

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VANESSA MONTEIRO MANTOVANI

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DE
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM ACOMPANHAMENTO
DOMICILIAR POR ENFERMEIRAS**

**Porto Alegre
2010**

VANESSA MONTEIRO MANTOVANI

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DE
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM ACOMPANHAMENTO
DOMICILIAR POR ENFERMEIRAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para aquisição do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eneida Rejane Rabelo da Silva

**Porto Alegre
2010**

AGRADECIMENTOS

Dedico o meu trabalho de conclusão de curso aos meus pais, Sidney e Kátia, por todo o apoio, amor, paciência, confiança, por todos os conselhos e por me ensinarem os verdadeiros valores da vida. Agradeço ao meu pai por ser meu maior exemplo de força, perseverança, conquista e vontade de crescer na vida. Agradeço à minha mãe, pela dedicação, cuidado, e que com a sua vida profissional me faz ter esperança de que podemos fazer diferença na vida das pessoas e que todo o nosso esforço vale a pena.

Agradeço aos meus queridos avós, Renato, Beatriz e Ivette, por todo o carinho, preocupação, e por sempre estarem ao meu lado. Agradeço ao meu irmão e aos meus primos, pela parceria e pelos inesquecíveis e inúmeros momentos de lazer que tivemos. Agradeço aos meus padrinhos e aos meus tios pela amizade, ensinamentos, conversas e por sempre me acolherem em suas residências.

Agradeço à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e principalmente à minha orientadora, professora Eneida, por tudo o que me ensinou, por ser um excelente exemplo de profissional e por todas as oportunidades proporcionadas à minha vida acadêmica e profissional. Agradeço também à enfermeira do Grupo de Insuficiência Cardíaca, Graziella, por me ensinar o que é dedicação e cuidado com os pacientes.

Agradeço à minha amiga Lisane, por ter me mostrado o que é o companheirismo e uma amizade de verdade, e por ter me acompanhado em alguns dos momentos mais importantes da minha vida. Agradeço aos meus demais amigos, por me ouvirem, pela troca de experiências, pelas risadas, pelas energias positivas e pelos estímulos recebidos durante essa etapa.

*Tem uma astronave que se chama Terra;
no espaço lançada
para uma longa jornada.
Cada um é tripulante,
cada um é passageiro e comandante
nesta longa viagem.
Longe iremos
Se tivermos coragem.
(GIANNI RODARI)*

RESUMO

Introdução: Estudos têm demonstrado a má adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) como um dos principais fatores precipitantes de descompensação da doença, e consequentemente de readmissão hospitalar. A intervenção domiciliar realizada por enfermeiras em pacientes com IC torna-se uma maneira de promover o autocuidado e aumentar a adesão ao tratamento. **Objetivo:** Verificar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes com IC em acompanhamento domiciliar por enfermeiras. **Métodos:** Estudo do tipo antes-depois, em que os dados relativos à adesão foram mensurados na primeira e segunda visita domiciliar (VD) e depois comparados. As visitas foram realizadas no domicílio de pacientes que estiveram internados por descompensação da IC no Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou no Instituto de Cardiologia. Para avaliar a adesão ao tratamento, aplicou-se o questionário de adesão, previamente validado e adaptado, envolvendo dez questões relacionadas ao uso dos medicamentos prescritos, verificação diária do peso, ingestão de sal, ingestão hídrica e comparecimento a consultas e exames marcados. **Resultados preliminares:** Foram incluídos 24 pacientes (amostra prevista de 32), idade média de 65 ± 16 anos, 14 (58%) homens e 17 (71%) de cor branca. A média da fração de ejeção foi $30\% \pm 7$, e 16 (66,7%) tiveram ao menos uma internação prévia no último ano por IC descompensada. Em relação à adesão, na primeira VD o escore foi 6,1, aumentando para 7,4 na segunda. As questões com aumento significativo no percentual de adesão foram as questões relacionadas à verificação diária de peso e as relacionadas à ingestão hídrica. **Conclusões:** Os dados preliminares permitem concluir que a intervenção domiciliar por enfermeira pode auxiliar na elaboração de estratégias de educação em saúde mais próximas da realidade do paciente, resultando em maior adesão ao tratamento e em diminuição de crises de descompensação e readmissões hospitalares.

Descritores: Insuficiência cardíaca. Enfermagem. Cooperação do paciente. Visita domiciliar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	10
3 MÉTODOS	11
3.1 Tipo de estudo	11
3.2 Local de realização	11
3.3 População e amostra	11
3.4 Critérios de elegibilidade	12
3.5 Coleta de dados	12
3.5.1 Primeira visita domiciliar	13
3.5.2 Segunda visita domiciliar	13
3.6 Análise dos dados	14
3.7 Aspectos éticos	14
4 RESULTADOS PRELIMINARES	15
4.1 Características clínico-demográficas e clínicas	15
4.2 Adesão ao tratamento	16
5 DISCUSSÃO	19
5.1 Limitações do estudo	22
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	27
ANEXO B – Dados de Identificação	29
ANEXO C – Dados basais	30
ANEXO D – Instrumento de visita domiciliar	33
ANEXO E – Questionário de adesão para pacientes com insuficiência cardíaca	35

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) vem se tornando um dos maiores problemas de saúde pública, com prevalência de 1 a 2% na população mundial. No ano de 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no Sistema Único de Saúde, sendo responsável por 2,6% das hospitalizações e por 6% dos óbitos registrados, consumindo 3% do total de recursos utilizados para atender todas as internações (ALBANESI FILHO, 2005).

Dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009) indicam que a IC possui prevalência e incidência alta em todo o mundo. A progressão da incidência da IC em ambos os sexos vem aumentando de acordo com a idade, atingindo mais de 10 novos casos anuais por 1000 septuagenários e 25 casos novos por 1000 octogenários.

A IC pode ser definida como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, onde ocorre uma disfunção cardíaca que ocasiona inadequado e insuficiente suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, ou em repouso, ou em exercício. A IC manifesta-se por dispnéia, fadiga e função cardíaca anormal, dentre outros sintomas. Qualquer distúrbio que coloque o coração sob uma carga de volume ou pressão aumentadas cronicamente ou que produza uma lesão no coração pode resultar em IC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

A IC é uma doença que reconhecidamente evolui com alta morbidade e mortalidade (CLELAND; KHAND; CLARK, 2001). Em estudos epidemiológicos, os portadores de IC apresentaram redução importante da qualidade de vida e evolução pior do que muitos pacientes com diferentes tipos de câncer (MCMURRAY; STEWART, 2002).

Em um estudo brasileiro publicado recentemente por Barretto *et al* (2008), 263 pacientes internados para compensação da IC foram acompanhados do período de janeiro de 2005 a outubro de 2006. Os resultados identificaram tempo médio de internação de $25,1 \pm 16,7$ dias. Durante a internação 23 (8,8%) morreram. Após a alta, no período médio de seguimento de 370 dias, dos 240 que tiveram alta, 123 (51%) procuraram o Posto de Saúde de 1 a 12 vezes, sendo que 76 foram hospitalizados. No primeiro ano de seguimento, 62 (25,8%) pacientes morreram. Os autores concluíram que a IC é uma doença que segue evoluindo com altas taxas de mortalidade e de readmissões hospitalares, sendo necessário prover maior suporte a pacientes com IC.

O tratamento de pacientes com IC envolve manejo multidisciplinar, com terapia farmacológica e não farmacológica. A terapia farmacológica possui comprovado impacto na redução da mortalidade e na melhora da qualidade de vida, e envolve diversas qualidades de medicamentos (BOCCHI *et al*, 2008). Por outro lado, o manejo não farmacológico nas duas últimas décadas vem demonstrando benefícios na redução de readmissões, melhora da sobrevivência e principalmente de qualidade de vida (GONSETH *et al*, 2004). Essa estratégia envolve princípios de educação para saúde no que se refere ao conhecimento desta síndrome e ao autocuidado, como restrição hidrossalina, atividade física, peso diário, reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação da IC, entre outras medidas (RABELO *et al*, 2007).

No entanto, apesar da implementação dessas estratégias, as taxas de readmissão hospitalar após a primeira internação por IC continuam elevadas (BARRETTO *et al*, 2008). Por conseguinte, estudos indicam que as causas de re-hospitalizações se relacionam à adesão inadequada ao tratamento ou à incapacidade do paciente de identificar sinais e sintomas preditivos de descompensação da doença (JOSHI *et al*, 1999; TSUYUKI *et al*, 2001; MANGINI *et al*, 2008).

A adesão ao tratamento é definida como a situação na qual o comportamento do paciente corresponde ao conselho médico ou da equipe de saúde, podendo ser avaliada pelo comparecimento do paciente às consultas marcadas, à tomada das medicações ou pela implementação de mudanças no estilo de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A adesão é um fenômeno decorrente de fatores sociais, econômicos, relacionados ao sistema de saúde, às condições do paciente, à terapia escolhida para ser utilizada, entre outros (VAN DER WAL; JAARSMA, 2008). Um paciente é considerado como não aderente quando deixa de tomar seus remédios, não comparece às consultas marcadas e não consegue cumprir com mudanças relacionadas ao estilo de vida, seja com a dieta, atividade física, entre outras medidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Um estudo publicado em 1999 teve como objetivo avaliar a adesão e o conhecimento sobre a IC em 22 pacientes maiores de 70 anos, por meio de entrevistas realizadas 30 dias após as medicações terem sido prescritas pelo médico, quando todos os pacientes do estudo receberam informações a respeito das medicações. Os resultados indicaram que somente 55% pacientes lembraram corretamente o nome das medicações, 50% não lembraram corretamente a dose e 64% não souberam dizer em que momento do dia deveriam tomar as medicações. Do total da amostra,

27% foram considerados como não aderentes ao tratamento farmacológico (CLINE *et al*, 1999). Outro estudo publicado em 2005 procurou identificar fatores de risco em pacientes com alta hospitalar recente para uma nova re-admissão por IC. Os resultados demonstraram a baixa adesão como um importante fator de risco, uma vez que somente 14% pesavam-se todos os dias, 9% monitoravam-se quanto a sintomas de piora da IC, e somente 31% dos pacientes sabiam nomear esses sintomas. Em relação à medicação, somente 34% desses tomavam a medicação conforme prescrito (MOSER; DOERING; CHUNG, 2005).

Em relação aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento da IC, um estudo publicado em 2008 teve como objetivo determinar os fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da IC em 16 pacientes. Dentre os fatores que dificultam a adesão, foram relacionados a informação fornecida pela equipe de saúde, o esquecimento de tomar os medicamentos, as suas características, os horários, as doses, os efeitos colaterais e o alto custo (WU *et al*, 2008).

Estudos conduzidos nos últimos anos reforçam que pacientes com maior entendimento acerca do processo de sua doença, dos benefícios do uso regular das medicações e principalmente da sua concordância nas alterações do estilo de vida dependentes da doença, possuem menores crises de descompensação e, por conseguinte redução de readmissões hospitalares (JOVICIC; HOLROYD-LEDUC; STRAUS, 2006).

No contexto de ferramentas utilizadas no acompanhamento de pacientes com IC, a monitorização por telefone e a visita domiciliar são algumas das abordagens multidisciplinares que já mostraram aumento da adesão ao tratamento (VAVOURANAKIS *et al*, 2003; HOLLAND *et al*, 2005). A visita domiciliar facilita a abordagem dos pacientes e de suas famílias aos cuidados primários e às orientações sobre a doença e autocuidado (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008), e vem ganhando destaque como recurso para a prestação da assistência ao paciente e sua família, principalmente nas ações de educação em saúde voltadas para as doenças crônico-degenerativas (MANTOVANI; MOTTIN; RODRIGUES, 2007).

A avaliação de pacientes com IC no contexto domiciliar inclui o reforço e o acompanhamento de orientações previamente fornecidas sobre a doença e o autocuidado, além da avaliação sistemática da adesão ao tratamento e a educação quanto ao reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação pelos pacientes e seus familiares e/ou cuidadores (HO *et al*, 2007).

Um estudo publicado recentemente teve como objetivo verificar se estratégias baseadas em visitas domiciliares reduzem mortalidade e readmissões hospitalares, além de melhorar a qualidade de vida em pacientes com IC. Os resultados identificaram, no grupo intervenção, menores taxas de readmissão e morte, sem diferença estatística, e maiores taxas de adesão, autocuidado e qualidade de vida, com diferença estatisticamente significativa (BROTONS *et al*, 2009).

Diante das evidências dos estudos que indicam a baixa adesão como o principal fator precipitante de descompensação da IC, e do impacto comprovado das orientações de enfermagem em ambiente domiciliar no aumento da adesão dos pacientes, motivou-se a realização deste estudo.

Na metade do ano de 2009, um grupo de enfermeiras do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Instituto de Cardiologia (IC-FUC) iniciaram um ensaio clínico randomizado com o objetivo de avaliar o impacto do acompanhamento domiciliar de pacientes com IC no conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na qualidade de vida comparado ao acompanhamento convencional dos pacientes no período de seis meses. O presente estudo representa um recorte dos dados que estão sendo coletados quanto à adesão ao tratamento de pacientes com IC em acompanhamento domiciliar por enfermeiras.

2 OBJETIVO

Verificar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes com IC em acompanhamento domiciliar por enfermeiras.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo “antes-depois”, usado geralmente para avaliar um grupo de clientes envolvidos em um tratamento. Nesse tipo de estudo o avaliador coleta informações sobre o estado inicial de um grupo de clientes em termos dos desfechos de interesse e então coleta novamente, após o tratamento, as informações sobre os desfechos de interesse (LAW *et al*, 1998).

Este trabalho foi desenvolvido com os pacientes incluídos no grupo intervenção do projeto cadastrado no Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do HCPA e Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob título “Impacto da visita domiciliar no conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado”, estudo em andamento.

3.2 Local de realização

Este estudo foi realizado no domicílio dos pacientes incluídos no grupo intervenção.

3.3 População e amostra

Este estudo foi realizado com pacientes portadores de IC que estiveram internados por descompensação da doença no HCPA ou no IC-FUC.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com base no estudo publicado por BOCCHI *et al* (2008), com nível de significância de 5% e poder de 80, foram necessários 32 pacientes com duas visitas cada um, totalizando 64 visitas.

3.4 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos no estudo pacientes internados por descompensação da IC de ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos de idade, com fração de ejeção menor ou igual 45%, que residem a uma distância menor de 15 km das instituições do estudo e que concordaram em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Foram excluídos pacientes com barreiras de comunicação e portadores de doenças neurológicas degenerativas, pacientes que tenham apresentado Síndrome Coronariana Aguda nos últimos seis meses, com doença renal/hepática/pulmonar ou plano terapêutico que possa influenciar no estudo, gravidez, diagnóstico de IC aguda e não ter interesse em receber visitas domiciliares.

3.5 Coleta de dados

Foram coletados os dados dos pacientes incluídos do período de agosto de 2009 até o mês de junho de 2010. A busca ativa de pacientes foi realizada diariamente pelas pesquisadoras e bolsistas do Ensaio Clínico Randomizado no HCPA e IC-FUC.

Para os pacientes que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo foram coletados dados identificação (ANEXO B) e dados basais (ANEXO C), como peso, altura, história da doença atual, pregressa, co-morbidades, antecedentes familiares, dados ecocardiográficos, tratamento farmacológico e não farmacológico, além de dados sócio-demográficos (sexo, idade, raça, situação sócio-econômica, nível escolar).

3.5.1 Primeira visita domiciliar

A primeira visita domiciliar ocorreu de sete a 10 dias após a alta hospitalar. Nesse momento foi aplicado o instrumento de visita domiciliar (ANEXO D), com dados equivalentes ao histórico de enfermagem e evolução do paciente, além da realização do exame clínico para avaliar o paciente e tentar identificar sinais e sintomas de congestão. Também foi avaliada a classe funcional do paciente, de acordo com a New York Heart Association, que classifica o paciente de I a IV, sendo I o paciente assintomático e IV o paciente com sintomas ao repouso (GOLDMAN *et al*, 1981). Em relação à adesão, é aplicado o questionário de adesão (ANEXO E), previamente adaptado e validado por Bocchi e colaboradores, 2008.

O questionário de adesão é um instrumento desenvolvido para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes com IC. Trata-se de um instrumento com 10 questões relacionadas ao uso dos medicamentos prescritos, verificação diária do peso, ingestão de sal, ingestão hídrica e comparecimento a consultas e exames marcados. Para cada questão que o paciente respondia conforme o preconizado, ganhava um ponto, do contrário, não pontuava. Dessa maneira, o escore da adesão pode variar de zero a 10 pontos.

Ao final da visita domiciliar, foram fornecidas orientações sobre a IC e o tratamento, como controle da ingestão de líquidos e sal, verificação diária de peso, monitorização quanto a sinais e sintomas de descompensação da doença, ação e efeitos colaterais de cada um dos medicamentos prescritos, vacinação contra a vacina da gripe e da pneumonia, além de esclarecimentos sobre as dúvidas dos pacientes e familiares.

3.5.2 Segunda visita domiciliar

A segunda visita domiciliar ocorreu três semanas após a primeira. Nesse momento, os mesmos instrumentos foram aplicados novamente. Nesta visita foram verificadas as dúvidas do paciente e/ou cuidador com relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico e

novamente os mesmos são reforçados quanto a orientações sobre a IC e autocuidado (mesmas orientações da primeira visita).

3.6 Análise dos Dados

Os dados foram digitados em um banco de dados do programa Microsoft Excel e analisados no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 18.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão para aquelas com distribuição normal; as categóricas com frequências absolutas e percentuais. Os escores de adesão foram comparados pelo teste t pareado.

3.7 Aspectos Éticos

Os princípios éticos foram respeitados, de acordo com as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos”, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Este projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número TCC-35-09.

4 RESULTADOS PRELIMINARES

A seguir estão apresentados os resultados preliminares desse estudo.

4.1 Características sócio-demográficas e clínicas

Foram incluídos no estudo 24 pacientes (total da amostra 32), com idade média de 65 ± 16 anos, 14 (58%) do sexo masculino, a maioria residia com dois ou mais membros da família. Cinquenta por cento tinha até seis anos de estudo e ganhavam até três salários mínimos. A etiologia mais prevalente da IC foi a isquêmica, seguida da hipertensiva, e a fração de ejeção média foi $30\% \pm 7$. No que se refere a internações prévias, 16 (67%) dos pacientes estiveram internados pelo menos uma vez devido a IC descompensada nos últimos 12 meses. Estas e as demais características estão demonstradas da Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com insuficiência cardíaca. Porto Alegre, 2009 - 2010.

Características	n = 24
Idade, anos	65 ± 16
Sexo, masculino	14 (58)
Cor, branca	17 (71)
Tempo de estudo, anos	6 ± 3
Status profissional, aposentados	14 (58)
Moram com dois ou mais membros da família	20 (83)
Renda familiar, salários mínimos	3 ± 1
Etiologia da IC	
Isquêmica	9 (37,5)
Hipertensiva	6 (25)
Fração de ejeção	30 ± 7

Número de medicações em uso	7 ± 2
Internações prévias	16 (67)
Comorbidades presentes	
Hipertensão arterial sistêmica	15 (62,5)
Diabetes mellitus	9 (37,5)
Dislipidemia	8 (33,3)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	4 (16,7)
Classe Funcional I-II na VD1	14 (58)
Classe Funcional I-II na VD2	18 (75)

As variáveis contínuas são expressas como média ± desvio padrão ou mediana; as variáveis categóricas são expressas como n(%).

4.2 Adesão ao tratamento

A seguir estão ilustrados os resultados referentes à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Em relação ao escore geral de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da IC, os pacientes apresentaram aumento significativo no escore ao compararmos a primeira visita domiciliar com a segunda ($P = 0,012$), conforme ilustra a Figura 1.

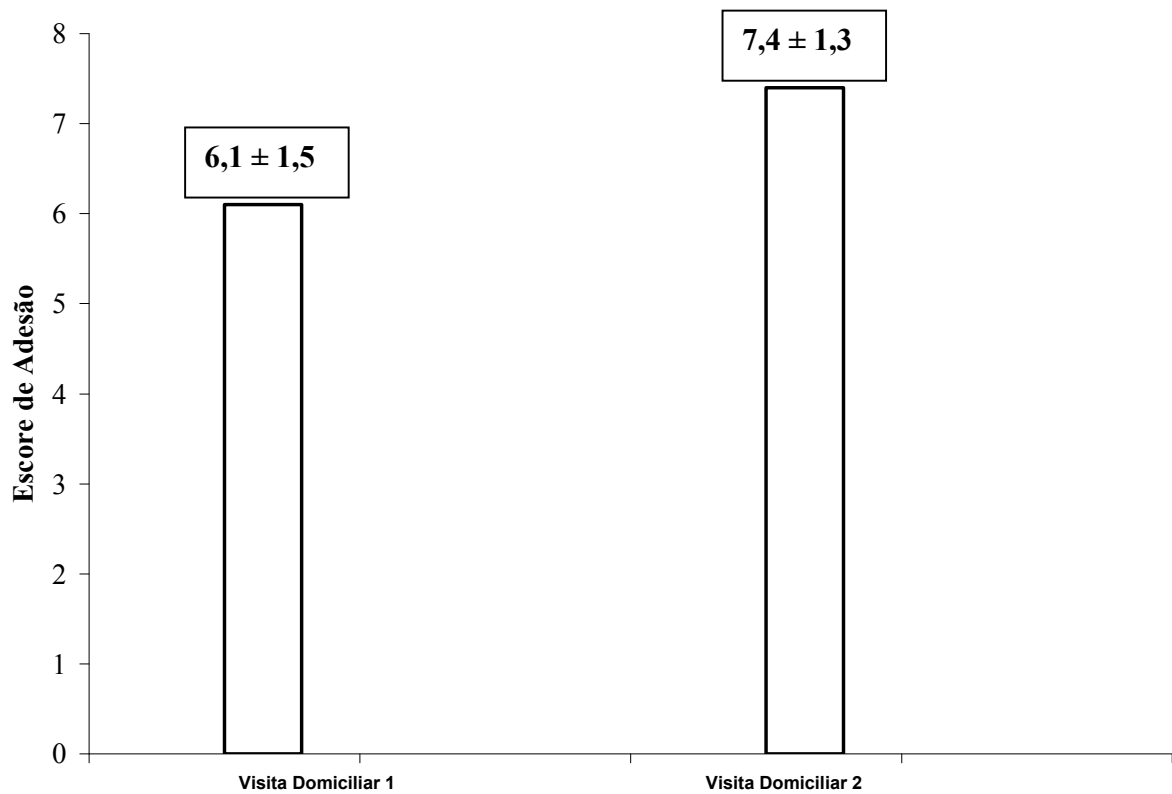


Figura 1. Escore de Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca. ($P = 0,012$), teste t pareado. Porto Alegre, 2009-2010.

Na tabela 2 estão listadas as questões do questionário de adesão ao tratamento na primeira visita domiciliar e na segunda visita. Observa-se que nenhuma questão apresentou decréscimo no percentual de adesão entre a primeira e a segunda visita, contudo, determinadas questões apresentaram aumento no percentual, como o uso correto dos medicamentos prescritos, o controle da ingesta salina e o comparecimento às consultas e exames agendados. As questões que apresentaram maior diferença no percentual de adesão foram as questões relacionadas à verificação diária do peso, que aumentou de zero para 25% e as questões relacionadas ao controle da ingesta hídrica.

Tabela 2 – Percentual de adesão ao tratamento por questão respondidos na visita domiciliar 1 e na visita domiciliar 2. Porto Alegre, 2009-2010.

Questão	Visita 1	Visita 2
Usou os medicamentos nos últimos 15 dias conforme prescrição médica	12 (47)	15 (64)
Verifica o peso todos os dias	0	6 (25)
Não coloca sal ou utiliza pouco sal nos alimentos	22 (94,7)	22 (94,7)
Não adiciona especiarias, molhos e outros alimentos fabricados com sal normal nas suas refeições	15 (63)	18 (77)
Não faz refeições ou come alimentos fora do lar, sem restrição de sal	19 (78,6)	20 (84)
Não faz refeições como sopas, gelados, gelatina, suco, geléia, leite, chá, café, etc, não considerando a quantidade de líquidos	5 (21)	12 (52,6)
Diminuiu a ingesta de líquidos de acordo com a instrução do seu médico ou enfermeiro	9 (37)	15 (63)
Não consome frutas com maiores quantidades de líquidos, sem considerar o líquido	12 (50)	21 (89,5)
Não ingere ou raramente bebida alcoólica	20 (84)	21 (89,5)
Não faltou à alguma consulta ou exame agendado	21 (86)	22 (94,7)

As variáveis estão expressas como n(%).

5 DISCUSSÃO

Esse estudo apresenta resultados preliminares de adesão ao tratamento de pacientes com IC acompanhados por enfermeiras em ambiente domiciliar. Os resultados identificaram melhora no escore de adesão quando comparada a primeira visita domiciliar com a segunda. Analisando as questões isoladamente pode-se perceber que as questões relacionadas à verificação diária do peso e as questões relacionadas à ingesta hídrica foram as que apresentaram melhor desempenho na segunda visita. Em relação à classe funcional, que classifica a IC de acordo com os sintomas, as classes I-II, que representam o paciente assintomático ou com sintomas somente ao esforço físico intenso também foram mais prevalentes na segunda visita, o que demonstra que houve uma melhora no aspecto clínico dos pacientes.

A adesão ao tratamento em pacientes com IC é considerada um grande problema. Estudos demonstraram que 50% dos pacientes com doenças crônicas têm baixa adesão ao tratamento, contribuindo desta forma para a piora da doença bem como da qualidade de vida. (EKMAN *et al*, 2006; KRIPALANI; YAO; HAYNES, 2007). A adesão ao tratamento é essencial para evitar crises de descompensação. No entanto, isto tem sido uma importante limitação para alguns pacientes, e por conta disso, as taxas de readmissões por IC continuam elevadas (MANGINI *et al*, 2008; FONARROW *et al*, 2008). Diversos estudos têm enfatizado que a má adesão ao tratamento configura-se entre os principais fatores precipitantes de descompensação da doença (JOSHI *et al*, 1999; TSUYUKI *et al*, 2001; MANGINI *et al*, 2008).

Em relação à baixa adesão ao tratamento, esta pode estar relacionada a fatores de risco como problemas sócio-econômicos, distúrbios psicológicos e prejuízos cognitivos, somados às características da doença, e à complexidade do tratamento. Além disso, os custos das medicações, as quantidades e seus efeitos, o relacionamento entre profissional de saúde e paciente também influenciam na adesão ao tratamento (TABOR; LOPEZ, 2004; OSTERBERG *et al*, 2005). Corroborando com estes dados, ressalta-se que a maior parte dos portadores de IC são idosos, e portanto, outras comorbidades fazem parte da lista de problemas dos pacientes, aumentando desta forma o número de medicamentos por outras causas (DAHLSTROM, 2005). Esses dados estão de acordo com o nosso estudo, onde o número de medicações utilizadas pelos pacientes variaram de quatro a dez por conta de outras comorbidades.

Contudo, poucos estudos analisaram o impacto da visita domiciliar na adesão ao tratamento da IC, provavelmente devido à escassez de instrumentos para avaliar tal questão. No primeiro estudo de intervenção multidisciplinar em IC, foi demonstrado que o acompanhamento de pacientes por equipe especializada para educação sobre a doença, autocuidado e adesão ao tratamento resultou em melhora significativa da qualidade de vida e da adesão nos pacientes do grupo intervenção (RICH *et al*, 1995). Posteriormente, outro ensaio clínico randomizado também identificou a visita domiciliar como uma estratégia eficaz, pois promove o aumento do autocuidado, que por conseguinte auxilia no aumento da adesão e colabora na redução de readmissões hospitalares e morte (STEWART; PEARSON; HOROWITZ, 1998). Resultados semelhantes foram demonstrados por Strömberg (2003).

Seguindo essa mesma linha, um estudo publicado em 2003 objetivou investigar o efeito de intervenções domiciliares em readmissões hospitalares e qualidade de vida em 33 pacientes com IC por um período de um ano. Os resultados demonstraram queda no índice de readmissões hospitalares e aumento na qualidade de vida, levando os autores a concluir que intervenções domiciliares resultam em melhora da qualidade de vida e diminuição nas taxas de readmissão hospitalar (VAVOURANAKIS *et al*, 2003).

Uma revisão sistemática publicada em 2005 envolveu 30 ensaios clínicos randomizados relacionados à efetividade de intervenções multidisciplinares em pacientes com IC. As intervenções incluíam consultas em clínicas com médicos, enfermeiros, nutricionistas ou assistentes sociais, além de visitas domiciliares, monitorização por telefone, vídeos educativos, e intervenções realizadas durante internação hospitalar. Os resultados dessa revisão demonstraram que as estratégias que envolvem manejo multidisciplinar reduzem os índices de readmissão por IC descompensada e colaboram na diminuição nas taxas de mortalidade. Os resultados ainda evidenciaram que as intervenções realizadas em ambiente domiciliar foram as mais efetivas, sendo esses dados de acordo com o que vem sendo publicado na literatura (HOLLAND *et al*, 2005).

Analisando a visita domiciliar no seu contexto histórico no Brasil, uma pesquisa bibliográfica publicada em 2008 descreveu a visita domiciliar como um instrumento fundamental para conhecer o indivíduo e a sua família, dentro do seu contexto social. No entanto, esse é um processo que requer preparo, habilidades de comunicação, ética e conhecimento (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). Dentre as ferramentas utilizadas, a visita domiciliar destaca-se por

facilitar a abordagem dos pacientes e de suas famílias aos cuidados primários e às orientações sobre a doença e autocuidado, realizando o cuidado individualmente no contexto familiar e social de cada paciente (ARTINIAN *et al*, 2002), sendo considerada uma abordagem mais efetiva e humanizada, por educar e cuidar do paciente em seu ambiente de rotina (FABRÍCIO *et al*, 2004).

Dentre as atividades realizadas em visitas domiciliares, um estudo publicado em 2005 teve como objetivo documentar as atividades realizadas por enfermeiras especialistas em IC em intervenções domiciliares realizadas com 255 pacientes com IC em um programa de 12 meses. O estudo identificou sete atividades principais realizadas pelas enfermeiras: monitorização e reforço quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação; organização e discussão com outros profissionais da saúde para decidir que ferramentas aplicar quando há mudanças no *status* clínico do paciente; esclarecer e reforçar estratégias de autocuidado para os pacientes; promover suporte aos pacientes e familiares; identificar questões psicossociais que possam estar prejudicando a efetividade do tratamento; entre outras. Os autores desse estudo concluíram que a maior parte das atividades de enfermagem está relacionada à facilitação da comunicação entre paciente e equipe de saúde e à promoção de informações e suporte aos pacientes e seus familiares (DAVIDSON *et al*, 2005).

De acordo com a literatura, a IC é uma doença que provoca uma sensível perda na qualidade de vida, resultando muitas vezes, em aposentadorias precoces e altos custos socioeconômicos para o país. O maior desafio da equipe de saúde está em prevenir a IC, por isso é importante concentrar investimentos na difusão das informações e na educação da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009). Programas de intervenções não farmacológicas são importantes ao auxiliar na melhorar a qualidade de vida, diminuir internações e custos (MANGINI *et al*, 2008). O sucesso do tratamento não farmacológico requer esforços continuados e frequentes, objetivando manter a aproximação da equipe junto aos pacientes e seus cuidadores, reforçando desta forma as orientações sobre a doença e o autocuidado (RABELO *et al*, 2007). Um ensaio clínico randomizado recente reforça essa teoria ao constatar o efeito da educação e orientação sobre manejo não-farmacológico de IC por enfermeira, identificando significativa diferença de adesão entre o grupo controle e o grupo para o qual os conhecimentos eram fornecidos (VAN DER WAL; JAARSMA, 2008).

O cuidado multidisciplinar a pacientes com IC deve estar voltado para os fatores que podem exacerbar a IC, estando atento à resposta que o paciente apresenta ao esforço físico, como

realizar caminhadas, carregar sacolas, tomar banho, enfim, as atividades de sua rotina diária, além de observar manifestações de sinais e sintomas de descompensação, como ortopnéia, distensão de veia jugular, edema periférico, entre outros, sendo o objetivo do tratamento ajudar o paciente a manter a estabilidade clínica e evitar readmissões hospitalares. O sucesso do plano terapêutico para pacientes com IC depende principalmente da participação e da adesão do paciente, associado à escolha adequada do tratamento pela equipe de saúde. Estratégias voltadas para a adesão do paciente devem fazer parte do plano de tratamento, sendo necessário identificar os fatores que dificultam a adesão para que a equipe de saúde e o paciente pensem em conjunto estratégias para alcançar os objetivos do tratamento (GRADY *et al*, 2000).

Em um estudo publicado recentemente, pesquisadores procuraram identificar em 143 pacientes divididos em novatos (sem experiência de sinais e sintomas de descompensação da IC) e experientes quanto aos sinais e sintomas. Os resultados indicaram um índice baixo de autocuidado entre os paciente que não haviam experienciado os sinais e sintomas de descompensação da IC. No entanto, somente cerca de um terço dos pacientes considerados experientes sabia reconhecer adequadamente os sinais e sintomas de descompensação da doença, o que contribui para a piora progressiva da doença e prováveis readmissões, com impacto negativo na qualidade de vida e em maiores limitações nas atividades diárias. Os autores concluíram que ensinar aos pacientes ferramentas para o autocuidado é um investimento com resultados em longo prazo (CAMERON *et al*, 2010).

5.1 Limitações do estudo

Na avaliação da adesão ao tratamento, não foi feita comparação com o grupo controle do ensaio clínico, sendo difícil verificar o verdadeiro impacto da visita domiciliar na adesão. Além disso, o questionário não avalia fatores envolvidos na adesão, apenas classificando o paciente como aderente ou não. Outra dificuldade do estudo relaciona-se ao fato de que não foi possível completar a amostra, pois do total de pacientes randomizados até o momento como intervenção, poucos chegaram à etapa da segunda visita domiciliar. Dessa maneira, deve-se seguir o estudo, para completar a amostra total e compararmos os dados encontrados com o grupo controle.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Os resultados preliminares deste estudo permitiram concluir que o acompanhamento domiciliar de pacientes com IC por enfermeiras colabora no aumento da adesão ao tratamento. As orientações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados farmacológicos e não farmacológicos em cada visita promoveram o aumento da adesão em algumas questões, principalmente nas questões relacionadas à ingestão hídrica e à verificação diária de peso.

Diante do exposto, deve-se seguir esse estudo para que os pacientes compreendam e saibam cada vez mais sobre a IC, aumentando progressivamente o escore de adesão. Além disso, julga-se necessária a realização de novos estudos que reforcem a hipótese de que a visita domiciliar realizada por enfermeiras é uma ferramenta efetiva que promove o seguimento e o acompanhamento das orientações realizadas em ambiente hospitalar, avaliando sistematicamente como é efetivamente realizado o tratamento na realidade de cada paciente, com o objetivo de aumentar a adesão, e conseqüentemente a qualidade de vida do paciente com IC, diminuindo o número de readmissões hospitalares.

A visita domiciliar possibilita que a equipe de saúde visualize como de fato se dá a rotina do paciente, como o mesmo organiza-se para tomar os medicamentos e realizar as mudanças necessárias em seus hábitos de vida, quais suas condições de moradia, qual a renda que possui, como é a relação entre paciente e seus familiares, fatores esses que possuem bastante interferência na adesão ao tratamento. Além disso, possibilita ao paciente um cenário propício para tornar mais próxima a relação entre paciente e equipe de saúde, pois o mesmo pode sentir-se mais à vontade para relatar as suas dúvidas e dificuldades. Além disso, o acompanhamento domiciliar possibilita um cuidado mais individualizado e permite que as estratégias de cuidado em saúde sejam decididas em conjunto, entre paciente e equipe.

REFERÊNCIAS

- ALBANESI FILHO, F. M. O que vem ocorrendo com a insuficiência cardíaca no Brasil? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 85:155-156, 2005.
- ARTINIAN, N. T. *et al.* Self-care behaviours among patients with heart failure. **Heart Lung**, 31(3):161-72, 2002.
- BARRETTO, A. C. P. *et al.* Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: Índices Ainda Alarmantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 91(5):335-341, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, p.21082-21085. Disponível em: < www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html > Acesso em: 15 out 2009.
- BOCCHI, E. A. *et al.* A Long-term Prospective Randomized Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADHE Study Trial. **Circulation: Heart Failure**, 1:10-18, 2008.
- BROTONS, C. *et al.* Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study. **Revista Española de Cardiología**, 6(4):400-408, 2009.
- CAMERON, J. *et al.* Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference? **European Journal of Cardiovascular Nursing**, 9(2):92-100, 2010.
- CLELAND, J. G; KHAND, A; CLARK, A. The heart failure epidemic: exactly how big is it? **European Heart Journal**, 22:623-626, 2001.
- CLINE, C. M. J. *et al.* Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. **European Journal of Heart Failure**, 1:145-149, 1999.
- DAHLSTRÖM, U. Frequent non-cardiac comorbidities in patients with chronic heart failure. **The European Journal of Heart Failure**, 7:309– 316, 2005.
- DAVIDSON, P. *et al.* Activities of Home-Based Heart Failure Nurse Specialists: A Modified Narrative Analysis. **American Journal of Critical Care**, 14: 426-433, 2005.
- EKMAN, I. *et al.* Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-years randomized trial. **Patient Education and Counseling**, 61:348-353, 2006.
- FABRÍCIO, S. *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 12:721-726, 2004.

- FONARROW, G. C. *et al.* Factors Identified as Precipitating Hospital Admissions for Heart Failure and Clinical Outcomes: Findings For OPTIMIZE-HF. **Archives of Internal Medicine**, 168(8):847-54, 2008.
- GOLDMAN, L. *et al.* Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale. **Circulation**, 64:1227-1234, 1981.
- GONSETH, J. *et al.* The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. **European Heart Journal**, 25:1570–1595, 2004.
- GRADY, K. L. *et al.* Team management of patients with heart failure. A statement for health care professionals from the cardiovascular nursing council of the American Heart Association. **Circulation**, 102:2443-2456, 2000.
- HO, Y. L. *et al.* Improved cost-effectiveness for Management of Chronic Heart Failure by Combined Home-based Intervention with Clinical Nursing Specialists. **Journal of the Formosan Medical Association**, 106(4):313–19, 2007.
- HOLLAND, R. *et al.* Systematic review of multidisciplinary interventions in heart Failure. **Heart**, 91: 899–906, 2005.
- JOSHI, P. P. *et al.* Factors precipitating congestive heart failure - role of patient non-compliance. **Journal of Association of Physicians of India**, 47(3):294-5, 1999.
- JOVICIC, A; HOLROYD-LEDUC, J. M; STRAUS, S. E. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. **BioMed Central Cardiovascular Disorders**, 6:1-8, 2006.
- KRIPALANI, S; YAO, X; HAYNES, B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. **Archives of Internal Medicine**, 167:540-549, 2007.
- LAW, M. *et al.* Tradução: Raquel E. Luz, Marisa C. Mancini, Rosana F. Sampaio. **Orientações Para o Formulário de Revisão Crítica: estudos quantitativos**. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 1998. 15 p.
- MANGINI, S. *et al.* Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 90(6): 433-440, 2008.
- MANTOVANI, M. F; MOTTIN, J. V; RODRIGUES, J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades no tratamento da pressão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 20;6(1), 2007. Disponível em <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/757/171>
- MCMURRAY, J. J. V; STEWART, S. The burden of heart failure. **European Heart Journal**, Suppl. 4 (Suppl D):50-58, 2002.

- MOSER, D. K; DOERING, L.V; CHUNG, M. L. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. **American Heart Journal**,150(5):984, 2005.
- OSTERBERG, L. *et al.* Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, 453: 487-497, 2005.
- RABELO, E. R. *et al.* O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: O papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 15(1), 2007.
- RICH, M.W; *et al.* Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. **American Journal of Medicine**, 101(3):270-276, 1996.
- SANTOS, E. M; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista eletrônica de Enfermagem**, 10(1):220-227, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 92(6 supl.1):1-71, 2009.
- STEWART, S; PEARSON, S; HOROWITZ, J. D. Effects of a home based intervention among patients with congestive heart failure discharge from acute hospital care. **Archives of Internal Medicine**, 158(10):1067-1072, 1998.
- STRÖMBERG, A. *et al.* Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. Results from a prospective, randomized trial. **European Heart Journal**, 24:1014-1023, 2003.
- TABOR, P. A; LOPEZ, D. A. Comply with us: improving medication adherence. **Journal of pharmacy practice**, 17(3):167-181, 2004.
- TSUYUKI, R. T. *et al.* Acute precipitants of Congestive Heart Failure Exacerbations. **Archives of Internal Medicine**,161:2337-2342, 2001.
- VAN DER WAL MHL, JAARSMA T. Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. **International Journal of Cardiology**, 125:203–208, 2008.
- VAVOURANAKIS, I. *et al.* Effect of home-based intervention on hospital readmission and quality of life in middle-aged patients with severe congestive heart failure: a 12 month follow up study. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, 2:105-111, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva. 2003. Disponível em: <www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf> Acesso em: 01 set. 2009.
- WU, J. R. *et al.* Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. **Heart & Lung**, 37(1):8-16, 2008.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Impacto da visita domiciliar no conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo avaliar o impacto da intervenção de enfermagem por meio do cuidado domiciliar aos pacientes com insuficiência cardíaca no período de 6 meses nas taxas de readmissões hospitalares e a relação custo efetividade desta intervenção. Esta pesquisa tem um caráter científico. Trata-se de um estudo clínico randomizado, ou seja, em um grupo (grupo intervenção) os pacientes serão acompanhados por um período de seis meses, por um enfermeiro que irá até a sua casa para avaliá-lo e monitorar sinais e sintomas de melhora ou piora da sua doença. O outro grupo (grupo controle) não terá acompanhamento durante este período com este enfermeiro, mas seguirá o tratamento com a sua equipe de saúde normalmente. Fica claro que o(a) Senhor(a) tem as mesmas chances de outros pacientes do estudo em participar de um ou de outro grupo e isso se dará através de um sorteio. Se você for sorteado para este acompanhamento por enfermeiro, você receberá quatro visitas na sua residência, a primeira será 4-7 dias após a alta e após receberá uma outra visita em 16 dias, outra 46 dias depois e 90 dias, intercaladas por contato telefônico, sendo que ao final do período de acompanhamento (6 meses) o senhor (a) terá que comparecer à instituição de referência para avaliação final da pesquisa. Durante estas consultas que tem duração de aproximadamente 1h o enfermeiro deste estudo irá lhe examinar e orientar sobre os hábitos de vida, ingestão correta de medicamentos, observação de sinais e sintomas. Nestas consultas também será verificada a sua pressão arterial e frequência cardíaca, peso, conferida a receita médica e os medicamentos, além da ausculta do coração, pulmão e exame dos membros inferiores, exame este semelhante ao que é realizado nas suas consultas ao hospital. Se o Sr. for sorteado para o grupo controle, será avaliado pela equipe na sua internação e após 6 meses da sua alta para avaliação das mesmas medidas da internação. Se o(a) Senhor(a) concordar em participar desta pesquisa deverá responder um questionário com várias questões sobre seus hábitos de vida, além de outras informações pessoais. Todas as informações serão sigilosas e codificadas com um número, os quais só os pesquisadores terão acesso. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecida para qualquer outra pessoa que não seja um dos

pesquisadores. As informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa. O (A) Senhor(a) tem direito de recusar-se a participar deste estudo e sua decisão não influenciará em nada no seu atendimento no Hospital de Clínicas/Instituto de Cardiologia de Porto Alegre. Pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, respondendo questões relativas à minha internação neste hospital. Fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, sobre os objetivos desse estudo. Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a presente pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu cuidado e tratamento;

- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

- do consentimento e liberação do endereço e telefone residencial para visita e contato com a finalidade informativa sobre o meu estado clínico de saúde.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é a Professora Doutora Eneida Rejane Rabelo da Silva, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta instituição.

Telefones dos pesquisadores: (51) 21018843.

Nome e assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

ANEXO B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE Nº: _____

NOME
DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO:
PONTO DE REFERÊNCIA:
TELEFONES:
Enfermeira: (1) ENS (2) KR (3) CM

ANEXO C – DADOS BASAIS

PACIENTE Nº: _____

Variáveis
Domínio sócio-demográfico
1. Grupo: (1) Intervenção (2) Controle
2. Instituição: (1)HCPA (2)ICFUC 2.1 Local da inclusão: (1) emergência (2)Unidade clínica de internação
3. Data da randomização /inclusão no estudo:
4. Data da internação:
5. Data da alta hospitalar:
6. Sexo: (1) M (2) F
7. Cor: (1) B (2) N (3) Parda
8. Status profissional: (1) ativo (2) desempregado (3) aposentado (4) afastado INSS/LG
9. Status conjugal: (1) casado/com companheiro (2) solteiro (3) separado/ divorciado (4) viúvo
10. Anos completos de estudo: ___ série do ___ grau
11. Mora com quem? (1) sozinho (2) com companheiro (3) família (≥ um membro) (4) Outros
12. Renda familiar (1 SM = R\$ 450): (colocar o valor em reais) Pessoa 1 R\$ _____._____, ____ Pessoa 2: R\$ _____._____, ____ Pessoa 3: R\$ _____._____, ____ Pessoa 4: R\$ _____._____, ____
Domínio clínico
13. Tempo de IC: (deve ser preenchido apenas um item) Dias: ___ Mês: ___ Anos: ___
14. Etiologia IC: (1) isquêmica (2) hipertensiva (3) valvar (4) alcoólica (5) periparto (6) tóxica (7) idiopática (8) viral
15. Classe funcional: NYHA: (1) I (2) II (3) III (4) IV
16. Internações prévias no último ano por IC: (0) Não (1) Sim Se sim, quantas vezes Internou? ___
17. DM: (0) Não (1) Sim
18. HAS: (0) Não (1) Sim
19. História familiar de Cardiopatia isquêmica: (0) Não (1) Sim
20. SCA: (0) Não (1) Sim
21. CRM: (0) Não (1) Sim Se sim, quando? _____
22. ACTP: (0) Não (1) Sim Se sim, quando? _____
23. DPOC: (0) Não (1) Sim

24. Dislipidemia: (0) Não (1) Sim																				
25. ACFA/flutter: (0) Não (1) Sim																				
26. Depressão: (0) Não (1) Sim																				
<p>27. Você fuma ou já fumou? (0) Não PULE para a pergunta 28 (1) Sim (2) ex-fumante PULE para a pergunta 28</p> <p>27.1 Quantos cigarros você fuma por dia? ___ ___ cigarros</p> <p>27.2 Que idade você tinha quando começou a fumar regularmente? ___ ___ anos (99) não lembro</p> <p>27.3 Você já tentou parar de fumar? (0) Não (1) Sim</p> <p>27.4 Alguma vez na vida você já recebeu aconselhamento de médicos ou profissionais de saúde sobre seu hábito de fumar? (0) Não (1) Sim</p>																				
<p>28. Com que frequência você costuma ingerir alguma bebida alcoólica? (1) todos os dias (2) 5 a 6 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 1 a 2 dias por semana (5) quase nunca (6) não consome bebida alcoólica PULE para a pergunta N° 29</p> <p>28.1 Num único dia você chega a tomar mais do que 1 lata de cerveja ou mais do que 1 taça de vinho ou mais do que 1 dose de qualquer outra bebida alcoólica? (0) Não PULE para a pergunta N° 29 (1) Sim</p> <p>28.2 No último mês, você chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia? (0) Não (1) Sim</p>																				
<p>29. Você pratica alguma atividade física, exceto as atividades próprias do seu trabalho e serviços domésticos? (0) Não → PULE para pergunta 30 (1) Sim</p> <p>29.1 Você pratica alguma atividade física há mais de 1 mês? (0) Não → PULE para pergunta 30 (1) Sim</p> <p>29.2 Agora você vai me dizer qual atividade física pratica, frequência e duração:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Qual atividade</th> <th>Quantas vezes por semana</th> <th>Tempo de duração da sessão (minutos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Qual atividade	Quantas vezes por semana	Tempo de duração da sessão (minutos)	1				2				3				4			
	Qual atividade	Quantas vezes por semana	Tempo de duração da sessão (minutos)																	
1																				
2																				
3																				
4																				
30. PA (última registrada em prontuário):																				
31. FC (última registrada em prontuário):																				

32. Medicações em uso (prescrição médica do dia ou receita de alta (dose diária))
32.1 AAS: (0) Não (1) Sim
32.2 Captopril/enalapril ou outro IECA: (0) Não (1) Sim
32.3 Metoprolol/carvedilol/atenolol: (0) Não (1) Sim
32.4 Furosemida /hidroclorotiazida: (0) Não (1) Sim
32.5 Espironolactona: (0) Não (1) Sim
32.6 Digoxina: (0) Não (1) Sim
32.7 Diltiazem/verapamil: (0) Não (1) Sim
32.8 Isordil/apressolina: (0) Não (1) Sim
32.9 Sinvastatina /pravastatina /atorvastatina: (0) Não (1) Sim
32.10 Clopidogrel/ticlopidina: (0) Não (1) Sim
32.11 Warfarina/marcoumar (ACO): (0) Não (1) Sim
32.12 Amiodarona: (0) Não (1) Sim
32.13 Glifage/glucoformim/daonil: (0) Não (1) Sim
32.14 Outros:
33. Exames laboratoriais (última medida da internação)
33.1 K (valor e data):
33.2 Na (valor e data):
33.3 Ht (valor e data):
33.4 Hg (valor e data):
33.5 Plaquetas (valor e data):
33.6 Leucócitos (valor e data):
33.7 Uréia (valor e data):
33.8 Creatinina (valor e data):
34. Dados ecocardiográficos (última eco)
34.1 FEVE (%):
34.2 Diâmetro sistólico do VE:
34.3 Diâmetro diastólico do VE:
34.4 Diâmetro do VD:

ANEXO D - INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR

PACIENTE Nº: _____

Variáveis
1. Visita domiciliar: (1) 1ª (2) 2ª (3) 3ª (4) 4ª
Desfechos
2. Hospitalizações desde a alta: (0) Não PULE para a questão 4 (1) Sim 2.1 Se sim, quantas vezes: _____
3. Motivo: (1) Descompensação da IC (2) Arritmia (3) SCA (4) Internação eletiva (5) Outro: 3.1 Qual instituição? 3.2 Data da internação: 3.3 Data da alta: 3.4 Motivo: (1) Descompensação da IC (2) Arritmia (3) SCA (4) Internação eletiva (5) Outro: 3.5 Qual instituição? 3.6 Data da internação: 3.7 Data da alta:
4. Visitas ao Serviço de emergência desde a alta ou última VD: (0) Não (1) Sim 4.1 Quantas vezes: 4.2 Motivo: (1) Descompensação da IC (2) Arritmia (3) SCA (4) Outro: 4.3 Data da visita na emergência: _____ 4.4 Qual instituição? 4.5 Visitas ao Serviço de emergência desde a alta ou última VD: (0) Não (1) Sim 4.6 Quantas vezes: 4.7 Motivo: (1) Descompensação da IC (2) Arritmia (3) SCA (4) Outro: 4.8 Data da visita na emergência: _____ 4.9 Qual instituição?
5. Está em acompanhamento médico atual: (0) Não (1) Sim 5.1 Onde? (1) ambu ICC HCPA (2) ambu MEI HCPA (3) ambu cardiologia HCPA (4) ambu ICFUC (5) Outro local:
6. Medicamentos em uso pelo paciente (o que o paciente está tomando) colocar a dose diária e circular a medicação nas alternativas que tem mais de uma: 6.1 AAS: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente

<p>6.2 Captopril/enalapril ou outro IECA: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6.3 Metoprolol/carvedilol/atenolol: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6.4 Furosemida: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6.5 Hidroclorotiazida: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6.6 Espironolactona: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6.7 Digoxina: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6.8 Diltiazem/verapamil: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6.9 Isordil/apressolina: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6. 10 Sinvastatina/pravastatina/atorvastatina: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6. 11 Clopidogrel: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6. 12 Warfarina/marcoumar (ACO): (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6. 13 Amiodarona: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6. 14 Glifage/glucoformim/daonil: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6. 15 Losartan: (0) Não (1) Sim, conforme prescrito (2) Sim, inadequadamente</p> <p>6. 15 Outros:</p>
<p>7. Vacinas no último ano: (0) Não PULE para questão 8 (1) Sim</p> <p>7.1 Influenza: (0) Não (1) Sim</p> <p>7.2 Pnemocócica: (0) Não (1) Sim</p>
<p>8. Desfecho de custos</p> <p>8.1 Tempo de duração da VD (minutos):</p> <p>8.2 Tempo total de deslocamento para VD:</p> <p>8.3 Ida (tempo em minutos):</p> <p>8.4 Volta (tempo em minutos):</p> <p>8.5 Intercorrências durante a VD ou o trajeto: (0) sim (1) não</p> <p>8.6 Qual?</p>

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE ADESÃO PARA PACIENTES COM IC

PACIENTE N°: _____

Considerar a data da alta ou da última VD.

Variáveis
<p>1. Usou os medicamentos nos últimos 15 dias, de acordo com a prescrição médica?</p> <p>0 - Nunca uso adequadamente 1 - Às vezes 2 - Sempre</p>
<p>2. Você verifica o seu peso todos os dias?</p> <p>0 – Não verifico 1 – Uma vez na semana 2 – Duas vezes na semana 3 – Três vezes na semana 4 – Todos os dias</p>
<p>3. Você coloca sal aos seus alimentos?</p> <p>0 – Não uso sal (Nada) 1 – No cozimento dos alimentos (Pouco) 2 – No cozimento dos alimentos (Normalmente) 3 – Sal na mesa 4 – Cozimento dos alimentos mais sal na mesa</p>
<p>4. Você adiciona especiarias, molhos e outros alimentos fabricados com sal normal para as suas refeições?</p> <p>0 – Não uso (Nada) 1- Às vezes 2 – No cozimento dos alimentos (Pouco) 3 – No cozimento dos alimentos (Normalmente)</p>

5. Você faz refeições ou come alimentos fora do lar, sem restrição de sal?

- 0 - Sempre
- 1 - Às vezes
- 2 - Quase nunca
- 3 - Nunca

6. Você faz as refeições com ingestão sopas, gelados, gelatina, geléia, suco, leite, chá, café, de bebidas não alcoólicas, etc, não considerando a quantidade de líquido?

- 0 - Sempre
- 1 - Às vezes
- 2 - Nunca

7. Você diminuiu a ingestão de líquidos de acordo com a instrução do seu médico ou enfermeiro?

- 0 - Sempre
- 1 - Às vezes
- 2 - Nunca

8. Você come frutas com maiores quantidades de líquidos, sem considerar o líquido, tais como laranjas, melão, melancia, abacaxi, água de coco, etc?

- 0 - Sempre
- 1 - Às vezes
- 2 - Nunca

9. Você ingere alguma bebida alcoólica?

- 0 - Sempre
- 1 - Às vezes
- 2 - Nunca

10. Você faltou a alguma consulta médica ou exame agendado?

- 0 - Sempre
- 1 - Às vezes
- 2 - Nunca