



## Autocuidado e fadiga em indivíduos internados com insuficiência cardíaca descompensada durante a pandemia da COVID-19: estudo transversal


Laura da Silva Araujo<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0009-0000-2373-1955>


Kethlen Louise Palha Ferrari<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0613-5638>


Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto<sup>1,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1244-320X>


Daiane Vieira Medeiros Costa Zanetti<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6433-6599>

Carina Aparecida Marosti Dessotte<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5521-8416>

Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3050-7000>

**Destaques:** (1) O autocuidado para insuficiência cardíaca foi inadequado durante a pandemia. (2) A fadiga foi um sintoma prevalente e incapacitante antes da internação. (3) O autocuidado para insuficiência cardíaca deve ser priorizado pela enfermagem.

**Objetivo:** verificar a associação entre autocuidado e fadiga de pacientes internados por descompensação da insuficiência cardíaca durante a pandemia da COVID-19. **Método:** estudo observacional, de corte transversal, com 132 indivíduos internados em um hospital universitário. Os dados foram coletados por entrevista individual e consulta aos prontuários. O autocuidado foi avaliado pelo *Self-Care of Heart Failure Index*, e a fadiga pelo Pictograma de Fadiga, ambas versões validadas previamente para uso no Brasil. Valores iguais ou superiores a 70 indicam autocuidado adequado para as subescalas Manejo, Manutenção e Confiança. **Resultados:** a maioria dos participantes era do sexo masculino (n=73; 55,3%), com baixa escolaridade (n=98; 74,2%), morava com cônjuge e/ou filhos (n=77; 58,4%) e a média de idade foi 62,3 anos (desvio-padrão=28,7). Constatamos autocuidado inadequado para a insuficiência cardíaca nas subescalas Manutenção (n=109; 82,6%), Manejo (n=81; 61,8%) e Confiança (n=57; 48,3%). Considerando a última semana antes da hospitalização, os participantes referiram cansaço e limitações decorrentes da fadiga. Não constatamos associação estatisticamente significante entre a intensidade e o impacto da fadiga e as subescalas do autocuidado. **Conclusão:** no período pandêmico, a fadiga percebida pelos participantes antes da internação pela descompensação clínica da insuficiência cardíaca, embora prevalente, não teve associação com o autocuidado da doença.

**Descritores:** Autocuidado; Fadiga; Insuficiência Cardíaca; COVID-19; Enfermagem; Cardiologia.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

<sup>3</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

### Como citar este artigo

Araujo LS, Ferrari KLP, Tonetto PPFA, Costa-Zanetti DVM, Dessotte CAM, Dantas RAS. Self-care and fatigue in individuals hospitalized with decompensated heart failure during the covid-19 pandemic: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4617 [cited \_\_\_\_]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7465.4617>

ano | mês | dia | URL

## Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome crônica multifatorial causada por alterações estruturais ou funcionais<sup>(1)</sup> que comprometem a capacidade do coração em bombear sangue para atender às necessidades metabólicas tissulares, resultando na redução do débito cardíaco<sup>(2)</sup>. A manifestação súbita ou gradual dos sinais e sintomas da IC, tais como a dispneia, dispneia paroxística noturna, ortopneia, arritmias, edema de membros inferiores e fadiga, caracteriza a descompensação da doença<sup>(3)</sup>. O autocuidado voltado para o manejo da IC tem se mostrado fundamental para evitar a descompensação da doença, sendo o foco da investigação do estudo. Adotamos definição proposta por Bárbara Riegel e colaboradores, no sentido de que autocuidado se trata do resultado de um processo de tomada de decisão que envolve ações de manutenção, manejo e confiança para o autocuidado em pessoas com IC<sup>(4-5)</sup>. O sintoma fadiga tem sido associado às barreiras para adesão aos comportamentos adequados de autocuidado por promover dificuldade física e emocional, comprometendo a capacidade do indivíduo de se cuidar<sup>(6-8)</sup>.

O autocuidado é um fator fundamental para a adesão a um estilo de vida saudável e para o manejo dos sinais e sintomas<sup>(9)</sup>. No caso da IC, contribui para o controle da doença, melhora a qualidade de vida, reduz o número de internações devido à descompensação clínica e os custos dos serviços de saúde<sup>(10-13)</sup>.

A relevância da investigação do autocuidado baseia-se em estudos atuais de revisão sobre a necessidade de intervenções voltadas para o favorecimento do autocuidado de pessoas com IC<sup>(11,14)</sup>. No âmbito da prática clínica, a enfermagem apresenta papel fundamental na educação em saúde. Na literatura consta a utilização de diferentes estratégias de ensino, usadas de forma isolada ou conjunta, sendo as mais evidentes: orientação personalizada a partir do exame de ultrassonografia de veia cava inferior, consultas telefônicas, aplicação de folheto e formação de grupo educativo<sup>(10,15)</sup>. No entanto, há necessidade de maiores investimentos para melhorar o comportamento de autocuidado, diminuir o número de readmissões hospitalares não planejadas e manter a qualidade de vida desses indivíduos<sup>(15-19)</sup>. O conhecimento dos pacientes acerca da doença contribui para a compreensão das orientações em saúde e para seu acompanhamento clínico nos diversos níveis de cuidado<sup>(19)</sup>.

No decorrer da trajetória da IC, podem ser necessárias regulações e adaptações no planejamento do autocuidado, como, por exemplo, quando há período de agravamento da doença, desenvolvimento de novas comorbidades ou situações que necessitem de terapias

mais avançadas. Durante a pandemia de coronavírus (COVID-19), constatou-se a piora das condições de saúde das pessoas com diagnóstico de IC, com maior agravamento do quadro clínico já existente<sup>(20)</sup>, piora do prognóstico e maior risco de mortalidade entre aqueles infectados pelo SARS-CoV-2<sup>(21-24)</sup>. Ações de autocuidado ganharam maior importância no período pandêmico, com vistas a evitar internações por descompensação da doença cardíaca, bem como pelo contágio com o novo coronavírus<sup>(25)</sup>.

Em outros países, como França<sup>(26)</sup> e Estados Unidos da América<sup>(27-29)</sup>, foram realizados estudos que avaliaram o autocuidado de pessoas com IC durante a pandemia. No Brasil, apenas um estudo foi identificado até o momento<sup>(30)</sup>. Os autores investigaram pacientes que haviam sido hospitalizados por descompensação clínica e concluíram que a falta de acompanhamento por profissionais da saúde impactou na gestão do autocuidado desses pacientes<sup>(30)</sup>. O presente estudo teve o objetivo de verificar a associação entre autocuidado e fadiga de pacientes internados por descompensação da IC durante a pandemia da COVID-19.

## Método

### Delineamento do estudo

Estudo observacional, de corte transversal<sup>(31)</sup>.

O artigo foi reportado segundo os *Guidelines Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), recomendados pela *The Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network* (EQUATOR).

### Local do estudo

O estudo foi realizado nas unidades de internação da divisão de cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. Trata-se de um hospital público e universitário, de nível terciário, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Atende à população de Ribeirão Preto e de outras cidades do estado de São Paulo, bem como de outros estados brasileiros, por ser o maior hospital público da região.

### População acessível e critérios de elegibilidade da amostra

A população acessível era composta por indivíduos internados no referido hospital durante a pandemia de

COVID-19, com diagnóstico de descompensação clínica da IC. Cabe ressaltar que as pesquisas de enfermagem têm constatado a necessidade da ocorrência do evento clínico para a elegibilidade dos participantes, como se verifica tanto em estudos observacionais<sup>(12,32-33)</sup> quanto de intervenção<sup>(34-35)</sup>. Assim, o tamanho final da amostra foi baseado na ocorrência do evento clínico, ou seja, a hospitalização de pacientes por descompensação clínica durante os meses de maio de 2021 a outubro de 2022. Trata-se, portanto, de um subconjunto da população-alvo que foi definido geograficamente e temporariamente<sup>(31)</sup>.

Investigamos uma amostra não probabilística, do tipo consecutiva, composta por aqueles indivíduos que atenderam aos critérios de elegibilidade: ter 18 anos ou mais; estar internado na instituição hospitalar supracitada durante o período de maio de 2021 a outubro de 2022; estar clinicamente estável, sem presença de fadiga e/ou dispneia no momento da entrevista<sup>(12,32,34)</sup>.

Para avaliar a orientação alopsíquica, foram feitas seis perguntas aos participantes sobre seu nome, data atual, dia da semana, localidade, idade e cidade de residência. Foram excluídos aqueles que responderam incorretamente mais de duas questões<sup>(32,35-36)</sup>.

### Coleta de dados

Para identificar os potenciais participantes, realizou-se uma busca ativa e regular nas enfermarias de cardiologia ao longo do período do estudo. A regularidade da busca permitiu identificar todos os pacientes internados durante a pesquisa. Os dados foram obtidos por entrevistas individuais e consultas aos prontuários eletrônicos dos participantes. Foram coletadas informações sociodemográficas, a saber: sexo, idade, renda mensal familiar, situação conjugal, cidade onde residia, escolaridade (anos que frequentou ensino formal) e situação profissional e clínica, a saber: medicamentos usados, comorbidades, etiologia da IC, classe funcional autorreferida, adaptada da *New York Heart Association* (NYHA), e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), proveniente do exame ecocardiográfico e, posteriormente, categorizada em preservada (>50%), intermediária (40-49%) e reduzida (≤40%)<sup>(3)</sup>.

O autocuidado na IC foi avaliado pelo *Self-care of Heart Failure Index* (SCHFI)<sup>(5)</sup> em sua versão adaptada para o português do Brasil<sup>(37)</sup>. O tempo de referência para responder aos itens do instrumento era o último mês, o que possibilitou a avaliação do autocuidado do participante no período que antecedeu sua hospitalização.

O instrumento contém 22 questões, divididas em três subescalas: Manutenção do autocuidado (10 itens); Manejo do autocuidado (6 itens) e Confiança no

autocuidado (6 itens). Na subescala Manutenção, as respostas para cada item variam de nunca/raramente (valor 1) a sempre/diariamente (valor 4), exceto para o item 8, cujos valores são reversos; na subescala Manejo, variam de pouco provável (valor 1) a muito provável (valor 4) e, na subescala Confiança, de não confiante (valor 1) a extremamente confiante (valor 4). As somas dos valores respondidos para cada subescala, posteriormente, são transformadas em uma escala entre zero e 100, de modo que valores maiores indicam melhor autocuidado na respectiva subescala. Os resultados também podem ser interpretados de forma categorizada: valores acima de 70 pontos indicam autocuidado adequado, enquanto valores iguais ou menores que 70 informam autocuidado inadequado<sup>(5)</sup>.

A escolha do SCHFI foi baseada nos resultados de validade e confiabilidade verificados na versão original<sup>(5)</sup> e na versão adaptada para o Brasil<sup>(37)</sup>. A validade de construto da versão brasileira foi demonstrada pelos resultados dos testes de correlação entre as suas medidas de autocuidado com aquelas advindas de questões equivalentes da versão brasileira da *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,001$ ) e pela confirmação das três subescalas da versão original, conforme a análise fatorial confirmatória. A presença de adequada consistência interna de seus itens foi verificada pelos valores obtidos do alfa de Cronbach, de 0,40; 0,82 e 0,93, respectivamente, para as subescalas Manutenção, Manejo e Confiança<sup>(37)</sup>. A versão brasileira foi utilizada em outros estudos antes da ocorrência da pandemia<sup>(10,12)</sup>.

Para avaliação da fadiga, utilizamos o Pictograma de Fadiga<sup>(38)</sup>, na versão validada para o Brasil<sup>(39)</sup>, a qual é composta por duas questões. A primeira questão é: "Quanto cansado você se sentiu na última semana?", com as seguintes opções de resposta: nada cansado; um pouquinho cansado; moderadamente cansado; muito cansado e extremamente cansado. A segunda é: "O quanto a sensação de cansaço impede você de fazer o que quer fazer?", e as respostas possíveis são: eu consigo fazer tudo que habitualmente faço; eu consigo fazer quase tudo que habitualmente faço; eu consigo fazer algumas das coisas que habitualmente faço; eu só faço o que tenho que fazer e eu consigo fazer muito pouco. As respostas são acompanhadas por dois conjuntos de figuras para ajudar na avaliação da intensidade (questão 1) e do impacto (questão 2) da fadiga. A versão brasileira foi considerada como uma medida válida e confiável para pacientes oncológicos<sup>(39)</sup>. Posteriormente, estudo realizado com pacientes com IC constatou associação entre as classes funcionais da NYHA com os valores das questões do instrumento, mostrando sua validade para analisar a fadiga também nesse grupo<sup>(32)</sup>.

Como o tempo de referência para as respostas dos itens dos instrumentos de autocuidado e fadiga são, respectivamente, o último mês e a última semana, orientávamos que os participantes considerassem tais períodos antes da internação atual.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram processados e analisados descritivamente pelo programa *Statistical Package for the Social Science*, da *International Business Machines Corporation*<sup>™</sup> (IBM<sup>™</sup> - SPSS), na versão 24.1 para *Windows*.

Para testar a associação entre o autocuidado e a fadiga, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 0,05.

### Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CAAE nº 25497912.2.0000.5393). O consentimento livre e esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio de termo escrito.

## Resultados

Durante o período do estudo, recrutamos 137 potenciais participantes. Desses, cinco foram excluídos por não apresentarem orientação alopática. Os 132 participantes apresentaram média de idade de 62,3 e desvio-padrão de 28,7 anos. A maioria era do sexo masculino (55,3%), casados/em união estável (58,3%), com escolaridade de até nove anos de estudo (74,2%), provenientes de outras cidades do estado de São Paulo que não Ribeirão Preto (65,9%), residiam com cônjuge e/ou filhos (58,4%). Em relação às características clínicas, 59,1% tinham FEVE reduzida e encontravam-se na classe funcional IV, segundo a NYHA (56,8%) (Tabela 1).

Na medida de autocuidado da IC, verificamos que os escores médios ficaram abaixo da pontuação esperada para o autocuidado adequado (acima de 70) nas subescalas Manutenção e Manejo. Na subescala Manutenção, o escore médio foi de 54,1, enquanto na subescala Manejo foi de 60,6. Por sua vez, a subescala Confiança atingiu valor limítrofe de 70. Ao verificarmos a distribuição dos participantes segundo a realização do autocuidado adequado, constatamos as seguintes frequências: 17,4% dos participantes na subescala Manutenção, 38,2% na subescala Manejo e 51,7% na subescala Confiança (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos 132 participantes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021-2022

Características sociodemográficas e clínicas	n (%)*	Média (D.P.)†
<b>Idade (anos)</b>		62,3 (28,7)
<b>Sexo</b>		
Masculino	73 (55,3)	
Feminino	59 (44,7)	
<b>Situação conjugal</b>		
Casado/união estável	77 (58,3)	
Solteiro	24 (18,2)	
Viúvo	18 (13,6)	
Desquitado/divorciado	13 (9,8)	
<b>Escolaridade (anos que frequentou a escola)</b>		5,9 (4,2)
Até 9	98 (74,2)	
10-12 anos	25 (18,9)	
13 ou mais	9 (6,8)	
<b>Renda familiar mensal (em reais)</b>		2.397,88 (1.285,5)
<b>Cidade em que reside</b>		
Ribeirão Preto	41 (31,1)	
Outras cidades do estado de São Paulo	87 (65,9)	
<b>Classe funcional NYHA<sup>‡</sup> (autorreferida)</b>		
Classe 1	9 (6,8)	
Classe 2	16 (12,1)	

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Características sociodemográficas e clínicas	n (%) <sup>*</sup>	Média (D.P.) <sup>†</sup>
Classe 3	23 (17,4)	
Classe 4	75 (56,8)	
<b>FEVE<sup>§</sup></b>		
Preservada	28 (21,2)	
Intermediária	12 (9,1)	
Reduzida	78 (59,1)	
Sem informação	14 (10,6)	

\*n (%) = Número (porcentagem); †D.P. = Desvio-padrão; †NYHA = *New York Heart Association*; §FEVE = Fração de ejeção do ventrículo esquerdo

Tabela 2 – Avaliação do autocuidado dos 132 participantes, segundo o *Heart Failure Index*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021-2022

Medidas subescalas SCHFI <sup>*</sup>	n (%) <sup>†</sup>	Média (D.P.) <sup>‡</sup>	Mediana (mínimo-máximo)
<b>Manutenção (n=132)</b>		54,1 (18,0)	53,3 (3,3 – 96,6)
Adequado	23 (17,4)		
Inadequado	109 (82,6)		
<b>Manejo (n=131)</b>		60,6 (20,0)	65 (0 – 100)
Adequado	50 (38,2)		
Inadequado	81 (61,8)		
<b>Confiança (n=118)</b>		70 (19,1)	72,3 (22,2 – 100)
Adequado	61 (51,7)		
Inadequado	57 (48,3)		

\*SCHFI = *Self-care Heart Failure Index*; †n (%) = Número (porcentagem); ‡D.P. = Desvio-padrão

Na subescala Manutenção, as ações de autocuidado mais realizadas foram: “ser assíduo na consulta com médico ou enfermeiro” (84,8%), “esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos” (valores reversos) (68,8%), “tenta evitar ficar doente (por exemplo, vacinar-se contra a gripe, evitar contato com pessoas doentes)” (74,1%), “ingere uma dieta com pouco sal” (56,3%) e “verifica se os tornozelos estão inchados” (48,2%). Em contrapartida, as ações “exercita-se por 30 minutos” (75,9%), “realiza alguma atividade física” (66,1%) e “solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém” (61,6%) foram respondidas com as alternativas nunca ou raramente pelos participantes.

Na subescala Manejo, as ações “contatar seu médico ou enfermeiro para orientação” (47,7%) e “reduzir o sal na dieta” (46,2%) foram consideradas de realização muito provável se os pacientes apresentassem dificuldade para respirar ou inchaço nos tornozelos. A maioria (90,2%) teve problemas para respirar ou tornozelos inchados no último mês, sendo que 18,8% não reconheceram tais sintomas como sendo da IC; 29,9% reconheceram rapidamente e 26,8% reconheceram imediatamente. A partir dos

recursos presentes nos itens dois, três, quatro e cinco da subescala Manejo, 28,6% dos participantes responderam que não tentaram algum dos recursos citados da última vez que tiveram dificuldades para respirar ou inchaço nos tornozelos. Dentre os que tentaram algum dos recursos, 27,7% referiram ter absoluta certeza de que o recurso os ajudou, 23,2% referiram ter certeza, 8,9% pouca certeza e 9,8% não ter certeza.

Para a subescala Confiança, os itens com maior confiança foram: “seguir o tratamento recomendado” (45,5%), “avaliar a importância de seus sintomas” (42,0%) e “avaliar se um medicamento funciona” (37,5%). O item com menor confiança foi “estar livre dos sintomas de IC” (23,2%).

A aplicação do Pictograma de Fadiga evidenciou que a maioria dos participantes se sentia muito cansada (39,4%) ou extremamente cansada (29,5%). A sensação de cansaço interferia na execução de suas atividades de vida diária e, conseqüentemente, na qualidade de vida, visto que 49% alegaram que, devido à sensação incapacitante, conseguiam fazer muito pouco ou apenas o que tinham que fazer (20,5%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação da fadiga dos 132 participantes, segundo o Pictograma de Fadiga. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021-2022

Pictograma de Fadiga	n (%)*
<b>Item 1 – Quanto cansado você se sentiu na última semana?</b>	
Nada cansado	9 (6,8)
Um pouquinho cansado	12 (9,1)
Moderadamente cansado	20 (15,2)
Muito cansado	52 (39,4)
Extremamente cansado	39 (29,5)
<b>Item 2 – O quanto a sensação de cansaço te impede você de fazer o que quer fazer?</b>	
Eu consigo fazer tudo que habitualmente faço	7 (5,3)
Eu consigo fazer quase tudo que habitualmente faço	9 (6,8)
Eu consigo fazer algumas das coisas que habitualmente faço	24 (18,2)
Eu só faço o que tenho que fazer	27 (20,5)
Eu consigo fazer muito pouco	65 (49,2)

\*n (%) = Número (porcentagem)

A possível associação entre as medidas de autocuidado e de fadiga foi avaliada e não constatamos resultados estatisticamente significantes entre a intensidade da fadiga e as subescalas Manutenção ( $p=0,266$ ), Manejo ( $p=0,074$ ) e Confiança ( $p=0,059$ ) para o autocuidado. Resultados semelhantes foram observados entre o impacto da fadiga e as subescalas Manutenção

( $p=0,834$ ), Manejo ( $p=0,609$ ) e Confiança ( $p=0,139$ ) para o autocuidado dos participantes.

As distribuições das respostas obtidas nas subescalas de manutenção, manejo e confiança do autocuidado dos participantes, segundo a intensidade (questão 1) e o impacto (questão 2) da fadiga, estão apresentadas, respectivamente, nas Figuras 1 e 2.

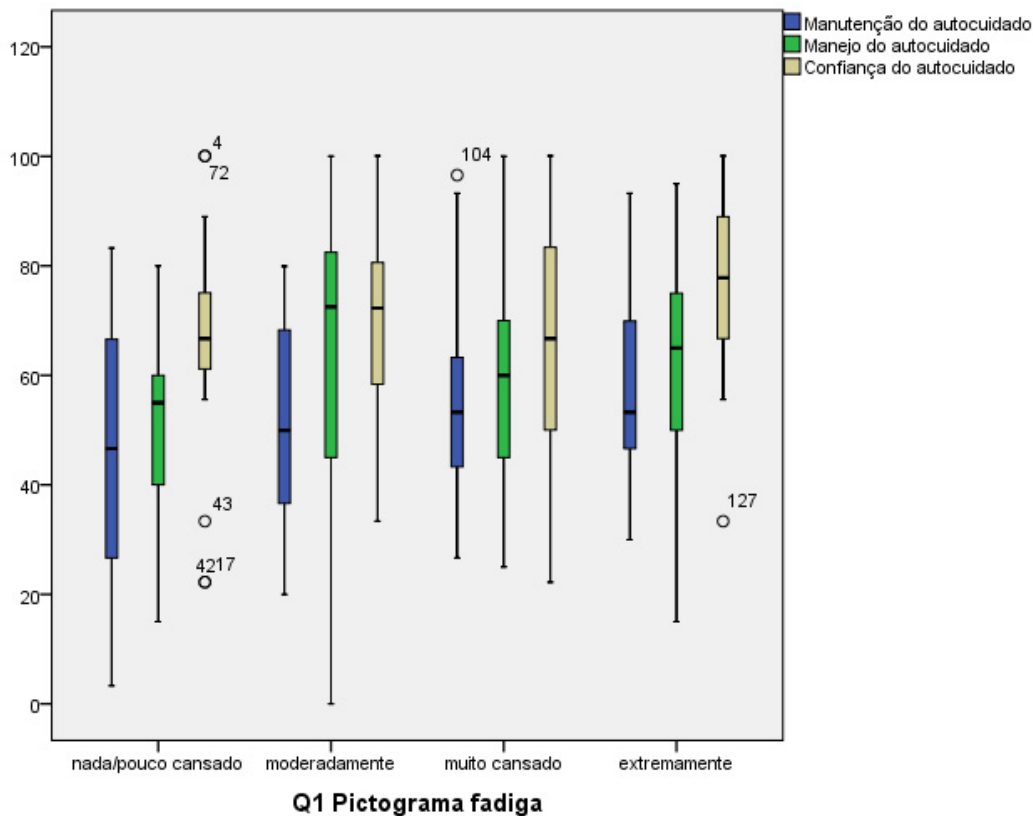


Figura 1 – Boxplots com os resultados das medidas de manutenção, manejo e confiança para o autocuidado da insuficiência cardíaca, segundo a intensidade da fadiga

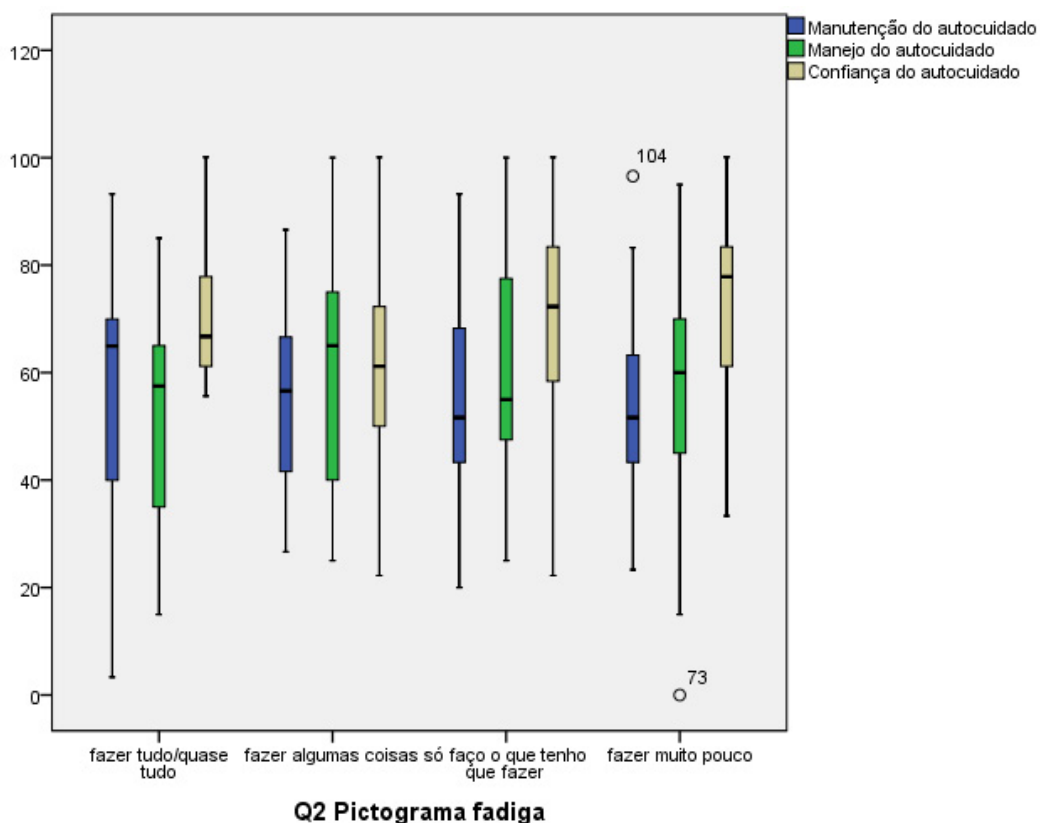


Figura 2 – *Boxplots* com os resultados das medidas de manutenção, manejo e confiança para o autocuidado da insuficiência cardíaca, segundo o impacto da fadiga

## Discussão

O estudo objetivou verificar a associação entre o autocuidado e a fadiga de pacientes internados por descompensação da IC durante a pandemia da COVID-19. Constatamos manutenção e manejo inadequados do autocuidado no mês que antecedeu a hospitalização pela descompensação clínica da IC. Na semana que antecedeu a internação, a maioria dos participantes relatou fadiga intensa e comprometimento das atividades diárias. Entretanto, não constatamos associações estatisticamente significantes entre as subescalas Manutenção, Manejo e Confiança para o autocuidado da IC e a intensidade da fadiga e seu impacto nas atividades diárias realizadas.

Por se tratar de um estudo observacional transversal, que investigou uma amostra não probabilística de 132 pacientes, consideramos os resultados como sendo de natureza exploratória. Os resultados obtidos não podem ser generalizados para todos os pacientes com as mesmas características clínicas que foram hospitalizados no Brasil durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de uma amostra representativa, é dizer, cujos participantes, embora não tenham sido escolhidos de forma aleatória, representam a população a ser estudada. Os resultados obtidos, assim como os de outros estudos que utilizaram amostras de populações clínicas<sup>(12,32-33)</sup> trazem

contribuições importantes para o planejamento de estudos de intervenção<sup>(34-35)</sup>, pois permitirão a determinação do cálculo amostral e do tamanho da amostra desses estudos.

A interpretação dos resultados obtidos deve ser considerada tendo em vista o contexto epidemiológico no qual a pesquisa foi realizada, bem como o fato de os participantes terem sido recrutados de um único serviço de saúde (hospital público e de ensino do interior do estado de São Paulo), as características demográficas que caracterizam os pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde e, principalmente, a utilização dos instrumentos de medidas escolhidos dentre uma gama de outras opções. O delineamento transversal do estudo não permite inferir a associação de causa e efeito entre fadiga e autocuidado na amostra estudada. A declaração da Organização Mundial da Saúde sobre o fim do status de emergência global da pandemia da COVID-19 impossibilitará a realização de estudos de acompanhamento da população de interesse, cujo delineamento prospectivo poderia investigar a relação das duas variáveis com a descompensação clínica da IC.

Durante a pandemia da COVID-19, as ações de autocuidado para pessoas com IC diminuíram<sup>(27-30)</sup>, havendo dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, interferindo no acompanhamento presencial dos pacientes. No Brasil, a baixa adesão ao tratamento farmacológico e dietético foram os principais fatores desencadeantes de IC descompensada

durante a pandemia, entre março e outubro de 2020<sup>(40)</sup>. Com a limitação das consultas e o medo do contágio<sup>(20,25)</sup>, os pacientes com IC reduziram a busca pelos serviços de saúde no Brasil<sup>(41)</sup> e em outros países<sup>(20,23,25,42-44)</sup>, o que contribuiu para o aumento da mortalidade<sup>(44)</sup>.

O perfil sociodemográfico dos participantes, com a predominância do sexo masculino, idosos, casados ou em união estável, que não realizam trabalho remunerado, de baixa renda e pouca escolaridade, também foi observado em outros estudos nacionais e internacionais<sup>(30,32,41,45)</sup>.

Os resultados obtidos também devem ser interpretados levando em consideração os instrumentos de medidas escolhidos para a avaliação do autocuidado com a IC<sup>(5,37)</sup> e a fadiga de indivíduos com esse diagnóstico<sup>(38-39)</sup>. As duas escalas possibilitaram a comparação dos resultados obtidos no período pandêmico com outras investigações realizadas antes e durante a pandemia da COVID-19.

Ao compararmos os resultados obtidos nas subescalas da SCHFI com aqueles encontrados por pesquisadores brasileiros em estudos anteriores à pandemia, constatamos valores semelhantes entre pacientes atendidos no ambulatório do hospital onde realizamos o nosso estudo, os quais foram acompanhados nos três primeiros meses após a alta da internação por descompensação da IC<sup>(12)</sup>. Em outro estudo, realizado em hospital de ensino da cidade de São Paulo, com pacientes ambulatoriais, valores semelhantes foram reportados pelos pesquisadores<sup>(10)</sup>. Os nossos resultados foram semelhantes aos observados por pesquisadores que usaram a mesma ferramenta para avaliar o autocuidado de pacientes nos Estados Unidos da América<sup>(27,29)</sup>, Suíça<sup>(18)</sup> e China<sup>(45)</sup>.

Com relação ao sintoma de fadiga, no grupo estudado, a intensidade da fadiga (muito ou extremamente cansado) e sua interferência na realização das atividades diárias foram reportadas pelos participantes. A presença do sintoma fadiga em pessoas com IC encontra-se bem documentada<sup>(32,46)</sup>, interferindo na realização de atividades físicas<sup>(6)</sup>, no autocuidado<sup>(6-8,47)</sup> e na qualidade de vida dos pacientes<sup>(5,8)</sup>. Durante a pandemia, houve a redução da atividade física e o aumento das manifestações de sintomas de descompensação da IC, como a fadiga<sup>(26)</sup>. Indivíduos que apresentavam melhor controle dos sintomas antes da pandemia mantiveram o melhor autocuidado durante a pandemia quando comparados com aqueles com autocuidado deficiente<sup>(28)</sup>. Embora tenhamos encontrado poucos estudos que avaliaram a fadiga com o mesmo instrumento<sup>(6,32)</sup>, nossos resultados corroboram aqueles constatados em pacientes com IC antes da pandemia.

Os resultados obtidos corroboram aqueles reportados por outros pesquisadores e reforçam a necessidade de intervenções de enfermagem voltadas à literacia em saúde para o autocuidado desses indivíduos.

Estudos apontam que a telemedicina teve papel importante durante o período pandêmico, permitindo a monitorização, identificação dos pacientes prioritários e a realização de orientações em saúde<sup>(41,48-51)</sup>. Essa modalidade de atendimento já era empregada antes da pandemia, entretanto não havia consenso com relação à sua eficácia nos pacientes com IC<sup>(52)</sup>. A pandemia foi um fator que impulsionou sua implementação em maior escala, de modo que ela se mostrou uma alternativa eficiente<sup>(26,28,52)</sup>.

A enfermagem deve considerar o autocuidado na IC como um processo ativo, a ser planejado em conjunto com o indivíduo e seus familiares, envolvendo desde o reconhecimento de sintomas de descompensação clínica até a tomada de decisão para procurar por atendimento de saúde. Assim, a educação em saúde visa obter resultados positivos de adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, favorecendo o manejo, a manutenção e a confiança para o autocuidado das pessoas com IC.

Quanto à contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico da presente temática, reforçamos a existência de autocuidado insatisfatório da IC nas quatro semanas que antecederam a necessidade de internações não planejadas decorrentes da descompensação clínica da doença. Ao compararmos os resultados do presente estudo com aqueles provenientes de estudos anteriores, observamos que, independentemente da existência da pandemia da COVID-19, pessoas com IC ainda necessitam de educação voltada ao autocuidado da sua condição de saúde, sendo o enfermeiro um dos profissionais mais qualificados para planejar essa complexa intervenção, não apenas para os pacientes, mas também para seus familiares/cuidadores.

As principais limitações do estudo foram: a impossibilidade de cálculo amostral com a determinação do número necessário de participantes para garantir o caráter confirmatório do resultado obtido; o delineamento transversal, o qual não permite ao pesquisador inferência sobre a causalidade das variáveis, no caso, autocuidado e fadiga e o fato de o recrutamento dos participantes ter ocorrido em uma única instituição hospitalar.

## Conclusão

Durante a pandemia da COVID-19, pessoas internadas pela descompensação clínica da IC avaliaram o autocuidado nas quatro semanas que antecederam a hospitalização como sendo inadequado para manejo, manutenção e conhecimento da IC. A fadiga foi considerada pela maioria como intensa na semana que antecedeu a internação, comprometendo o desenvolvimento das atividades diárias. Ao verificarmos

a presença de possível associação entre o autocuidado e a fadiga, não constatamos resultados estatisticamente significantes no grupo investigado.

## Referências

- Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, Abdelhamid CM, Adamopoulos S, Albert N, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail.* 2021 Mar 3;23(3):352–80. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2115>
- Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79(17):e263-e421. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>
- Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca; Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(3):436-539. <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>
- Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An Update on the Self-care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):485-97. <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3181b4baa0>
- Riegel B, Dickson VV. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):190-6. <https://doi.org/10.1097/01.jcn.0000305091.35259.85>
- Fini A, Cruz DALM. Characteristics of fatigue in heart failure patients: a literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):557-65. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000400019>
- Pavlovic NV, Gilotra NA, Lee CS, Ndumele C, Mammos D, Dennisonhimmelfarb C, et al. Fatigue in Persons With Heart Failure: A Systematic Literature Review and Meta-Synthesis Using the Biopsychosocial Model of Health. *J Card Fail.* 2022;28(2):283-315. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.07.005>
- Pavlovic N, Ndumele CE, Saylor MA, Szanton SL, Lee CS, Shah AM, et al. Identification of Fatigue Subtypes and Their Correlates in Prevalent Heart Failure: A Secondary Analysis of the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2024;17(2):e010115. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.123.010115>
- Riegel B, Dunbar SB, Fitzsimons D, Freedland KE, Lee CS, Middleton S, et al. Self-care research: Where are we now? Where are we going? *Int J Nurs Stud.* 2021;116:103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>
- Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Self-care in heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(4):578-86. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>
- Aghajanloo A, Negarandeh R, Janani L, Tanha K, Hoseini-Esfidarjani S. Self-care status in patients with heart failure: Systematic review and meta-analysis. *Nurs Open.* 2021;8(5):2235-48. <https://doi.org/10.1002/nop2.805>
- Cunha DCPT, Rossi LA, Dessotte CAM, Bolela F, Dantas RAS. Evolution of self-care in patients with heart failure at the first outpatient return and three months after hospital discharge. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:ee3440. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4364.3440>
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Riegel B, Westland H, Iovino P, Barelds I, Slot JB, Stawnychy MA, et al. Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2021;116:103713. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103713>
- Tinoco JMVP, Figueiredo LS, Flores PVP, Padua BLR, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e-3389. <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4281.3389>
- Jiang Y, Koh KWL, Ramachandran HJ, Nguyen HD, Lim DS, Tay YK, et al. The effectiveness of a nurse-led home-based heart failure self-management programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure: A three-arm stratified randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2021;122:104026. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104026>
- Camino Ortega E, Gil de Gómez AB, González Gamarra A, Cuevas-Budhart MA, García Klepzig JL, del Pulgar García-Madrid MG. Education interventions in heart failure using m-Health: Systematic review. *Aten Primaria.* 2023;55(11):102734. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102734>
- Schäfer-Keller P, Santos GC, Denhaerynck K, Graf D, Vasserot K, Richards DA, et al. Self-care, symptom experience, needs, and past health-care utilization in individuals with heart failure: results of a cross-sectional

- study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2021;20(5):464-74. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa026>
19. Silva CG, Araújo SS, Morais SCR, Frazão CMFQ. Impaired knowledge in individuals with heart failure: a middle range nursing theory. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20200855. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0855>
20. Hall ME, Vaduganathan M, Khan MS, Papadimitriou L, Long RC, Hernandez GA, et al. Reductions in Heart Failure Hospitalizations During the COVID-19 Pandemic. *J Card Fail*. 2020;26(6):462-3. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2020.05.005>
21. Hashem A, Khalouf A, Mohamed MS, Nayfeh T, Elkhapery A, Elbahnasawy M, et al. COVID-19 Infection Is Associated With Increased In-Hospital Mortality and Complications in Patients With Acute Heart Failure: Insight From National Inpatient Sample (2020). *J Intensive Care Med*. 2023;38(11):1068-77. <https://doi.org/10.1177/08850666231182380>
22. Alqahtani M, Abbas M, Alsabaani A, Alqarni A, Almohiy HM, Alsawqae E, et al. The Potential Impact of COVID-19 Virus on the Heart and the Circulatory System. *Infect Drug Resist*. 2022;15:1175-89. <https://doi.org/10.2147/idr.s351318>
23. Chouairi F, Pinsker B, Miller PE, Fudim M. Effects of COVID-19 on heart failure admissions. *Am Heart J*. 2023;263:183-7. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2023.05.001>
24. Xanthopoulos A, Bourazana A, Giamouzis G, Skoularigki E, Dimos A, Zagouras A, et al. COVID-19 and the heart. *World J Clin Cases*. 2022;10(28):9970-84. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i28.9970>
25. Bader F, Manla Y, Atallah B, Starling RC. Heart failure and COVID-19. *Heart Fail Rev*. 2021;26(1):1-10. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10008-2>
26. Chagué F, Boulin M, Eicher J, Bichat F, Saint James M, Cransac-Miet A, et al. Impact of lockdown on patients with congestive heart failure during the coronavirus disease 2019 pandemic. *ESC Heart Fail*. 2020;7(6):4420-3. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13016>
27. Radhakrishnan K, Allen C, DeMain AS, Park L. Impact of COVID-19 on Heart Failure Self-Care: a qualitative study. *J Cardiovasc Nurs*. 2021;36(6):609-17. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000794>
28. Prasun MA, Blakeman JR, Vuckovic K, Kim M, Albert N, Stamp KD, et al. Perceptions of changes in practice patterns and patient care among heart failure nurses during the COVID-19 pandemic. *Heart Lung*. 2022;52:152-8. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.01.004>
29. Hamilton B, Yadav C, Gomez D, Book KA, Motavalli L, Gronczewski C, et al. Heart failure readmission reductions during the COVID-19 pandemic. *Nurs Manage*. 2022;53(4):26-33. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000824048.91690.74>
30. Gondim MC, Silva RC, Silva AKB, Vieira FVM, Guimarães JV, Siqueira KM, et al. Self-care for people with heart failure: the importance of tele-nursing in the COVID-19 pandemic. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2024;32:e4227. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6975.4227>
31. Browner WS, Newman TB, Cummings SR, Grady DG, Huang AJ, Kanaya AM, et al. Delineando a Pesquisa Clínica de Hulley. 5. ed. São Paulo: Artmed; 2024. 468 p.
32. Nepomuceno E, Silva LN, Cunha DCP, Furuya RK, Simões MV, Dantas RAS. Comparison of tools for assessing fatigue in patients with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2404-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0083>
33. Johnson CAH, Pitta NC, Dessotte CAM, Dantas RAS, Rossi LA. Knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome among patients with type 2 diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3503. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5435.3503>
34. Furuya RK, Arantes EC, Dessotte CAM, Ciol MA, Hoffman JM, Schmidt A, et al. A randomized controlled trial of an educational programme to improve self-care in Brazilian patients following percutaneous coronary intervention. *J Adv Nurs*. 2015;71(4):895-908. <https://doi.org/10.1111/jan.12568>
35. Manzato RO, Ciol MA, Bolela F, Dessotte CAM, Rossi LA, Dantas RAS. The effect of reinforcing an educational programme using telephone follow-up on health-related quality of life of individuals using warfarin: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2021;30(19-20):3011-22. <https://doi.org/10.1111/jocn.15811>
36. Freitas NO, Forero CG, Caltran MP, Alonso J, Dantas RAS, Piccolo MS, et al. Validation of the Perceived Stigmatization Questionnaire for Brazilian adult burn patients. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190747>
37. Avila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Brazilian Version of the Self-Care of Heart Failure Index Version 6.2. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:178976. <https://doi.org/10.1155/2013/178976>
38. Fitch M, Bunston T, Bakker D, Mings D, Sevean P. The Fatigue Pictogram: Psychometric evaluation of a new clinical tool. *Can Oncol Nurs J*. 2011;21(4):205-10. <https://doi.org/10.5737/1181912x214205210>
39. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Fatigue Pictogram: an option for assessing fatigue severity and impact. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(spe):1080-7. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500012>

40. Fernandes-Silva MM, Adam EL, Bernardez-Pereira S, Silva SA, Passaglia LG, Pereira KRP, et al. Heart Failure Mortality during COVID-19 Pandemic: Insights from a Cohort of Public Hospitals in Brazil. *Arq Bras Cardiol.* 2022;119(5). <https://doi.org/10.36660/abc.20220080>
41. Moreira HT, Volpe GJ, Rezek UC, Mendonça PC de, Teixeira GCA, Santos BM, et al. Telemedicine in Cardiology for Outpatient Follow-Up of Patients at High Cardiovascular Risk in Response to the COVID-19 Pandemic. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(1):153-7. <https://doi.org/10.36660/abc.20200715>
42. Morishita T, Takada D, Shin J, Higuchi T, Kunisawa S, Fushimi K, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on heart failure hospitalizations in Japan: interrupted time series analysis. *ESC Hear Fail.* 2022;9(1):31-8. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13744>
43. Burgos LM, Villalba L, Miranda RMP, Ramírez AG, Botto F, Diez M. Impact of COVID-19 Pandemic Lockdown in Decompensated Heart Failure Hospitalizations. *Int J Heart Fail.* 2021;3(2):138. <https://doi.org/10.36628/ijhf.2021.0002>
44. Vosko I, Zirlik A, Bugger H. Impact of COVID-19 on Cardiovascular Disease. *Viruses.* 2023;15(2):508. <https://doi.org/10.3390/v15020508>
45. Liu X, Liu L, Li Y, Cao X. The association between physical symptoms and self-care behaviours in heart failure patients with inadequate self-care behaviours: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2023;23(1):205. <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03247-2>
46. Higa H, Lennie TA, Chung ML, Tsuchihashi-Makaya M. Associations of multidimensional fatigue with the physical, psychological, and situational factors in outpatients with heart failure: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2023;22(6):647-54. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac117>
47. Conley S, Jeon S, Andrews LK, Breazeale S, Hwang Y, O'Connell M, et al. Trajectory of self-care in people with stable heart failure and insomnia after two self-care interventions. *Patient Educ Couns.* 2022;105(12):3487-93. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.09.001>
48. Martín Sánchez RA, Laguna Calle V, Méndez Bailón M. Telemedicine in heart failure during the COVID-19 pandemic. *Med Clin (Barc).* 2023;160(2):90-1. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2022.09.005>
49. Fatrin S, Auliani S, Pratama S, Brunner TM, Siswanto BB. Telemedicine to Support Heart Failure Patients during Social Distancing: A Systematic Review. *Glob Heart.* 2022;17(1):86. <https://doi.org/10.5334/gh.1175>
50. Hernandez LS. Role of Telemedicine in Improving Guideline-Directed Medical Treatment for Patients with Heart Failure During a Pandemic. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2022 Jun;34(2):151-6. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2022.02.004>
51. Sokolski M, Kaluzna-Oleksy M, Tycińska A, Jankowska EA. Telemedicine in Heart Failure in the COVID-19 and Post-Pandemic Era: What Have We Learned? *Biomedicine.* 2023;11(8):2222. <https://doi.org/10.3390/biomedicine11082222>
52. Veenis JF, Radhoe SP, Hooijmans P, Brugts JJ. Remote Monitoring in Chronic Heart Failure Patients: Is Non-Invasive Remote Monitoring the Way to Go? *Sensors.* 2021;21(3):887. <https://doi.org/10.3390/s21030887>

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Laura da Silva Araujo, Kethlen Louise Palha Ferrari, Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto, Daiane Vieira Medeiros Costa Zanetti, Carina Aparecida Marosti Dessotte, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Obtenção de dados:** Laura da Silva Araujo, Kethlen Louise Palha Ferrari, Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto, Daiane Vieira Medeiros Costa Zanetti. **Análise e interpretação dos dados:** Laura da Silva Araujo, Kethlen Louise Palha Ferrari, Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto, Daiane Vieira Medeiros Costa Zanetti, Carina Aparecida Marosti Dessotte, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Análise estatística:** Laura da Silva Araujo, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Redação do manuscrito:** Laura da Silva Araujo, Kethlen Louise Palha Ferrari, Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto, Daiane Vieira Medeiros Costa Zanetti, Carina Aparecida Marosti Dessotte, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Laura da Silva Araujo, Kethlen Louise Palha Ferrari, Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto, Daiane Vieira Medeiros Costa Zanetti, Carina Aparecida Marosti Dessotte, Rosana Aparecida Spadoti Dantas.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 12.04.2024

Aceito: 02.03.2025


Editora Associada:

Regina Aparecida Garcia de Lima

Autora correspondente:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas

E-mail: [rsdantas@eerp.usp.br](mailto:rsdantas@eerp.usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-3050-7000>

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.