

Fatores associados à capacidade de autocuidado de pessoas com condições crônicas hospitalizadas em setor clínico*

* Este artigo faz parte do projeto intitulado “Capacidade do autocuidado de pessoas hospitalizadas em um setor clínico”, que recebeu bolsa pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Brasil, processo número 2022/15679-8.

Jennifer de Mello Derigge

<https://orcid.org/0009-0009-4802-9834>
Universidade Federal de São Carlos, Brasil
jennifermello@estudante.ufscar.br

Andressa Rueda de Lima

<https://orcid.org/0000-0002-0900-381X>
Universidade Federal de São Carlos, Brasil
andressa.oliveirarueda97@gmail.com

Cristina Mara Zamarioli

<https://orcid.org/0000-0002-4757-7611>
Universidade de São Paulo, Brasil
cristinazamarioli@usp.br

✉ **Aline Helena Appoloni Eduardo**

<https://orcid.org/0000-0003-1577-3383>
Universidade Federal de São Carlos, Brasil
alinehaeduardo@ufscar.br

Recebido: 19/07/2024
Submetido a pares: 20/09/2024
Aceito por pares: 28/02/2025
Aprovado: 20/03/2025

DOI: 10.5294/aqui.2025.25.2.4

Para citar este artigo / Para citar este artículo / To reference this article

Derigge JM, Lima AR, Zamarioli CM, Eduardo AHA. Factors Associated with Self-Care Capacity of People with Chronic Conditions Hospitalized in a Clinical Ward. *Aquichan*. 2025;25(2):e2524. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.2.4>

Temática: processos e práticas de cuidado.

Contribuições para a disciplina: Alicerçado no conceito de capacidade de autocuidado, este estudo contribui para que a prática de enfermagem seja baseada em estratégias para melhorar essa capacidade em pessoas com condições crônicas durante a interação clínica.

Resumo

Objetivo: identificar os fatores associados à capacidade de autocuidado de pessoas com condições crônicas hospitalizadas em um setor clínico. **Materiais e métodos:** estudo observacional realizado em uma unidade de internação clínica de adultos. Os dados foram coletados por meio de um formulário para a caracterização dos participantes e da Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado (ASAS-R, sigla em inglês), logo analisados com base na estatística descritiva e nos testes de associações (coeficiente de correlação de Pearson, teste t-student para amostras independentes e ANOVA). Em todas as análises, foi considerado nível de significância de 5 %. **Resultados:** participaram 100 pacientes, com predomínio de homens; com 59,78 anos em média; a maioria tinha ensino fundamental incompleto, era casada e aposentada. A partir da aplicação da ASAS-R, os pacientes demonstraram poder para o autocuidado; no entanto, apresentaram capacidade de autocuidado reduzida, conforme indicado pela média da ASAS-R (53,56). As características individuais associadas à menor capacidade do autocuidado foram sexo masculino ($p = 0,006$), baixa escolaridade ($p = 0,022$), ausência de vínculo religioso ($p = 0,050$), maior tempo de hospitalização ($p = 0,016$) e não utilização diária de medicações ($p = 0,004$). **Conclusão:** Os resultados indicam que pessoas com condições crônicas hospitalizadas em um setor clínico apresentam capacidade de autocuidado reduzida, associada a fatores individuais e clínicos.

Palavras-chave (Fonte DeCS)

Enfermagem; autocuidado; teorias de enfermagem; estudo observacional; condições crônicas.

4 Factores asociados a la capacidad de autocuidado de las personas con condiciones crónicas hospitalizadas en unidad clínica*

* El artículo es parte del proyecto "Capacidad de autocuidado de personas hospitalizadas en un sector clínico", que contó con beca concedida por la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Brasil, proceso número 2022/15679-8.

Resumen

Objetivo: identificar los factores asociados a la capacidad de autocuidado de las personas con condiciones crónicas hospitalizadas en unidad clínica. **Materiales y métodos:** estudio observacional realizado en una unidad de hospitalización clínica de adultos. Los datos se recogieron mediante un formulario de caracterización de los participantes y la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado (ASAS-R, sigla en inglés), analizándose posteriormente mediante estadística descriptiva y pruebas de asociación (coeficiente de correlación de Pearson, prueba t de Student para muestras independientes y ANOVA). En todos los análisis se utilizó un nivel de significación del 5 %. **Resultados:** participaron 100 pacientes, con predominio de hombres; 59,78 años de media; la mayoría tenían estudios primarios incompletos, estaban casados y jubilados. A partir de la aplicación de la ASAS-R, los pacientes demostraron poder para el autocuidado; no obstante, presentaron una capacidad reducida, según lo indicado por la media de la ASAS-R (53,56). Las características individuales asociadas con una menor capacidad de autocuidado fueron el sexo masculino ($p = 0,006$), la baja escolaridad ($p = 0,022$), la ausencia de religión ($p = 0,050$), una hospitalización más prolongada ($p = 0,016$) y el uso diario de medicación ($p = 0,004$). **Conclusión:** Los resultados mostraron que las personas con condiciones crónicas hospitalizadas en unidad clínica presentan capacidad de autocuidado reducida, la que se asocia a factores individuales y clínicos se asociaron.

Palabras clave (Fuente: DeCS)

Enfermería; autocuidado; teorías de enfermería; estudio observacional; condiciones crónicas.

Factors Associated with Self-Care Capacity of People with Chronic Conditions Hospitalized in a Clinical Ward*

* This paper is part of the project entitled "Self-Care Capacity of People Hospitalized in a Clinical Ward", which received a grant from the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Brazil, process number 2022/15679-8.

Abstract

Objective: To identify the factors associated with self-care capacity in people with chronic conditions hospitalized in a clinical ward. **Materials and Methods:** This was an observational study conducted in an adult clinical inpatient unit. Data was collected using a form to characterize the participants and the Revised Self-Care Agency Assessment Scale (ASAS-R). Data was then analyzed using descriptive statistics and association tests (Pearson's correlation coefficient, Student's t-test for independent samples, and ANOVA). A significance level of 5 % was applied to all analyses. **Results:** A total of 100 patients participated, with a prevalence of men; with a mean age of 59.78 years; most had incomplete primary education, were married, and retired. Based on the application of the ASAS-R, the patients demonstrated the power to self-care; however, they showed reduced self-care capacity, as indicated by the mean ASAS-R score (53.56). The individual characteristics associated with lower self-care capacity were being male ($p = 0.006$), having a low level of education ($p = 0.022$), having no religious bond ($p = 0.050$), having been hospitalized for a long time ($p = 0.016$), and not taking medication daily ($p = 0.004$). **Conclusion:** The results indicate that people with chronic conditions hospitalized in a clinical ward have a reduced capacity for self-care, associated with individual and clinical factors.

Keywords (Source: DeCS)

Nursing; self-care; nursing theories; observational study; chronic conditions.

Introdução

O autocuidado é uma função humana que concentra as ações desenvolvidas pelas pessoas com o objetivo de preservar a vida e promover o bem-estar. Essas ações contemplam todos os aspectos da vida e não são limitadas às atividades de vida diária e instrumentais. O autocuidado diz respeito ao cuidado pessoal que todas as pessoas podem desempenhar com o intuito de regular seu funcionamento e desenvolvimento (1).

Um modelo de assistência de enfermagem que tem foco no autocuidado é descrito pela Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (1). Um dos conceitos dessa teoria é a capacidade de autocuidado, que, para sua autora, é definida como um processo dinâmico pelo qual os indivíduos participam de seus cuidados de saúde (1). Esse conceito é o cerne deste estudo.

Para que as pessoas realizem ações de autocuidado, são necessários recursos humanos para prestar assistência contínua a si mesma ou a pessoas socialmente dependentes delas, fato que expressa o conceito de agência de autocuidado. Esse conceito se funde com o entendimento sobre a capacidade de autocuidado, que abrange o desenvolvimento, a operabilidade e a adequação das ações voltadas ao autocuidado realizadas pelas pessoas para si mesmas (2).

A capacidade de autocuidado pode ser afetada por diversas situações vivenciadas pelas pessoas, como o adoecimento, e por fatores individuais, entre eles idade, escolaridade, cultura, crenças religiosas, gênero, experiências e hábitos de vida, além do sistema familiar (3). Nesse sentido, sua preservação está associada a uma melhor percepção da qualidade de vida, a um melhor controle de efeitos adversos de uso de medicamentos e a uma melhora no manejo de sintomas desconfortáveis, como a fadiga. Já o seu comprometimento parece estar relacionado à depressão e à redução da adesão ao tratamento de doenças (4). Além disso, indica a necessidade de ações de enfermagem direcionadas tanto a atender às necessidades de autocuidado que possam estar comprometidas pela falta dessa capacidade, como a apoiar as pessoas na recuperação do autocuidado.

A capacidade de autocuidado é um conceito complexo e envolve componentes de traços individuais, divididos em fundamentais, capacitadores e operacionais. Os *traços fundamentais* estão associados à capacidade das pessoas de realizar qualquer tipo de ação deliberada; os *traços capacitadores* compreendem componentes do poder de realizar ações específicas de autocuidado e abrangem habilidades, conhecimentos e energia para realizar o autocuidado. Os *traços operacionais* estão associados às habilidades direcionadas às operações de autocuidado, como a capacidade de pesquisar aspectos significativos para o autocuidado, a capacidade de tomar decisões e julgamentos, e a capacidade de agir para atender às necessidades de autocuidado. A partir da compreensão dos componentes da capacidade de autocuidado, torna-se mais evidente a influência dos

fatores individuais, como os aspectos físicos, cognitivos e psicossociais, nas ações de autocuidado realizadas pelas pessoas (1, 4).

A capacidade de autocuidado pode ser comprometida pelas exigências impostas pelas condições crônicas, devido a desconfortos físicos, alterações cognitivas, emocionais, sociais e laborais (5-7). No entanto, diversos estudos destacam a importância de intervenções de enfermagem que auxiliam na capacidade do autocuidado de pessoas com condições crônicas de saúde, contribuindo para melhores desfechos clínicos, melhora da qualidade de vida, redução de hospitalizações, controle adequado dos sintomas e maior adesão ao tratamento (6, 8, 9).

Entre as pessoas com condições crônicas, a frequência de internações hospitalares é maior e pode comprometer a capacidade do autocuidado. Isso ocorre porque elas expressam as necessidades de cuidado de forma diferente ao longo do processo de adoecimento, o que pode requerer mudanças na atenção ao estado de saúde, na busca por assistência de saúde, na tomada de decisões e na adesão a novas medidas terapêuticas. Além disso, esse contexto influencia o aprendizado acerca da doença e seu tratamento (5, 10).

A internação pode sensibilizar os pacientes quanto à importância do autocuidado, especialmente para o controle e adesão ao tratamento de doenças crônicas. Além disso, pode favorecer a aproximação e a interação com os profissionais de saúde, sendo um momento oportuno para identificar lacunas no conhecimento dos pacientes e na capacidade de autocuidado (11). Assim, investigar a capacidade de autocuidado das pessoas hospitalizadas com condições crônicas permite que a equipe de enfermagem compreenda suas necessidades e direcione sua atuação para suprir essas demandas, contribuindo para melhores resultados em saúde (12).

Nesse sentido, investigar a capacidade de autocuidado de pessoas com condições crônicas de saúde e de fatores que a interferem a partir da internação hospitalar pode proporcionar melhor direcionamento e resolubilidade da assistência de enfermagem, pois permite contextualizar o nível de comprometimento que a hospitalização promove na capacidade de autocuidado dos pacientes. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados à capacidade de autocuidado de pessoas com condições crônicas hospitalizadas em um setor clínico.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo observacional descritivo transversal, cujo relato está baseado nas diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Foi realizado em uma unidade de internação de clínica médica de um hospital universitário vinculado a uma instituição pública de ensino

superior, em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. Nesse serviço, há uma unidade de internação de clínica médica com 32 leitos que atende pessoas com condição crônica de saúde, com diferentes níveis de dependência de cuidados e características clínicas diversas.

Os participantes do estudo foram pacientes com condições crônicas de saúde hospitalizados na unidade de clínica médica e a amostra, constituída por conveniência (13). Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerada a média do total de internações no mês (135 internações) em 2022 e margem de erro de 5 %, com resultado de 100 participantes.

Quanto aos critérios de inclusão propostos, foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, internados há no mínimo 24 horas e com registro em prontuário de que apresentava condição crônica de qualquer tipo. Os critérios de exclusão foram não conseguir expressar-se verbalmente para responder aos instrumentos de coleta de dados e estar apresentando algum desconforto, dor, dispneia, fadiga ou outro sintoma que não propiciasse comunicação adequada. O recrutamento e coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2023 e fevereiro de 2024.

Quanto à coleta de dados, a pesquisadora responsável se dirigia à unidade de clínica médica e verificava a listagem de pacientes internados, com o intuito de checar os critérios de inclusão. Depois se dirigia até o leito dos pacientes para convidá-los a participar, além de explicar sobre a proposta deste estudo, seus objetivos, bem como fornecer informações de natureza ética envolvidas na realização de pesquisas científicas. Após aceitarem participar do estudo, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, para que a entrevista fosse iniciada.

Na entrevista, foram utilizados dois instrumentos, um de caracterização dos participantes e a Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado (Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised [ASAS-R]). O instrumento de caracterização contava com variáveis sociodemográficas (por exemplo, idade, cor, gênero, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, rede de apoio, religião) e clínicas (por exemplo, diagnóstico, comorbidades, tempo de internação, número de internações no último ano, número de medicações em uso diário).

A ASAS-R mede a capacidade de autocuidado por meio de 15 itens distribuídos em três fatores: 1) Tendo poder para o autocuidado (composto por seis itens); 2) Desenvolvendo poder de autocuidado (composto por cinco); e 3) Faltando poder para o autocuidado (composto por quatro). Cada item é respondido por meio de uma escala Likert de cinco opções de respostas, descritas por: discordo totalmente; discordo; não sei; concordo e concordo totalmente. A pontuação final se dá pela somatória das respostas em cada item que origina um escore com um intervalo entre 15 e 75. Em termos de aná-

lise, quanto maior o escore, melhor é a capacidade de autocuidado (14). Trata-se de um instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil, além de ter sido construído com base na Teoria do Déficit de Autocuidado, proposta por Dorothea Orem, que constitui o referencial teórico deste estudo (15).

Para atender às Resoluções 466/2012 e 510/2016 (16, 17), que tratam da regulamentação para pesquisas desenvolvidas com seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e aprovado por ele (CAAE: 63249122.7.0000.5504 e Parecer: 5.690.625).

A variável dependente deste estudo é a capacidade de autocuidado comprometida, mensurada por meio da ASAS-R. Considera-se comprometida quando o resultado é inferior a 45 pontos, obtidos a partir do somatório dos 15 itens da escala, o que corresponde a 60 % da pontuação máxima de 75 pontos. Essa variável serve de referência para as análises sobre o comprometimento da capacidade de autocuidado dos participantes.

As variáveis independentes analisadas neste estudo foram obtidas a partir das respostas ao formulário de caracterização dos participantes e incluem fatores individuais e clínicos.

Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica do Excel® com dupla digitação independente para a verificação dos erros e das inconsistências. Posteriormente, os dados foram transferidos para o programa SPSS® e analisados em seguida. As variáveis estudadas foram classificadas e analisadas de acordo com a natureza dos dados. As variáveis quantitativas (contínuas e discretas) foram descritas por medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão [DP]), enquanto as qualitativas (categóricas) foram descritas por seus valores absolutos e porcentagens. Após a verificação da normalidade da distribuição das variáveis estudadas, incluindo a capacidade de autocuidado medida pelo ASAS-R, avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$), as análises estatísticas empregadas foram pautadas em medidas paramétricas.

Além disso, foram utilizados testes de associações entre as variáveis estudadas. Para as variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson; para a investigação da associação da ASAS-R (variável quantitativa) com as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste t-student para amostras independentes e ANOVA de uma via com teste *post hoc* de Tukey. Para todas as análises, foi considerado um nível de significância de 5 %.

Resultados

Participaram do estudo 100 pacientes ($n = 100$), com média de idade de 59,8 (DP = 17,2), mínimo de 20 e máximo de 93 anos. Os participantes foram divididos em faixas etárias, sendo 48 (48 %)

menores de 60 anos e 52 (52 %) acima de 60 anos; 45 (45 %) do sexo feminino e 55 (55 %) do masculino; 50 (50 %) brancos, 34 (34 %) pardos e 16 (16 %) pretos e amarelo. Destes, 40 (40 %) tinham companheiros(as) e 50 (50 %) não; 39 (39 %) com escolaridade entre zero e cinco anos e 61 (61 %) acima de cinco. Quanto à ocupação, 26 (26 %) desempenham atividades remuneradas, 12 (12 %) estavam desempregados(as), 50 (50 %) eram aposentados(as) e 12 (12 %) recebiam auxílio do governo. Em relação à religião, 80 (80 %) referiram possuir e 20 (20 %), não.

Quanto ao sistema orgânico comprometido durante a internação, quatro (4 %) tinham problemas no sistema neurológico; 25 (25 %), cardiovascular; 11 (11 %), gastrointestinal; 14 (14 %), urinário; 28 (28 %), respiratório; 14 (14 %), endócrino/reumatológico; quatro (4 %), imunológico/dermatológico. A média de dias de internação foi de 6,98, variando de um a 90 dias. Entre os participantes, 78 (78 %) apresentavam comorbidades, 87 (87 %) faziam uso de medicações diárias e 58 (58 %) haviam sido hospitalizados no último ano.

A média das respostas sobre a capacidade de autocuidado avaliadas pela ASAS-R foi de 51,02 (DP ± 11,55), o que significa que os participantes apresentavam algum nível de preservação da capacidade de autocuidado. No entanto, 29 participantes (29 %) apresentaram escores inferiores a 45 pontos, que foi o corte considerado neste estudo para indicar comprometimento da capacidade do autocuidado, representando os piores níveis de autocuidado.

O Fator 1, “Tendo poder para o autocuidado”, teve média de 22,32 (DP ± 6,00); o Fator 2, “Desenvolvendo poder o autocuidado”, média de 18,02 (DP ± 4,65); e o Fator 3, “Faltando poder”, a média de 21,73 (DP ± 3,48). A distribuição da frequência de respostas aos itens da escala ASAS-R está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da frequência de resposta aos itens da ASAS-R em amostra de pacientes hospitalizados no setor clínico. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2023-2024

ASAS-R	1*	2†	3‡	4§	5**
Fator 1 – Tendo poder para o autocuidado					
À medida que a minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para me manter saudável.	9 %	15 %	6 %	26 %	44 %
Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade.	2 %	9 %	8 %	35 %	46 %
Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para me manter saudável.	5 %	20 %	9 %	27 %	39 %
Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.	11 %	20 %	6 %	34 %	29 %
Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar.	6 %	14 %	2 %	42 %	36 %
Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável.	13 %	27 %	13 %	22 %	25 %

ASAS-R	1*	2†	3‡	4§	5**
Fator 2 — Desenvolvendo poder de autocuidado					
Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os seus efeitos colaterais para melhor cuidar de mim.	20 %	23 %	3 %	26 %	28 %
No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar a minha saúde.	11 %	28 %	5 %	20 %	36 %
Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família.	5 %	21 %	8 %	29 %	37 %
Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.	5 %	23 %	4 %	38 %	30 %
Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.	8 %	10 %	1 %	32 %	49 %
Fator 3 — Faltando poder para o autocuidado					
Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria.	8 %	16 %	3 %	40 %	33 %
No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde.	12 %	36 %	3 %	34 %	15 %
Eu raramente tenho tempo para mim.	14 %	37 %	7 %	29 %	13 %
Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria.	9 %	19 %	5 %	38 %	29 %

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados na pesquisa.

Nota: * — discordo totalmente; † — discordo; ‡ — não sei; § — concordo; ** — concordo totalmente.

Ao analisarmos a frequência de respostas em cada item, observa-se que a soma da frequência de respostas “concordo” ou “concordo totalmente” foi superior a 50 % em quase todos os itens dos três fatores, indicando que a maioria dos participantes expressava capacidade de poder de empregar medidas gerais de autocuidado (avaliadas pelo Fator 1) e apresentava capacidade de realizar operações de autocuidado na vida deles (avaliadas pelo Fator 2). No entanto, também demonstravam frequência elevada de respostas indicativas de comprometimento do poder para realizar ações específicas de autocuidado (avaliadas pelo Fator 3).

A exemplo da capacidade de poder empregar medidas gerais de autocuidado, a maioria dos pacientes mostrou capacidade de realizar ajustes diante de problemas com a mobilidade (81 %), conseguiu tempo para o autocuidado (78 %) e fez alterações necessárias diante das circunstâncias da vida (70 %). Os exemplos de ações indicativas de operacionalizar o autocuidado mais frequentes foram pedir ajuda quando não é capaz de cuidar de si (81 %) e obter informações necessárias diante da ameaça à saúde (68 %). Os exemplos de comprometimento da capacidade de autocuidado na amostra foram a falta de disposição para o autocuidado (73 %) e a incapacidade de realizar o autocuidado da maneira que gostaria (67 %).

As variáveis associadas às menores médias de capacidade de autocuidado foram o sexo masculino, o tempo de escolaridade menor do que cinco, a ausência de vínculo religioso, o tempo de hospitalização e a não utilização diária de medicações. Os resultados dos testes de associação entre as variáveis estão detalhados na Tabela 2.

Tabela 2. Testes de associação das variáveis investigadas com as medidas obtidas na ASAS-R dos participantes do estudo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2023-2024

Variáveis	ASAS-R			
	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Idade	$r = -0,045$ 0,656*	$r = 0,003$ 0,975*	$r = -0,140$ 0,165*	$r = 0,050$ 0,623*
Faixa etária (p-valor)	0,300†	0,676†	0,088†	0,780†
< 60 anos (média)	52,3	22,6	18,8	10,8
> 60 anos (média)	49,8	22,1	17,2	10,6
Sexo (p-valor)	0,006†	0,009†	0,130†	0,010†
Feminino (média)	54,6	24,0	18,8	11,7
Masculino (média)	48,1	20,9	17,4	9,9
Cor (p-valor)	0,625‡	0,304‡	0,981‡	0,810‡
Branca (média)	52,0	23,2	17,9	10,9
Parda (média)	49,5	21,1	18,1	10,4
Preta e amarela (média)	51,0	22,2	17,9	10,8
Estado civil (p-valor)	0,803†	0,925†	0,188†	0,384†
Com companheiro(a) (média)	51,4	22,2	18,8	10,3
Sem companheiro(a) (média)	50,8	22,4	17,5	11,0
Escolaridade (p-valor)	0,450†	0,873†	0,633†	0,022†
De 0 a 5 anos (média)	49,9	22,4	17,7	9,7
> 5 anos (média)	51,7	22,2	18,2	11,4
Ocupação (p-valor)	0,447‡	0,784‡	0,540‡	0,081‡
Desempenha atividades remuneradas (média)	53,7	23,2	18,9	11,5
Desempregado(a) (média)	47,5	21,4	17,6	8,5
Aposentado(a) (média)	50,4	22,3	17,5	10,7
Recebe auxílio do governo (média)	51,5	22,4	18,7	11,3
Religião (p-valor)	0,050†	0,044†	0,195†	0,085†
Sim (média)	52,3	23,0	18,3	11,0
Não (média)	45,9	19,7	16,7	9,4
Sistema comprometido (p-valor)	0,027‡	0,070‡	0,180‡	0,034‡
Sistema neurológico (média)	53,5	21,7	19,7	12,0
Sistema cardiovascular (média)	49,9	21,5	18,6	9,8
Sistema gastrointestinal (média)	42,5	18,3	15,0	9,4
Sistema urinário (média)	58,4	25,7	19,7	12,9
Sistema respiratório (média)	50,7	22,4	17,3	11,2
Sistema endócrino/reumatológico (média)	53,9	24,1	18,9	10,9
Sistema imunológico/dermatológico (média)	45,5	20,7	17,0	7,7
Tempo hospitalização	$r = -0,240$ 0,016*	$r = -0,251$ 0,012*	$r = -0,213$ 0,033*	$r = -0,070$ 0,488*

Variáveis	ASAS-R			
	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Comorbidades	0,673†	0,693†	0,477†	0,071†
Sim (média)	51,3	22,4	17,8	11,1
Não (média)	50,1	21,9	18,7	9,5
Medicações diárias	0,048†	0,252†	0,084†	0,002†
Sim (média)	52,1	22,6	18,4	11,1
Não (média)	43,9	20,1	15,5	8,23
Internações último ano	0,564†	0,215†	0,692†	0,849†
Sim (média)	50,5	21,7	18,2	10,8
Não (média)	51,8	23,2	17,8	10,7

Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Nota: * — coeficiente de correlação de Pearson; † — teste t-student de amostras independentes; ‡ — ANOVA de uma via; r — resultado do coeficiente de correlação de Pearson.

A partir da análise da Tabela 2, os participantes do sexo feminino ($p = 0,006$), que declararam ter religião ($p = 0,050$), que tinham maior tempo de internação ($p = 0,016$) e que faziam uso de medicações diariamente ($p = 0,048$), mostraram ter melhor capacidade de autocuidado como um todo. Os participantes do sexo feminino ($p = 0,009$), que declararam ter religião ($p = 0,044$) e com menor tempo de hospitalização ($p = 0,012$), apresentaram melhores níveis de poder para o autocuidado, medidos pelo Fator 1. Já os pacientes do sexo feminino ($p = 0,010$), com mais de cinco anos de escolaridade ($p = 0,022$) e que faziam uso de medicações diariamente ($p = 0,002$) apresentavam relato de falta de poder para realizarem o autocuidado, medido pelo Fator 3. Somente o tempo de hospitalização comprometeu o desempenho do autocuidado na amostra ($p = 0,033$), medido pelo Fator 2.

O sistema comprometido e em tratamento durante a internação também influenciou a capacidade de autocuidado; as análises *post hoc* discriminaram que a diferença foi maior entre as pessoas com doenças do sistema gastrointestinal do que respiratório, tanto das medidas de capacidade de autocuidado em geral ($p = 0,027$) como as do Fator 3 ($p = 0,034$, observada na Tabela 2).

Discussão

Este estudo identificou que, entre os pacientes com condições crônicas hospitalizados, a capacidade de autocuidado não estava operacionalizada, uma vez que a média da escala de avaliação dessa variável foi em torno de 50 pontos, quando o escore indicativo de boa operacionalização de autocuidado deveria ser próximo de 75. No entanto, as análises individuais das respostas nos itens distribuídos nos distintos fatores da escala mostraram que os pacientes apresentavam condições para realizar o cuidado de si, mas alguns aspectos como energia e organização para realizar o autocuidado estavam comprometidos no momento.

Orem distinguiu três aspectos da capacidade de autocuidado: o desenvolvimento, a operacionalidade e a adequação. O desenvolvimento constitui as ações possíveis de autocuidado realizado pelas pessoas; a operacionalidade compreende as ações realizadas de maneira consciente e efetiva; e a adequação consiste na relação entre as ações que as pessoas podem desempenhar e as ações necessárias para atender a uma demanda de autocuidado (1). Esses aspectos são influenciados pela doença, pelo contexto e pela relação da pessoa com os cuidados de saúde (15). Na amostra deste estudo, a condição crônica pode exigir das pessoas ações de autocuidado. No entanto, a internação pode estar associada à instabilidade clínica e a novas demandas de assistência à saúde, diante das quais os pacientes podem sentir-se incapazes, impossibilitados e/ou sem recursos para agir, tornando necessária a atenção da enfermagem (1).

Nesta amostra, ainda foram identificados os fatores individuais e clínicos associados ao comprometimento da capacidade de autocuidado dos pacientes com condições crônicas hospitalizados, como sexo masculino, menor tempo de escolaridade, ausência de vínculo religioso, tempo de hospitalização, tipo de sistema comprometido e não utilização diária de medicações.

Diferenças em relação ao sexo foram evidenciadas em outros estudos, tanto em contextos de internação em setor clínico como em outros contextos, por exemplo, entre idosos japoneses moradores da área rural, entre pessoas com condições crônicas acompanhadas ambulatorialmente e entre pessoas hospitalizadas com doença pulmonar obstrutiva crônica (5, 18, 19). No entanto, resultados diferentes destes, com a melhor performance na capacidade do autocuidado entre os homens, são apresentados em estudos realizados entre pessoas com doença renal crônica e idosos hospitalizados com doenças crônicas diversas (20, 21). Apoiando os resultados divergentes entre diferentes estudos, a literatura sugere a existência de diferenças nas necessidades de cuidado entre os gêneros em distintos estágios das doenças crônicas (7).

No Brasil, país onde o estudo foi desenvolvido, apesar da existência de políticas públicas direcionadas à saúde masculina, a ênfase na valorização do autocuidado entre os homens geralmente recebe menos destaque. Atribui-se à cultura um peso limitante nas manifestações de autocuidado entre os homens mundialmente, uma vez que o autocuidado é reconhecido como um atributo específico das mulheres. Além disso, o valor dos papéis familiares, laborais e sociais ocupados pelos homens contribui para a desvalorização do cuidado com a própria saúde (22, 23).

A idade em diferentes estudos teve relação com a redução da capacidade de autocuidado das pessoas, embora no presente estudo não tenha sido encontrada relação dessa variável com a capacidade de autocuidado das pessoas hospitalizadas com condições crônicas (24, 25). No entanto, a idade é um fator de atenção para as intervenções sobre autocuidado, pois, à medida que as pessoas envelhecem, elas experimentam inadequações no cumprimento das necessida-

des de autocuidado, dependendo das dificuldades físicas, emocionais e econômicas que surgem devido a diversas doenças que acompanham o envelhecimento (26).

Os achados deste estudo sobre a influência do tempo de estudo na capacidade do autocuidado corroboram os resultados apresentados na literatura (24, 26, 27). Um aspecto positivo da relação entre os elevados níveis de educação e a capacidade de autocuidado é o fortalecimento de intervenções educativas voltadas a esse fim. Pessoas com maior nível de instrução tendem a compreender melhor as complexidades de suas condições de saúde, a aplicar mais facilmente informações recebidas sobre doenças e, portanto, a apresentar maior engajamento no autocuidado (21, 24). Embora essa vantagem possa contribuir para melhores resultados em intervenções para o autocuidado, isso não invalida a necessidade de desenvolver ações educativas e intervenções direcionadas à ampliação do conhecimento e/ou do desempenho do autocuidado. Estudos que avaliaram intervenções educativas sobre autocuidado demonstraram a efetividade dessas abordagens na melhoria da capacidade de autocuidado de pessoas com condições crônicas, como doença pulmonar obstrutiva crônica e doença da artéria coronária (8, 18, 28).

É relevante destacar que o autocuidado possui íntima relação com o letramento em saúde, isto é, o conhecimento sobre a própria saúde. Ações voltadas à aquisição do letramento em saúde são necessárias para promover habilidades e competências nos domínios da escrita, da oralidade e da comunicação para o alcance da autonomia no processo de autocuidado (29). Um estudo realizado com quase 250 pacientes cardiopatas internados destacou o efeito do letramento em saúde desses pacientes nas habilidades de autocuidado e indicou a importância de que profissionais da saúde empreguem medidas de educação em saúde com os pacientes hospitalizados por condições crônicas (30).

Neste estudo, a maior parte das internações foi promovida pelas condições crônicas respiratórias (28 % dos casos). No entanto, a capacidade de autocuidado foi menor entre as pessoas hospitalizadas por doenças do sistema gastrointestinal. É possível que a maioria das pessoas hospitalizadas por esse motivo apresente características que afetavam o autocuidado, como o comprometimento gastrointestinal estar relacionado ao sexo masculino ou ao maior tempo de hospitalização, uma vez que o local onde a pesquisa foi conduzida agrupava elevados casos de internações prolongadas, de pessoas com comprometimento hepático e idosos.

Além disso, as pessoas religiosas demonstraram melhor operacionalização do autocuidado e capacidade em realizar ações de autocuidado. No mesmo sentido, um estudo realizado na Turquia, país tão religioso quanto o Brasil, a operacionalização da capacidade de autocuidado, avaliada em 200 pacientes com doença pulmonar crônica, foi influenciada pelo bem-estar espiritual (6).

Os aspectos que cercam a religiosidade demonstraram capacidade de influenciar os resultados de saúde entre as pessoas com doenças crônicas, uma vez que estão associados à melhor qualidade de vida, à maior longevidade, à saúde mental aprimorada, à maior atenção à própria saúde e à menor incidência de doenças em geral, além de auxiliar as pessoas no enfrentamento de adversidades de saúde (31).

A religiosidade faz com que as pessoas atribuam significado às suas vidas e mobilizem recursos internos para conduzir os eventos da vida, o que contribui para o autocuidado (24). Esses achados de algum modo são convergentes com os resultados deste estudo. É válido enfatizar a originalidade destes, pois as investigações sobre os aspectos da dimensão espiritual e do autocuidado são escassas (6).

Diversos estudos descreveram a influência da capacidade de autocuidado na adesão ao tratamento de condições crônicas (12, 27, 32). De maneira complementar a esse aspecto, no presente estudo, os participantes que faziam uso de um ou mais medicamentos diariamente demonstraram melhores níveis de capacidade de autocuidado. Embora essas informações sejam diferentes, levanta-se a hipótese de que há relação entre a operacionalização da capacidade de autocuidado das pessoas com condições crônicas hospitalizadas e a adesão ao tratamento, pois a utilização de medicações diariamente pode fornecer às pessoas um senso de melhor envolvimento com o seu autocuidado, compromisso em fazer uso das medicações diariamente e busca por informações sobre as medicações utilizadas. Em um estudo que contou com 151 pacientes com doença cardiovascular crônica, a adesão ao tratamento foi relacionada com a operacionalização da capacidade de autocuidado. Os autores acreditaram que a doença e suas demandas estimularam uma consciência de importância do autocuidado (27).

Os benefícios do autocuidado para as pessoas com condições crônicas de saúde incluem a redução do tempo de hospitalização, favorecida pela melhor adesão ao tratamento e pela recuperação mais eficiente (24, 27). Ainda, os elevados níveis de capacidade de autocuidado estão associados a um melhor automanejo das condições crônicas, à melhoria da qualidade de vida, à proteção de sintomas depressivos, à redução de custos com o tratamento das doenças e ao aumento da autoeficácia relacionada à saúde (20, 21, 26).

Além disso, como um recurso no manejo das condições crônicas, a capacidade de autocuidado pode integrar os cuidados de saúde, promovendo a autorresponsabilidade e permitindo que os indivíduos cuidem de si mesmos em diferentes condições de saúde (30). Desse modo, é essencial que os enfermeiros compreendam o grau de comprometimento da capacidade de autocuidado dos pacientes, bem como os fatores que a influenciam, a fim de planejar cuidados mais apropriados e eficazes para apoiá-los nesse processo (21).

Em um estudo colombiano realizado com pacientes com condições cardiovasculares, os elevados níveis da capacidade de autocuidado

apresentados pelos pacientes estudados mostraram ser resultados da consciência adquirida quanto à importância do autocuidado (27). Isso reforça o papel da capacidade de autocuidado no cuidado das pessoas com condições crônicas.

As limitações deste estudo se concentram no desenho transversal, que impede a realização de análises capazes de estabelecer relações causais entre as variáveis investigadas. Além disso, a adoção de amostragem por conveniência, em vez de aleatória, pode comprometer a representatividade da população estudada e limitar a generalização dos resultados. Para estudos futuros, seria importante considerar a adoção de amostragem aleatória, bem como o desenvolvimento de estudos longitudinais que permitam acompanhar o impacto do tempo de internação na capacidade de autocuidado. Adicionalmente, recomenda-se explorar o influência das condições de saúde nesse processo.

Este estudo traz como contribuições para a enfermagem perspectivas a respeito da avaliação da capacidade de autocuidado entre as pessoas com condições crônicas hospitalizadas, com vistas a fundamentar o processo de enfermagem nesse contexto e organizar o conhecimento profissional a partir de uma estrutura conceitual. Além disso, amplia o conhecimento da equipe de enfermagem sobre fatores que interferem na capacidade de autocuidado desses pacientes durante a hospitalização, que devem ser monitorados e considerados no momento do planejamento de cuidados a fim de auxiliá-los a desenvolver as habilidades de autocuidado.

Conclusão

O objetivo de identificar fatores associados à capacidade de autocuidado de pessoas com condições crônicas hospitalizadas em um setor clínico foi alcançado. Fatores individuais que tiveram associação com menores níveis de operacionalização da capacidade de autocuidado foram o sexo, a escolaridade, religião, o tipo de sistema comprometido, o tempo de hospitalização e a não utilização diária de medicações.

Este estudo demonstrou que os pacientes com condições crônicas hospitalizados apresentam comprometimento na capacidade de autocuidado, embora possuam certo poder para realizar e desenvolver ações nesse sentido. Esses achados ressaltam a importância de os enfermeiros implementarem medidas que supram os recursos deficientes e minimizem as limitações que impedem os pacientes de exercer o autocuidado.

As contribuições deste estudo reforçam a avaliação dos pacientes, considerando os fatores mencionados, que podem favorecer uma prática de enfermagem mais direcionada e resolutive no que diz respeito ao autocuidado das pessoas com condições crônicas de saúde.

Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

- Orem DE. Nursing concepts of practice. 6ª ed. Saint Louis: Mosby; 2001.
- Santos MC, Bittencourt GK, Beserra PJ, Nóbrega MM. Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*. 2022; 6(1):e21047. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Oliveira L, Teixeira A, Duarte I. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity among Portuguese Medical Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(17):10848. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710848>
- Deng Q, Kang L, Zhu S, Luo W, Qing J, Zhong S et al. Effects of nursing based on Orem's self-care model on self-care efficacy, quality of life and adverse emotions in patients with advanced lung cancer. *Am J Transl Res*. 2021;13(4):2983-89. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34017465>
- Iovino P, Lyons KS, De Maria M, Vellone E, Ausili D, Lee CS, Riegel B, Matarese M. Patient and caregiver contributions to self-care in multiple chronic conditions: A multilevel modelling analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021;116:103574. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103574>
- Yildiz ÇŞ, Özlü ZK. Examination of self-care agency and quality of life in individuals with chronic venous disease. *J Vasc Nurs*. 2021;39(4):114-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2021.08.001>
- Demirci PY, Yeşilot SB, Eskimez Z. The Role of Sex and Other Personal Characteristics in the Effects of Symptoms Severity on Self-Care Agency in Individuals with Multiple Sclerosis. *Brain Behav*. 2024;14(10):e70091. DOI: <https://doi.org/10.1002/brb3.70091>
- Sánchez-Ortega MA, Lluch-Canut MT, Roldán-Merino J, Agüera Z, Hidalgo-Blanco MA, Moreno-Poyato AR, Tinoco-Camarena J, Moreno-Arroyo C, Puig-Llobet M. Nursing Intervention to Improve Positive Mental Health and Self-Care Skills in People with Chronic Physical Health Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):528. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010528>
- Masadeh AB, Saleh AM. The Effect of a Diabetes Self-Management Mobile Application on Self-Efficacy, Self-Care Agency, and Self-Care Management Among Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Creat Nurs*. 2023;29(3):286-94. DOI: <https://doi.org/10.1177/10784535231211693>
- Bláhová H, Bártošová A, Dostálová V, Holmerová I. The needs of older patients in hospital care: a scoping review. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(8):2113-22. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>
- França AA, Barbosa JAG, Guimarães FP, Guimarães GL, Guimarães JB. Avaliação da adesão ao autocuidado em diabetes após intervenção educativa realizada com pacientes hospitalizados. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2020;24(supl. 2). DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24nSupl.2.47260>
- Yip JYC. Theory-Based Advanced Nursing Practice: A Practice Update on the Application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *SAGE Open Nurs*. 2021;20(7):23779608211011993. DOI: <https://doi.org/10.1177/23779608211011993>
- Browner WS, Newman TB, Cummings SR, Grady SR, Huang AJ, Kanaya AM, Pletcher MJ. Delineando a pesquisa clínica de Hulley. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.
- Schönenberg A, Teschner U, Prell T, Mühlhammer HM. Validation and Psychometric Analysis of the German Translation of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(9):1785. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091785>
- Stacciarini TSG, Pace AE. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2856. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1378.2856>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/resolucao-cns-466-12>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*. 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/reso510_07_04_2016.html
- Yildirim Z, Kasikçi M. The effect of education on self-care agency and rational drug use of patients with COPD. *Patient Educ Couns*. 2023;114:107804. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107804>
- Yoshimura J, Tanimura C, Matsumoto H, Tokushima Y, Inoue K, Park D et al. Relationship of Physical Activity to Self-Care Agency and Physical Condition Among Older Adults in a Rural Area. *Yonago Acta Med*. 2021;64(1):18-29. DOI: <https://doi.org/10.33160/yam.2021.02.004>
- Jerma C, Lima-Zapata LI, Amaya-Aguilar JA, Leonardo-Cruz I, Lazo-Sánchez M, Bermúdez LA et al. Gender-Specific Differences in Self-Care, Treatment-Related Symptoms, and Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:13022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182413022>
- Batı S, Polat HT, Akkuş H. Determination of the Relationship Between Self-Care Agency and Death Anxiety Among Elderly Individuals. *Omega (Westport)*. 2022;29:302228221095907. DOI: <https://doi.org/10.1177/00302228221095907>
- Garcia LHC, Cardoso NDO, Bernardi CMCN. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. *Rev Psicol Saúde*. 2019;11(3):19-33. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i3.933>
- Yildiz ÇŞ, Özlü ZK. Examination of self-care agency and quality of life in individuals with chronic venous disease. *J Vasc Nurs*. 2021;39(4):114-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2021.08.001>

24. Cho H, Park E. Canonical Correlation Between Self-Care Agency and Health-Related Self-Efficacy with Chronic Viral Hepatitis Patients. *Osong Public Health Res Perspect.* 2019;10(5):281-8. DOI: <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2019.10.5.04>
25. Hauenstein EJ, Davey A, Clark RS, Daly S, You W, Merwin EI. Self-care capacity and its relationship to age, disability, and Perceived well-being in medicare beneficiaries. *Nurs Res.* 2022;71(1):21-32. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000551>
26. Isik K, Cengiz Z, Doğan Z. The Relationship Between Self-Care Agency and Depression in Older Adults and Influencing Factors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2020;58(10):39-47. DOI: <https://doi.org/10.3928/02793695-20200817-02>
27. Vargas-Escobar LM, Valle-Ballesteros R, Alemán-Parra CM, Parrado-Sarmiento AC, Cortes-Muñoz F, Sánchez-Casas C. Relationship Among Treatment Adherence, Family Functioning, and Self-Care Agency in Colombian Patients with Cardiovascular Disease. *Journal of Nursing Research.* 2019;30(4):e224. DOI: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000504>
28. Tok Yildiz F, Kaşıkçı M. Impact of Training Based on Orem's Theory on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. *J Nurs Res.* 2020;28(6):e125. DOI: <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000406>
29. Virgens BD, Rocha MSD. A implicação do letramento em saúde no autocuidado. *Revista Internacional de Debates da Administração Pública.* 2019;4(1):191-206.
30. Yao L, Wu F, Mu H, Wang X, Liu J, Lu H. Mediating effect of health literacy on social support and self-care ability in older patients undergoing percutaneous coronary stent implantation. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2024;14(5):821-31. DOI: <https://doi.org/10.21037/cdt-24-50>
31. Mendes NS, Malaguti C, Dos Anjos Sena L, Lucchetti G, de Jesus LAS, Vitorino LM et al. Spirituality and religiosity are associated with physical and psychological status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs.* 2022;31(5-6):669-78. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15926>
32. Chen Z, Jiang Y, Chen M, Baiyila N, Nan J. Resilience as a Mediator of the Association between Spirituality and Self-Management among Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Healthcare (Basel).* 2021;9(12):1631. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9121631>