

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL
PROGRAMA DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR

VITÓRIA EUGÊNIA DA COSTA LAGRANHA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO EM
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

PORTO ALEGRE

2021

VITÓRIA EUGÊNIA DA COSTA LAGRANHA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO EM
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito final para a aquisição do título de Enfermeira Especialista em Atenção Cardiovascular.

Orientadora: Enf^a. Mestre Simoni Chiarelli da Silva Pokorski

Coorientadora: Prof. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

da Costa Lagranha, Vitória Eugênia
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO DE AUTOUIDADO EM
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA / Vitória Eugênia
da Costa Lagranha. -- 2022.
55 f.
Orientadora: Simoni Chiarelli da Silva Pokorski.

Coorientadora: Eneida Rejane Rabelo da Silva.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada
Multiprofissional em Atenção Cardiovascular, Porto
Alegre, BR-RS, 2022.

1. Enfermagem. 2. Insuficiência Cardíaca. 3.
Autocuidado. 4. Educação em Saúde. 5. Cardiologia. I.
Chiarelli da Silva Pokorski, Simoni, orient. II.
Rejane Rabelo da Silva, Eneida, coorient. III. Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
3 HIPÓTESES	14
3.1 Hipótese Nula	14
3.2 Hipótese Alternativa	14
4 OBJETIVOS	15
4.1 Objetivo Geral	15
4.2 Objetivos Específicos	15
5 MÉTODOS	16
5.1 Delineamento de pesquisa	16
5.2 Cenário de Estudo	16
5.3 População em Estudo e Critérios de Elegibilidade	16
5.4 Amostra	16
5.5 Coleta de Dados	17
5.6 Análise dos Dados	18
6 ASPECTOS ÉTICOS	19
7 REFERÊNCIAS	20
8 RESULTADOS	23
ARTIGO ORIGINAL	24
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico	49
ANEXO A - European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS)	50
ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	51
ANEXO C – Parecer Plataforma Brasil	52

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) tem alta prevalência e grande impacto na morbidade e mortalidade em todo o mundo, afetando 26 milhões de pessoas. (HEIDENREICH et al., 2013; PONIKOWSKI et al., 2016). Com o aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento, há um crescimento da prevalência de IC, uma vez que essa síndrome acomete, em sua grande parte, indivíduos idosos (RIET et al., 2016; ZIAEIAN; FONAROW, 2016).

O estudo BREATHE realizado com 1.263 pacientes em 51 centros de diferentes regiões do Brasil, com predominância de pacientes idosos, demonstrou uma alta taxa de mortalidade intra-hospitalar, além de apontar como principais fatores associados à descompensação da IC, a má adesão ao uso dos medicamentos, assim como ingestão aumentada de líquidos e sódio (ALBUQUERQUE et al., 2015).

A identificação desses fatores sugere que as principais causas de descompensação podem ser preveníveis. É neste contexto que os programas de manejo da IC ganham destaque para desenvolver diferentes estratégias de educação para mudanças de comportamentos e atitudes em relação ao autocuidado diário (RIEGEL et al., 2009).

O autocuidado no contexto da IC é definido como a tomada de decisão naturalista que baseia as escolhas de saúde saudáveis (manutenção do autocuidado), o monitoramento dos sinais e sintomas (percepção dos sintomas) e o gerenciamento dos sinais e sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado) (RIEGEL; DICKSON, 2008; RIEGEL; DICKSON; FAULKNER, 2016).

A adoção desse comportamento é fundamental, principalmente no período de maior vulnerabilidade dos pacientes, que é após uma internação por descompensação

da IC (DHARMARAJAN *et al.*, 2015). A abordagem multidisciplinar com implementação de boas práticas embasadas em evidências científicas, em programas estruturados de acompanhamento pós alta, pode reduzir o risco de internação. Estudos conduzidos no Brasil demonstram estes benefícios (BOCCHI *et al.*, 2008; DE SOUZA *et al.*, 2014).

A implementação de ferramentas que possam mensurar o autocuidado são úteis para identificar o comportamento e atitudes dos pacientes e também a efetividade das orientações por parte dos profissionais de saúde e seus impactos nos desfechos clínicos (DODD, 1984; CONNELLY, 1993; RIEGEL; CARLSON; GLASER, 2000).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre os pacientes com IC são acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas. O acompanhamento de enfermagem é realizado por um profissional especialista em cardiologia, que realiza o processo de educação desde a admissão, até o seguimento ambulatorial do paciente após a alta.

Este processo de educação compreende orientações ao paciente e ao familiar/cuidador sobre fisiopatologia da IC, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da doença, controle de sódio na alimentação, peso diário, atividade física e organização do tratamento farmacológico. Recente revisão sistemática e metanálise demonstrou que a educação em saúde para pacientes com IC têm um impacto importante na adesão ao tratamento farmacológico e no autocuidado (ŚWIĄTONIOWSKA-LONC *et al.*, 2020).

Assim, a presente proposta de pesquisa se justifica, pois conhecendo o comportamento de autocuidado, podemos contribuir para o planejamento de

estratégias educativas individualizadas que visam monitorização dos sintomas de congestão e intervenção precoce para prevenção de hospitalizações.

Diante do exposto, considera-se relevante a realização do presente estudo que busca responder a seguinte questão de pesquisa: Qual é o comportamento de autocuidado em IC dos pacientes antes e depois da abordagem educacional realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar?

2 REVISÃO DE LITERATURA

A IC é uma síndrome clínica que se caracteriza por um grupo de sinais e sintomas, sendo eles: dispneia, ortopneia, edema, pressão venosa jugular elevada e congestão pulmonar. Essa síndrome pode ser causada por alterações cardíacas estruturais ou funcionais, que decorrem da redução do débito cardíaco ou da elevação das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo (MANN, et al. 2015). A IC pode ser denominada em crônica ou aguda. A IC crônica retrata o caráter progressivo dessa síndrome, já a IC aguda representa as alterações rápidas que necessitam de intervenção urgente (ROHDE *et al.*, 2018).

Essa síndrome clínica afeta mais de 26 milhões de pessoas no mundo. Conforme estimativas, a prevalência de IC aumentará 46% entre 2012 e 2030, (MOZAFFARIAN DARIUSH et al., 2016; PONIKOWSKI et al., 2016).

O estudo BREATHE, realizado no Brasil, que teve como um de seus objetivos descrever o prognóstico intra-hospitalar de pacientes admitidos com IC aguda, mostrou a predominância de pacientes idosos entre essa população, além de uma elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar entre esses pacientes (ALBUQUERQUE et al., 2015). A doença isquêmica é a etiologia mais prevalente da IC, além disso os

pacientes com IC possuem diversas comorbidades associadas (BUI; HORWICH; FONAROW, 2011; TRIPOSKIADIS *et al.*, 2016).

A IC pode ser classificada de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE): FEVE normal ($\geq 50\%$), denominada IC com fração de ejeção preservada (ICFEp), FEVE reduzida ($< 40\%$), denominada IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr) e FEVE intermediária (entre 40 e 49%) denominada de IC mid-range ou ICFEi (PONIKOWSKI *et al.*, 2016).

Para classificar a gravidade dos sintomas e progressão da IC crônica, existem dois métodos. A classificação *New York Heart Association (NYHA)* divide a IC em quatro classes funcionais baseadas no grau de tolerância ao exercício e presença de sintomas (quadro 1) (DOLGIN, 1994). A classificação proposta pela *American College of Cardiology (ACC)* e *American Heart Association* tem enfoque na progressão e desenvolvimento da IC (quadro 2) (HUNT *et al.* 2009).

Quadro 1 - Classificação Funcional - *New York Heart Association (NYHA)*

Classe	Definição
I	Ausência de sintomas.
II	Sintomas para realizar atividades físicas habituais. Limitação leve.
III	Sintomas para realizar atividades menos intensas que as habituais. Confortável em repouso.
IV	Sintomas aos mínimos esforços ou em repouso.

Fonte: Adaptado de ROHDE *et al.*, 2018.

Quadro 2 - Classificação da Insuficiência Cardíaca (IC) - *American College of Cardiology/American Heart Association*

Estágio	Descrição
A	Risco de desenvolver IC. Sem doença estrutural cardíaca. Não apresenta sintomas de IC.
B	Doença estrutural cardíaca presente. Não apresenta sintomas de IC.
C	Doença estrutural cardíaca presente. Apresentando sintomas de IC, atuais ou prévios.
D	IC refratária ao tratamento clínico. Necessidade de intervenções especializadas.

Fonte: Adaptado de ROHDE et al., 2018

O tratamento de pacientes com IC evoluiu consideravelmente nas últimas três décadas, sobretudo no que diz respeito a intervenções de educação para o autocuidado por equipe multidisciplinar. As intervenções de equipes multiprofissionais no acompanhamento de pacientes com IC são recomendadas em todos os cenários de cuidado. No Brasil, estudos com metodologias robustas têm trazido evidências sobre a importância da abordagem multidisciplinar na melhora do conhecimento sobre a IC, adesão ao tratamento e mudança de comportamento com tomada de decisão em relação à monitorização de sinais e de sintomas e do autocuidado (MARCONDES-BRAGA *et al.*, 2021).

O autocuidado no contexto da IC é definido como a tomada de decisão naturalista que baseia as escolhas de saúde favoráveis (manutenção do autocuidado), o monitoramento dos sinais e sintomas (percepção dos sintomas) e o gerenciamento dos sinais e sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado) (RIEGEL; DICKSON, 2008; RIEGEL; DICKSON; FAULKNER, 2016).

A manutenção do autocuidado para pacientes com IC envolve o tratamento farmacológico, ou seja, adesão aos medicamentos e também o tratamento não farmacológico, como seguir uma dieta com restrição de sódio, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, realizar atividades físicas e realizar o controle do peso diário, além do monitoramento dos sinais e sintomas de congestão e descompensação da IC (RIEGEL et al., 2011). O monitoramento dos sinais de alerta para congestão e a compreensão sobre a relevância dos sinais e sintomas de descompensação deve ser um processo ativo realizado pelo paciente/cuidador, podendo ser orientado pela equipe multiprofissional. O manejo do autocuidado inclui o julgamento e a tomada de decisão sobre implementar uma estratégia de tratamento, além da avaliação da efetividade da estratégia implantada.

Estudos que avaliaram os fatores associados ao autocuidado em pacientes com IC demonstram que elementos como: experiência e habilidades, motivação, hábitos, crenças e valores culturais, habilidades funcionais e cognitivas, confiança, suporte e acesso ao atendimento influenciam o autocuidado nos pacientes com IC (RIEGEL et al., 2011; JAARSMA et al., 2017). Outros estudos demonstram que as condições psicológicas dos pacientes, como a depressão, podem se relacionar com problemas no autocuidado, porém não houve associação significativa entre o autocuidado, qualidade de vida e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (SEDLAR et al., 2017).

Um estudo realizado na Holanda com 167 pacientes, publicado em 2020, que teve como objetivo de descrever a trajetória do comportamento de autocuidado dos pacientes ao longo de 12 meses, demonstrou que 27% dos pacientes analisados diminuíram o nível de autocuidado nos 12 meses de seguimento; essa diminuição do

autocuidado foi relacionada com piores desfechos, como aumento das hospitalizações (LILJEROOS et al., 2020).

O autocuidado vem sendo foco de pesquisas na área da saúde e instrumentos para sua avaliação têm sido desenvolvidos. Uma revisão sistemática que teve por objetivo identificar os instrumentos de avaliação de autocuidado em IC, apontou 14 instrumentos. Apenas dois destes foram submetidos a testes psicométricos rigorosos, *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS)* e *Self-care of Heart Failure Index (SCHFI)* (CAMERON et al., 2009). Os dois instrumentos foram adaptados, validados e traduzidos para o português do Brasil (ÁVILA et al., 2013; FEIJÓ et al., 2012). A SCHFI avalia o reconhecimento, atitudes e confiança relacionados ao autocuidado. A EHFScBS avalia o reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e a tomada de decisão após a ocorrência desses sintomas (JAARSMA et al., 2003; RIEGEL et al., 2004).

Assim como a SCHFI, a EHFScBS contempla diversos aspectos relacionados ao autocuidado na IC. Essa escala é composta por 12 questões que englobam o controle de peso diário, restrição de sal e líquidos, atividades físicas e procura por atendimento de saúde através do reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da IC (JAARSMA et al., 2003). Cada item da escala possui cinco opções de resposta, variando entre 1 (sempre) a 5 (nunca). A pontuação total da escala, dada pela soma das respostas de cada item, varia entre 12 e 60 pontos. A avaliação do autocuidado é realizada com base na soma total, considerando que quanto menor a pontuação, melhor o autocuidado. Atualmente não existe ponto de corte definido para a escala.

Diversas estratégias de educação em saúde têm sido testadas e validadas, tais como: intervenções presenciais, uso de materiais educativos escritos, aprendizagem

online, visitas domiciliares e ligações telefônicas para pacientes portadores de IC (ŚWIĄTONIOWSKA-LONG et al., 2020). Um estudo recente realizado na China que avaliou o impacto de um programa estruturado de educação liderado por enfermeiros em IC, mostrou associação desse programa à melhores desfechos, como adesão farmacológica e controle dos sintomas de IC, além de uma redução nas readmissões hospitalares (CUI et al., 2019). Além da redução nas hospitalizações, as intervenções de autocuidado também possuem efeito no conhecimento sobre insuficiência cardíaca e na qualidade de vida dos pacientes (ZHAO et al., 2020).

Uma revisão sistemática e metanálise avaliou a eficácia de inúmeras estratégias utilizadas na transição de cuidados após hospitalização por IC e mostrou que visitas domiciliares realizadas por enfermeiras são a estratégia mais eficaz para reduzir mortalidade e diminuir as readmissões hospitalares por todas as causas, em pacientes com IC. Outras intervenções eficazes são a abordagem multiprofissional e a educação dos pacientes com ênfase no autocuidado, priorizando o contato face a face (VAN SPALL *et al.*, 2017).

No Brasil, ensaio clínico HELEN-II, que teve como objetivo avaliar a eficácia clínica de uma estratégia conduzida por enfermeiros, iniciada após a alta hospitalar de uma internação por IC agudamente descompensada, demonstrou que visitas domiciliares combinadas com ligações telefônicas foram capazes de reduzir em 27% as vindas dos pacientes à emergência, internação e mortalidade (DE SOUZA *et al.*, 2014).

A atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica, publicada em 2021, revela que metanálises envolvendo estudos observacionais e randomizados de monitoramento e suporte à distância têm mostrado impacto em redução na mortalidade geral, podendo variar de 19% a 31% com o telemonitoramento

em pacientes com IC, enquanto a redução na frequência de internação hospitalar por IC varia de 27% a 39%, principalmente em pacientes em classe funcional III/IV, segundo a *New York Heart Association* (MARCONDES-BRAGA *et al.*, 2021).

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese Nula

Não existe diferença entre os escores de autocuidado dos pacientes com Insuficiência Cardíaca antes e após o processo educacional.

3.2 Hipótese Alternativa

Existe diferença entre os escores de autocuidado dos pacientes com Insuficiência Cardíaca antes e após o processo educacional.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o comportamento de autocuidado em pacientes com IC antes e depois da abordagem educacional realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar, no seguimento de 30 dias.

4.2 Objetivos Específicos

- Relacionar o comportamento de autocuidado em IC com as internações nos 12 meses prévios à internação e com as readmissões em 90 dias após a alta.
- Relacionar variáveis clínicas e sociodemográficas (comorbidades, idade, sexo, escolaridade, renda familiar, morar com ou sem companheiro/familiar, tempo de IC, tempo de internação) com comportamento de autocuidado.

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento de pesquisa

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo “antes-depois”. 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).

5.2 Cenário de Estudo

O estudo foi desenvolvido com pacientes internados por IC no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

5.3 População em Estudo e Critérios de Elegibilidade

A população foi composta por pacientes acompanhados pela equipe de IC. Foram incluídos os pacientes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos e que tenham diagnóstico de ICFeR (Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida). Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram barreiras de comunicação, que estavam em avaliação para transplante cardíaco e que não eram acompanhados pelas agendas ambulatoriais multiprofissionais.

5.4 Amostra

Para que fosse possível detectar uma diferença de seis pontos no escore de autocuidado quando comparados os valores da internação e 30 dias após a alta, considerando um desvio-padrão de 7,7 (MUSSEI et al., 2013), nível de significância de 0,05 e poder de 90%, estimou-se 27 pacientes. Acrescentando 10% para possíveis

perdas e recusas no seguimento, totalizando uma amostra de, no mínimo, 30 pacientes, obtida por meio do programa computacional Winpepi 11.43.

5.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados através de dois instrumentos aplicados aos participantes, um questionário sociodemográfico e clínico, e registros do prontuário eletrônico. O período de coleta compreendeu o período de março a julho de 2021. Para a coleta de dados era realizada uma busca na lista de pacientes internados que fossem potencialmente elegíveis. Para avaliar o comportamento de autocuidado em IC, utilizou-se o instrumento *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScB) (ANEXO A), validado e adaptado para o português do Brasil (FEIJÓ et al., 2012).

Essa escala é composta por 12 itens e cada item possui cinco opções de resposta, variando entre 1 (sempre) a 5 (nunca), a pontuação varia entre 12 e 60 pontos, quanto menor a pontuação, melhor o autocuidado. As afirmativas compreendem controle de peso, reconhecimento de sinais e sintomas e procura de serviço de saúde, ingestão hídrica, descanso diário, controle de sódio na alimentação, adesão farmacológica, vacinação e realização de exercícios físicos (FEIJÓ et al., 2012).

Para a avaliação de possível declínio cognitivo, utilizou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Foram utilizados os seguintes pontos de corte, de acordo com os autores: para analfabetos, 13 pontos; para indivíduos com baixa ou média escolaridade (fundamental incompleto), 18 pontos; e, para aqueles com alto nível de escolarização (acima de ensino fundamental completo), 26 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994) (Anexo B).

Após a concordância em participar do estudo, foram realizadas três entrevistas para aplicação da EHFS_{CB}. A primeira entrevista foi realizada nos primeiros dias da internação, anteriormente ao início do processo de educação realizado pela enfermeira especialista em cardiologia; nesta entrevista também foram coletadas as informações sociodemográficas e clínicas. A segunda entrevista foi realizada por contato telefônico entre o 5º e 7º dia após a alta do paciente. A terceira entrevista foi realizada em 30 dias após a alta, no momento da consulta ambulatorial dos pacientes.

Os dados sociodemográficos (sexo, idade, etnia, escolaridade, estado civil, residir sozinho ou acompanhado, ocupação e renda familiar) e clínicos (FEVE, etiologia da IC, Classe Funcional da NYHA, internação nos últimos doze meses e comorbidades prévias) obteve-se por meio de entrevista utilizando um questionário semiestruturado e busca ao prontuário eletrônico.

5.6 Análise dos Dados

Os dados foram digitados em um banco de dados do programa *Microsoft Excel* e analisados com o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 18.0. Na estatística descritiva foram analisadas as características sociodemográficas da amostra. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio-padrão para aquelas com distribuição normal ou com mediana. As variáveis assimétricas foram expressas como intervalo interquartil. A comparação de autocuidado e adesão entre a avaliação basal e as avaliações de 7 e 30 dias pós-alta foi realizada pelo teste de equações de estimativas generalizadas (GEE) com ajuste de Bonferroni. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), sendo este em duas vias iguais e contendo os objetivos da pesquisa, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Os pesquisadores se comprometeram a preservar a privacidade dos participantes do estudo e assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados de prontuários na plataforma AGHUse Pesquisa do HCPA. Tendo em vista o envolvimento de seres humanos no projeto de pesquisa, o mesmo foi submetido primeiramente à plataforma AGHuse Pesquisa do HCPA, sendo aprovado sob o nº2020-0735 e posteriormente foi submetido à Plataforma Brasil para aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HCPA, sendo aprovado conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 41808921.9.0000.5327 (anexo B). Cumpriu-se todos os termos da resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. C. DE et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2015.

ÁVILA, C. W. et al. **Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Brazilian Version of the Self-Care of Heart Failure Index Version 6.2**. Research Article.

BERTOLUCCI, Paulo H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 52, p. 01–07, 1994.

BRASIL, M. S.; BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2012. .

BUI, Anh L.; HORWICH, Tamara B.; FONAROW, Gregg C. Epidemiology and risk profile of heart failure. **Nature Reviews. Cardiology**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 30–41, 2011.

BOCCHI, Edimar Alcides et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial. **Circulation: Heart Failure**, v. 1, n. 2, p. 115–124, 2008.

CUI, Xiaoning *et al.* A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 5270, 2019.

DE SOUZA, Emiliane Nogueira *et al.* A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. **European Journal of Heart Failure**, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 1002–1008, 2014.

DHARMARAJAN, Kumar *et al.* Trajectories of risk after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia: retrospective cohort study. **The BMJ**, [s. l.], v. 350, p. h411, 2015.

DODD, M. J. Measuring informational intervention for chemotherapy knowledge and self-care behavior. **Research in Nursing & Health**, v. 7, n. 1, p. 43–50, mar. 1984.

DOLGIN, M. Committee NYHAC. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. 9th ed. Boston: Little, Brown, 1994.

FEIJÓ, Maria Karolina *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 988–996, 2012.

HEIDENREICH, P. A. et al. Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States. **Circulation. Heart failure**, v. 6, n. 3, p. 606–619, maio 2013.

HUNT, S. A. et al. American Heart Association 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. **J Am Coll Cardiol**, v. 53, n. 15, p. e1-e90, 2009.

JAARSMA, T. et al. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. **European Journal of Heart Failure**, v. 5, n. 3, p. 363–370, 2003.

JAARSMA, T. et al. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. **Current Heart Failure Reports**, v. 14, n. 2, p. 71–77, 2017.

LAW, M. et al. Guidelines for critical review of qualitative studies. McMaster University occupational therapy evidence-based practice research Group, p. 1-9, 1998.

LILJEROOS, Maria *et al.* Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 421–432, 2020.

MANN, D. et al. Barunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 2015.

MARCONDES-BRAGA, Fabiana G. *et al.* Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 116, p. 1174–1212, 2021.

MOZAFFARIAN DARIUSH et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. **Circulation**, v. 133, n. 4, p. e38–e360, 26 jan. 2016.

MUSSI, C. M. et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 20–28, fev. 2013.

MUSSI, Cláudia Motta *et al.* Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 21, n. spe, p. 20–28, 2013.

PONIKOWSKI, Piotr *et al.* 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **European Heart Journal**, [s. l.], v. 37, n. 27, p. 2129–2200, 2016.

RIEGEL, B. et al. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. **Journal of Cardiac Failure**, v. 10, n. 4, p. 350–360, 1 ago. 2004.

RIEGEL, B. et al. Self care in patients with chronic heart failure. **Nature Reviews. Cardiology**, v. 8, n. 11, p. 644–654, 19 jul. 2011.

RIEGEL, B.; CARLSON, B.; GLASER, D. Development and testing of a clinical tool

measuring self-management of heart failure. **Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care**, v. 29, n. 1, p. 4–15, 1 jan. 2000.

RIEGEL, Barbara *et al.* An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. **The Journal of cardiovascular nursing**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 485–497, 2009.

RIEGEL, Barbara; DICKSON, Victoria Vaughan. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 190–196, 2008.

RIEGEL, Barbara; DICKSON, Victoria Vaughan; FAULKNER, Kenneth M. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. **Journal of Cardiovascular Nursing**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 226–235, 2016.

RIET, Evelien E. S. van *et al.* Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. **European Journal of Heart Failure**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 242–252, 2016.

ROHDE, L. E. P. *et al.* Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2018.

SEDLAR, N. *et al.* Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 16, n. 4, p. 272–282, 1 abr. 2017.

ŚWIĄTONIOWSKA-LONC, N. A. *et al.* The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. **Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University**, v. 29, n. 4, p. 481–492, abr. 2020.

TRIPOSKIADIS, Filippos *et al.* Reframing the association and significance of comorbidities in heart failure. **European Journal of Heart Failure**, [s. l.], v. 18, n. 7, p. 744–758, 2016.

VAN SPALL, Harriette G. C. *et al.* Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. **European Journal of Heart Failure**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 1427–1443, 2017.

ZHAO, Qiuge *et al.* Effects of self-management interventions on heart failure: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 110, p. 103689, 2020.

ZIAEIAN, Boback; FONAROW, Gregg C. Epidemiology and aetiology of heart failure. **Nature reviews. Cardiology**, [s. l.], v. 13, n. 6, p. 368–378, 2016.

8 RESULTADOS

ARTIGO ORIGINAL

Vitória Eugênia da Costa Lagranha¹, Simoni Chiarelli da Silva Pokorski², Eneida
Rejane Rabelo-Silva³

¹ Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Hospital de Clínicas de Porto
Alegre

² Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem - Hospital de
Clínicas de Porto Alegre

³ Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

Endereço para correspondência:
Simoni Chiarelli da Silva Pokorski
Av. Ramiro Barcelos 2053 - Santa Cecília
Porto Alegre - RS, 90035-007
E-mail: spokorski@hcpa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar o comportamento de autocuidado em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) antes e depois da abordagem educacional realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar, no seguimento de 30 dias. Métodos: Estudo quase experimental do tipo “antes-depois” com pacientes internados por IC em um hospital público do sul do Brasil no período de março a julho de 2021. Os dados foram coletados através dos instrumentos *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScB) e Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e registros do prontuário eletrônico. Resultados: Foram incluídos 28 pacientes. A média de idade foi de 61 ± 14 . Predominou o gênero masculino (79%) e a etnia branca (79%). A etiologia mais prevalente foi isquêmica (46%). Do total de pacientes, 29% foram readmitidos por IC em 90 dias após a alta hospitalar. Na avaliação basal, o percentual médio no escore de autocuidado foi de $34,8 \pm 11$. Na avaliação de sete dias pós-alta, o escore médio foi de $22,5 \pm 6$. Na avaliação de 30 dias pós-alta, o escore médio foi de $24 \pm 7,5$. Observou-se aumento significativo ($P < 0,001$) entre os escores de autocuidado de sete e 30 dias após a alta quando comparados ao valor basal. Identificou-se interação significativa ($P < 0,001$) entre o tempo de internação e os escores de autocuidado em sete dias após a alta e 30 dias pós-alta quando comparados à avaliação basal. Observou-se interação significativa ($P = 0,006$) entre o tempo de experiência com a IC e o autocuidado basal. Conclusão: Intervenções educativas dentro de um programa multiprofissional estruturado resultaram em um impacto positivo sobre o autocuidado

de pacientes com IC. Contudo, com o tempo decorrido das orientações observa-se tendência de redução do escore de comportamento de autocuidado.

Descritores: Insuficiência Cardíaca. Autocuidado. Educação em Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 70% das mortes no mundo. Nas DCNT incluem-se as doenças cardiovasculares, sendo a IC uma das principais causas de hospitalização. A IC é considerada uma síndrome de alta prevalência no mundo, com grande impacto na morbimortalidade.^{1,2,3}

A manifestação aguda da IC, também denominada como IC agudamente descompensada, é representada por sinais e sintomas de congestão e de baixo débito cardíaco, e um dos principais fatores dessa descompensação é a má adesão ao uso dos medicamentos, assim como ingestão aumentada de líquidos e sódio⁴, fatores esses que estão contemplados nos principais instrumentos de mensuração do autocuidado.^{5,6}

O autocuidado é um processo complexo de manutenção da saúde por meio de diversos aspectos, como o monitoramento do peso corporal, adesão farmacológica e busca ao atendimento de saúde quando os sinais e sintomas de IC descompensada estão piorando.⁷ Considerando-se que melhores escores de autocuidado estão relacionados a melhores desfechos nos pacientes com IC,^{8,9,10} é importante que se identifique os indivíduos que possuem um autocuidado insatisfatório. Atualmente, diversas estratégias de educação têm sido estudadas, como uso de materiais educativos impressos, conteúdo online, contato face a face, visitas domiciliares e contatos telefônicos.^{9,11,12}

O ensaio clínico HELEN-II, realizado no Brasil, que teve como objetivo avaliar a eficácia clínica de uma estratégia de educação conduzida por enfermeiros, iniciada após a alta hospitalar de uma internação por IC agudamente descompensada, demonstrou que visitas domiciliares combinadas com telemonitoramento via ligação telefônica foram capazes de reduzir as readmissões nos serviços de emergência hospitalar.⁸

No hospital universitário em estudo os pacientes com IC são acompanhados por uma equipe multiprofissional, desde a admissão até o momento após a alta hospitalar. O enfermeiro especialista em cardiologia/clínica de IC realiza o processo de educação em todos estes momentos, que é composto por orientações ao paciente e família/cuidador sobre sinais e sintomas de IC agudamente descompensada, controle de líquidos e sódio, controle de peso corporal e organização do tratamento farmacológico, além de outras questões que contemplam as particularidades de cada indivíduo, incluindo controle de fatores de risco para outras doenças.

A educação em saúde para pacientes com IC tem uma repercussão importante no autocuidado,^{11,13} além disso, também possui impacto no conhecimento sobre IC e na qualidade de vida dos pacientes.¹⁰ Considerando estes aspectos, o presente estudo pode contribuir para o planejamento de estratégias educativas individualizadas que visam monitorização dos sintomas de congestão e intervenção precoce para prevenção de hospitalizações.

Este estudo teve por objetivo avaliar o comportamento de autocuidado em pacientes com IC antes e depois da abordagem educacional realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar, no seguimento de 30 dias pós-alta e relacionar o comportamento de autocuidado em IC com variáveis clínicas e sociodemográficas

e também com o número de hospitalizações no último ano e reinternações no seguimento de 90 dias após a alta hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo “antes-depois”. O estudo foi desenvolvido com pacientes internados por IC em um hospital público do sul do Brasil no período de março a julho de 2021. Os dados foram coletados através de dois instrumentos aplicados aos participantes, um questionário sociodemográfico e clínico, e registros do prontuário eletrônico.

Para avaliar o comportamento de autocuidado em IC, utilizou-se o instrumento *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScB), validado e adaptado para o português do Brasil.¹⁴ Essa escala é composta por 12 itens e cada item possui cinco opções de resposta, variando entre 1 (sempre) a 5 (nunca), a pontuação varia entre 12 e 60 pontos, quanto menor a pontuação, melhor o autocuidado. As afirmativas compreendem controle de peso, reconhecimento de sinais e sintomas e procura de serviço de saúde, ingestão hídrica, descanso diário, controle de sódio na alimentação, adesão farmacológica, vacinação e realização de exercícios físicos.¹⁴ Para a avaliação de possível declínio cognitivo, utilizou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).¹⁵

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos e que tenham diagnóstico de ICFeR (Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida). Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram barreiras de comunicação e que estivessem em avaliação para transplante cardíaco.

Os pacientes foram convidados a participar do estudo durante as visitas realizadas nas unidades de internação. Após a concordância em participar do estudo, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os objetivos da pesquisa.

Foram realizadas três entrevistas para aplicação dos instrumentos. A primeira entrevista foi realizada nos primeiros dias da internação, anteriormente ao início do processo de educação realizado pela enfermeira especialista em cardiologia; nesta entrevista, além da aplicação da EHFScB, também foram coletadas as informações sociodemográficas e clínicas. A segunda entrevista foi realizada por contato telefônico entre o 5º e 7º dia após a alta do paciente. A terceira entrevista foi realizada em 30 dias após a alta, no momento da consulta ambulatorial dos pacientes.

Os dados sociodemográficos (sexo, idade, etnia, escolaridade, residir sozinho ou acompanhado, ocupação e renda familiar) e clínicos (FEVE, etiologia da IC, Classe *Funcional New York Heart Association* (NYHA), internação nos últimos 12 meses e comorbidades prévias) obteve-se por meio de entrevista utilizando um questionário semiestruturado e busca ao prontuário eletrônico.

Para que fosse possível detectar uma diferença de seis pontos no escore de autocuidado quando comparados os valores da internação e 30 dias após a alta, considerando um desvio-padrão de 7,¹⁶ nível de significância de 0,05 e poder de 90%, estimou-se 27 pacientes. Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas no seguimento, totalizando uma amostra de, no mínimo, 30 pacientes, obtida por meio do programa computacional Winpepi 11.43.

Os dados foram digitados em um banco de dados do programa *Microsoft Excel* e analisados com o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 18.0. Na estatística descritiva foram analisadas as características

sociodemográficas da amostra. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio-padrão para aquelas com distribuição normal ou com mediana. As variáveis assimétricas foram expressas como intervalo interquartil. A comparação de autocuidado entre a avaliação basal e as avaliações de 7 e 30 dias pós-alta foi realizada pelo teste de equações de estimativas generalizadas (GEE) com ajuste de Bonferroni. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. O estudo foi aprovado na Plataforma Brasil (CAAE nº 41808921.9.0000.5327) e no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital.

RESULTADOS

No período de março a julho de 2021, 72 pacientes foram potencialmente elegíveis. Destes, 41 não estavam contemplavam os critérios de inclusão, um não completou o estudo por não atender a ligação pós-alta e foi observado um óbito durante o seguimento. Ao todo, 28 pacientes completaram o estudo e foram analisados no seguimento de 30 dias após a alta hospitalar (Figura 1). No total, foram realizadas 84 entrevistas.

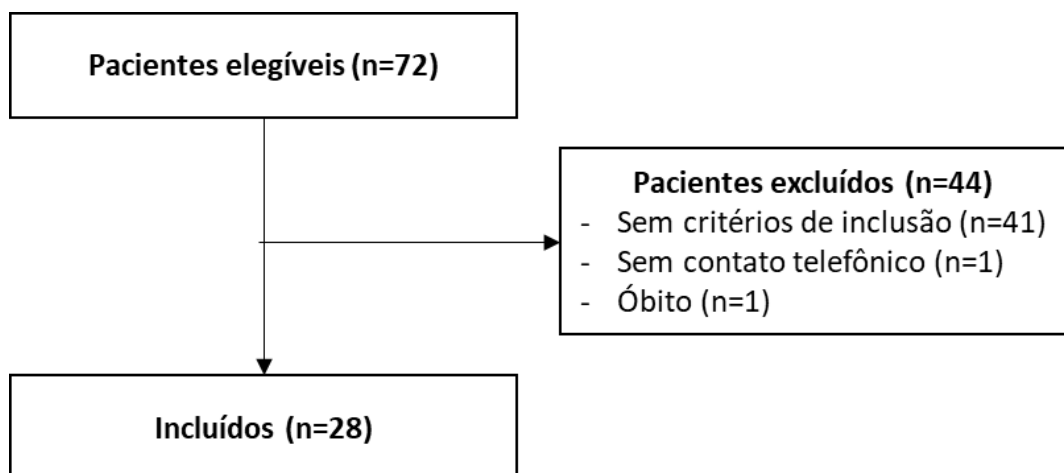


Figura 1 – Fluxograma do Estudo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

A média de idade foi de $61,00 \pm 13,70$. Predominou o gênero masculino (78,6%) e a etnia branca (78,6%) A fração de ejeção média foi de $20,5\% \pm 6,0\%$. A etiologia mais prevalente foi a Isquêmica (46,4%). Hipertensão arterial e diabetes foram as comorbidades mais prevalentes (71,4%; 50%). NYHA II foi a classe funcional mais prevalente no momento da avaliação (64,3%).

O tempo médio de internação em dias foi de $13,9 \pm 7,3$. Da totalidade de pacientes, 21,4% apresentaram declínio cognitivo quando aplicado o MEEM. Além disso, 28,6% dos pacientes foram readmitidos em 90 dias após a alta hospitalar por IC agudamente descompensada e 64,3% dos pacientes tiveram alguma internação por IC agudamente descompensada nos 12 meses anteriores à hospitalização atual. As demais características sociodemográficas e clínicas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

CARACTERÍSTICAS	N=28
Dados Sociodemográficos	
Idade, anos	60,11±13,701
Cor, branca (%)	22 (78,6)
Gênero, masculino (%)	22 (78,6)
Escolaridade (%)	
<i>Ensino fundamental incompleto</i>	11 (39,3)
<i>Ensino fundamental completo</i>	9 (32,1)
<i>Ensino médio completo e incompleto</i>	7 (25)
<i>Ensino superior</i>	1 (3,6)
Reside com a família/companheiro (%)	18 (69,3)
Reside sozinho (%)	10 (35,7)
Ocupação, aposentado (%)	15 (53,6)
Renda familiar (%)	
<i>1 a 3 salários mínimos</i>	19 (67,9)

<i>Acima de 3 salários mínimos</i>	8 (28,3)
<i>Sem renda</i>	1 (3,6)
Dados Clínicos	
Fração de ejeção±	23,50±6,02
Tempo de experiência com a IC (%)	
<i>Menos de 1 ano</i>	7 (25,0)
<i>1 a 5 anos</i>	7 (25,0)
<i>5 a 10 anos</i>	8 (28,6)
<i>Acima de 10 anos</i>	6 (21,4)
Classe funcional (%)	
<i>I</i>	3 (10,7)
<i>II</i>	18 (64,3)
<i>III</i>	6 (21,4)
<i>IV</i>	1 (3,6)
Tempo de internação, dias	13,89±7,34
Internação nos últimos 12 meses (%)	
<i>Sim</i>	18 (64,3)
Reinternação por IC em 90 dias pós-alta (%)	
<i>Sim</i>	8 (28,6)
Mini-Mental (%) apresenta somente com	
<i>Com declínio cognitivo</i>	6 (21,4)
Etiologia (%)	
<i>Isquêmica</i>	13 (46,4)
<i>Hipertensiva</i>	4 (14,3)
<i>Sem etiologia definida</i>	4 (14,3)
<i>Outras</i>	4 (14,3)
<i>Cardiomiopatias</i>	3 (10,7)
Comorbidades (%)	
<i>Hipertensão Arterial</i>	20 (71,4)
<i>Diabetes Mellitus</i>	14 (50,0)
<i>Doença arterial coronariana</i>	13 (46,4)

<i>Obesidade</i>	6 (21,4)
<i>Depressão</i>	2 (7,1)
Hábitos (%)	
<i>Tabagismo</i>	12 (42,9)
<i>Etilismo</i>	9 (32,1)

†Variáveis contínuas expressas como média± desvio-padrão; variáveis categóricas como n (%).

Valor do salário mínimo na época do estudo: R\$1100,00.

A Figura 2 apresenta a variação entre os escores de autocuidado no seguimento de 30 dias pós-alta. Observou-se uma melhora no comportamento de autocuidado ao final do seguimento. Na avaliação basal o percentual médio no escore de autocuidado foi de $34,8 \pm 11$, escore mínimo de 12 e máximo 58. Na avaliação de sete dias pós-alta o escore médio foi de $22,5 \pm 6$, mínimo 14 e máximo 39. Na avaliação de 30 dias após a alta o escore médio foi de $24 \pm 7,5$, mínimo 15 e máximo 41. Observa-se aumento significativo ($P < 0,001$) entre os escores de autocuidado de sete e 30 dias após a alta quando comparados ao valor basal. Não se observa diferença significativa ($P = 1,0$) quando comparados os escores de sete e 30 dias pós-alta.

Quando analisados isoladamente os pacientes que apresentavam ou não declínio cognitivo de acordo com o MEEM e relacionados com o autocuidado, não houve diferença significativa entre a variação de comportamento de autocuidado. A variação entre os escores de autocuidado no seguimento de 30 dias após a alta dos pacientes com déficit cognitivo e sem déficit cognitivo foi semelhante ao exposto na Figura 2.

Identificou-se interação significativa ($P < 0,001$) entre o tempo de internação e os escores de autocuidado em sete e 30 dias após a alta quando comparados à avaliação basal. Quanto maior o tempo de internação, melhores os escores de autocuidado encontrados nas avaliações de sete e 30 dias. Quanto ao tempo de experiência com a IC, observou-se interação significativa ($P = 0,006$) quando

comparado ao escore de autocuidado basal. Escores mais elevados de autocuidado foram relacionados com um maior tempo de experiência com a IC.

Não houve interação significativa entre o escore de autocuidado basal e as seguintes variáveis: idade ($P=0,17$), sexo ($P=0,13$), número de pessoas na residência ($P=0,16$), escolaridade ($P=0,28$) e renda familiar ($P=0,26$). Não se identificou interação significativa ($P=0,30$) quando comparados os pacientes que tiveram ou não hospitalizações nos últimos 12 meses com o escore de autocuidado em sete dias após a alta. Observou-se tendência a interação significativa ($P=0,07$) entre o comportamento de autocuidado no melhor momento (avaliação de sete dias após a alta) e readmissões em 90 dias pós-alta.

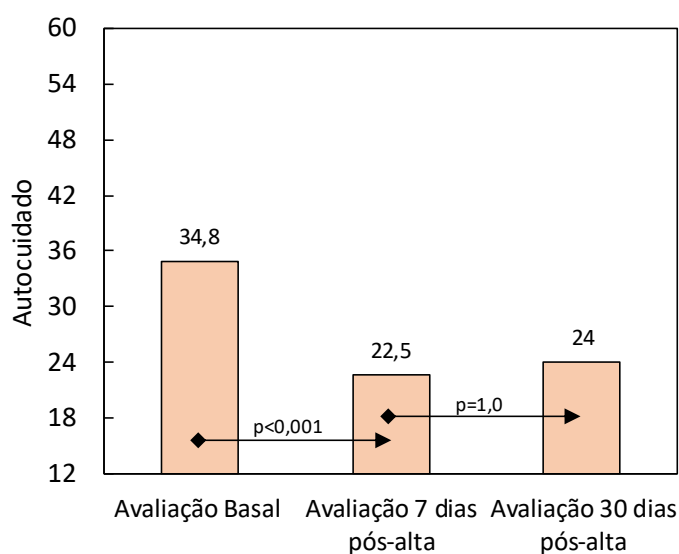


Figura 2 - Comportamento de autocuidado no seguimento de 30 dias pós-alta.

A Tabela 2 ilustra a distribuição dos indivíduos de acordo com as respostas dadas em cada item da Escala de Autocuidado na avaliação basal. Os maiores percentuais no escore 5 (nunca), foram observados nos seguintes itens de autocuidado: (1) eu me peso todos os dias; (5) caso ganhe 2 Kg em 1 semana procuro

algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório); (6) limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1.5 a 2L por dia); (8) se meu cansaço aumenta, procuro algum serviço de saúde; (12) faço exercícios regularmente (tabela 2).

Os maiores percentuais no escore 1 (sempre) foram observados nos seguintes itens de autocuidado: (2) Se sinto falta de ar, repouso; (3) Se minha falta de ar aumenta, procuro algum serviço de saúde; (7) Descanso durante o dia; (9) Ingiro uma dieta com pouco sal; (10) Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição; (11) Tomo a vacina contra a gripe todos os anos (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos de acordo com respostas por item da Escala de Autocuidado - Avaliação basal, Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

	Sempre			Nunca	
	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
1- Eu me peso todos os dias	2 (7,1)	2 (7,1)	7 (25,0)	5 (17,9)	12 (42,9)
2- Se sinto falta de ar, repouso	20 (71,4)	1 (3,6)	4 (14,3)	1 (3,)	2 (7,1)
3- Se minha falta de ar aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	15 (53,6)		2 (7,1)		11 (39,3)
4- Se meus pés e pernas tornarem-se mais inchadas do que de costume, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	11 (39,3)		4 (14,3)	1 (3,6)	12 (42,9)
5- Caso ganhe 2 Kg em 1 semana, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	1 (3,6)		2 (7,1)	1 (3,6)	24 (85,7)
6- Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1.5 a 2L por dia)	5 (17,9)	1 (3,6)	3 (10,7)		19 (67,9)
7- Descanso durante o dia	21 (75,0)	3 (10,7)	1 (3,6)		3 (10,7)
8- Se meu cansaço aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	11 (39,3)		3 (10,7)	2 (7,1)	12 (42,9)
9- Ingiro uma dieta com pouco sal	16 (57,1)	3 (10,7)	4 (14,3)		5 (17,9)
10- Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	20 (71,4)	1 (3,6)	4 (14,3)		3 (10,7)
11- Tomo a vacina contra a gripe todos os anos	20 (71,4)		1 (3,6)		7 (25,0)
12- Faço exercícios regularmente	4 (14,3)	1 (3,6)	2 (7,1)	2 (7,1)	19 (67,9)

Variáveis categóricas expressas como n (%).

A Tabela 3 mostra a distribuição dos indivíduos de acordo com as respostas dadas em cada item da Escala de Autocuidado na avaliação de sete dias pós-alta. Os maiores percentuais no escore 5 (nunca), foram observados nos seguintes itens de autocuidado: (5) caso ganhe 2 Kg em 1 semana procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório); (12) faço exercícios regularmente.

Os maiores percentuais no escore 1 (sempre) foram observados nos seguintes itens de autocuidado: (1) eu me peso todos os dias; (2) se sinto falta de ar, repouso; (3) se minha falta de ar aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório); (4) se meus pés e pernas tornarem-se mais inchadas do que de costume, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório); (6) limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2L por dia); (7) descanso durante o dia; (8) se meu cansaço aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório); (9) ingiro uma dieta com pouco sal; (10) tomo meu medicamento de acordo com a prescrição; (11) tomo a vacina contra a gripe todos os anos.

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos de acordo com respostas por item da Escala de Autocuidado - Avaliação sete dias pós-alta, Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

	Sempre			Nunca	
	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
1- Eu me peso todos os dias	15 (53,6)	2 (7,1)	3 (10,7)	2 (7,1)	6 (21,4)
2- Se sinto falta de ar, repouso	26 (92,9)		2 (7,1)		
3- Se minha falta de ar aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	19 (67,9)	2 (7,1)	5 (17,9)		2 (7,1)
4- Se meus pés e pernas tornarem-se mais inchadas do que de costume, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	16 (57,1)	2 (7,1)	6 (21,4)	2 (7,1)	2 (7,1)
5- Caso ganhe 2 Kg em 1 semana, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	11 (39,3)	1 (3,6)	4 (14,3)		12 (42,9)
6- Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1.5 a 2L por dia)	24 (85,7)	1 (3,6)	3 (10,7)		

7- Descanso durante o dia	24 (85,7)	2 (7,1)	1 (3,6)		1 (3,6)
8- Se meu cansaço aumenta, procuro algum serviço de saúde (posto, emergência, ambulatório)	19 (67,9)	1 (3,6)	5 (17,9)		3 (10,7)
9- Ingiro uma dieta com pouco sal	27 (96,4)	1 (3,6)			
10- Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	27 (96,4)	1 (3,6)			
11- Tomo a vacina contra a gripe todos os anos	18 (64,3)		2 (7,1)		8 (28,6)
12- Faço exercícios regularmente	3 (10,7)	1 (3,6)	3 (10,7)	3 (10,7)	18 (64,3)

Variáveis categóricas expressas como n (%).

Discussão

Este estudo avaliou o comportamento de autocuidado em pacientes com IC antes e depois da abordagem educacional realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar, no seguimento de 30 dias. No presente estudo houve um aumento significativo nos escores de comportamento de autocuidado após um período de hospitalização. Este resultado corrobora com uma pesquisa semelhante que avaliou o impacto da educação em saúde realizada por enfermeiras em pacientes com IC e evidenciou um aumento significativo na manutenção e gerenciamento do autocuidado em 7 e 30 dias pós-alta.¹⁷ Este aumento nos escores de autocuidado pode estar relacionado às intervenções educativas planejadas que são realizadas pela equipe multiprofissional em saúde.

Observou-se no presente estudo que o comportamento de autocuidado na avaliação de uma semana após a alta teve um aumento significativo dos escores, no que diz respeito aos itens da EHFScB verificou-se principalmente uma maior adesão à pesagem corporal, procura ao atendimento de emergência frente à manifestação de sinais e sintomas de IC descompensada, controle de líquidos e sódio, terapia farmacológica e vacinação. Apesar da tendência de queda nos escores de 30 dias após a alta, quando comparados a sete dias, os escores permaneceram semelhantes nestes dois períodos.

No ensaio clínico randomizado HELEN-I, que verificou o efeito de uma intervenção educativa que associou visitas domiciliares e contato telefônico em pacientes com IC, foi observado durante os seis meses de seguimento uma melhora no autocuidado, conhecimento e adesão ao tratamento no grupo intervenção.¹⁶

No HELEN-I, a média dos escores de autocuidado na avaliação basal foi de $34,45 \pm 7,71$ no grupo intervenção e $34,05 \pm 7,66$ no grupo controle. Após os 6 meses, a média dos escores de autocuidado foi de $22,36 \pm 6,46$ no grupo intervenção e $30,91 \pm 7,30$ no grupo controle. Durante os 6 meses de seguimento, há uma melhora significativa entre a visita domiciliar basal e a visita de dez dias após a alta, nas visitas subsequentes, houve uma estabilidade nos escores de autocuidado.¹⁶ O período de hospitalização torna os pacientes mais suscetíveis às intervenções de educação, sendo um momento importante para a abordagem do comportamento de autocuidado.

Atualmente não existem estudos que indiquem um ponto de corte para o instrumento EHFS_cB de 12 itens, que varia sua pontuação entre 12 e 60 pontos, sendo 12 o melhor comportamento de autocuidado. Sugere-se novos estudos que possam estabelecer pontos de corte para a EHFS_cB de 12 itens, visando estabelecer intervenções educativas cada vez mais personalizadas ao perfil de pacientes.

Evidenciou-se uma tendência de diminuição nos escores de autocuidado no período de 30 dias pós-alta, quando comparado com 7 dias pós-alta. Um estudo publicado em 2020 corrobora com estes dados, demonstrando que 27% dos pacientes apresentaram uma redução dos seus escores de autocuidado em 12 meses de acompanhamento e essa diminuição dos escores foi relacionada com piores desfechos, como aumento das hospitalizações.¹⁸

Quanto à readmissão hospitalar por IC agudamente descompensada, foi observado um percentual de 28,6% de readmissões em até 90 após a alta hospitalar.

Estudos evidenciam um risco diário de readmissão hospitalar por IC em 30 dias pós-alta de 0,7%¹⁹, e uma taxa de readmissão e de mortalidade de 36% e 6% nos 90 dias após a alta hospitalar, respectivamente.²⁰ As intervenções educativas com foco no autocuidado podem auxiliar na manutenção da estabilidade dos pacientes, ou seja, para que permaneçam livres de descompensação da IC e conseqüentemente sem novas readmissões hospitalares.

A educação em saúde realizada por enfermeiras para pacientes com IC contribui para a redução nas readmissões hospitalares, redução na hospitalização e também geram um benefício em custo,²¹ além disso programas de educação em saúde estruturados e liderados por enfermeiras podem melhorar desfechos como adesão farmacológica e controle dos sintomas de IC.¹³

Além da redução nas hospitalizações, as intervenções de autocuidado também possuem efeito positivo no conhecimento sobre IC e na qualidade de vida desses pacientes.¹⁰ A Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica traz como recomendação IIa o uso de telemonitoramento para manejo de pacientes com IC crônica.¹²

Neste estudo, observou-se também uma interação entre o tempo de internação e um melhor comportamento de autocuidado; os pacientes que permaneceram mais dias no hospital, apresentaram um melhor escore de autocuidado em 7 dias e 30 dias pós-alta. Possivelmente, por permanecerem maior tempo hospitalizados, os pacientes recebem uma quantidade maior de intervenções educativas pela equipe multiprofissional em saúde, refletindo nos escores de autocuidado. Não foram encontrados estudos que abordassem este aspecto.

Além disso, o presente estudo evidenciou uma interação entre maior tempo de experiência com a IC e melhores escores de comportamento de autocuidado. O

reconhecimento dos sinais e sintomas de IC descompensada (percepção do autocuidado) é fundamental para a tomada de decisão naturalista para o manejo e manutenção do autocuidado.^{22,23} Sendo assim, é esperado que pacientes com maior tempo de experiência com a doença possuam melhores escores de autocuidado.

Em relação ao MEEM, 21,4% dos pacientes apresentaram declínio cognitivo quando utilizado o ponto de corte que relaciona a cognição com a escolaridade. Uma metanálise que teve como objetivo identificar a prevalência de doença cognitiva em pacientes com IC e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), evidenciou que 35% dos pacientes com IC e 25% dos pacientes com DPOC possuem alterações cognitivas leves.²⁴

Outro estudo, que teve como objetivo descrever o comportamento de autocuidado em uma amostra de pacientes brasileiros com IC, evidenciou que 44,8% dos pacientes do estudo apresentavam declínio cognitivo,²⁵ porém neste estudo foi utilizado outro ponto de corte para o MEEM. Atualmente existem diversas versões com diferentes pontos de corte para o MEEM, que podem considerar, ou não, a escolaridade.²⁶ Em relação aos pacientes da amostra estudada, a maior parte possui baixa escolaridade,¹⁵ o que vem a diminuir o ponto de corte para declínio cognitivo, sendo assim, a maioria dos indivíduos da amostra não possuem declínio cognitivo de acordo com o MEEM.

Considerações finais

Os resultados sugerem que intervenções educativas refletem positivamente no comportamento de autocuidado dos pacientes com IC. Observando-se a tendência de diminuição do comportamento de autocuidado em 30 dias pós-alta, enfatiza-se a importância do telemonitoramento, visitas domiciliares e acompanhamento

ambulatorial multiprofissional, com objetivo de manutenção de bons escores de autocuidado, visando a diminuição das readmissões hospitalares e melhora da qualidade de vida dos pacientes com IC.

Os escores de autocuidado foram melhores em pacientes que permaneceram mais dias hospitalizados. Dessa forma, destaca-se a importância de um planejamento de alta em conjunto com a equipe de saúde, visando um melhor aproveitamento do tempo de hospitalização dos pacientes, para que seja possível abordar o máximo de questões importantes referentes ao comportamento de autocuidado, objetivando, inclusive, um menor tempo de internação hospitalar.

Dentre as limitações do estudo, pode-se incluir o tamanho da amostra. O início da coleta de dados convergiu com a segunda onda da pandemia de doença do coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil, sendo um fator limitante para a coleta de dados.

Os resultados deste estudo serão importantes para a identificação de lacunas no processo de educação em saúde nos pacientes com IC e também para o planejamento de novas intervenções educativas que possam melhorar o autocuidado desses pacientes, principalmente em relação à manutenção do autocuidado ao longo do tempo.

Referências

- 1 Geneva, W. H. O., & World Health Organization. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010.
- 2 Heidenreich, P. A., Albert, N. M., Allen, L. A., Bluemke, D. A., Butler, J., Fonarow, G. C., ... & Trogon, J. G. (2013). Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation: Heart Failure*, 6(3), 606-619.
- 3 Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 14 de julho de 2016;37(27):2129–200.
- 4 Albuquerque, D. C. D., Souza, J. D. D., Bacal, F., Rohde, L. E. P., Bernardes-Pereira, S., Berwanger, O., & Almeida, D. R. (2015). I Brazilian registry of heart failure-clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 104, 433-442.
- 5 Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*. 2003;5(3):363–70.
- 6 Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of cardiac failure*, 10(4), 350-360.
- 7 Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.
- 8 DE SOUZA, Emiliane Nogueira *et al.* A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. **European Journal of Heart Failure**, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 1002–1008, 2014.
- 9 VAN SPALL, Harriette G. C. *et al.* Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. **European Journal of Heart Failure**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 1427–1443, 2017.
- 10 ZHAO, Qiuge *et al.* Effects of self-management interventions on heart failure: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 110, p. 103689, 2020.

- 11 Świątoniowska-Lonc NA, Sławuta A, Dudek K, Jankowska K, Jankowska-Polańska BK. The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. *Adv Clin Exp Med*. abril de 2020;29(4):481–92.
- 12 Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. *Arq Bras Cardiol*. 14 de junho de 2021;116:1174–212.
- 13 Cui X, Zhou X, Ma L, Sun T-W, Bishop L, Gardiner FW, et al. A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. *Rural Remote Health*. 2019;19(2):5270.
- 14 Feijó MK, Ávila CW, Souza EN de, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. *Rev Latino-Am Enfermagem*. outubro de 2012;20(5):988–96.
- 15 Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. março de 1994;52:01–7.
- 16 Mussi CM, Ruschel K, Souza EN de, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev Latino-Am Enfermagem*. fevereiro de 2013;21(spe):20–8.
- 17 Awoke MS, Baptiste D-L, Davidson P, Roberts A, Dennison-Himmelfarb C. A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. *Contemp Nurse*. fevereiro de 2019;55(1):15–26
- 18 Liljeroos M, Kato NP, van der Wal MH, Brons M, Luttik ML, van Veldhuisen DJ, et al. Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. *Eur J Cardiovasc Nurs*. junho de 2020;19(5):421–32.
- 19 Dharmarajan K, Hsieh AF, Kulkarni VT, Lin Z, Ross JS, Horwitz LI, et al. Trajectories of risk after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia: retrospective cohort study. *BMJ*. 5 de fevereiro de 2015;350:h411.
- 20 McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. julho de 2012;33(14):1787–847.

- 21 Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Educ Couns*. março de 2018;101(3):363–74.
- 22 Riegel B, Dickson VV. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care: *The Journal of Cardiovascular Nursing*. maio de 2008;23(3):190–6.
- 23 Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*. junho de 2016;31(3):226–35.
- 24 Yohannes AM, Chen W, Moga AM, Leroi I, Connolly MJ. Cognitive Impairment in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. *J Am Med Dir Assoc*. 1º de maio de 2017;18(5):451.e1-451.e11.
- 25 Conceição AP da, Santos MA dos, Santos B dos, Cruz D de ALM da. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enfermagem*. agosto de 2015;23:578–86.
- 26 Melo DM de, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. dezembro de 2015;20:3865–76.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam que as intervenções educativas planejadas refletem de forma positiva no autocuidado dos pacientes com IC. Além disso, este estudo evidencia um percentual de 28,6% de readmissões hospitalares por IC no seguimento de 90 dias pós-alta. Dessa forma, enfatiza-se a importância das intervenções de educação realizadas por enfermeiras especialistas em IC e pelos demais componentes da equipe multiprofissional, com objetivo de melhorar o comportamento de autocuidado e evitar novas readmissões por IC.

Salienta-se a importância do telemonitoramento, visitas domiciliares e acompanhamento ambulatorial multidisciplinar pós-alta, uma vez que o presente estudo evidenciou uma tendência de diminuição no comportamento de autocuidado em 30 dias pós-alta. Os escores de autocuidado foram melhores em pacientes com maiores dias de hospitalização. Sendo assim, destaca-se a importância de um planejamento de alta em conjunto com a equipe de saúde, visando um melhor aproveitamento do tempo de hospitalização dos pacientes, com o propósito de abordar diversas questões importantes aos pacientes com IC, de forma personalizada e priorizando o contato face a face.

Os resultados do presente estudo serão importantes para a identificação de lacunas no processo de educação em saúde nos pacientes com IC e também para o planejamento de novas intervenções educativas personalizadas, que possam refletir no autocuidado desses pacientes, fazendo com que os mesmos permaneçam mais tempo compensados da IC e conseqüentemente tenham um menor número de readmissões hospitalares, refletindo também na qualidade de vida desses indivíduos.

Dentre as limitações do estudo, pode-se incluir o tamanho da amostra. O início da coleta de dados ocorreu concomitantemente com a segunda onda da pandemia de

COVID-19 no Brasil, sendo um fator limitante para a coleta de dados. Além disso, deve-se considerar que a *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScB) é uma escala autorreferida e pode acarretar em erros decorrentes de memória ou outros fatores, apesar de se tratar de uma escala validada e adaptada para o português brasileiro.

O trabalho de conclusão da residência (TCR) é uma produção muito importante desta especialização em serviço, uma vez que aproxima os profissionais com as diversas linhas de pesquisa da Universidade que são fundamentais para o desenvolvimento científico e tecnológico, contribuindo com a saúde, direta ou indiretamente. Em relação às pesquisas realizadas no hospital universitário em questão, é necessário ressaltar a importância da produção do conhecimento científico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a pesquisa no Brasil atravessa diversos desafios decorrentes de inúmeros cortes nos orçamentos das universidades; estes retrocessos tendem a reverberar negativamente no desenvolvimento da ciência no SUS e cada vez mais faz necessária a defesa da educação e da ciência no país.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA”**, que tem como objetivo avaliar o autocuidado sobre insuficiência cardíaca nos pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e relacionar com o número de internações, além de avaliar os fatores associados ao autocuidado. Se o Sr(a) aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá responder um questionário durante sua internação e também no contato telefônico entre 5 a 7 dias após sua alta hospitalar. Também será necessário responder o mesmo questionário nas suas consultas ambulatoriais com a equipe de cardiologia. Este questionário avalia o autocuidado e possui respostas curtas e objetivas. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 10 minutos. Ao concordar em participar do estudo, o Sr(a) também nos permite o acesso a informações de seu prontuário, caso seja necessário.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém podem haver desconfortos relacionados ao tempo de resposta ao questionário, ou pelo conteúdo das perguntas. Esta pesquisa não trará benefícios direto aos participantes, porém todos estarão contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o autocuidado dos pacientes com insuficiência cardíaca. Esse conhecimento permitirá o planejamento de ações educacionais cada vez mais voltadas às necessidades dos pacientes, levando em conta suas particularidades.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. O participante poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Simoni Chiarelli da Silva Pokorski para esclarecimentos a respeito da pesquisa pelo telefone (51) 99633-3480.

Rubrica do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Página 1 de 2

Também há a possibilidade de entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h, de segunda à sexta, para quaisquer esclarecimentos e dúvidas em relação a pesquisas em seres humanos.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador que aplicou o Termo

Porto Alegre, ____ de _____ de 2019

Rubrica do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Página 2 de 2

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

Paciente: _____ Data: _____
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Idade: _____
Cor/raça/etnia: (1) Branco (2) Preto (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena
Naturalidade: _____
Anos completos de estudo: _____
Ocupação: (0) desempregado (1) ativo (2) aposentado (3) afastado/benefício INSS
Estado civil: _____
Mora com quem? (1) sozinho (2) com companheiro (3) família (> um membro) (4) outros
Renda Familiar em número de salário(s) mínimo(s) (R\$1.045,00): _____

Dados Clínicos

Data da internação: _____
Data da alta hospitalar: _____
Tempo de IC: _____
Etiologia da IC: (1) isquêmica (2) hipertensiva (3) valvar (4) alcoólica (5) periparto (6) tóxica (7) idiopática (8) viral
Classe funcional NYHA: (1) I (2) II (3) III (4) IV
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE%): _____
Internações prévias nos últimos 12 meses por IC: (0) não (1) sim. Se sim, quantas vezes? _____
Comorbidades: _____

ANEXO A - European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS)


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	Sempre 1	Quase sempre 2	De vez em quando 3	Quase nunca 4	Nunca 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 B - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

ESCORE MÁXIMO	ESCORE PACIENTE	ORIENTAÇÃO
[5]	[]	Qual é o ano (ano, semestre, mês, data, dia)
[5]	[]	Onde estamos: (estado, cidade, bairro, hospital, andar)
MEMÓRIA IMEDIATA		
[3]	[]	Nomeie três objetos (um segundo para cada nome). Posteriormente pergunte ao paciente os 3 nomes. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Então repita-os até o paciente aprender. Conte as tentativas e anote. TENTATIVAS:
ATENÇÃO E CÁLCULO		
[5]	[]	“Sete” seriado. Dê 1 ponto para cada correto. Interrompa após 5 perguntas. Alternativamente solete a palavra “mundo” de trás para frente.
MEMÓRIA DE EVOCÇÃO		
[3]	[]	Pergunte pelos 3 objetos nomeados acima. Dê 1 ponto para cada resposta correta.
LINGUAGEM		
[9]	[]	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar 1 relógio e 1 caneta. Pergunte como chamam. Dê 2 pontos se correto. - Repita o seguinte: Nem aqui, nem ali, nem lá (1 ponto). - Seguir o comando com 3 estágios: “Pegue este papel com a mão D dobre-o ao meio e o coloque no chão” (3 pontos). - Leia e execute a ordem: FECHER OS OLHOS (1 ponto). - Escreva uma frase (1 ponto). - Copie o desenho (1 ponto).
ESCORE TOTAL		
[30]	[]	

ANEXO C – Parecer Plataforma Brasil

<p>HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - HCPA UFRGS</p>	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Pesquisador: SIMONI CHIARELLI DA SILVA POKORSKI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41808921.9.0000.5327

Instituição Proponente: Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.509.097

Apresentação do Projeto:

A Insuficiência Cardíaca tem alta prevalência e grande impacto na morbidade e mortalidade em todo o mundo, afetando 26 milhões de pessoas e é uma das principais causas de internações hospitalares nos Estados Unidos em pacientes idosos e no Brasil possui uma alta taxa de mortalidade intra-hospitalar (HEIDENREICH et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2015; PONIKOWSKI et al., 2016). Existem diversos fatores que estão relacionados com a descompensação da IC e muitos destes são preveníveis, sendo assim, o autocuidado é um fator importante na educação em saúde dos pacientes com IC. O autocuidado é definido como a tomada de decisão naturalista que baseia as escolhas de saúde saudáveis (manutenção do autocuidado), o monitoramento dos sinais e sintomas (percepção dos sintomas) e o gerenciamento dos sinais e sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado) (RIEGEL; DICKSON, 2008; RIEGEL; DICKSON; FAULKNER, 2016). Diante disso, este trabalho tem como objetivo geral avaliar o comportamento de autocuidado em pacientes com IC antes e depois da abordagem educacional realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar, no seguimento de 90 dias. Trata-se de um estudo quase experimental do tipo “antes-depois”. A população será composta pelos pacientes acompanhados pela equipe de IC. Serão incluídos os pacientes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos e que tenham diagnóstico de ICFeR (Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida). Serão

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229	CEP: 90.035-903
Bairro: Santa Cecília	Município: PORTO ALEGRE
UF: RS	Telefone: (51)3359-7640
Fax: (51)3359-7640	E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.509.097

excluídos do estudo os pacientes que apresentarem barreiras de comunicação e que estejam em avaliação para transplante cardíaco. A amostra será composta de, no mínimo, 30 pacientes, considerando um desvio-padrão de 7,7 (MUSSI et al., 2013), nível de significância de 0,05 e poder de 90%. Os dados serão coletados através de um instrumento aplicado aos participantes, um questionário sociodemográfico e clínico, e registros do prontuário eletrônico. Para avaliar o comportamento de autocuidado em IC, será utilizado o instrumento European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScB). O estudo será previamente avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e serão mantidos os direitos de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos participantes, observando-se todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa podem contribuir para o planejamento de estratégias educativas individualizadas aos pacientes com IC, visando um melhor autocuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o comportamento de autocuidado em pacientes com IC antes e depois da abordagem educacional realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar, no seguimento de 90 dias.

Objetivo Secundário:

Relacionar o comportamento de autocuidado em IC com o número de internações no último ano.

Relacionar variáveis clínicas e sócio-demográficas (comorbidades, número de medicamentos, idade, sexo, morar com ou sem companheiro/familiar) com comportamento de autocuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém podem haver desconfortos relacionados ao tempo de resposta ao questionário, ou pelo conteúdo das perguntas.

Benefícios:

Esta pesquisa não trará benefícios direto aos participantes, porém todos estarão contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o autocuidado dos pacientes com insuficiência cardíaca. Esse

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.509.097

conhecimento permitirá o planejamento de ações educacionais cada vez mais voltadas às necessidades dos pacientes, levando em conta suas particularidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado, e poderá contribuir para produção do conhecimento sobre programa de educação em saúde sobre auto cuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Todos os aspectos metodológicos e éticos apresentados estão adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados estão adequados.

TCLE bem escrito com todas as informações necessárias.

Recomendações:

* No TCLE, deverá ser incluído o e-mail do CEP (cep@hcpa.edu.br).

* Apesar de não estar claramente descrita no projeto a abordagem educacional, entende-se que esta faz parte do atendimento aos pacientes.

* Lembramos que em razão da recente pandemia de COVID-19 as atividades de recrutamento, triagem e novas inclusões de participantes na instituição, estão temporariamente suspensas. Em caso de dúvidas, consultar o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para mais informações (gppgcontingencia@hcpa.edu.br).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (projeto versão de 06/01/2021, TCLE versão de 05/01/2021 com recomendação e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

a) Este projeto está aprovado para inclusão de 30 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.509.097

número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.

b) O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (20200735) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.

c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

d) Deverão ser adicionados relatórios semestrais e um relatório final do projeto no cadastro do mesmo, no Sistema AGHUse Pesquisa.

e) Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1686552.pdf	06/01/2021 14:10:56		Aceito
Outros	Aceite_aghuse_pesquisa.PNG	06/01/2021 14:10:33	VITORIA EUGENIA DA COSTA LAGRANHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	06/01/2021 14:06:00	VITORIA EUGENIA DA COSTA LAGRANHA	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto.docx	06/01/2021 14:05:11	VITORIA EUGENIA DA COSTA LAGRANHA	Aceito
Cronograma	cronograma_projeto.docx	06/01/2021 14:04:55	VITORIA EUGENIA DA COSTA LAGRANHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCR_projeto.docx	06/01/2021 14:04:44	VITORIA EUGENIA DA COSTA LAGRANHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_projeto.docx	05/01/2021 17:13:39	VITORIA EUGENIA DA COSTA	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.509.097

Justificativa de Ausência	TCLE_projeto.docx	05/01/2021 17:13:39	LAGRANHA	Aceito
---------------------------	-------------------	------------------------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Tênis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br