REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
JOURNAL OF SCHOOL OF NURSING · UNIVERSITY OF SÃO PAULO

ARTIGO ORIGINAL

https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0493pt

Associação entre fadiga e autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: estudo transversal

Association between fatigue and self-care in patients with heart failure: a cross-sectional study

Asociación entre la fatiga y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca: estudio transversal

Como citar este artigo:
Silva WIFO, Pereira YOP, Vieira FMC, Albuquerque FKO, Silva RC, Lira Neto JCG, Sousa MM. Association between fatigue and self-care in patients with heart failure: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2026;60:e20250493. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0493en

Weslley Italo Ferreira de Oliveira Silva[1]
Yzis Oliveira Pontes Pereira[1]
Filipe Matheus Correia Vieira[1]
Fernanda Kelly Oliveira de Albuquerque[1]
Ricardo Costa da Silva[2]
José Claudio Garcia Lira Neto[3]
Mailson Marques de Sousa[1]

[1] Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa, PB, Brasil.

[2] Universidade Estadual de Goiás, Departamento de Enfermagem, Ceres, GO, Brasil.

[3] Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Floriano, PI, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between fatigue, self-care, and sociodemographic and clinical variables in patients with heart failure. **Method:** A cross-sectional and correlational study, conducted at a university hospital in the Northeast region of Brazil. The Brazilian versions of the *Dutch Fatigue Scale*, *Dutch Exertion Fatigue Scale*, and the *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* were used. The analysis included descriptive statistics and Spearman correlation. **Results:** Ninety-nine patients with heart failure participated. Substantial fatigue was observed in 71.7% and fatigue on exertion in 66.7% of the sample. The mean self-care score was 28.41 ± 7.98. There was no significant association between fatigue and self-care. A negative correlation was found between age and exertional and substantial fatigue, and a positive correlation was found between the duration of treatment and age. There was a positive correlation between functional capacity, exertional fatigue, and substantial fatigue. **Conclusion:** The findings reinforce the importance of symptom awareness and management in self-care. Health interventions are timely for promoting the quality of life of this population.

DESCRIPTORS

Self Care; Fatigue; Heart Failure; Cross-Sectional Studies.

Autor correspondente:
Mailson Marques de Sousa
Rua Othília Barros de Medeiros,
n. 156, Jardim Oceania
58037-710 – João Pessoa, PB, Brasil
mailson.sousa@academico.ufpb.br

Recebido: 28/10/2025
Aprovado: 16/07/2026

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada por alterações estruturais e/ou funcionais do coração, que comprometem o enchimento e/ou a ejeção ventricular, resultando em um débito cardíaco inadequado ou reduzido. Estima-se que 64 milhões de pessoas no cenário global apresentem IC[1]. No Brasil, a IC é a principal causa de readmissão hospitalar e de taxas elevadas de mortalidade intra-hospitalar, acarretando altos custos financeiros e sobrecarga para o Sistema Único de Saúde[2].

Em pacientes com IC, um dos principais fatores associados à descompensação clínica e à reinternação hospitalar é a baixa adesão ao comportamento de autocuidado[3]. O autocuidado é definido como um processo contínuo que envolve a manutenção da saúde a partir da adoção de práticas promotoras de bem-estar e manejo da doença crônica por meio das dimensões de manutenção, monitoramento e gerenciamento[4].

Uma recente revisão sistemática demonstrou que indivíduos com melhores comportamentos de autocuidado apresentam melhor qualidade de vida, além de menores taxas de hospitalização e mortalidade[5]. Porém, a ocorrência de sintomas ao longo da experiência de vida pode influenciar o desempenho do autocuidado de maneiras distintas, atuando ora como estímulo para a aquisição de habilidades, ora como inibidor do desejo de engajamento[4].

Pessoas com IC frequentemente apresentam sintomas persistentes, entre os quais a fadiga se destaca por seu caráter subjetivo e debilitante, resultando em comprometimento significativo do funcionamento diário e, especialmente, das condutas de autocuidado. Embora conceituada de modo heterogêneo na literatura[6], a fadiga pode ser categorizada em duas formas distintas que podem ocorrer de maneira simultânea. A fadiga geral, não relacionada ao esforço, e a fadiga por esforço, manifestada durante ou após atividades físicas, caracterizando a intolerância ao exercício[5].

Uma investigação europeia evidenciou que a fadiga de esforço foi significativamente associada à baixa adesão ao autocuidado ao longo do tempo, independente de distúrbios de sono, alterações de humor e outras condições clínicas[7]. De forma convergente, uma revisão de escopo que analisou 19 estudos identificou a fadiga como um importante obstáculo às práticas de autocuidado[6]. Contudo, apenas um desses estudos foi realizado no Brasil, evidenciando a necessidade de ampliar as pesquisas nacionais sobre o tema.

A fadiga compromete o comportamento de autocuidado ao promover alterações físicas e cognitivas que prejudicam a tomada de decisão em saúde. Indivíduos com IC podem apresentar redução da energia, da concentração e da memória, dificultando o planejamento de atividades diárias relacionadas ao manejo farmacológico e não farmacológico, incluindo o uso regular de medicamentos, o preparo da dieta, a prática de atividade física, o reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação clínica e sociais[5,7].

No contexto latino-americano, ainda não há evidências consolidadas que explorem a associação entre a fadiga e o autocuidado em pacientes com IC, o que limita a compressão do fenômeno. Portanto, investigar essa interface é essencial para identificar lacunas de conhecimento, uma vez que os achados poderão subsidiar os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, no direcionamento de intervenções para o gerenciamento de sintomas e adesão terapêutica. Diante desse contexto, objetivou-se analisar a associação entre fadiga, autocuidado e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com insuficiência cardíaca.

MÉTODO

Desenho do Estudo

Estudo transversal, desenvolvido no ambulatório de cardiologia de um hospital escola público vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

População, Critérios de Seleção e Definição da Amostra

A população do estudo foi constituída por pacientes com IC que estavam em acompanhamento ambulatorial na referida instituição hospitalar. A estimativa amostral foi realizada por meio do software OpenEpi, versão 3.01, tendo-se como base a margem de erro de 5% (erro = 0,05), com grau de confiabilidade de 95%, considerando a proporção verdadeira como de 50% (p = 0,50) em virtude da variabilidade de prevalência de fadiga na literatura[5]. Logo, a amostra mínima foi estimada em 94 participantes.

Foram incluídos indivíduos com diagnóstico clínico de IC e idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os pacientes classificados na classe IV da New York Heart Association (NYHA), aqueles com diagnóstico de câncer, doenças pulmonares, infarto agudo do miocárdio nos últimos três meses, em tratamento para ansiedade ou depressão, em uso de medicamentos indutores do sono registrados em prontuário, bem como aqueles com déficit cognitivo que comprometesse a compreensão dos objetivos do estudo, a resposta ou o preenchimento dos instrumentos de coleta. Pacientes classificados na classe IV foram excluídos em razão da sintomatologia avançada da IC[2]. Também foram excluídos os pacientes desorientados quanto ao tempo, espaço ou pessoa, condição avaliada pela observação dos pesquisadores e por meio das perguntas: 'Qual o seu nome completo?', 'Qual é a sua idade?', 'Que dia é hoje?' e 'Onde estamos neste momento?'.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por dois graduandos de enfermagem devidamente treinados, no período de março a novembro de 2024 por meio de entrevista individual, em ambiente reservado e com aplicação de três instrumentos, a saber:

Para caracterização da amostra foi utilizado um formulário[2] contendo variáveis sociodemográficas e clínicas: procedência, idade (em anos), sexo, cor da pele autodeclarada, escolaridade, estado civil, renda familiar, situação ocupacional, etiologia da IC, tempo desde o diagnóstico, classe funcional da IC segundo a NYHA, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) registrada em laudo de ecocardiograma transtorácico realizado nos últimos seis meses, comorbidades crônicas

associadas, terapêutica medicamentosa em uso e histórico de hospitalizações de emergência.

Para avaliação da fadiga foram utilizadas as versões traduzidas e adaptadas para o português das escalas *Dutch Fatigue Scale* (DUFS) e *Dutch Exertion Fatigue Scale* (DEFS)[8]. A DUFS é composta por oito itens que mensuram a frequência da fadiga nos últimos três a seis meses anteriores à coleta de dados. Essa escala avalia aspectos como fadiga geral, redução da concentração, diminuição da motivação ou interesse, dificuldade para iniciar ou manter atividades diárias e a percepção do indivíduo acerca da intensidade da fadiga física e mental. As respostas seguem formato Likert de cinco pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). A pontuação total varia de 8 a 40, valores mais altos indicam maior intensidade de fadiga[8].

A DEFS é composta por nove itens que avaliam a frequência da fadiga durante a realização de atividades cotidianas, como caminhar, realizar compras ou recolher o lixo. As respostas seguem uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (atividade não provoca fadiga) a 5 (atividade extremamente fatigante). A pontuação total pode variar entre 9 e 45 pontos, com maiores valores indicando maior intensidade da fadiga. As escalas mostraram alfa de Cronbach com valores de 0,84 para DUFS e 0,92 para DEFS[8].

Pesquisadores brasileiros sugerem pontos de corte para interpretação das escalas: ≥ 14,5 na DUFS para caracterizar 'fadiga substancial' e ≥ 12,5 na DEFS para 'fadiga substancial ao esforço'. Ressalta-se que valores inferiores não devem ser interpretados como ausência de fadiga, mas como níveis menos expressivos. Esses parâmetros foram previamente utilizados em estudo nacional[9].

O comportamento de autocuidado foi avaliado pela *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS), traduzida e validada para o português do Brasil[10]. O instrumento contém 12 itens em um único domínio, com respostas em escala Likert de 1 ("concordo plenamente") a 5 ("discordo plenamente"), totalizando escores entre 12 e 60 pontos, em que valores mais elevados indicam pior comportamento de autocuidado. A estimativa de confiabilidade apresentou alfa de Cronbach de 0,70 e coeficiente de correlação intraclasse de 0,87[10].

Análise e Tratamento dos Dados

Os dados foram organizados em planilha Excel e analisados no software Jamovi, versão 2.6. Empregou-se estatística descritiva (frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas; média, desvio-padrão, mediana e intervalo interquartil para variáveis numéricas) e inferencial. A normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk, que indicou distribuição não paramétrica. Para verificar as relações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, fadiga e autocuidado, aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman. A força das correlações foi classificada como fraca (0,1–0,3), moderada (0,4–0,6) ou forte (0,7–0,9)[11]. Adotou-se nível de significância de 5% e um valor de $p < 0,05$.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley sob o parecer n.º 6.704.645. Todos os participantes receberam informações verbais e escritas sobre a pesquisa e confirmaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 99 pacientes com IC, sendo a maioria do sexo masculino (n = 52; 52,5%), pardos (n = 59; 59,6%), casados (n = 54; 54,5%), aposentados (n = 55; 55,6%), com renda de até um salário mínimo brasileiro (n = 68; 68,7%), e procedentes de João Pessoa, PB (n = 66; 66,7%). A média de idade dos participantes foi de 59,33 (DP = 10,47) e 7,04 (DP = 5,21) anos de estudo.

Quanto às variáveis clínicas, 74 (74,7%) possuíam IC de etiologia isquêmica, 46 (46,5%) foram categorizados na classe II da NYHA, com FEVE média de 37,57% (DP = 12,86). A hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente associada à IC (n = 67;67,7%). Cerca de 62 (62,6%) praticavam atividade física e 89 (89,9%) informaram que não ingeriam bebidas alcoólicas.

Utilizando a DUFS, cerca de 71,7% dos pacientes apresentaram fadiga substancial (≥ 14,5), enquanto na DEFS, 66,7% apresentaram fadiga substancial ao esforço (≥ 12,5). Por sua vez, o autocuidado foi de 28,41 (DP = 7,98), segundo a EHFScBS, conforme a Tabela 1.

Na Tabela 2, os itens "Eu me peso todos os dias" (item 1), "Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)" (item 5), "Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2L por dia)" (item 6) e "Faço exercícios regularmente" (item 12) apresentaram maior pontuação, demonstrando uma baixa adesão. Já os itens 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 11 indicaram menor pontuação, o que representa uma melhor concordância para as atividades de autocuidado.

A Tabela 3 apresenta a matriz de correlação entre os escores de fadiga (DEFS e DUFS), autocuidado e variáveis sociodemográficas e clínicas. Observou-se correlação negativa significativa de fraca magnitude entre idade e fadiga ao esforço (rho = –0,279; $p < 0,01$) e com fadiga substancial (rho = –0,274; $p < 0,01$). Houve correlação significativa positiva de moderada magnitude entre as variáveis NYHA e fadiga ao esforço (rho = 0,501; $p < 0,001$) e de fraca magnitude entre NYHA e fadiga substancial (rho = 0,251; $p < 0,05$). O tempo de tratamento teve correlação fraca positiva com a idade (rho = 0,272; $p < 0,01$) e, por fim, o número de medicamentos teve correlação positiva moderada quanto ao número de comorbidades (rho = 0,337; $p < 0,01$). Neste estudo, não foi encontrada correlação significativa entre fadiga (DEFES e DUFS) e autocuidado ($p > 0,05$).

Tabela 1 – Escores dos instrumentos DUFS, DEFS e EHFScBS – João Pessoa, PB, Brasil, 2024.

Variáveis	Média ± desvio-padrão	Valor mínimo	Valor máximo	Mediana
Escore DUFS	20,92 ± 8,11	8	40	21,00
Escore DEFS	17,99 ± 8,35	9	45	16,00
Escore EHFScBS	28,41 ± 7,98	14	48	27,00

Abreviaturas: DUFS – *Dutch Fatigue Scale*; DEFS – *Dutch Exertion Fatigue Scale*; EHFScBS – *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*.

Tabela 2 – Distribuição da frequência de respostas da escala de autocuidado (EHFScBS) – João Pessoa, PB, Brasil, 2024.

Questões	Concordo plenamente n (%)	Quase sempre concordo n (%)	Às vezes concordo n (%)	Quase nunca concordo n (%)	Discordo plenamente n (%)
1. Eu me peso todos os dias.	8 (8,1)	10 (10,1)	18 (18,2)	12 (12,1)	51 (51,5)
2. Se sinto falta de ar, repouso.	68 (68,7)	2 (2,0)	5 (5,1)	7 (7,1)	17 (17,2)
3. Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde).	62 (62,6)	7 (7,1)	4 (4,0)	10 (10,1)	16 (16,2)
4. Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados mais do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde).	69 (69,7)	3 (3,0)	1 (1,0)	3 (3,0)	23 (23,2)
5. Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde).	40 (40,4)	7 (7,1)	3 (3,0)	7 (7,1)	42 (42,4)
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2L por dia).	29 (29,3)	7 (7,1)	7 (7,1)	3 (3,0)	53 (53,5)
7. Descanso durante o dia.	79 (79,8)	5 (5,1)	8 (8,1)	1 (1,0)	6 (6,1)
8. Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde).	75 (75,8)	7 (7,1)	5 (5,1)	2 (2,0)	10 (10,1)
9. Ingiro uma dieta com pouco sal.	76 (76,8)	5 (5,1)	7 (7,1)	3 (3,0)	8 (8,1)
10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição.	83 (83,8)	6 (6,1)	5 (5,1)	2 (2,0)	3 (3,0)
11. Tomo a vacina contra a gripe todos os anos.	57 (57,6)	7 (7,1)	3 (3,0)	5 (5,1)	27 (27,3)
12. Faço exercícios regularmente.	26 (26,3)	10 (10,1)	8 (8,1)	8 (8,1)	47 (47,5)

Tabela 3 – Matriz de correlações entre fadiga, autocuidado, variáveis sociodemográficas e clínicas – João Pessoa, PB, Brasil, 2024.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Autocuidado	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2. DEFS	0,065	–	–	–	–	–	–	–	–
3. DUFS	0,118	–	–	–	–	–	–	–	–
4. Idade	–0,003	–0,279**	–0,274**	–	–	–	–	–	–
5. NYHA	0,028	0,501***	0,251*	0,017	–	–	–	–	–
6. Tempo de tratamento	–0,074	–0,028	–0,049	0,272**	0,039	–	–	–	–
7. FEVE	–0,021	–0,001	–0,090	0,158	–0,090	0,151	–	–	–
8. Número de comorbidades	0,058	–0,020	0,046	0,199	0,157	0,123	0,042	–	–
9. Número de medicamentos	–0,021	0,167	0,102	0,159	0,129	0,121	–0,122	0,337**	–

Abreviaturas: DUFS – *Dutch Fatigue Scale*; DEFS – *Dutch Exertion Fatigue Scale*; NYHA – *New York Heart Association*; FEVE – Fração de ejeção do ventrículo esquerdo. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

DISCUSSÃO

No que se refere às variáveis clínicas, os achados são consistentes com os resultados de um estudo multicêntrico realizado na França, Espanha, Reino Unido, Alemanha e Itália, que identificou prevalência semelhante ao perfil clínico observado nesta pesquisa[12].

Os achados deste estudo evidenciaram uma elevada prevalência de fadiga substancial ao esforço entre os participantes. Os resultados corroboram com a literatura, que aponta que cerca de 60–70% dos indivíduos com IC apresentam relatos de níveis moderados a elevados de fadiga, o que evidencia não apenas a frequência desse sintoma, mas também sua persistência ao longo do curso da doença[5]. Além disso, investigação aponta que o aumento da fadiga está associado à piora da classe funcional, sugerindo impacto direto na capacidade funcional e na tolerância ao esforço[13].

Em uma pesquisa realizada em São Paulo, os escores totais médios da DUFS e da DEFS foram superiores aos observados no presente estudo[13]. Essa diferença pode estar relacionada à gravidade da IC ou às características clínicas da amostra, sugerindo que os pacientes possam estar em estágios menos avançados da doença ou com controle mais efetivo dos sintomas.

No contexto da IC, a combinação de disfunção sistólica e diastólica compromete a capacidade de aumento do débito cardíaco. Como consequência, instala-se um quadro de fadiga persistente, no qual pacientes exaustos tendem a adiar ou omitir práticas de autocuidado, o que agrava os sintomas, reforça a apatia e aumenta a percepção de incapacidade de gerir o próprio tratamento. Essa condição repercute diretamente na dificuldade de adesão a atividades essenciais, como o monitoramento do peso corporal, a preparação de refeições balanceadas e o uso correto da medicação[14].

Tais evidências indicam que a fadiga não é apenas uma consequência da doença, mas também um fator que compromete o autocuidado, instaurando um ciclo vicioso com impacto negativo

sobre o prognóstico. Intervenções educativas sobre alimentação saudável, prática regular de atividades físicas moderadas, adesão medicamentosa e conservação de energia incluindo planejamento das atividades diárias, alternância entre atividade e repouso, técnicas de relaxamento, mobilização de rede de apoio e adequação do ambiente têm sido empregadas por enfermeiros no manejo da fadiga, contribuindo para o acompanhamento longitudinal, a prevenção de complicações e desfechos clínicos favoráveis em pacientes com IC[15–17]. Assim, torna-se oportuna a implantação de intervenções de enfermagem culturalmente adequadas e individualizadas como componente essencial do manejo terapêutico da fadiga.

Os resultados demonstraram que os participantes deste estudo apresentaram escores de autocuidado superiores aos observados em um estudo nacional[18] e em um estudo espanhol[19], o que indica um desempenho menos favorável nas práticas de autocuidado em comparação aos achados destas pesquisas. Tais diferenças podem estar associadas a fatores socioculturais, que influenciam a forma como os indivíduos percebem, compreendem e praticam o autocuidado, podendo repercutir no controle da condição de saúde e, consequentemente, na qualidade de vida[4].

No que se refere à frequência de comportamentos de autocuidado, verificou-se que a pesagem diária, a comunicação sobre o ganho de peso inesperado e a prática de exercícios físicos regulares apresentaram maior discordância entre os participantes. Esses resultados assemelham-se a pesquisa realizada na Suíça[20]. Além disso, constatou-se que os pacientes apresentavam baixo controle da ingesta diária de líquidos, em consonância com um estudo conduzido no Japão[21]. Tais resultados afetam a manutenção da estabilidade clínica e gerenciamento da doença, o que pode retardar o reconhecimento precoce de descompensação clínica para tomada de decisão[22].

Por outro lado, identificou-se maior concordância em comportamentos de autocuidado positivos com relação ao monitoramento e relato para um profissional de saúde de sintomas como falta de ar, cansaço e edema, descanso durante o dia, restrição do consumo de sal na dieta, uso regular das medicações e vacina contra a gripe atualizada, que se assemelham às variáveis encontradas em pesquisa na Eslovênia, cujos resultados destacaram que 94% dos participantes apresentaram boa adesão medicamentosa e 86% restringiam o consumo de sódio em excesso, auxiliando o paciente a lidar positivamente com a IC e manter a doença de forma controlada[23].

Este estudo evidenciou correlações significativas entre variáveis sociodemográficas, clínicas e os escores de fadiga em pacientes com IC. Observou-se correlação negativa entre idade e fadiga ao esforço, indicando que participantes mais jovens relataram maior sensação de cansaço durante atividades cotidianas. Uma possível explicação é que adultos mais jovens tendem a vivenciar maior impacto funcional e psicológico diante das limitações impostas pela doença, o que pode intensificar a percepção de fadiga. Houve correlação negativa entre a idade e a fadiga substancial, indicando que indivíduos mais jovens apresentaram maior intensidade de fadiga generalizada. Esse achado pode estar relacionado à percepção individual acerca do reconhecimento dos sintomas da IC. Em contrapartida, pacientes idosos podem apresentar maior dificuldade em reconhecer esses sintomas, uma vez que as alterações decorrentes do próprio processo de envelhecimento reduzem a reserva funcional e podem contribuir para o aumento da fadiga, sobretudo na presença concomitante de doenças crônicas na IC[24].

Além disso, verificou-se correlação positiva entre a classe funcional (NYHA) e a fadiga ao esforço, indicando que quanto pior a classificação funcional, maior a limitação durante as atividades. Semelhante a esse achado, uma pesquisa realizada na Suécia demonstrou, por meio dos instrumentos RAND 36-*Item Health Survey* 1.0 (RAND-36v1) e *Work Productivity and Activity Impairment questionnaire* (WPAI), que o nível de fadiga tende a aumentar quanto pior for a classificação NYHA no paciente com IC[25].

Identificou-se que quanto maior a idade do paciente, maior é o tempo de tratamento, indicando que pacientes mais idosos tendem a estar em acompanhamento por períodos mais prolongados. Observou-se, também, correlação positiva entre o número de comorbidades e a quantidade de medicamentos utilizados, evidenciando que quanto maior o número de condições clínicas associadas, maior tende a ser o volume de fármacos prescritos. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa japonesa, que associou a polifarmácia a um maior número de comorbidades, idade avançada e pior prognóstico em pacientes com IC[26].

Esses resultados reforçam a necessidade de que o enfermeiro planeje uma assistência que favoreça o uso terapêutico adequado dos medicamentos, incluindo a identificação de fragilidades, prevenção do uso indiscriminado de fármacos, estratégias para promover a adesão ao tratamento, participação da família no processo terapêutico e garantia de uma transição de cuidados segura e efetiva.

Nesta pesquisa não foram obtidas correlações significativas entre fadiga e autocuidado. No entanto, a literatura registra achados distintos, demonstrando associação negativa entre esses parâmetros quando avaliados por instrumentos como o *Self-Care of Heart Failure Index version* (SCHFI), sugerindo que pessoas com maior fadiga tendem a se sentir menos confiantes para desempenhar comportamentos de autocuidado, o que repercute negativamente na percepção de saúde e no controle da doença[27].

Resultados recentes de um estudo japonês mostram que, embora a fadiga não tenha efeito direto sobre o autocuidado, essa relação é mediada pelo controle percebido. Logo, intervenções com foco na melhoria da percepção de controle podem influenciar positivamente o gerenciamento dos sintomas da fadiga[28]. Ainda, a literatura aponta que uma melhor rotina de autorregulação auxilia no reconhecimento e na administração de sintomas físicos, mas que, a depender do nível de fadiga, o comportamento de autocuidado pode ser comprometido[29].

Este estudo apresenta algumas limitações, o delineamento transversal não permite estabelecer relações de causa e efeito. A coleta de dados em um único centro restringe os resultados, e a mensuração das variáveis por meio de autorrelato está suscetível a vieses de memória e desejabilidade social. Ademais, a exclusão de pacientes em classe IV da NYHA e a magnitude das correlações observadas devem ser avaliadas com cautela na generalização dos achados para a prática clínica. Nesse sentido,

recomenda-se o desenvolvimento de estudos longitudinais, conduzidos em diferentes contextos do cenário brasileiro e com amostras mais amplas, para aprofundar a compreensão sobre o impacto da fadiga no autocuidado desta população.

No âmbito da prática clínica multiprofissional, este estudo oferece evidências que podem subsidiar o desenvolvimento de intervenções longitudinais no cuidado a pessoas com IC, especialmente aquelas direcionadas ao monitoramento sistemático dos sintomas e ao fortalecimento do autocuidado. Destaca-se o papel central da enfermagem nesse processo, considerando sua atuação contínua, próxima e educativa, que favorece a implementação de estratégias para conservação de energia, manejo da fadiga, promoção da adesão terapêutica e capacitação do paciente e família para o autocuidado. A adoção dessas ações é fundamental para qualificar o acompanhamento clínico, favorecer a estabilidade da condição de saúde e, consequentemente, melhorar desfechos clínicos e a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a fadiga não apresentou associação com o comportamento de autocuidado. Entretanto, observou-se associação significativa da idade com a fadiga ao esforço, a fadiga substancial e o tempo de tratamento. A classe funcional da NYHA também se mostrou associada à fadiga ao esforço e à fadiga substancial. Adicionalmente, verificou-se associação positiva entre o número de comorbidades e a polifarmácia em pacientes com insuficiência cardíaca, aspecto que pode impactar diretamente o comportamento de autocuidado. Esses achados reforçam a necessidade de implementar planos de cuidado direcionados ao controle dos sintomas, com vistas a retardar a progressão da doença, otimizar o gerenciamento do autocuidado e promover melhor qualidade de vida.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre fadiga, autocuidado e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com insuficiência cardíaca. **Método:** Estudo transversal e correlacional, realizado em um hospital universitário na região Nordeste do Brasil. Foram utilizadas as versões brasileiras da *Dutch Fatigue Scale*, *Dutch Exertion Fatigue Scale* e a *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*. A análise incluiu estatística descritiva e correlação de *Spearman*. **Resultados:** Participaram 99 pacientes com insuficiência cardíaca. Observou-se fadiga substancial em 71,7% e fadiga ao esforço em 66,7% da amostra. A média da pontuação de autocuidado foi 28,41 ± 7,98. Não houve associação significativa entre fadiga e autocuidado. Identificou-se correlação negativa entre idade e fadiga ao esforço e fadiga substancial; e positiva entre tempo de tratamento e idade. Houve correlação positiva entre a capacidade funcional e fadiga ao esforço e fadiga substancial. **Conclusão:** Os achados reforçam a importância da percepção e gerenciamento dos sintomas no autocuidado. Intervenções em saúde são oportunas para a promoção da qualidade de vida desta população.

DESCRITORES

Autocuidado; Fadiga; Insuficiência Cardíaca; Estudos Transversais.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre la fatiga, el autocuidado y las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con insuficiencia cardíaca. **Método:** Estudio transversal y correlacional, realizado en un hospital universitario de la región noreste de Brasil. Se utilizaron las versiones brasileñas de la *Dutch Fatigue Scale*, la *Dutch Exertion Fatigue Scale* y la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*. El análisis incluyó estadísticas descriptivas y la correlación de *Spearman*. **Resultados:** Participaron 99 pacientes con insuficiencia cardíaca. Se observó fatiga sustancial en el 71,7 % y fatiga de esfuerzo en el 66,7 % de la muestra. El promedio de la puntuación de autocuidado fue de 28,41 ± 7,98. No se encontró una asociación significativa entre la fatiga y el autocuidado. Se identificó una correlación negativa entre la edad y la fatiga por esfuerzo y la fatiga sustancial; y una correlación positiva entre la duración del tratamiento y la edad. Hubo una correlación positiva entre la capacidad funcional y la fatiga por esfuerzo, y entre la capacidad funcional y la fatiga sustancial. **Conclusión:** Los hallazgos refuerzan la importancia de la percepción y el manejo de los síntomas en el autocuidado. Las intervenciones en salud son oportunas para promover la calidad de vida de esta población.

DESCRIPTORES

Autocuidado; Fatiga; Insuficiencia Cardíaca; Estudios Transversales.

REFERÊNCIAS

1. Pavlovic N, Ndumele CE, Abshire Saylor M, 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. doi: https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010115. PubMed PMID: 38240158.

2. Souza JP, Lima DFS, Leadebal ODCP, Freire MEM, Oliveira SHS, Santos VB, et al. Sleep quality of patients with heart failure and associated factors. Rev Bras Enferm. 2024;77(6):e20240244. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0244. PubMed PMID: 39699372.

3. Tinoco JMVP, Figueiredo LS, Flores PVP, Padua BLR, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Padua BLR de, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. Rev Lat Am Enfermagem. 2021;29:e3389. doi: https://doi.org/10.1590/1518.8345.4281.3389. PubMed PMID: 34287537.

4. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. An update to the middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2026;49(1):14–25. doi: https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000594. PubMed PMID: 40956127.

5. 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. doi: https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.07.005. PubMed PMID: 34329719.

6. Hoch CR, George G, Matura LA. The relationship between fatigue and self-care in adults with heart failure: a scoping review. J Cardiovasc Nurs. 2026;41(3):182–93. doi: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001260. PubMed PMID: 41071594.

7. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016;15(5): 337–44. doi: https://doi.org/10.1177/1474515115575834. PubMed PMID: 25715645.

8. Fini A, Cruz DALM. Propriedades psicométricas da Dutch Fatigue Scale e Dutch Exertion Fatigue Scale: versão brasileira. Rev Bras Enferm. 2010;63(2):216–21. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200008. PubMed PMID: 20520992.

9. Santos MA, Cruz DALM, Barbosa RL. Factors associated to sleep pattern in heart failure patients. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1105–12. doi: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500011. PubMed PMID: 22031370.

10. Feijó MK, Ávila CW, de Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(5):988–96. doi:https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500022. PubMed PMID: 23174845.

11. Dancey CP. Estatística sem matemática para as ciências da saúde. Porto Alegre: Penso; 2017.

12. Fonseca AF, Lahoz R, Proudfoot C, Corda S, Loefroth E, Jackson J, et al. Burden and quality of life among female and male patients with heart failure in europe: a real-world cross-sectional study. Patient Prefer Adherence. 2021;15:1693–706. doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S312200. PubMed PMID: 34354345.

13. 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. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0083. PubMed PMID: 30304169.

14. Angius L, Crisafulli A. Exercise intolerance and fatigue in chronic heart failure: is there a role for group III/IV afferent feedback? Eur J Prev Cardiol. 2020;27(17):1862–72. doi: https://doi.org/10.1177/2047487320906919. PubMed PMID: 32046526.

15. Wang TC, Huang JL, Ho WC, Chiou AF. Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016;15(2):157–67. doi: https://doi.org/10.1177/1474515115618567. PubMed PMID: 26585292.

16. Abdolahi M, Doustmohamadi MM, Sheikhbardsiri H. The effect of an educational plan based on the roy adaptation model for fatigue and activities of daily living of patients with heart failure disease. Ethiop J Health Sci. 2020;30(4):559–66. doi: https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i4.11. PubMed PMID: 33897216.

17. Son YJ, Choi J, Lee HJ. Effectiveness of nurse-led heart failure self-care education on health outcomes of heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6559. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17186559. PubMed PMID: 32916907.

18. Lima JGD, Barros ALBLD, Lopes JDL. Factors associated with medication non-adherence among patients with heart failure. Rev Lat Am Enfermagem. 2024;32:e4302. doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6756.4302.

19. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol. 2006;59(2):166–70. doi: https://doi.org/10.1157/13084645. PubMed PMID: 16540039.

20. 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. doi: https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa026. PubMed PMID: 33693590.

21. Yoshinaga R, Tomita K, Wakayama K, Furuta S, Miyamoto K, Matsuda Y, et al. Factors related to self-care behaviors among hospitalized patients with heart failure in Japan, based on the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. J Phys Ther Sci. 2022;34(6):416–21. doi: https://doi.org/10.1589/jpts.34.416. PubMed PMID: 35698558.

22. Freedland KE, Rich MW, Carney RM. Improving quality of life in heart failure. Curr Cardiol Rep. 2021;23(11):159. doi: https://doi.org/10.1007/s11886-021-01588-y. PubMed PMID: 34599415.

23. Sedlar N, Lainscak M, Farkas J. Self-care perception and behaviour in patients with heart failure: a qualitative and quantitative study. ESC Heart Fail. 2021;8(3):2079–88. doi: https://doi.org/10.1002/ehf2.13287. PubMed PMID: 33719209.

24. Lin CY, Hammash M, Mudd-Martin G, Biddle MJ, Dignan M, Moser DK. Older and younger patients' perceptions, evaluations, and responses to worsening heart failure symptoms. Heart Lung. 2021;50(5):640–7. doi: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.05.005. PubMed PMID: 34091110.

25. Liljeroos M, Agvall B, Eek D, Fu M. Experiences of heart failure and the treatment journey: a mixed-methods study among patients with heart failure in Sweden. Patient Prefer Adherence. 2023;17:1935–47. doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S418760. PubMed PMID: 37581194.

26. Fujihashi T, Nochioka K, Yasuda S, Sakata Y, Hayashi H, Shiroto T, et al. Underuse of heart failure medications and poor long-term prognosis in chronic heart failure patients with polypharmacy: a report from the CHART-2 study. Int J Cardiol Heart Vasc. 2024;50:101345. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2024.101345. PubMed PMID: 38313451.

27. Breazeale S, Jeon S, Hwang Y, O'Connell M, Nwanaji-Enwerem U, Linsky S, et al. Sleep characteristics, mood, somatic symptoms, and self-care among people with heart failure and insomnia. Nurs Res. 2022;71(3):189–99. doi: https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000585. PubMed PMID: 35149627.

28. Higa H, Moser DK. Perceived control mediates the relationship between fatigue and self-care in patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2026;41(1):25–32. doi: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001223. PubMed PMID: 40435393.

29. Zaharova S, Litwack K, Gopalakrishnan S, Ellis J, Saltzberg MT. Self-management in heart failure: the importance of self-regulation but not complexity of condition. West J Nurs Res. 2022;44(4):375–82. doi: https://doi.org/10.1177/0193945921997428. PubMed PMID: 33709833.

EDITORA ASSOCIADA

Vanessa de Brito Poveda

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