

Fernanda Ávila da Costa Pereira¹

Dayse Mary da Silva Correia¹

Arise Garcia de Siqueira Galil²

Thiago Gonçalves Schroder e Souza³

Lidiane Magalhães Pinto³

Fátima Helena do Espírito Santo¹

¹Universidade Federal Fluminense, Programa Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

³Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

✉ **Fernanda Pereira**

Endereço: Av. Cel. Vidal, 800, São Dimas, Juiz de Fora, MG., nº 1, Grama, Juiz de Fora, MG.

CEP: 36080-262

✉ feavila@id.uff.br

RESUMO

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica de alta prevalência, associada a elevadas taxas de morbimortalidade e reinternações. Nesse contexto, a telessaúde surge como estratégia promissora para monitoramento e promoção de comportamentos saudáveis. **Objetivo:** Investigar o comportamento de pessoas com insuficiência cardíaca (IC) em relação ao autocuidado, por meio da telessaúde. **Material e Métodos:** Estudo observacional com abordagem quantitativa e transversal, de pessoas com IC, realizado em hospital universitário da cidade de Juiz de Fora (MG), de outubro de 2022 a julho de 2023, utilizando prontuário eletrônico e aplicação da European Heart Failure Self-care Behaviour Scale, por meio da telessaúde. Os dados coletados foram analisados por estatística descritiva: o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados; o teste t de Student para as variáveis contínuas e o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para as variáveis categóricas considerando-se significativo o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Avaliados 114 pessoas com IC: 52,6% do sexo feminino, idade média de $62 \pm 14,63$ anos e 72,9% com baixa escolaridade. Encontrado IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) em 43,0% e IC com fração de ejeção preservada (ICFEP) em 57,0% dos participantes. Em relação às variáveis clínicas, o uso de álcool, a doença arterial coronariana (DAC) e a doença renal crônica (DRC) foram significativas nos portadores de ICFER. A avaliação do autocuidado mostrou que 48,2% da população apresentou comportamento inadequado, com escore médio de $29,59 \pm 6,22$ pontos. Os itens relativos aos cuidados com o peso e as atividades físicas receberam as maiores pontuações, evidenciando negligência no autocuidado. **Conclusão:** Pessoas com IC apresentam comportamento insatisfatório em relação ao autocuidado, especialmente em relação aos cuidados com o peso e as atividades físicas.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Autocuidado; Telessaúde; Telemonitoramento; Consulta remota.

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) is a chronic condition with high prevalence, associated with elevated rates of morbidity, mortality, and hospital readmissions. In this context, telehealth emerges as a promising strategy for monitoring and promoting healthy behaviors. **Objective:** To investigate the behavior of individuals with heart failure (HF) regarding self-care through telehealth. **Materials and Methods:** This was an observational, cross-sectional study with a quantitative approach involving individuals with HF, conducted at a university hospital in the city of Juiz de Fora (MG), Brazil, from October 2022 to July 2023. Data were collected using electronic medical records and the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale administered via telehealth. The collected data were analyzed using descriptive statistics: the Kolmogorov-Smirnov test to assess data normality; Student's t-test for continuous variables; and the chi-square test or Fisher's exact test for categorical variables, considering a significance level of $p < 0.05$. **Results:** A total of 114 individuals with HF were evaluated: 52.6% were female, with a mean age of 62 ± 14.63 years, and 72.9% had low educational levels. Reduced ejection fraction HF (HFrEF) was found in 43.0% and preserved ejection fraction HF (HFpEF) in 57.0% of participants. Regarding clinical variables, alcohol use, coronary artery disease (CAD), and chronic kidney disease (CKD) were significant among patients with HFrEF. Self-care assessment showed that 48.2% of the population presented inadequate behavior, with a mean score of 29.59 ± 6.22 points. Items related to weight management and physical activity received the highest scores, indicating neglect in self-care. **Conclusion:** Individuals with HF present unsatisfactory self-care behavior, especially regarding weight management and physical activity.

Keywords: Heart failure; Self care; Telemedicine; Remote Patient Monitoring; Remote Consultation.

Submetido: 22/04/2026

Aceito: 18/06/2026



INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência. Dentre elas, a insuficiência cardíaca (IC) tem aumentado em ritmo preocupante. Estima-se que cerca de 2 milhões de brasileiros convivam com a IC, sendo registrados aproximadamente 240 mil novos casos da doença a cada ano no país.¹ De todas as classificações para IC, a mais importante é aquela baseada na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE): valores de FEVE $\leq 40\%$ indicam IC com fração de ejeção reduzida (ICFER); FEVE entre 41-49% remete para IC levemente reduzida e FEVE $\geq 50\%$ indica IC com fração de ejeção preservada (ICFEP).²

Os sinais e sintomas de IC são causados por alterações estruturais e/ou funcionais associadas à elevação de peptídeos natriuréticos e evidências objetivas de congestão sistêmica ou pulmonar.² A IC é listada como a principal causa de hospitalização entre idosos, sendo que a readmissão hospitalar é frequente e acarreta perda da qualidade de vida, da autonomia e elevados custos financeiros para o sistema de saúde.^{3,4} Assim, apesar dos avanços substanciais no diagnóstico e tratamento da doença, é imprescindível que pessoas com IC adotem comportamentos de autocuidado.⁵

O autocuidado na IC é entendido como um processo de tomada de decisão que exerce influência sobre ações que contribuem para a manutenção da estabilidade clínica, vigilância dos sinais e sintomas de descompensação da doença, bem como a conduta adotada frente a ocorrências desses fenômenos.⁵ A avaliação do autocuidado em pessoas com IC, destaca-se, portanto, atualmente como foco de investigações na área da saúde.

Além disso é fundamental para o reconhecimento precoce da fadiga, cansaço e retenção hídrica, manifestada por edema nos membros inferiores, de modo a evitar episódios de exacerbação da doença.^{2,6} A adesão a medidas terapêuticas como controle do peso corporal, dieta, prática de atividade física, vacinação e reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação são estratégias centrais para o controle da doença e desafio para a adesão pelos cardiopatas.⁷

Na literatura, aponta-se que pessoas com IC que apresentam melhor comportamento de autocuidado demonstram resultados em saúde mais satisfatórios, com menores taxas de reinternações hospitalares, melhor qualidade de vida e menor mortalidade.⁸ O manejo da IC teve piora substancial em 2020, quando as autoridades sanitárias declararam o surto do novo coronavírus (COVID-19) como uma emergência de saúde pública no Brasil e no mundo. Ainda, com o aumento do número de casos e a rápida disseminação pelo mundo, houve urgente necessidade de readaptação e estruturação de novas formas de assistir à saúde de pessoas cardiopatas,

enquanto grupo de risco na pandemia.⁹

Destaca-se, então, a importância da telessaúde, definida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o uso de tecnologias de informação e comunicação para oferecer serviços de saúde a distância. Essa estratégia de e-saúde mostra-se uma ferramenta útil para o controle de agravos crônicos não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias e comorbidades relacionadas ao processo de envelhecimento.

Atualmente, observa-se um expressivo avanço na integração das estratégias telessaúde, com previsão de que até 95% da população mundial tenha acesso à telefonia móvel. No Brasil, essa cobertura pode ultrapassar 98%. A evolução do acesso aos serviços de telefonia móvel no País é notável, com aumento na utilização de equipamentos de telefonia móvel celular por habitante entre 2009 e 2019.¹⁰

Desde então, na área da saúde, houve ampliação de estratégias, principalmente para o uso de ferramentas digitais, de modo que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou a telessaúde por enfermeiros.¹¹ Entretanto, há no Brasil escassez de evidências sobre o comportamento do autocuidado necessário para a gestão da doença, sobretudo buscando relacionar o comportamento de autocuidado em pessoas com IC, utilizando instrumento validado¹² na telessaúde. Logo, este estudo tem por objetivo investigar o comportamento de pessoas com IC em relação ao autocuidado, por meio da telessaúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de cardiologia de hospital universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, na cidade de Juiz de Fora (MG), no período de outubro de 2022 a julho de 2023. O presente estudo faz parte do macroprojeto "Projeto Interdisciplinar para Seguimento em Ambiente Virtual da Insuficiência Cardíaca (PISAV_IC) Fase I" desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense (UFF), tendo como coparticipante a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Foi utilizado os critérios do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para construção da pesquisa.

A população estudada foi composta por pessoas com IC. Utilizados os seguintes critérios de inclusão: pessoas com diagnóstico de IC, tanto com ICFER quanto com ICFEP; idade ≥ 18 anos; ter telefone fixo ou móvel. Os critérios de exclusão adotados foram: pessoas hospitalizados e aqueles que apresentassem déficit cognitivo e/ou auditivo, impeditivos de conversar durante as chamadas de telessaúde.

No cadastro de atendimento ambulatorial, foram elegíveis 260 pessoas com IC, sendo selecionados

de forma aleatória 146 pessoas. Destes, 24 foram excluídos após cinco tentativas, sem êxito, de contato telefônico para o convite; quatro por não atenderem aos critérios de inclusão, três devido a óbito e uma pessoa que se recusou a participar, totalizando uma amostra não probabilística e de conveniência de 114 pessoas estudadas.

O convite aos participantes ocorreu inicialmente por telefone e, posteriormente, no ambulatório de cardiologia do respectivo hospital universitário, ocasião em que foram dadas todas as explicações sobre a pesquisa as pessoas, sendo obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agendada com o participante a disponibilidade do dia e horário para a realização da telessaúde.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento único, subdividido em Parte I (dados do prontuário eletrônico), cuja coleta de dados se deu de modo retrospectivo, e Parte II (dados da escala de autocuidado), com coleta prospectiva.

Foram investigadas as seguintes comorbidades de interesse: hipertensão arterial, doença arterial coronariana, doença renal crônica, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças tireoidianas. Dessa forma, a Parte I do instrumento abrangeu dados sociodemográficos e clínicos, com informações relativas a: sexo (masculino/feminino), idade (anos completos), estado civil (solteiro/casado/divorciado/viúvo), cor da pele autodeclarada (branco/pardo/preto), tabagismo e uso de álcool (sim/não), escolaridade (considerou-se baixa escolaridade aquela com menos de oito anos de estudo), peso (≤ 50 kg, entre 51-60 kg, 61-70 kg, 71-80 kg, 81-90 kg e >90 kg), valores da pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), frequência cardíaca (FC), classificação da FEVE e comorbidades.

Dentre as comorbidades, a doença renal crônica (DRC) foi identificada a partir do registro notificado em prontuário clínico (autorrelato do paciente). Já a DRC estimada foi analisada a partir dos valores da creatinina (mg/dL), idade (anos) e sexo, pela ferramenta nefrológica CKD-Epi para o cálculo estimado da taxa de filtração glomerular, sendo considerada DRC quando valores <60 mL/min/1,73m².¹³

A classificação da FEVE foi baseada nos subtipos de IC estratificados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia² e, na amostra do estudo, o diagnóstico de insuficiência cardíaca foi previamente estabelecido pela equipe médica assistente do ambulatório de cardiologia registrado em prontuário eletrônico, conforme critérios clínicos e ecocardiográficos adotados pelo serviço. Em razão do número reduzido de participantes com FEVE entre 41% e 49%, optou-se por agrupá-los na categoria ICFER. Dessa maneira, foram considerados valores de FEVE $\leq 50\%$ como ICFER, e valores de FEVE $>50\%$ como ICFEP.

A Parte II do instrumento consistiu na versão

brasileira da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* (EHFScBS),¹² para a estimativa do autocuidado. O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil em 2012, e consiste em 12 itens relativos ao comportamento de autocuidado em pessoas com IC. As respostas seguem uma escala do tipo Likert de cinco pontos, em que cada item varia de 1 "concordo plenamente"; 2 "quase sempre concordo"; 3 "às vezes concordo"; 4 "quase nunca concordo"; a 5 "discordo plenamente".

A pontuação total é obtida pela soma de todas as respostas, que varia de 12 a 60. Os valores baixos indicam melhor autocuidado. Os itens dizem respeito aos diversos comportamentos de autocuidado em pessoas com IC: verificação de peso diário, repouso, busca de ajuda pela equipe de saúde, restrição de líquidos, dieta, adesão às medicações, vacinação anual contra a gripe e prática de exercícios.¹²

Todas as informações relativas à Parte II do referido instrumento foram coletadas a partir da telessaúde realizado por enfermeira treinada, durante os dias úteis da semana, no período da manhã ou à tarde de acordo com a disponibilidade dos participantes, em local reservado, assegurando a privacidade e o silêncio. Para isso, foi utilizado um telefone móvel, do tipo *smartphone*, marca LG, modelo K12, habilitado com *chip* pré-pago para telefone móvel, com a finalidade exclusiva para as chamadas telefônicas. A duração de cada contato telefônico foi de aproximadamente 15 minutos.

Todos os dados coletados em prontuário e durante as sessões de telessaúde foram dispostos apropriadamente em planilha eletrônica (*Google Forms*) e, após, transportados para a base de dados do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22, para Windows.

Os dados coletados foram analisados por estatística descritiva. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade dos dados. Utilizou-se o teste t de Student para as variáveis contínuas e o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para as variáveis categóricas, considerando-se significativo o valor de $p < 0,05$. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e as variáveis contínuas, expressas em médias e desvios-padrão.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada.

	População n=114	ICFER n=49 (43%)	ICFEP n=65 (57%)	p-valor
Variáveis sociodemográficas				
Sexo n (%)				0,069*
Masculino	54 (47,5)	28 (57,1)	26 (40,0)	
Feminino	60 (52,6)	21 (42,9)	39 (60,0)	
Idade (anos)* média±DP	62,0±14	59,73±13	64,18±19	0,108*
Estado civil n (%)				0,535*
Solteiro	23 (20,2)	10 (20,4)	13 (20,0)	
Casado	53 (46,0)	26 (53,1)	27 (41,5)	
Divorciado	15 (13,2)	6 (12,2)	9 (13,8)	
Viúvo	23 (20,2)	7 (14,3)	16 (24,6)	
Cor da pele n (%)				0,315*
Branca	67 (58,8)	25 (51,0)	42 (64,6)	
Parda	28 (24,6)	15 (30,6)	13 (20,0)	
Preta	19 (16,7)	9 (18,4)	10 (15,4)	
Escolaridade n (%)				
Baixa (menor que 8 anos)	83 (72,9)	27 (55,1)	39 (60,0)	0,315*
Variáveis clínicas				
PAS (mmHg) média±DP	125,0±20	122,34±19	128,74±21	0,109***
PAD (mmHg) média±DP	78,19±13	76,34±12	79,66±13	0,195***
FC (bpm) média±DP	70,45±16	72,04±11	69,26±19	0,372***
Peso (kg) n (%)				0,315***
≤50	5 (4,4)	2 (4,0)	3 (4,6)	
51-60	21 (18,4)	8 (16,3)	13 (20,0)	
61-70	26 (22,8)	9 (18,4)	17 (26,2)	
71-80	35 (31,0)	13 (26,5)	22 (33,8)	
81-90	10 (8,8)	6 (12,2)	4 (6,2)	
>90	17 (14,9)	11 (22,4)	6 (9,2)	
Uso de álcool n (%)	15 (13,2)	11 (22,4)	4 (6,2)	0,011*
Comorbidades n (%)				
DAC	47 (41,2)	27 (55,1)	20 (30,8)	0,009*
HAS	89 (78,1)	38 (77,6)	51 (78,5)	0,942*
DRC	14 (12,3)	10 (20,4)	4 (6,2)	0,022*
DRC Estimada	44 (38,6)	29 (59,1)	15 (23,1)	0,001*
Dislipidemia	26 (22,8)	7 (14,3)	19 (29,2)	0,055*
Diabetes mellitus	43 (37,7)	19 (38,8)	24 (37,0)	0,890*
Obesidade	12 (10,5)	7 (14,3)	5 (7,7)	0,256*
DPOC	10 (8,8)	3 (6,1)	7 (10,8)	0,385*

	População n=114	ICFER n=49 (43%)	ICFEP n=65 (57%)	p-valor
Doença tireoidiana	16 (14,0)	6 (12,2)	10 (15,4)	0,633*

Legenda: ICFER – insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; ICFEP – insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; PAS – pressão arterial sistólica; PAD – pressão arterial diastólica; FC – frequência cardíaca; DAC – doença arterial coronariana; HAS – hipertensão arterial sistêmica; DRC – doença renal crônica; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica; DP – desvio-padrão. **Notas:** Dados expressos em médias±desvios-padrão para as variáveis contínuas e percentuais (%) para as categóricas. *teste do qui-quadrado; ** teste t de Student; *** teste exato de Fisher.

Tabela 2: Comportamentos de autocuidado da população estudada segundo a versão brasileira do EHFSBS.

Itens	Concordo plenamente			Discordo plenamente		
	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)	
1. Eu me peso todos os dias	7 (6,1)	5 (4,4)	29 (25,4)	50 (43,9)	23 (20,2)	
2. Se sinto falta de ar, repouso	50 (43,9)	33 (28,9)	9 (7,9)	9 (7,9)	13 (11,4)	
3. Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	40 (35,1)	10 (8,8)	14 (12,3)	24 (21,1)	26 (22,8)	
4. Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	40 (35,1)	10 (8,8)	10 (8,8)	29 (25,4)	25 (22,0)	
5. Se eu ganhar 2 kg em 1 semana, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	32 (28,1)	13 (11,4)	10 (8,8)	20 (17,5)	39 (34,2)	
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 L a 2 L por dia)	38 (33,3)	36 (31,6)	20 (17,5)	13 (11,4)	7 (6,1)	
7. Descanso durante o dia	67 (58,8)	20 (17,5)	13 (11,4)	8 (7,0)	6 (5,3)	
8. Se meu cansaço aumenta, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	48 (42,1)	12 (10,5)	11 (9,6)	22 (19,3)	21 (18,4)	
9. Ingiro uma dieta com pouco sal	91 (79,8)	15 (13,2)	6 (5,3)	2 (1,8)	0 (0)	
10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	97 (85,1)	9 (7,9)	5 (4,4)	3 (2,6)	0 (0)	
11. Tomo a vacina contra a gripe todos os anos	84 (73,7)	7 (6,1)	5 (4,4)	11 (9,6)	7 (6,1)	
12. Faço exercícios regularmente	20 (17,5)	16 (14,0)	10 (8,8)	24 (21,1)	44 (38,6)	

Legenda: EHFSBS – European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. **Notas:** Pontuação: 1 – concordo plenamente; 2 – quase sempre concordo; 3 – às vezes concordo; 4 – quase nunca concordo; 5 – discordo plenamente. Dados expressos em porcentagens (%).

Tabela 3: Distribuição dos pontos obtidos no EHFScBS pela população estudada.

Nº de pontos	População %
≥ 20	6,1
21 - 29	45,6
>30	48,2

Legenda: EHFScBS – European Heart Failure Self-care Behaviour Scale

Tabela 4: Média dos comportamentos de autocuidado nos grupos ICFER e ICPEP, segundo a versão brasileira do EHFScBS.

Itens	População estudada n=114	ICFER n=49 (43%)	ICPEP n=65 (57%)	p-valor*
1. Eu me peso todos os dias	3,67±1,04	3,77±0,89	3,60±1,14	0,376
2. Se sinto falta de ar, repouso	2,14±1,36	2,04±1,32	2,21±1,39	0,501
3. Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	2,87±1,61	2,77±1,59	2,95±1,64	0,563
4. Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	2,90±1,62	3,02±1,68	2,81±1,50	0,507
5. Se eu ganhar 2 kg em 1 semana, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	3,18±1,66	3,42±1,65	3,00±1,65	0,175
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 L por dia)	2,25±1,21	2,32±1,26	2,20±1,17	0,583
7. Descanso durante o dia	1,82±1,19	1,19±1,04	1,92±1,30	0,314
8. Se meu cansaço aumenta, entro em contato com o meu médico ou enfermeiro (ou algum serviço de saúde)	2,61±1,61	2,57±1,64	2,64±1,59	0,807
9. Ingiro uma dieta com pouco sal	1,30±0,73	1,34±0,66	1,27±0,78	0,614
10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	1,24±0,65	1,34±0,72	1,16±0,60	0,155
11. Tomo a vacina contra a gripe todos os anos	1,08±1,27	1,79±1,38	1,60±1,19	0,420
12. Faço exercícios regularmente	3,49±1,54	3,87±1,31	3,20±1,64	0,019
Escore médio*	29,15±1,24			

Legenda: EHFScBS – European Heart Failure Self-care Behaviour Scale; ICFER – insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; ICPEP – insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. **Notas:** Dados expressos em médias±desvios-padrão. *teste utilizado t de Student

RESULTADOS

No perfil demográfico e clínico da população estudada, encontrou-se predomínio do sexo feminino (52,6%), idade $62 \pm 14,63$ anos, cor da pele autodeclarada branca (58,8%), casados (46,0%), escolaridade baixa (72,9%), e como principais comorbidades, hipertensão arterial sistêmica (77,9%), doença arterial coronariana (41,2%), doença renal crônica (38,2%) e diabetes mellitus (38,1%), sem prática tabágica (86,0%) ou etílica (86,8%). A prevalência de ICFER foi 43,0% e de ICPEP, 57,0%. Nas pessoas com ICFER e ICPEP, as diferenças encontradas nas variáveis demográficas não apresentaram significado estatístico, considerando-se um valor de $p < 0,05$. Já em relação às variáveis clínicas, especialmente o uso de álcool, a doença arterial coronariana (DAC) e a DRC foram significativas nos portadores de ICFER (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra o comportamento de autocuidado em pessoas com IC, segundo a versão brasileira da EHFSBS.¹² A pontuação dos itens varia de 1 a 5, sendo 1-concordo plenamente até 5-discordo plenamente.

A maioria dos itens marcados se concentrou na pontuação 1 (concordo plenamente), com exceção para os itens 1 (eu me peso todos os dias), 5 (se eu ganhar 2 kg em uma semana procuro o meu médico) e 12 (faço exercícios regularmente).

O escore médio obtido na população estudada foi $29,59 \pm 6,22$ pontos. Na distribuição da pontuação, observou-se que 6,1% apresentavam pontuação ≤ 20 pontos; 45,6% apresentavam pontuação entre 21-29 pontos; enquanto 48,2% apresentavam pontuação ≥ 30 pontos (Tabela 3). Na interpretação dessa escala, o escore alto representa pior comportamento de autocuidado.

Na Tabela 4 são apresentados os escores médios dos comportamentos de autocuidado nos grupos ICFER e ICPEP.

Na comparação entre os participantes com ICFER e aqueles com ICPEP, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para a maioria dos comportamentos de autocuidado avaliados. Observou-se que apenas o item 12 (faço exercícios regularmente) apresentou um escore significativo ($p < 0,019$) no grupo de ICFER.

DISCUSSÃO

No Brasil, a IC se destaca entre as doenças cardiovasculares como a principal causa de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁴ Estudos americano e africano também apontam as doenças cardiovasculares como a principal causa de internação, reforçando a relevância desse problema global.^{15,16} No presente estudo, os participantes apresentaram média de idade de 62 anos e predomínio do sexo feminino, resultados

semelhantes aos do estudo BREATHE (Brazilian Registry of Acute Heart Failure), em que a média de idade foi de 64 anos, com maior prevalência do sexo feminino.¹⁷

Quanto à cor da pele autodeclarada, a maior prevalência de IC em pessoas brancas encontrada no estudo diverge de outras pesquisas científicas que identificaram maior prevalência de IC em pessoas negras.¹⁸ No que tange ao nível de escolaridade, os participantes apresentaram menos de oito anos de estudo. Esse cenário é preocupante, pois pessoas com baixa escolaridade podem apresentar dificuldades em processar informações sobre o manejo da doença e compreender instruções dos profissionais de saúde, limitando o autocuidado. Uma pesquisa conduzida na África identificou que pessoas com ensino superior apresentaram 2,5 vezes melhores comportamentos de autocuidado, como controle do peso corporal e sintomas da doença, restrições dietéticas, prática de atividade física e adesão medicamentosa, quando comparados a pessoas com baixa escolaridade.¹⁶ Nessa perspectiva, a evidência de que poucos anos de escolaridade em pessoas com IC favorecem comportamentos inadequados de autocuidado, como piores condições físicas e aumento da mortalidade, foi verificada em pesquisa multicêntrica.¹⁹

Quanto ao estado civil, aproximadamente a metade dos participantes deste estudo declarou que eram casados. Estudos prévios evidenciaram que a ruptura conjugal (separação, divórcio e viuvez) foi associada ao aumento da mortalidade por todas as causas em pessoas com doenças crônicas.²⁰ Resultados similares foram observados em estudo conduzido na Turquia, verificando que os viúvos apresentaram risco aumentado de hospitalização por IC.²¹

Em relação aos fatores de risco cardiovascular e comorbidades associadas, observou-se, no presente estudo, alta prevalência de HAS, seguida de DAC, DRC e DM, fatores etiológicos clássicos para a gênese de IC.² Deve-se pontuar que a IC é potencialmente prevenível, tanto pelo controle da pressão arterial quanto pelos fatores de risco cardiovascular presentes na evolução natural da doença, assim como pela detecção precoce de fatores genéticos.²² A HAS, frequentemente associada à IC, tem sido reconhecida como o fator de risco mais frequente em pessoas com IC, podendo chegar a 87,3%, identificado em estudos observacionais.²³ No presente estudo, comparando cardiopatas com ICFER com aqueles com ICPEP, não houve diferenças significativas em relação à HAS, diferente da avaliação de outros fatores como a DAC e DRC, que foram significativamente mais frequentes entre os portadores de ICFER.

A DAC representa importante fator para a gênese da IC, com perda funcional; e mais, DRC e ICFER caminham juntas no processo evolutivo da doença, comumente coexistentes em pessoas com IC.¹³ As comorbidades destacadas podem afetar o comportamento de autocuidado dos participantes, uma vez que estudos demonstram que quanto maior o

número de comorbidades apresentadas pelo indivíduo, pior o comportamento de autocuidado.¹⁶ Evidências identificam que a presença de comorbidades pode contribuir para dificuldades de identificar os sintomas da IC, sendo, portanto, barreiras para o autocuidado.³

Ao se analisar o uso de álcool, notou-se prevalência significativa do seu uso entre os portadores de ICFER, prevalência que se assemelhou à média de uso étlico populacional.²⁴

Pontua-se ainda que, na IC, o custo relacionado ao cuidado, principalmente à internação hospitalar, é bastante elevado, independente do fenótipo de apresentação da doença. Portanto, o aconselhamento relacionado ao manejo do autocuidado é semelhante para pessoas com ICFER e ICFEP, fazendo parte efetiva do tratamento para IC. Ademais, as recomendações categorizadas em comportamentos de autocuidado ajudariam a manter a estabilidade, monitorar mudanças de comportamento e responder adequadamente aos sintomas, como controle dietético e do peso corporal, adesão terapêutica e vacinação.⁵

Em relação aos comportamentos de autocuidado, a pontuação encontrada revelou que 48,2%, quase a metade da população estudada, apresentaram escore >30 pontos, evidenciando comportamentos insatisfatórios de autocuidado na IC. O escore médio encontrado na população de 29,15±1,2 também evidencia autocuidado insatisfatório, e está em concordância com estudos realizados em Israel (27,2±8,4) e no Brasil (30,1±7,4),^{14,25} porém inferior à pesquisa americana (69,7±19,2).²⁶

Estudo de base institucional, conduzido em cinco hospitais públicos da Etiópia, identificou que apenas 32% (média de idade de 45 anos) das pessoas com IC relataram adesão às recomendações de autocuidado, como adesão medicamentosa, dieta hipossódica e prática de atividade física.²⁷ Com o mesmo resultado, estudo brasileiro revelou que apenas 5,6% das pessoas com IC relataram realizar atividade física sempre ou diariamente.²⁵ Contudo, dentre os comportamentos específicos para o controle não farmacológico da IC, o impacto da atividade física na melhora clínica desses pessoas foi evidenciado em estudos científicos e reforçado pelas recomendações das Sociedades Brasileira e Europeia de Cardiologia.^{2,5,28}

No estudo de Senturk et al.,²⁶ 4,0% das pessoas com IC relataram adesão ao tratamento não farmacológico, enquanto 43,8% relataram a prática regular de atividade física, 33,8% de restrição hídrica e 16,1% de pesagem diária.²¹ Os baixos níveis de adesão às orientações não farmacológicas para o tratamento da IC aumentaram a ocorrência de reinternações hospitalares.

Na Itália, estudo transversal com 1192 participantes observou um comportamento de autocuidado particularmente baixo para o monitoramento de sintomas, prática de exercícios

físicos e reconhecimento dos sintomas de IC.²⁹ Em estudos brasileiros, apenas 2,3% a 9,8% das pessoas com IC verificam o peso diariamente.^{7,13} Dessa maneira, as internações por agudização sintomatológica da IC acarretam gastos onerosos para os sistemas de saúde, sendo que as causas predominantes que concorrem para esse evento são atribuíveis ao não cumprimento do autocuidado.¹⁵

Em relação aos comportamentos inadequados aqui encontrados, nos itens que se referem à verificação diária do peso corporal (item 1), tomada de decisão frente ao aumento abrupto do peso (item 5) e a prática de atividade física (item 12), estes se alinham com o estudo de Saccomann et al.,²⁸ no qual quase a metade das pessoas do estudo realiza o controle do peso corporal apenas uma vez ao mês.²⁸

Na presente investigação, especificamente, a alta pontuação encontrada no item 12, relativo às atividades físicas, demonstrou que há negligência desse autocuidado, tão importante no cotidiano das pessoas com IC. Logo, torna-se imprescindível a implementação sistemática de medidas educativas, valorizando as demandas identificadas pelas pessoas e, assim, direcionar o desenvolvimento de comportamentos referentes à promoção do autocuidado.¹⁴

Neste estudo, são encontradas limitações que incluem a amostragem por conveniência, realizada em apenas um hospital, o que pode restringir a generalização dos resultados, o tamanho da amostra, a natureza transversal da pesquisa, que avaliou o comportamento de autocuidado em um único momento. E ainda o fato de que não foi possível avaliar o tempo transcorrido desde o diagnóstico da IC até o momento da coleta dos dados, variável que poderia ter associação com o comportamento de autocuidado.

Além disso, encontrou-se dificuldade no contato telefônico, exigindo múltiplas tentativas. Porém, investigar as associações comportamentais de autocuidado entre pessoas com IC em seus diversos contextos, ainda com o uso da telessaúde como ferramenta adicional, pode ser considerada uma relevante contribuição do presente estudo, que proporcionará oportunidades de reprodutibilidade em outros cenários de saúde, com uma amostra maior, especialmente a partir do período pós-pandemia da COVID-19. Aliado a isso, um estudo longitudinal deve ser realizado para explorar as mudanças de comportamento desse público ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que pessoas com IC acompanhadas em ambulatório especializado apresentaram comportamento de autocuidado predominantemente insatisfatório, sendo que 48,2% obtiveram escores igual ou superiores a 30 pontos na EHFSBS. Os maiores déficits de autocuidado

foram observados nos comportamentos relacionado ao monitoramento do peso corporal e à prática regular de atividade física.

Portanto, torna-se fundamental a adoção e implementação de estratégias, como a telessaúde, por parte dos profissionais de saúde, visando ao acompanhamento clínico e a uma intervenção não medicamentosa para o desenvolvimento de habilidades de autocuidado em pessoas com IC.

Os profissionais de saúde devem desenvolver ferramentas que possam ampliar o alcance na capacitação continuada e sistemática, visando à incorporação do comportamento de autocuidado no cotidiano dos cardiopatas, o que contribuirá para a estabilidade clínica da doença e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Cestari VRF, Garces TS, Sousa GJB, Maranhão TA, Neto JDS, Pereira MLD, et al. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. *Arq Bras Cardiol.* 2022; 118(1):41-51. DOI: 10.36660/abc.20201325.
2. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(3):436-539. DOI: 10.5935/abc.20180190.
3. Kim K-H, Kim C-J, Seo EJ, Park J-S, Seo K-W, Ahn J-A. Factors Influencing self-care among patients with heart failure based on the situation-specific theory: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice.* 2026; 32 (2):1-12. DOI: 10.1111/ijn.70132.
4. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 2023;118(17):3272-87. Erratum in: *Cardiovasc Res.* 2023;119(6):1453. DOI: 10.1093/cvr/cvac013.
5. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, Celutkienė 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.* 2021; 23(1):157-74. DOI: 10.1002/ehf.2008.
6. Chioncel O, Lainscak M, Seferovic S, Anker SD, Crespo-Leiro MG, Harjola VP, et al. Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction: an analysis of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail.* 2017; 19(12):1574-85. DOI: 10.1002/ehf.813.
7. Linn AC, Azzolin K, Souza EN. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pessoas com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):469-74. Erratum in: *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(5):469. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690312i.
8. Boyde M, Peters R, New N, Hwang R, Ha T, Korczyk D. Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: a randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018; 17(2):178-85. DOI: 10.1177/1474515117727740.
9. Rodrigues MA, Hercules ABS, Gnatta JR, Coelho JC, Mota ANB, Pierin AMG, et al. Teleconsulta como prática avançada de enfermagem na pandemia de COVID-19 à luz de Roy e Chick-Meleis. *Rev Esc Enferm USP.* 2022; 56(spe):e20210438. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0438pt.
10. Lopes MACQ, Oliveira GMM, Ribeiro ALP, Pinto FJ, Rey HCV, Zimmerman LI, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre telemedicina na cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(5):1006-56. DOI: 10.5935/abc.20190205.
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). [Internet]. Resolução COFEN nº 696/2022. Alterada pelas Resoluções COFEN nº 707/2022 e 717/2023. Dispõe sobre a atuação da enfermagem na saúde digital, normatizando a telenfermagem. [Acesso em 2026 fev. 13]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022>.
12. Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Adaptação transcultural e validação da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* para o português do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012; 20(5):1-9.
13. Galil AG, Pinheiro HS, Chaoubah A, Costa DM, Bastos MG. Chronic kidney disease increases cardiovascular unfavorable outcomes in outpatients with heart failure. *BMC Nephrol.* 2009; 10:31. DOI: 10.1186/1471-2369-10-31.
14. Costa FBS, Gama GGG, Mendes AS. Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. *Rev Enferm UFSM.* 2020; 10:e46. DOI: 10.5902/2179769240711.
15. Gebru TH, Berhe KK, Tsehay WT, Mekonen HH, Kiro KG, Gebrehiwot TG, et al. Self-care behavior and associated factors among heart failure patients in Tigray, Ethiopia: a cross-sectional study. *Clin Nurs Res.* 2021; 30(5):636-43. DOI: 10.1177/1054773820961243.
16. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca - aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. *Arq Bras Cardiol.* 2015; 104(6):433-42. Erratum in: *Arq Bras Cardiol.* 2015;105(2):208. DOI: 10.5935/abc.20150031.
17. Savitz ST, Leong T, Sung SH, Lee K, Rana JS, Tabada G, Go AS. Contemporary reevaluation of race and ethnicity with outcomes in heart failure. *J Am Heart Assoc.* 2021; 10(3):e016601. DOI: 10.1161/JAHA.120.016601.

18. Barbareschi G, Sanderma R, Leegte IL, van Veldhuisen DJ, Jaarsma T. Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *J Card Fail.* 2011; 17(1):47-53. DOI: 10.1016/j.cardfail.2010.08.005.
19. Manfredini R, De Giorgi A, Tiseo R, Boari B, Cappadona R, Salmi R, et al. Marital status, cardiovascular diseases, and cardiovascular risk factors: a review of the evidence. *J Womens Health (Larchmt).* 2017; 26(6):624-32. DOI: 10.1089/jwh.2016.6103.
20. Ruiz-Romero V, Lorusso N, Expósito-García S, Páez-Pinto JM, Palmero-Palmero C, Caballero-Delgado G, et al. Hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca: variables relacionadas. *Rev Esp Salud Publica.* 2016; 90(25):e40008.
21. Silva WT, Tyll MG, Miranda ACCS, Moura GP, Veríssimo AOL. Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2020; 11:e202000449. DOI: 10.5123/S2176-6223202000449.
22. Lind L, Ingelsson M, Sudstrom J, Årnlöv J. Impact of risk factors for major cardiovascular diseases: a comparison of life-time observational and Mendelian randomisation findings. *Open Heart.* 2021; 8(2):e001735. DOI: 10.1136/openhrt-2021-001735.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. [Internet]. *Vigitel Brasil 2023. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023.* Brasília: Ministério da Saúde; 2023. [Acesso 2026 mar. 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>.
24. Lee KS, Moser DK, Dracup K. The association between comorbidities and self-care of heart failure: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2023; 23(1):157. DOI: 10.1186/s12872-023-03166-2.
25. Köberich S, Glattacker M, Jaarsma T, Lohrmann C, Dassen T. Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013; 12(2):150-8. DOI: 10.1177/1474515112438639.
26. Senturk B, Kaya H, Celik A, Bekar L, Gungor H, Zoghi M, et al. Marital status and outcomes in chronic heart failure: does it make a difference of being married, widow or widower? *North Clin Istanb.* 2021; 8(1):63-70. DOI: 10.14744/nci.2020.88003.
27. Baymot A, Gela D, Bedada T. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients in public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia, 2021: cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2022; 22(1):275. DOI: 10.1186/s12872-022-02717-3.
28. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pessoas com insuficiência cardíaca. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(1):18-24. DOI: 1590/S0080-623420140000100002.
29. Cochieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015; 14(2):126-36. DOI: 10.1177/1474515113518443.