

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MELINA MARIA TROJAHN

**Associação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e os preditores para
o autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por
seis meses com visita domiciliar**

**Porto Alegre
2012**

MELINA MARIA TROJAHN

**Associação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e os preditores para
o autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por
seis meses com visita domiciliar**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Porto Alegre

2012

Dedico este trabalho aos meus pais por sempre estarem do meu lado apoiando minhas decisões e investindo na minha educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a duas pessoas fundamentais em toda a minha graduação e principalmente na minha vida, meus pais César e Susel, por serem meus incentivadores, apoiadores e patrocinadores desde sempre, por me proporcionarem uma educação de qualidade mesmo longe deles e de toda a família. Agradeço a eles e aos meus irmãos César e Amanda por entenderem a minha ausência, principalmente nos finais de semana, nas festas de família e nas grandes férias de verão. Agradeço a minha irmã Amanda por estar presente diariamente comigo nos meus últimos momentos da faculdade, embora, bastante conturbados.

Agradeço à minha orientadora e Professora Eneida pelos ensinamentos, pela confiança e pelo exemplo de enfermeira e pesquisadora durante esses três anos, que sem dúvidas foram um diferencial na minha vida acadêmica. Agradeço a amiga Alexandra por ser uma parceira e amiga no trabalho e fora dele, por poder contar com ela em momentos bons, os nem tanto, mas principalmente os mais divertidos. Agradeço também a amiga Graciele por estar sempre presente na minha vida, mesmo que em outro país.

Agradeço a todas as Enfermeiras do projeto HELEN pelas trocas de experiências e pelo convívio diário. Também agradeço aos bolsistas que fizeram ou fazem parte desse projeto ou dos ambulatórios de Insuficiência Cardíaca por eu ter aprendido alguma coisa com cada um, principalmente a importância de trabalhar em equipe e da importância comunicação entre os bolsistas e profissionais. Agradeço especialmente a bolsista Caroline, por me aguentar e ajudar nos dias que eu estava muito sobrecarregada e estressada.

Agradeço as enfermeiras Letícia e Graziella pelo exemplo de profissionais e pelos ensinamentos.

Agradeço a oportunidade de poder estudar na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, uma universidade pública e de qualidade, que além do ensino trouxe minhas amigas: Anne, Déborah e Louíse. Agradeço também a minha amiga Bárbara por sempre acompanhar a minha vida acadêmica de perto, meus estresses e também as festas da turma.

Agradeço também ao Hospital de Clínicas que por ser um hospital escola me proporcionou muito aprendizado durante a graduação, agradeço a todos os professores e profissionais que de alguma forma contribuíram para o meu

crescimento acadêmico e pessoal. Agradeço a oportunidade de poder conhecer e fazer parte do ambulatório de Insuficiência Cardíaca, o que me trouxe bastante aprendizado e experiência em uma área não muito explorada durante a graduação.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

RESUMO

Introdução: A visita domiciliar (VD) para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) é uma abordagem que inclui educação sobre a doença, adesão ao tratamento e desenvolvimento de habilidades para o autocuidado (AC). A prática do AC pelos pacientes com IC tem sido demonstrada em grandes estudos como fator determinante na redução de crises de descompensação e consequente re-hospitalizações. A identificação de preditores para o AC faz com que as orientações sejam direcionadas e individualizadas. No Brasil a identificação desses preditores é inexplorada. **Objetivos:** Analisar a associação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e os preditores para o autocuidado em pacientes com IC acompanhados em um seguimento de seis meses. **Métodos:** Trata-se de uma coorte aninhada a um ensaio clínico randomizado em andamento que incluiu 253 pacientes e que compara o acompanhamento domiciliar com o acompanhamento convencional após a alta de pacientes admitidos por IC descompensada. Foram incluídos pacientes com IC, fração de ejeção $\leq 45\%$, que estavam internados em duas instituições de referência, Porto Alegre, RS. No grupo intervenção (GI) foram realizadas quatro visitas domiciliares (VD) por enfermeiras durante seis meses, o grupo controle (GC) recebeu acompanhamento convencional das instituições que não incluiu as visitas. O desfecho avaliado foi o escore do AC após seis meses da inclusão no projeto, verificado por meio da European Heart Failure Self Care Behaviour Scale, validada para uso no Brasil. As associações e a análise multivariada incluíram oito variáveis: idade, sexo, escolaridade, ter recebido a intervenção, suporte social, comorbidades, gravidade dos sintomas (classe funcional da New York Heart Association) e renda. **Resultados:** Preliminarmente, 155 pacientes concluíram o estudo. Houve associação entre melhor AC para pacientes com mais anos de estudos e menos comorbidades, $p=0,02$ e $p=0,006$, respectivamente. Na análise das oito variáveis, apenas ter recebido a intervenção foi preditor para o AC, $p < 0,001$. Na análise com sete variáveis para o AC, sem a intervenção no modelo, apenas o menor número de comorbidades foi preditor para o AC, $p=0,02$.

Conclusão: É possível inferir que há associação entre melhor AC e acompanhamento domiciliar, mais anos de estudos e menos comorbidades. Além disso, no modelo de regressão com oito variáveis estar no GI foi preditor de melhor AC e quando a intervenção não estava nesse modelo, menos comorbidades foi melhor preditor de AC. Tais práticas visam reduzir os episódios de descompensação da IC, tornando o paciente sujeito ativo do seu tratamento.

Descritores: insuficiência cardíaca, autocuidado, visita domiciliar

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 - Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com Insuficiência Cardíaca (n=155). Porto Alegre 2009-2012..... | 20 |
| Tabela 2 - Associação entre características sócio demográficas, clínicas e escore de AC ao final de seis meses por grupos..... | 22 |
| Tabela 3 - Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo com oito variáveis (n=155). Porto Alegre 2009-2012..... | 22 |
| Tabela 4 - Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo sem a variável intervenção (n=155). Porto Alegre 2009-2012..... | 24 |

LISTA DE SIGLAS

IC - Insuficiência Cardíaca

SUS - Sistema Único de Saúde

AC - Autocuidado

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IC-FUC - Instituto de Cardiologia- Fundação Universitária de Cardiologia

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

GI - Grupo Intervenção

GC - Grupo Controle

VD - Visita domiciliar

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EHFScBS - *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale*

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

COMPESQ - Comissão de Pesquisa de Enfermagem

NYHA - Classe funcional da New York Heart Association

CEP-HCPA - Comissão Científica e comissão de pesquisa e ética em saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 15 |
| 3 | PACIENTES E MÉTODOS..... | 16 |
| 3.1 | Tipo de estudo..... | 16 |
| 3.2 | Local..... | 16 |
| 3.3 | População..... | 16 |
| 3.4 | Cálculo da amostra..... | 17 |
| 3.5 | Coleta dos dados..... | 17 |
| 3.6 | Análise dos dados..... | 18 |
| 3.7 | Aspectos éticos..... | 19 |
| 4 | RESULTADOS..... | 20 |
| 4.1 | Características sócio-demográficas e clínicas..... | 20 |
| 4.2 | Associação entre características sócio-demográficas, clínicas e escore de AC ao final de seis meses por grupos..... | 21 |
| 4.3 | Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo com oito variáveis..... | 22 |
| 4.4 | Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo sem a variável intervenção..... | 23 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 24 |
| 6 | CONCLUSÕES..... | 27 |
| | REFERÊNCIAS..... | 28 |
| | ANEXO A-Registro no Clinicals Trials..... | 30 |
| | ANEXO B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 31 |
| | ANEXO C-Questionário EHFScBS..... | 33 |
| | ANEXO D-Dados Basais..... | 34 |
| | ANEXO E-Carta de Aprovação COMPESQ-EENF..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| ANEXO F- Carta de Aprovação CEP-HCPA..... | 40 |
| ANEXO G-Autorização para utilização de dados..... | 41 |

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica definida como a incapacidade do coração de atender a demanda de suprimento sanguíneo na presença de retorno venoso normal. É a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, e constitui-se em um dos mais importantes desafios clínicos na área da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009). No ano de 2010, as doenças cardiovasculares representaram a terceira maior causa de internações no Brasil e a IC foi responsável por 2,3% das hospitalizações e por 5,8% dos óbitos registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo com 3% do consumo total de recursos desse sistema (BRASIL, 2012).

Estudos indicam que a incapacidade dos pacientes em identificar os sinais e os sintomas de congestão, o desconhecimento do tratamento e a má adesão à terapêutica são fatores precipitantes que estão envolvidos na descompensação da IC e nas re-hospitalização (CHRISS *et al*, 2004).

O processo de educação de pacientes com IC acompanhados em clínicas especializadas ou não devem incluir o controle do peso, a restrição hidrossalina, a realização de atividade física, a vacinação anual, o uso regular das medicações, e principalmente o desenvolvimento de habilidades para o reconhecimento precoce dos sinais de descompensação (RABELO *et al*, 2007). A prática dessas medidas são denominadas de autocuidado(AC).

O AC na IC é definido como condutas positivas que levam uma pessoa a tomar decisões e a praticar atividades que ajudam a manter a estabilidade clínica e enfrentar a doença. Dessa forma, toda essa conduta é diretamente relacionado à motivação, hábitos e práticas que caracterizam a forma de viver do indivíduo (RIEGEL *et al*, 2009; RIEGEL *et al* 2012).

Ao longo dos anos, a prática do AC na IC tem sido objeto de vários estudos (RABELO *et al*, 2004; DOMINGUES *et al*, 2011; RIEGEL; LEE; DICKSON 2011). No contexto de AC, CARLSON; RIEGEL; MOSER, (2001) realizaram um estudo com 139 pacientes com IC a fim de descrever as habilidades e as dificuldades que os pacientes com IC têm para alcançar o sucesso no AC. Uma grande parte dos pacientes do estudo já havia apresentado sinais e sintomas da doença, porém não tinham habilidades ou domínio da situação para reconhecê-los. Pacientes com mais

tempo de IC tinham melhores habilidades para reconhecer os sinais e sintomas, tomar os medicamentos corretamente e realizar o AC comparados a pacientes recém diagnosticados. Deste modo, poucos pacientes estavam seguros da sua habilidade para realizar ações de AC. Com isso, o baixo nível de AC e as dificuldades que estes pacientes demonstram pela idade avançada explicam as taxas de reinternação elevadas da IC.

Avançando no conhecimento, parece importante definir que características determinam melhor o AC entre os pacientes. Foi nessa perspectiva que um estudo americano realizado com 206 pacientes com IC objetivou identificar preditores para o AC através de sete variáveis: a gravidade dos sintomas, as comorbidades, o suporte social, a educação, a idade, a situação socioeconômica e o sexo. Duas das variáveis foram preditores significativos para melhor prática do AC, a educação dos pacientes para esses aspectos e a gravidade dos sintomas. Esse estudo ressaltou a importância da realização de mais pesquisas para confirmar os resultados e para a identificação de outros preditores de AC (ROCKWELL; RIEGEL, 2001). Posteriormente, outros autores também indicaram que homens com menos comorbidades tinham maior conhecimentos sobre o AC (CHRISSE *et al*, 2004).

A partir dessas evidências parece relevante identificar as características dos pacientes em relação às habilidades e prática do AC. Nessa perspectiva, a visita domiciliar, uma estratégia que visa educar os pacientes no cenário real tem grande potencial para ser efetiva.

Em estudo americano que incluiu pacientes com IC sobre abordagem domiciliar foi demonstrado que o efeito da intervenção de um enfermeiro na educação para o AC melhorou significativamente esse comportamento, assim como a adesão ao tratamento. Essa intervenção realizada no domicílio educa o paciente no cenário real, fazendo com que a educação no domicílio aproxime o profissional do paciente. (JAARSMA, 1999).

Em meta-análise de 27 Ensaios Clínicos Randomizados(ESCR) GONSETH *et al*, (2004) de publicações entre 1966 e 2003 foi evidenciado que programas de manejo (VD, contato telefonico) da IC para pacientes acima de 65 anos reduzem as readmissões hospitalares por IC ou doenças cardiovasculares em 30%, 12% para todas as causas de readmissões e 18% na redução de evento combinado de readmissão ou morte, concluindo-se que essas intervenções são custo-efetivas.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Instituto de Cardiologia (IC-FUC), atualmente é conduzido um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) que visa avaliar o impacto do acompanhamento domiciliar de pacientes com IC quanto ao conhecimento sobre a doença, habilidades para o AC e qualidade de vida, comparados ao acompanhamento convencional. Assim, utilizando-se dessa estratégia intervencionista, buscamos analisar a associação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e os preditores para o AC em pacientes com IC acompanhados em um seguimento de seis meses. A análise dessa associação e a identificação dos preditores para o melhor AC é relevante e se justifica para que a equipe direcione estratégias mais efetivas para aqueles pacientes de maior risco de não praticar o AC.

2 OBJETIVOS

Analisar a associação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e os preditores para o autocuidado em pacientes com IC acompanhados em um seguimento de seis meses.

3 PACIENTES E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma coorte aninhada a um ECR intitulado *Impacto da visita domiciliar no conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca*. Registrado no site do governo norte-americano Clinical Trials, sob o número 01213862 (Anexo A). Em estudos de coorte, os sujeitos são seguidos no tempo para descrever a incidência ou história natural de uma condição clínica e para analisar os preditores (fatores de risco) de vários desfechos de saúde-doença (HULLEY *et al*, 2008). No ECR o grupo intervenção (GI) recebeu quatro visitas domiciliares(VD) de enfermeiras em um seguimento de seis meses para orientação sobre a doença, adesão e AC; o grupo controle (GC) permaneceu com acompanhamento convencional na sua instituição de origem, não recebendo qualquer intervenção. Ambos os grupos foram avaliados após o período de seis meses de seguimento. No presente estudo, o único desfecho avaliado foi o AC em ambos os grupos.

3.2 Local

O estudo foi desenvolvido com pacientes que internaram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Instituto de Cardiologia de Porto Alegre (IC-FUC). As intervenções foram realizadas no domicílio dos pacientes.

3.3 População

Banco de dados secundário de 155 pacientes internados por descompensação da IC. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, idade igual

ou superior a 18 anos, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo menor ou igual 45%, que residiam a uma distância de até 15 km dos centros hospitalares (HCPA e IC-FUC) e que concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B). Foram excluídos do estudo pacientes com barreiras de comunicação e portadores de doenças neurológicas degenerativas, aqueles que tenham apresentado síndrome coronariana aguda nos últimos seis meses, que apresentassem doença renal/hepática/pulmonar ou plano terapêutico que pudesse influenciar no desfecho estudo, diagnóstico de IC aguda e os que não se interessem em participar do estudo.

3.4 Cálculo da amostra

Foram selecionadas as oito variáveis relacionadas ao AC (idade, sexo, escolaridade, ter recebido intervenção, suporte social, comorbidades, gravidade do sintoma e renda), além das variáveis que dizem respeito às características clínicas e dados basais dos 155 pacientes que compõe a amostra. Realizou-se a análise da regressão múltipla com 0,34% de variação para o AC, em que este valor foi mais significativo do que valores de estudos prévios que demonstraram 14% da variação para o AC (ROCKWELL; RIEGEL, 2001).

3.5 Coleta dos dados e intervenção do estudo

A coleta de dados ocorreu após um período de 6 meses da alta hospitalar. Os pacientes do GI receberam 4 visitas domiciliares, 4 contatos telefônicos e uma avaliação final após 6 meses da inclusão no estudo. Os pacientes do GC receberam o tratamento usual das instituições de origem que não incluem a abordagem de VD. As enfermeiras que realizavam a visita domiciliar no GI realizavam o exame clínico, aplicavam os instrumentos do estudo (questionário de conhecimento da doença, adesão ao tratamento e a escala de autocuidado: European heart failure self care behaviour scale, escala utilizada para avaliar o autocuidado). Após a aplicação destes instrumentos eram fornecidas orientações sobre a IC e sobre o tratamento,

como o controle hídrico e restrição salina, verificação diária de peso, monitorização quanto a sinais e sintomas da descompensação da doença, a importância e os efeitos colaterais dos medicamentos prescritos, a importância da vacinação da gripe e pneumonia e o esclarecimento de dúvidas do pacientes e/ou familiares.

Para avaliar o autocuidado, desfecho desse estudo, foi utilizada a escala *European heart failure self care behaviour scale (EHFscBS)* (Anexo C) e dados basais (Anexo D) do ECR, referentes ao período de setembro de 2009 a abril de 2012. A EHFscBS é uma escala validada primeiramente na Europa, após na Suécia, Holanda, Itália, Japão e posteriormente no Brasil. (JAARSMA *et al* 2003; KATO *et al* 2008; ÁVILA *et al*, 2010). A EHFscBS é composta por 12 questões sobre o AC diário especialmente para pacientes com IC, como por exemplo, controle do peso (questão 1), reconhecimento dos sintomas e procura de atendimento (questões 2, 3, 4 e 5), restrição hídrica (questão 6), descanso diário (questão 7), reconhecimento dos agravos dos sintomas e procura de atendimento (questão 8) restrição sódica (questão 9), uso correto de medicamentos (questão 10) realização de vacinas anualmente (questão 11) e realização de atividade física regularmente (questão 12) .

Os escores são divididos conforme a resposta do paciente sobre o AC, cada questão tem um escore de 1 (sempre realiza este cuidado) a 5 (nunca realiza este cuidado), quanto menor o escore, melhor o AC. O escore total é obtido através da soma de todos os itens. A pontuação mínima é 12 e a máxima é de 60. Embora, a escala seja auto-aplicável, nesse estudo, os pesquisadores optaram por aplicarem a escala aos pacientes, visando padronizar a coleta de dados. As características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes foram coletadas através de dados basais obtidos na inclusão dos pacientes no estudo.

3.6 Análise dos dados

Para as análises estatísticas foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 18.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão para aquelas com distribuição normal, ou mediana e interquartil para aquelas sem distribuição normal. As variáveis categóricas foram

expressas como percentuais e números absolutos. As análises de associações entre variáveis sócio-demográficas e clínicas com o escore de AC foram realizadas através de testes de correlação de Pearson ou Spearman e ANOVA. Para análise de regressão múltipla foi utilizada nas oito variáveis para determinar os preditores para o AC (idade, sexo, escolaridade, ter recebido intervenção, suporte social, comorbidades, gravidade do sintoma e renda). O teste *t* foi utilizado para comparar as variáveis contínuas entre os grupos, assim como o escore de AC, os resultados mostravam-se significativos quando $P < 0,05$.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) (ANEXO E). O estudo pré-existente foi devidamente aprovado pelos comitês de ética e pesquisa das instituições onde são realizados sob o registro 09111 (Anexo F). Os pacientes incluídos assinaram TCLE, assegurando a participação voluntária, a possibilidade de desistência a qualquer momento, a preservação do anonimato e a confidencialidade das informações. O pesquisador responsável pelo projeto autorizou o uso dos dados referentes ao projeto (Anexo G).

4 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados deste estudo.

4.1 Características sócio-demográficas e clínicas

Participaram do estudo 155 pacientes, 78 do GI e 77 do GC. Os pacientes do GI eram predominantemente do sexo masculino (60,3%), com idade média de $63,05 \pm 13$ anos, casados (61,5%) e moravam com a família (suporte social) 69,2%. O tempo médio de estudo era $6,78 \pm 3,6$ anos e para até 50% da amostra a renda familiar era de R\$ 1.000 mensais. A etiologia prevalente da IC foi isquêmica (39,4%).

Os pacientes do GC eram predominantemente do sexo masculino (59,7%), com idade média de $63,14 \pm 12$ anos, casados (61%) e moravam com a família (suporte social) 64%. O tempo médio de estudos era $6,11 \pm 4,1$ anos e para até 50% da amostra a renda familiar era de R\$ 1.200 mensais. A etiologia prevalente da IC foi isquêmica (33,9%). As variáveis não foram significativas entre os grupos. As demais características estão na tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com Insuficiência Cardíaca (n=155). Porto Alegre 2009-2012.

| Característica | GI | GC | p |
|-------------------------|----------------|----------------|----------|
| Pacientes | 78(50,3%) | 77(49,6%) | 0,7 |
| Idade, anos* | $63,05 \pm 13$ | $63,14 \pm 12$ | 0,9 |
| Cor, branca | 53(67,9) | 48(62,3) | 0,3 |
| Sexo, masculino | 47(60,3) | 46(59,7) | 0,9 |
| Estado civil, casado | 48(61,5) | 47(61,0) | 0,3 |
| Suporte social, família | 54(69,2) | 48(64,0) | 0,6 |

| | | | |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----|
| Anos de estudo, anos* | 6,78±3,6 | 6,11±4,1 | 0,7 |
| Renda, valor total em reais† | 1.000(830-1550) | 1.200(775-1800) | 0,9 |
| Tempo de doença, anos† | 5(2-12,0) | 5(2-10,25) | 0,9 |
| Etiologia, isquêmica | 26(39,4) | 21(33,9) | 0,3 |
| Classe funcional III, da NYHA** | 33(44,0) | 35(46,0) | 0,7 |
| Fração de ejeção* | 28,9±8,2 | 28,8±9 | 0,1 |
| Comorbidades | | | |
| Hipertensão arterial sistêmica | 45(60,8) | 57(75,0) | 0,4 |
| Flutter/Angioplastia | 26(36,3) | 40(52,6) | 0,5 |
| Diabetes Mellitus | 27(34,6) | 26(33,8) | 0,9 |
| Síndrome Coronariana Aguda | 25(33,8) | 29(38,7) | 0,5 |

Variáveis categóricas são expressas com n(%), as variáveis contínuas são expressas como * médias± desvio padrão ou † medianas e percentis,** classe funcional da New York Heart Association

4.2 Associação entre características sócio-demográficas, clínicas e escore de AC ao final de seis meses por grupos

Foram analisadas as características sócio-demográficas e clínicas (idade, sexo, escolaridade, ter recebido a intervenção, suporte social, comorbidades, gravidade dos sintomas e renda) com o escore de AC ao final de seis meses. Para 155 pacientes, a pontuação média do escore de AC para o GI foi 22,5± 6,5 e 30,7 ± 7 para o GC, $p < 0,001$. Houve associação somente entre melhor AC para pacientes que receberam intervenção, com mais anos de estudos e menos comorbidades, $p < 0,001$, $p = 0,02$ e $p = 0,006$, respectivamente. Tabela 2.

Tabela 2- Associação entre características sócio-demográficas, clínicas e escore de AC ao final de seis meses por grupos

| Variáveis | p |
|--------------------------|----------|
| Idade | 0,08 |
| Sexo | 0,07 |
| Escolaridade | 0,02 |
| Ter recebido Intervenção | 0,001 |
| Suporte social | 0,33 |
| Comorbidades | 0,006 |
| Gravidade dos sintomas | 0,98 |
| Renda | 0,21 |

4.3 Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo com oito variáveis

Realizou-se a análise de regressão múltipla com 0,34% de variação para o AC a partir dos dados basais de 155 pacientes incluídos na amostra. Na análise das oito variáveis (idade, sexo, escolaridade, ter recebido intervenção, suporte social, comorbidades, gravidade do sintoma e renda) apenas ter recebido a intervenção foi preditor para melhor AC, $p < 0,001$. Tabela 2.

Tabela 3- Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo com oito variáveis (n=155). Porto Alegre 2009-2012.

| Variáveis preditoras | B | SE | β | t | Sign |
|-----------------------------|----------|-----------|---------------------------|----------|-------------|
| Grupo Intervenção | -7,725 | 1,152 | -0,490 | -6,703 | 0,000 |
| Sexo | -1,201 | 1,213 | -0,075 | -0,990 | 0,324 |
| Idade | 0,022 | 0,047 | 0,036 | 0,467 | 0,642 |
| Anos de estudo | -0,106 | 0,169 | -0,051 | -0,626 | 0,533 |

| | | | | | |
|------------------------|--------|-------|--------|--------|-------|
| Comorbidades | 0,533 | 0,375 | 0,108 | 1,421 | 0,158 |
| Suporte social | 0,619 | 1,910 | 0,024 | 0,324 | 0,747 |
| Gravidade dos Sintomas | 0,387 | 0,813 | 0,037 | 0,476 | 0,635 |
| Renda | -0,001 | 0,001 | -0,068 | -0,845 | 0,400 |

R=0,586^a; R²=0,343; adjusted R²=0,297; Std Error=6,62962.

4.4 Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo sem a variável intervenção

Realizou-se também a análise de regressão múltipla com sete variáveis para o AC, sem a intervenção no modelo (idade, sexo, escolaridade, suporte social, comorbidades, gravidade dos sintomas e renda). Apenas o menor número de comorbidades foi preditor para melhor AC, p=0,02 . Tabela 3.

Tabela 4- Preditores para o AC ao final de seis meses no modelo sem a variável intervenção (n=155). Porto Alegre 2009-2012.

| Variáveis preditoras | B | SE | β | t | Sign |
|------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|
| Sexo | -0,649 | 1,384 | -0,040 | -0,469 | 0,640 |
| Idade | 0,008 | 0,053 | 0,013 | 0,148 | 0,883 |
| Anos de estudo | -0,198 | 0,187 | -0,096 | -1,060 | 0,291 |
| Comorbidades | 0,995 | 0,424 | 0,199 | 2,349 | 0,020 |
| Suporte social | -0,366 | 2,129 | -0,014 | -0,172 | 0,864 |
| Gravidade dos Sintomas | -0,464 | 0,916 | -0,043 | -0,507 | 0,613 |
| Renda | -0,001 | 0,001 | -0,105 | -1,180 | 0,240 |

R= 0,282^a; R²=0,080; adjusted R²=0,034; Std Error=7,89103

5 DISCUSSÃO

Esse é o primeiro estudo desenvolvido no Brasil que avaliou a associação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e os preditores para o AC em pacientes com IC. Menos comorbidades, mais anos de estudo e a intervenção de visita domiciliar demonstraram uma forte associação com um melhor AC. Em relação aos preditores, observamos que ter recebido a intervenção foi preditor para melhor AC, e quando essa variável foi retirada do modelo ter menor número de comorbidades também foi identificada como preditor.

O AC é definido como um processo de tomada de decisão e adesão ao tratamento para manter a estabilidade clínica de pacientes com IC (RIEGEL *et al*, 2009). Em estudos prévios que buscaram determinar qual o efeito da educação para o AC nos pacientes com IC, os resultados apontam que os pacientes têm em média seis anos de escolaridade, evidenciando que quanto maior o número de anos de estudo, melhor o AC. Sugerindo que quanto melhor o grau de entendimento do paciente, melhor comprometimento frente o tratamento (RIEGEL *et al*, 2009; ROCKWELL; RIEGEL, 2001).

A escolaridade foi identificada como preditor de melhor adesão ao tratamento e melhor AC dos pacientes ($p=0,009$) em um estudo realizado com seis Hospitais da Califórnia. Esse estudo demonstrou que a educação é geralmente associada com níveis mais elevados de renda, facilitando o AC, mesmo a renda não sendo um preditor significativo (ROCKWELL; RIEGEL, 2001). As pessoas com maior grau de escolaridade conseguem compreender melhor a importância do tratamento para IC, seguindo as recomendações e aderindo ao tratamento, conseqüentemente mantendo a doença estável (BURKE *et al*, 1997; ROCKWELL; RIEGEL, 2001).

Nesse estudo o menor número de comorbidades foi preditor para o AC. Resultado semelhante também foi encontrado em outro estudo realizado em 2 hospitais do Sul da Califórnia ($P<0,001$)(CHRISS *et al*, 2004). Para os pacientes com múltiplas comorbidades é difícil distinguir os sintomas de cada doença, dificultando o aprendizado sobre o AC e o reconhecimento dos sinais e sintomas específicos (KRUM; GILBERT, 2003; CHRISS *et al*, 2004). Da mesma forma a baixa adesão a terapia medicamentosa, principalmente pelos inúmeros fármacos utilizados pode influenciar no AC (MARTÍNEZ-SELLÉS *et al*, 2004).

Segundo ROCKWELL; RIEGEL (2001), as comorbidades podem afetar a auto-percepção dos indivíduos, fazendo com que não tenham motivação para cuidar da saúde já que estão vulneráveis por ter alguma doença crônica, entretanto novos estudos se fazem necessários para a compreensão dos amplos motivos que esta variável se apresenta como preditor de AC.

Manter a estabilidade clínica no tratamento da IC é um dos principais desafios para os profissionais da saúde, nesse contexto o AC é fundamental. Isso envolve o uso regular das medicações, a restrição de sódio na dieta, de líquidos em pacientes sintomáticos, a monitorização diária do peso e o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de descompensação (RIEGEL; LEE; DICKSON, 2011). A adoção dessas medidas no dia a dia depende de um processo de educação sobre a doença, tratamento e AC, que podem ser implementadas no domicílio. Embora, os dois maiores estudos desenvolvidos no Brasil tenham sido conduzidos com abordagem de educação por contato telefônico, os resultados foram muito positivos (BOCCHI *et al* 2008; DOMINGUES *et al*, 2011) .

A abordagem da VD favorece a relação entre o paciente, família e enfermeiro no mundo real. O primeiro estudo intitulado *Repetitive Education and Monitoring for Adherence for Heart Failure* (REMADHE), ECR foi desenvolvido em São Paulo e buscou avaliar em longo prazo a efetividade de um programa de manejo de IC que consistia em uma estratégia multidisciplinar de educação e monitorização dos pacientes por telefone. Foram incluídos no estudo 350 pacientes, 117 faziam parte grupo controle e 233 do grupo intervenção que foram seguidos em média por dois anos. Os desfechos primários avaliados foram morte ou hospitalizações não programadas. Resultados deste estudo demonstraram que, no grupo intervenção, houve uma redução significativa no número de hospitalizações, visitas à emergência, além da melhora na qualidade de vida. A mortalidade ocorreu em ambos os grupos (BOCCHI *et al* 2008).

Um estudo semelhante, publicado em 2011 e desenvolvido na nossa instituição por enfermeiras do nosso grupo de IC do HCPA, buscou avaliar, através de um ECR a combinação de contato telefônico e orientações de enfermagem durante a internação por IC descompensada. Nesse estudo, a intervenção educativa de enfermagem hospitalar beneficiou todos os pacientes com IC em relação ao conhecimento da doença e aumento significativo do AC, independente do contato telefônico após alta hospitalar (DOMINGUES *et al*, 2011).

Em uma meta-análise com 30 estudos de 1993 a 2005, foram avaliados pacientes com IC que foram acompanhados por uma equipe multidisciplinar. Os pacientes receberam acompanhamento médico e uma intervenção de cuidado a mais, divididos em 4 grupos (visita domiciliar, acompanhamento domiciliar ou televideo, contatos telefônicos ou via email e seguimento hospitalar). Ocorreu a redução nas admissões hospitalares e na mortalidade para todos os grupos, sendo a intervenção que continha o acompanhamento domiciliar mais efetiva (HOLLAND *et al*, 2005).

Estudos indicam que pacientes que receberam VD e foram orientados sobre o conhecimento e 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 tem baixas readmissões e apresentam melhora na qualidade de vida e do AC (RABELO *et al*, 2007; GONSETH *et al*, 2004; PAZ; SANTOS, 2003).

6 CONCLUSÕES

Os resultados permitem concluir que houve associação entre melhor AC com estar alocado no GI, mais anos de estudo e menos comorbidades. Além disso, no modelo de regressão com oito variáveis somente estar no GI foi preditor de melhor AC. No modelo com sete variáveis (sem intervenção), apenas ter menos comorbidades foi preditor para o AC.

Ao identificar-se as associações e os preditores para um melhor AC poderemos direcionar a educação. Tais práticas visam reduzir os episódios de descompensação da IC, tornando o paciente sujeito ativo do seu tratamento.

Diante dessas evidências, acredita-se na importância do conhecimento desses preditores para os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar e do conhecimento das características individuais de cada pacientes para realizar um cuidado individualizado e direcionado.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, C.W. *et al.* Tradução, adaptação e validação da versão brasileira da European heart failure self-care behavior scale. **Arq Bras Cardiol.** v.95,n.3, p.152. 2010.
- BRASIL. DATASUS. **Informações de saúde.** Epidemiológicos e morbidade, 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nirs.def>. Acesso em 15 de junho de 2012.
- 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 trial. **Circ Heart Fail**, v.1,p.115-24. 2008.
- BURKE, L.E.; DUNBAR-JACOB, J.M.; HILL, M.H. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. **Ann Behav Med**, v.19,n.1, p. 239-63.1997.
- CARLSON, B.; RIEGEL, B.; MOSER, D. Self-care abilities of patients with heart failure. **Heart & Lung**, Califórnia, v. 30, n. 5, p.351-359, set. 2011.
- CHRISS, P. *et al.* Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. **Issues In Cardiovascular Nursing**, Philadelphia, Pennsylvania, And San Diego, California, v. 33, n. 6, p.345-353, nov. 2004.
- DOMINGUES, F.B. *et al.* Nursing Education and Telephone Monitoring of Patients with Heart Failure: Randomized Clinical T. **JCR**, Porto Alegre, v.96, n.1,p. 233-239, 2011.
- 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**, Madrid, v. 25, n.1, p.1570-1595, 8 Apr. 2004
- HAIR, JF, *et al.* **Multivariate data analysis.** 5 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
- HOLLAND, R. *et al.* Systematic review of multidisciplinary interventions in heart Failure. **Heart.** v.1, n .91, p.899–906. 2005.
- HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, p.84. 2008
- JAARSMA, T. *et al.* Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. **European Heart Journal**, California. v. 20, n.1 p.673-682, 1999.
- JAARSMA, T. *et al.* Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. **Eur J Heart Fail**, São Francisco. V.5, n.1, p.363–70. 2003.

KATO, N. *et al.* Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self care Behavior Scale. **Eur J Cardiovasc Nurs** n.7, p.284-89.2008.

KRUM, H.; GILBERT, RE. Demographics and concomitant disorders in heart failure. **Lancet**. V.1, n.362, p.147-58. 2003.

MARTÍNEZ-SELLÉS, M.G.R. *et al.* Pharmacological treatment in patients with heart failure: patients knowledge and occurrence of polypharmacy, alternative medicine and immunizations. **Eur J Heart Fail**.v.1, n.6,p. 219 -226. 2004.

PAZ, A. *et al.* PROGRAMAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR. **Revista Brasileira de Enfermagem**.Brasília, v. 5, n. 56, p.538-541, 2003.

RABELO, E.R. *et al.* Educação para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: das evidências da literatura às intervenções de enfermagem na prática. **Rev Soc Cardiologia do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.3, p.1-5, 2004.

RABELO , E.R. *et al.* What to teach to patients with Heart Failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. **Latino-am Enfermagem**. Porto Alegre, v.15,n.1,p. 165-170. jan-fev.2007.

RIEGEL, B., *et tal* Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure . A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**. California. V1,n.120,p. 1141-1163. Sept, 2009.

RIEGEL, B. *et al.* State of the Science Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**. V.1,n. 120,p.114143. Sept, 2009.

RIEGEL, B; LEE, C.S.; DICKSON, V.V. Medscape Self care in patients with chronic heart failure. **Nat Rev Cardiol**. v.11,n.8,p. 1-11 Jul 19. 2011.

RIEGEL, B. *et al.* Role of Self-Care in the Patient with Heart Failure. **Curr Cardiol Rep**. New York. p.1-11.2012

RIEGEL, B.; LEE, C.S.; DICKSON, V.V. Self-care in patients with chronic heart failure. **Nat Rev Cardiol** v.1,.n.8,p.644-54.2011.

ROCKWELL, J.M.; RIEGEL, B. Predictors of self-care in persons with heart failure. **Heart & Lung** v. 30, n. 1. Jan-Feb 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq Bras Cardiol**;92(6 supl.1):1-71. 2009.

ANEXO A – Registro no Clinical Trials



History of Changes and the ClinicalTrials.gov Archive Site

Information in a ClinicalTrials.gov record can be modified at any time by the data provider. The display at ClinicalTrials.gov shows the most recent version for each data element. The date first received and the date last updated are listed at the top of each record. The full history of changes since the record was first received is available in the archival version of the record on the ClinicalTrials.gov Archive Site.

Current Study:

| | |
|-------------------------------|---|
| ClinicalTrials.gov Id: | NCT01213875 |
| Study Title: | Home Based Intervention Led by Nurse in Brazil (HFHELENI) |
| First Received: | November 9, 2009 |
| Last Updated: | October 1, 2010 |

Continue to the history of changes for this study on the [ClinicalTrials.gov Archive Site](#)

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Impacto da visita domiciliar nas taxas de re-admissão e custos hospitalares em 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) 33598084.

Nome e assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

ANEXO C- EHFS CBS

Instruções ao paciente: esta escala contém declarações sobre IC. Responda cada declaração, circulando o número que melhor se aplica a você. Observe que a escala tem diferentes alternativas de respostas com uma série entre extremos de “Eu concordo completamente” (1) para “ Eu não concordo com tudo “(5). Até mesmo se você ficar em dúvida particularmente sobre algum item do questionário, circule o número que você sente que é mais verdadeiro para você.

Instruções ao pesquisador: o escore total é calculado somando todos os itens. Se faltarem mais de 3 itens, o escore total não pode ser obtido. No caso de faltar menos de 3 itens, o 3º item é usado para substituir o escore percentual do item.

| Declarações sobre IC | Sem pre 1 | Quas e sem pre 2 | De Vez em Quan do 3 | Quas e Nunc a 4 | Nunc a 5 | Código |
|--|---------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|--------------------|--------------|
| 1- Eu me peso todos os dias | | | | | | Euvepe__ |
| 2- Se sinto falta de ar, repouso | | | | | | Rescu__ |
| 3- Se minha falta de ar aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório) | | | | | | Falcon__ |
| 4- Se meus pés e pernas tornarem-se mais inchadas do que de costume, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório) | | | | | | Pelen__ |
| 5- Caso ganhe 2 Kg em 1 semana, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório) | | | | | | Ganpe__ |
| 6- Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1.5 a 2L por dia) | | | | | | Quanli__ |
| 7- Descanso durante o dia | | | | | | Desdi__ |
| 8- Se meu cansaço aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório) | | | | | | Aumcan_ - |
| 9- Ingiro uma dieta com pouco sal | | | | | | Codisa__ |
| 10- Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição | | | | | | Medpre__ |
| 11- Tomo a vacina contra a gripe todos os anos | | | | | | Vacgri__ |
| 12- Faço exercícios regularmente | | | | | | Exereg__ |

ANEXO D- Dados basais

| 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 (\geq 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 |
| 27. Você fuma ou já fumou? (0) Não PULE para a pergunta 28 (1) Sim (2) ex-fumante PULE para a pergunta 28 27.1 Quantos cigarros você fuma por dia? ____ cigarros 27.2 Que idade você tinha quando começou a fumar regularmente? ____ anos (99) não lembro 27.3 Você já tentou parar de fumar? (0) Não (1) Sim 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 |

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

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

28.2 No último mês, você chegou a consumir **5 ou mais doses** de bebida alcoólica em um único dia?

- (0) Não (1) Sim

29. Você pratica alguma atividade física, exceto as atividades próprias do seu trabalho e serviços domésticos?

- (0) Não → **PULE** para pergunta 30 (1) Sim

29.1 Você pratica alguma atividade física há mais de 1 mês?

- (0) Não → **PULE** para pergunta 30 (1) Sim

29.2 Agora você vai me dizer qual atividade física pratica, frequência e duração:

| | 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. Medicções 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 E – Carta de aprovação COMPESQ-EENF

11/06/12

Sistema Pesquisa - Pesquisador

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Eneida Rejane Rabelo Da Silva

Projeto Nº: 22194

Título: PREDITORES PARA O AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Aprovado sem sugestões.

ANEXO F – Carta de aprovação CEP-HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-111

Versão do Projeto: 13/03/2009

Versão do TCLE: 07/05/2009

Pesquisadores:

ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA
CLAUDIA MOTTA MUSSI
EMILIANE NOGUEIRA DE SOUZA
GRAZIELLA BADIN ALITI
KAREN BRASIL RUSCHEL
LETICIA ORLANDIN
FERNANDA BANDEIRA DOMINGUES
NADINE OLIVEIRA CLAUSELL
LUIS EDUARDO PAIM ROHDE
LUIS BECK DA SILVA NETO

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

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 07 de maio de 2009.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO G- Autorização para utilização de dados

Autorizo a Acadêmica de Enfermagem Melina Maria Trojahn, CPF 012870500-00, cartão UFRGS 00159310 a utilizar dados obtidos no estudo *Impacto da visita domiciliar no conhecimento da doença, nas habilidades para autocuidado e na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado*, realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Instituto de Cardiologia de Porto Alegre sob o número 09111, para a elaboração de seu trabalho de conclusão de curso no período 2011/2 e 2012/1, tendo a mim como orientadora.

Porto Alegre, 21 de Novembro de 2011.



Profª Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva