1 1; Q2 16) anos. Já as comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) 73 (87%), seguido de dislipidemia 49 (58%) e diabetes 36 (43%), além disso, 6 (7.1%) relataram ser tabagistas ativos e 36 (43%) ex-tabagistas.

Quarenta e três (51%) dos portadores de IC realizaram procedimentos cardíacos, sendo prevalente a angioplastia 22 (26%), revascularização do miocárdio 11 (13%) e troca de válvula 9 (11%).

No que concerne a FEVE a mediana foi de 28% (Q1 22; Q2 35), onde 62 (74%) apresentavam sintomas moderados e 22 (26%) sintomas graves de acordo com a classificação da NYHA.

Quanto aos escores das escalas aplicadas foi calculado média \pm DP – desvio padrão e mediana [1° q; 3° q]. Para o Questionário de conhecimento da insuficiência cardíaca, encontrou-se um escore de acerto de 7.4 ± 2.2 e mediana de 8.0 [Q1 6.0; Q3 9.0]. Para o autocuidado a EHFScBS apresentou um escore médio de 43.6 ± 7.0 com mediana de 44.0 [Q1 39.8; Q3 49.0], e Morisky apresentou escore médio de 5.7 ± 1.9 seguido da mediana de 6.0 [Q1 5.0; Q3 7.0].

A correlação de Pearson para associação linear entre o Escore de Conhecimento IC e a Escala EHFScBS foi de 0,04 e entre Escore de Conhecimento IC e a Escala Morisky foi de 0,01, mostrando não haver correlação entre o conhecimento da IC e as escalas de autocuidado e adesão terapêutica.

Nas análises seguintes, foi avaliado se as variáveis sociodemográficas se associavam a EHFScBS, Escala Morisky. Foram incluídas as variáveis idades, sexo, cor, estado civil, escolaridade e renda e realizado a seleção para o modelo com o método *stepwise*. Desta seleção, foi adicionado a variável Escore Conhecimento IC, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação das escalas EHFSCBS e Conhecimento da IC com o perfil sociodemográfico. São Paulo, SP, Brasil, 2022.

Variáveis EHFSCBS	Estimativa	IC 95%	Valor de p
Escore Conhecimento IC	0.29	-0.41, 1.0	0.4
Idade	0.23	0.08, 0.37	0.002
Sexo			
Feminino	—	—	
Masculino	-4.4	-7.9, -1.0	0.013
Cor			
Branca	—	—	
Preta	3.4	-0.33, 7.0	0.074
Parda	0.26	-4.0, 4.5	>0.9
Amarela	-11	-24, 2.1	0.10
Estado Civil			
Casado(a).	—	—	
Divorciado(a).	-4.4	-10, 1.3	0.13
Solteiro(a).	-2.0	-6.0, 2.0	0.3
Viúvo(a).	-8.4	-13, -4.1	<0.001
Variáveis Conhecimento IC	Estimativa	IC 95%	Valor de p
Idade	-0.05	-0.09, -0.02	0.004
Renda			
Até 1 salário-mínimo	—	—	
De 1 a 5 salários-mínimos	0.67	-0.26, 1.6	0.2
De 5 a 10 salários-mínimos	2.8	0.33, 5.2	0.026

Fonte: Autoria Própria (2022).

As variáveis associadas ao autocuidado segundo a escala EHFSCBS foram idade, sexo e estado civil, sendo que a cada aumento de 1 ano de idade, houve um aumento de 0,23 na escala EHFSCBS, independente do escore de conhecimento sobre IC, sexo, cor e estado civil. A diferença entre a pontuação de homens e mulheres foi de 4,4 pontos, sendo mais baixa entre os homens. Pessoas com estado civil viúvo obtiveram uma diferença de 8,4 pontos em relação aos casados, sendo mais baixa a pontuação entre os viúvos.

Quanto à análise para avaliar a adesão ao tratamento pela escala Morisky, não identificou nenhum conjunto de variáveis que poderia apresentar alguma associação.

Por fim, avaliaram-se as variáveis demográficas que se associavam ao conhecimento da IC, conforme Tabela 1. A idade e a renda se associaram ao conhecimento, sendo que a cada aumento de 1 ano de idade, houve uma redução em 0,05 pontos na escala do Conhecimento sobre IC, independentemente da renda. Observamos também que pessoas com rendimentos de 5 a 10 salários-mínimos possuem 2,8 pontos da escala a mais em relação às pessoas que recebem até 1 salário-mínimo, independentemente da idade.

No que se refere ao número de internações prévias por descompensação da IC no último ano foi encontrado uma mediana de 2.00 (Q1 1, Q3 3). O efeito do diagnóstico do paciente no número de internação por descompensação da IC, foi avaliado através do modelo linear para dados ordinais. As medidas de efeito obtidas foram às razões de chances proporcionais, acompanhadas dos IC95% e valores de p, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Razão de chances para o número de internação. São Paulo - SP, Brasil, 2022.

Diagnóstico	Odd Ratio	IC 95%		Valor de p
		Inferior	Superior	
Isquêmica	1 (ref)			
Cardiomiopatia Dilatada	0,82	0,32	2,12	0,6884
Chagásica	0,42	0,09	1,70	0,2329
Valvar	4,13	1,00	17,50	0,0492
Outros*	0,06	0,00	0,36	0,0093

Fonte: Autoria Própria (2022).

Conforme Tabela 2, usando o grupo com diagnóstico de cardiomiopatia isquêmica como referência, identificou-se que a chance do grupo com diagnóstico de cardiomiopatia dilatada apresentar número maior de internações é 18% menor ($1 - 0,82$; valor não significativo); a chance de o grupo com diagnóstico de doença chagásica apresentar mais internações por descompensação da IC é 58% menor; a chance de o grupo com diagnóstico valvar apresentar maiores episódios de internação foi 4.13 vezes maior (significativo ao nível de 5%); e, a chance de outros diagnósticos (alcoólica; cardiotoxicidade; congênitas, endocardite, hipertensiva, miocardite, periparto e taquicardiomiopatias) apresentarem maior número de internação é 94% menor (significativo ao nível de 5%).

Dentre as características sociodemográficas observou-se a idade média de 65 anos, corroborado pela literatura cuja idade dos pacientes são superiores a 60 anos (18,19). Prevaleceu o sexo masculino, também evidenciado por estudos que mostram que homens sofrem mais doenças crônicas do que as mulheres, podendo ser considerada uma questão cultural na qual os homens, desvalorizam e não oferecem a atenção necessária à doença (Silva, et al., 2020; Souza, et al., 2017).

A maioria dos pesquisados apresentou baixo grau de escolaridade e baixa renda familiar. Essas características sociodemográficas são conhecidas como fatores de risco e agravantes tanto para o desenvolvimento de IC quanto para a rehospitalização, bem como alguns autores evidenciam que, quanto maior a escolaridade, maior a facilidade de compreensão, e maior facilidade na tomada de decisões para a promoção, recuperação e proteção da saúde (Medeiros & Medeiros, 2017; Souza, et al., 2017).

Em relação à etiologia da IC prevaleceu a isquêmica e pesquisas clínicas revelam que esta é uma das principais causas, sendo responsável por aproximadamente 60% dos casos de IC, podendo variar de acordo com as diferentes regiões (Barros, et al., 2018; Bombig, et al., 2021).

Apesar do tempo de diagnóstico entre os pesquisados ser de 8 anos, pesquisas revelam que por se tratar de uma síndrome grave, a taxa de sobrevivência após 5 anos de diagnóstico pode ser de apenas 35%, com prevalência que aumenta conforme a faixa etária (Costa, et al., 2020; Rohde, et al., 2018).

Frente às comorbidades associadas à IC, a HAS foi a prevalente, seguido de dislipidemia e diabetes, mostrando que são fatores de riscos importantes para o desenvolvimento desta patologia. A HAS pode aumentar o risco de infarto do miocárdio e levar a anormalidades na estrutura e na função cardíaca (Barros, et al., 2018; Bombig, et al., 2021; Rohde, et al., 2018). A dislipidemia contribui ao desenvolvimento de doenças ateroscleróticas e o controle destas, pode prevenir o desenvolvimento das complicações relacionadas ao diabetes, na prevenção de eventos circulatórios (De Aguiar, 2019). Ainda sobre os fatores de riscos, 50% da população relatou um uso prolongado do tabaco, evidenciando uma relação importante com um hábito prejudicial à saúde, pois quanto maior a exposição cumulativa ao fumo, maior o dano cardíaco (Freitas, et al., 2017; Rohde, et al., 2018).

Mais de 50% dos pesquisados tiveram a necessidade da realização de procedimentos e cirurgias, devido a disfunção cardíaca. É sabido que a IC é via final comum de diversas cardiomiopatias, o que justifica no processo evolutivo, a necessidade

de realizar procedimentos para o resgate da função cardíaca (Rohde, et al., 2018; Wolff, et al., 2017).

Quanto a FEVE a mediana foi de 28% prevalecendo uma população com ICFEr, apresentando sintomas moderados e graves de acordo com a classificação NYHA.

Existe um debate geral sobre qual o melhor método para avaliar o prognóstico em pacientes com IC, além da FEVE, levando-se em consideração a etiologia, o remodelamento ventricular, comorbidades, e outras associações. Contudo há um entendimento clássico de que quanto maior a FEVE, maior a taxa de sobrevida, o que sugere um papel prognóstico importante deste parâmetro (Petersen, et al., 2021). Já a classificação NYHA baseia-se na tolerância ao exercício e varia desde a ausência de sintomas até a presença de sintomas mesmo em repouso, permitindo um manejo terapêutico, o qual inclui decisões importantes, como o aumento ou a alteração de medicamentos, a provisão de indicações cirúrgicas ou a implantação de dispositivos eletrônicos (Ritt, et al., 2022).

Com relação ao conhecimento, a versão adaptada do Questionário de conhecimento da insuficiência cardíaca não possui um ponto de corte estabelecido, contudo estudos anteriores consideram satisfatório um acerto acima de 70% (Rabelo, et al., 2011). O escore médio de acerto neste estudo evidenciou um valor abaixo do satisfatório quando comparado aos outros estudos, demonstrando baixo conhecimento consolidado sobre as ações necessárias para a manutenção do quadro clínico estável (Rabelo, et al., 2011). Além disso, quanto maior a idade e menor a renda, menor foi o conhecimento dos pacientes sobre a IC, corroborado pela literatura (Luz, et al., 2020; Silva, et al., 2020).

O autocuidado com IC está relacionado aos comportamentos e tomada de decisões na vida diária para manter a saúde. Sobre o nível de autocuidado quando comparado a outros estudos, verificou-se que a maioria dos entrevistados apresentou de moderado a insatisfatório autocuidado (Feijó, et al., 2012; Wagenaar, et al., 2017). Neste estudo apesar de não haver associação do autocuidado com o escore de conhecimento da IC, a cada aumento de um ano de idade, houve o aumento de 0,23 na escala EHFSCBS, evidenciando que quanto maior a idade, maiores são as dificuldades de realizar ações para a manutenção de uma vida saudável. É sabido que o autocuidado envolve a utilização e aplicação das recomendações farmacológicas, além do consumo de pouco sal, cessação do tabaco, consumo limitado de álcool, monitoração do peso diário e dos sinais ou sintomas da descompensação da IC (Silva, et al., 2020). À vista disso, é indispensável à valorização de medidas educativas, levando-se em conta as necessidades identificadas pelos pacientes, voltadas também para a promoção do autocuidado (Luz, et al., 2020; Silva, et al., 2020).

De acordo com o ponto de corte estabelecido na escala de adesão terapêutica (Morisky), este estudo apresentou uma população com baixa a média adesão (Oliveira-Filho, et al., 2012). No entanto os principais determinantes para o autocuidado e adesão terapêutica de forma satisfatória é a compreensão da sua própria condição de saúde, visto que desconhecimento é a principal barreira cognitiva para as ações de autocuidado e mudanças dos hábitos de vida (Silva, et al., 2020; Sousa, et al., 2018).

Quanto às internações por descompensação da IC, o grupo com etiologia valvar apresentou maiores chances de internação por descompensação da doença. Por conseguinte, os portadores de IC com etiologia isquêmica, apresentaram maiores chances de internação, quando comparados às demais etiologias apresentadas pelos participantes.

É sabido que a IC é uma das principais causas de hospitalização no mundo, e fatores como idade, comorbidades associadas, questões sociais, culturais e econômicas, aumentam significativamente a chance de eventos cardiovasculares, onde a piora do estado clínico impacta na necessidade de admissão, e readmissão hospitalar (Luz, et al., 2020; Silva, et al., 2020). Estudos demonstram ainda, que a readmissão hospitalar ocorre em até 6 meses após a alta, e três grandes causas parecem afetar diretamente, sendo as comorbidades, congestão e lesões em órgãos alvo (Medeiros & Medeiros, 2017; Ritt, et al., 2022).

4. Conclusão

A partir deste estudo pode-se verificar que houve associação do perfil de idade e renda com o conhecimento sobre a IC; do perfil de idade, sexo e estado civil com o autocuidado e que não houve associação das variáveis do perfil sociodemográfico com a escala de adesão terapêutica.

Constatou-se também que não houve associação entre as escalas de conhecimento sobre a IC, de autocuidado e adesão terapêutica. Em relação ao impacto nas internações, houve correlação com os diagnósticos, onde o grupo com o diagnóstico valvar apresentou maior chance de internação por descompensação da doença.

O estudo corrobora na compreensão da necessidade do olhar holístico do enfermeiro e atuação no papel de educador considerando as condições econômicas, culturais ou sociais para as intervenções de cuidado em saúde, considerando a sua competência de realizar o acolhimento, de avaliar a inserção e diferenças sociais do usuário para o cuidado integral de assistência à saúde.

Portanto, pode-se inferir que muitos são os desafios encontrados para a prática das intervenções educativas, motivando a realização de novos estudos com alto rigor metodológico e ensaios clínicos randomizados por períodos longos, no sentido de aumentar o conhecimento, autocuidado e adesão terapêutica dos pacientes portadores de IC.

Referências

- Albuquerque, I. M. de, Garlet, A. B., Cardoso, D. M., Santos, T. D., & Pereira, S. N. (2017). Relação entre classe funcional e fração de ejeção do ventrículo esquerdo em pacientes com doença coronariana candidatos à reabilitação cardíaca. *Scientia Medica*, 27(3), 26652. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.3.26652>
- Arruda, V. L. de, Machado, L. M. G., Lima, J. C., & Silva, P. R. de S. (2022). Tendência da mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil: 1998 a 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 25. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220021.2>
- Barros, M. das N. D. da S., Sousa, V. W. B. de, Lima, I. A. B. de, Nóbrega, C. R. B. M., Moreira, I. C. A. M., Dourado, S. M. M., Andrade, B. M. S., Batista, V. da S., Silva, M. C. F. C. da, & Correia, L. C. (2018). Predictors of Coronary Artery Obstructive Disease in Acute Pulmonary Edema of Unclear Origin. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180013>
- Bombig, M. T. N., Morokuma, L. G., Francisco, Y. A., Leite, W. F., Póvoa, F., Póvoa, R., Bianco, H. T., Izar, M. C. O., & Fonseca, F. A. H. (2021). Hipertensão arterial, diabetes e insuficiência cardíaca: relato de caso. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 28(3), 248–253. <https://doi.org/10.47870/1519-7522/20212803248-53>
- Brasil. (2020). DATASUS – DATASUS. Ministério da Saúde. tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def
- Campelo, R. C., Silva, W. C., & Carvalho Batista, N. J. (2018). Atuação do enfermeiro nas orientações para a prevenção de fatores agravantes na insuficiência cardíaca congestiva: revisão integrativa nurse's activity in the guidelines for the prevention of aggravating factors in congestive heart failure: integrative review. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, 24(2), 176–180. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181006_151416.pdf
- Costa, F. B. da S., Gama, G. G. G., & Mendes, A. S. (2020). Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10. <https://doi.org/10.5902/2179769240711>
- De Aguiar, G. A., & Aguiar, M. A. de. (2019). A Angioplastia Coronária. *DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 6(1), 87–99. <https://doi.org/10.20873/ufc.23593652201961p87>
- Ehrenfried De Freitas, A. K., Henrique, R., & Cirino, D. (2017). Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. *Revista Médica da UFPR*, 4(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i3.56397>
- Feijó, M. K., Ávila, C. W., de Souza, E. N., Jaarsma, T., & Rabelo, E. R. (2012). Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-Care Behavior Scale para o português do Brasil. *Em Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Vol. 20, Número 5). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500022>
- Gandra, A. (2022). Gastos com internações por insuficiência cardíaca chegam a R\$ 1,4 bi. Agência Brasil. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-07/gastos-com-internacoes-por-insuficiencia-cardiaca-chegam-r-14-bi#e903bac3-b030-4be1-83d5-4f8da56aa742>
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2). <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
- Jaarsma, T., Stromberg, A., Martensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5, 363–370. <https://doi.org/10.1016/S1388-984202.00253-2>
- Kurogi, E. M., Butcher, R. de C. G. E. S., & Salvetti, M. de G. (2020). Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(4), e20190123. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0123>

- Luz, J. L., Kuczynski, P. F., Moraes, M. A., Rodrigues, J. A., Saffi, M. A. L., & Ruschel, K. B. (2020). Insuficiência cardíaca: avaliação e comparação do conhecimento da doença em pacientes ambulatoriais x hospitalizados. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e3. <https://doi.org/10.5902/2179769233504>
- Mayer, B. L. D., Bernardo, M. da S., Nascimento, E. R. P. do, Bertocello, K. C. G., & Raulino, A. R. (2019). Nurses and patient advocacy: a theoretical reflection. *Remex Revista Mineira de Enfermagem*, 23. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190039>
- Medeiros, J., & Medeiros, C. D. A. (2017). Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enfermagem*, 22(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>
- Mizzaci, C. C., Rieira, R., & Martimbianco A. L. C. (2017). Tratamento farmacológico para insuficiência cardíaca sistólica crônica e as evidências disponíveis: uma revisão narrativa da literatura. Recuperado 5 de fevereiro de 2023, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832425>
- Oliveira, G. M. M. de, Brant, L. C. C., Polanczyk, C. A., Biolo, A., Nascimento, B. R., Malta, D. C., Souza, M. de F. M. de, Soares, G. P., Xavier, G. F., Machline-Carrion, M. J., Bittencourt, M. S., Pontes, O. M., Silvestre, O. M., Teixeira, R. A., Sampaio, R. O., Gaziano, T. A., Roth, G. A., & Ribeiro, A. L. P. (2020). Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115(3), 308–439. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
- Oliveira-Filho, A. D., Barreto-Filho, J. A., Neves, S. J. F., & Lyra Junior, D. P. de. (2012). Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(1). <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2012005000053>
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. UFSM. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf
- Petersen, L. C., Danzmann, L. C., Bartholomay, E., Bodanese, L. C., Donay, B. G., Magedanz, E. H., Azevedo, A. V., Porciuncula, G. F., & Miglioranza, M. H. (2021). Sobrevida de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Aguda e Fração de Ejeção Intermediária em um País em Desenvolvimento – Estudo de Coorte no Sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116(1), 14–23. <https://doi.org/10.36660/abc.20190427>
- Poffo, M. R., Assis, A. V. de, Fracasso, M., Londero Filho, O. M., Alves, S. M. de M., Bald, A. P., Schmitt, C. B., & Alves Filho, N. R. (2017). Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170044>
- Rabelo, E. R., Mantovani, V. M., Aliti, G. B., & Domingues, F. B. (2011). Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado, para uma amostra da população brasileira de pacientes com insuficiência cardíaca. *Em Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Vol. 19, Número 2). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200008>
- Ritt, L. E. F., Ribeiro, R. S., Souza, I. P. M. A. de, Ramos, J. V. S. P., Ribeiro, D. S., Feitosa, G. F., Oliveira, Q. B. de, Stein, R., & Darzé, E. S. (2022). Baixa Concorrência entre a Classificação da NYHA e as Variáveis do Teste de Exercício Cardiopulmonar em Pacientes com Insuficiência Cardíaca e Fração de Ejeção Reduzida. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. <https://doi.org/10.36660/abc.20210222>
- Rohde, L. E. P., Montera, M. W., Bocchi, E. A., Clausell, N. O., de Albuquerque, D. C., Rassi, S., Colafranceschi, A. S., de Freitas Junior, A. F., Ferraz, A. S., Biolo, A., Barretto, A. C. P., Ribeiro, A. L. P., Polanczyk, C. A., Gualandro, D. M., Almeida, D. R., da Silva, E. R. R., Figueiredo, E. L., Mesquita, E. T., Marcondes-Braga, F. G., & Martins, W. de A. (2018). Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(3). <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>
- Rossi Neto, J. M., Casadei, C., & Finger, M. A. (2020). Insuficiência cardíaca aguda. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 30(2), 47–57. <https://doi.org/10.29381/0103-8559/20203002147-57>
- Silva, A. V. C. da, Carvalho, B. L. de, & Guedes, M. V. C. (2020). Orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 9(1). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2592>
- Silva, W. T. da, Tyll, M. G., Miranda, A. C. C. de S., Moura, G. P., & Veríssimo, A. de O. L. (2020). Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 11(0). <https://doi.org/10.5123/s2176-6223202000449>
- Sousa, M. M. de, Almeida, T. da C. F., Gouveia, B. de L. A., Carvalho, M. F. de, Brito, F. M. de, & Oliveira, S. H. dos S. (2018). Relationship between self-care and social and clinical conditions of patients with heart failure. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 19. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933062>
- Souza, M. P., Araújo, S. M., Dourado, M. B., & Gama, G. G. G. (2017). Perfil epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(1). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1164>
- Wagenaar, K., Broekhuizen, B., Rutten, F., Strömberg, A., van Stel, H., Hoes, A. W., & Jaarsma, T. (2017). Interpretability of the European Heart Failure Self-care Behaviour scale. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1841–1849. <https://doi.org/10.2147/PPA.S144915>
- Wolff, G., Dimitroulis, D., Andreotti, F., Kołodziejczak, M., Jung, C., Scicchitano, P., Devito, F., Zito, A., Occhipinti, M., Castiglioni, B., Calveri, G., Maisano, F., Ciccone, M. M., De Servi, S., & Navarese, E. P. (2017). Survival Benefits of Invasive Versus Conservative Strategies in Heart Failure in Patients With Reduced Ejection Fraction and Coronary Artery Disease. *Circulation: Heart Failure*, 10(1). <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003255>