

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
CURSO DE GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO

CONSULTA POR TELEFONE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA  
CRÔNICA DE UMA CLÍNICA ESPECIALIZADA: estudo quase - experimental

NITERÓI  
2016

LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO

**CONSULTA POR TELEFONE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA CRÔNICA DE UMA CLINICA ESPECIALIZADA: estudo quase -  
experimental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira e Licenciada em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Ms. Paula Vanessa Peclat Flores

CO ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Carla Dantas Cavalcanti

NITERÓI  
2016

F 475 Figueiredo, Lyvia da Silva.

Consulta por telefone em pacientes com insuficiência cardíaca crônica de uma clínica especializada: estudo quase experimental. / Lyvia da Silva Figueiredo. – Niterói: [s.n.], 2016.

43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2016.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Paula Vanessa Peclat Flores.

1. Insuficiência Cardíaca. 2. Enfermagem. 3. Cooperação do Paciente. 4. Autocuidado. 5. Qualidade de Vida. I. Título.

CDD 616.129

LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO

**CONSULTA POR TELEFONE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA CRÔNICA DE UMA CLINICA ESPECIALIZADA: estudo quase -  
experimental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira e Licenciada em Enfermagem.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Ms Paula Vanessa Peclat Flores - Presidente  
Universidade Federal Fluminense

---

Enf<sup>a</sup> Ms Juliana de Melo Vellozo Pereira – 1<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Leite Hipólito- 2<sup>a</sup> Examinador  
Universidade Federal Fluminense

NITERÓI  
2016

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus por ter me dado a vida, pois sem Ele eu não sou nada e por ter colocado no meu caminho pessoas maravilhosas.*

*Aos meus pais, minha irmã e avós, que mesmo com todas as dificuldades existentes procuraram sempre incentivar os meus sonhos e me ensinaram a lutar para que pudesse realiza-los. Vocês são extremamente especiais na minha vida e hoje concluo mais uma etapa que dedico totalmente a vocês.*

*Ao grande amor da minha vida Rodrigo, que esteve ao meu lado em toda a minha fase estressante de vestibular até o final dessa etapa, a graduação. Muito obrigada pelo apoio incondicional, por ser o meu porto-seguro, por todos os momentos em que vibrou com as minhas vitórias e me sustentou nas derrotas que apareceram em meu caminho.*

*A minha segunda família, Sidney, Mirsa, Luíza, Thaíssa, Filipe, Vó Lucilia e Vô Fineias. Obrigada por todo apoio, oração, amor e carinho que cada um de vocês tem por mim, com toda certeza vocês também tem uma participação muito especial nessa minha conquista.*

*À minha orientadora Paula, só tenho a agradecer por todo apoio, seja academicamente ou pessoalmente. Levarei a nossa amizade para o resto da minha vida. Muito obrigada por ter me ajudado a chegar até aqui, por ser meu ombro amigo e por querer o meu bem acima de tudo.*

*À minha Co-orientadora Ana Carla, faltam palavras para expressar o tamanho da minha gratidão por você, agradeço pela confiança depositada em mim, por me incentivar e acreditar no meu potencial. Nossa amizade será para sempre, independente da distância.*

*À Professora Rosimere Santana, por disponibilizar a Central de Telemonitoramento, permitindo assim que esse trabalho fosse realizado; e pelos ensinamentos teóricos práticos durante as aulas e ETP's de ESAI II.*

*À amiga Juliana Melo, obrigada pela amizade e parceria ao longo desses anos; pelos ensinamentos diários, risadas e conselhos, por ser a minha companhia na madrugada dos deveres de casa, pela paciência e ajuda estatística ao longo do estudo.*

*Ao Grupo GEMIC, pelos ensinamentos diários na Clínica Coração Valente. Não poderia deixar de citar: Bruno, Maria Clara, Pâmella, Nathália, Marina, Daniel, Beatriz, Clarissa, Celso. Vocês foram incríveis, só tenho a agradecer por entenderem os meus “surto” de organização e me apoiarem sempre. #SomosUmTime. Amo vocês!*

*As minhas amigas, (Yasmin, Juliana, Suelen, Maria, Alessandra, Tayana, Bruna Ermida, Nathália Macedo, Natália Chaves), vocês fizeram a graduação ter um toque especial. Obrigada pelas risadas, ombro amigo, puxão de orelha, por me abrigarem. Acabou meninas, somos Enfermeiras!*

*Aos pacientes, sem vocês este trabalho não teria sido realizado. Agradeço por todos os ensinamentos que vocês me proporcionaram, e pela paciência em participarem deste estudo. Aos pacientes do HUAP e da CICCIV, agradeço por me darem uma lição de vida diária, por fazerem com que eu me apaixonasse cada dia mais pela profissão que escolhi, pelo silêncio (que muitas das vezes dizem tudo), pelos olhares que me ensinaram a desenvolver outras competências como pessoa/enfermeira. Cada um será levado no meu coração!*

## RESUMO

**OBJETIVOS:** Verificar as características clínicas e sócio demográficas de pacientes com insuficiência cardíaca crônica acompanhados em uma clínica especializada; avaliar a adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida, antes e após a intervenção de enfermagem consulta por telefone em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, acompanhados em uma clínica especializada. **MÉTODO:** Estudo quase-experimental antes-depois, com 14 pacientes de uma clínica especializada em tratamento de insuficiência cardíaca, Niterói. Os escores de Adesão ao Tratamento, Autocuidado (manutenção, manejo e confiança) e Qualidade de Vida foram os desfechos avaliados nos pacientes por questionários validados antes e após a intervenção telefônica. **RESULTADOS:** Dos 14 pacientes, 9 (64,3%) eram do sexo masculino, 11 (78,6%) casados/amasiados, com idade média de  $64,8 \pm 8,7$  anos, renda de R\$ 936,00 e tempo de escolaridade de cinco anos, 7 (50%) aposentados. Possuem classe funcional II 7 (50%), 10 (71,4%) etiologia hipertensiva, sendo as comorbidades mais frequentes hipertensão arterial 13 (92,9%), e o infarto agudo do miocárdio (35,7). Foi observada melhora na adesão ao tratamento ( $p < 0,0001$ ), na manutenção ( $p = 0,002$ ), manejo ( $p < 0,0001$ ) e na confiança do autocuidado ( $p = 0,004$ ). **CONCLUSÃO:** A melhora das habilidades para o autocuidado e adesão após a consulta telefônica de enfermagem mostram que esta intervenção pode trazer resultados clínicos benéficos.

## ABSTRACT

**AIM:** To investigate the clinical and demographics characteristics of patients with chronic heart failure; to evaluate treatment adherence, self-care and quality of life before and after nursing intervention telephone consultation in these patients. **METHODS:** This was a before-and-after study involving patients of specialized clinic of heart failure, in Brazil. The treatment adherence, self-care (maintenance, management and trust) and quality of life outcomes were assessed by validated questionnaires. **RESULTS:** There were 14 patients included, 9 (64.3%) were male, 11 (78.6%) married, with a mean age of  $64.8 \pm 8.7$  years, income of R\$ 936.00 and schooling time of five years, seven (50%) retirees. Have functional class II 7 (50%), 10 (71.4%) hypertensive etiology, the most frequent comorbidities hypertension 13 (92.9%), and acute myocardial infarction (35.7). There was improvement in treatment adherence ( $p < 0.0001$ ), maintenance ( $p = 0.002$ ), management ( $p < 0.0001$ ) and in the confidence of self-care ( $p = 0.004$ ). **CONCLUSION:** The improvement of self-care and treatment adherence after the telephone nursing consultations shows that this intervention can bring beneficial clinical outcomes.



## SUMÁRIO

### **1 INTRODUÇÃO, p. 11**

### **2 REVISÃO DE LITERATURA, p. 13**

*2.1 ANATOFISIOLOGIA CARDÍACA, p. 13*

*2.2 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA: FISIOPATOLOGIA À CLÍNICA, p. 15*

*2.3 TRATAMENTO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, p. 16*

*2.3.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO, p.16*

*2.3.2 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO, p. 16*

*2.4 CONSULTA TELEFÔNICA, p. 17*

### **3 METODOLOGIA, p. 19**

*3.1 DESENHO DO ESTUDO, p. 19*

*3.2 PARTICIPANTES, p. 19*

*3.3 INTERVENÇÃO, p. 19*

*3.4 DESFECHOS, p. 21*

*3.5 TAMANHO DA AMOSTRA, p. 23*

*3.6 MÉTODO ESTATÍSTICO, p.23*

*3.7 ASPECT ÉTICO, p.23*

### **4 RESULTADOS, p. 25**

### **5 DISCUSSÃO, p. 27**

### **6 CONCLUSÃO, p. 30**

### **7 OBRAS CITADAS, p. 31**

### **8 APÊNDICE, p. 35**

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p. 35

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE CONSULTA TELEFÔNICA, p. 36

**9 ANEXOS, p. 39**

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, p. 39

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, p. 40

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, p. 43

## 1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica de caráter multissistêmico e multifatorial, que ocasiona inadequado aporte sanguíneo para atender as necessidades metabólicas teciduais, tornando-se assim a via final das doenças cardiovasculares (BOCCHI, 2009). Apresenta destaque nos problemas de saúde pública dos países em desenvolvimento e, mesmo com os avanços nos exames para diagnóstico e tratamento farmacológico e cirúrgico, as taxas de reinternações e óbitos, permanecem elevadas, gerando um alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA et al, 2015).

Segundo dados obtidos no Datasus, entre período de novembro de 2014 a novembro de 2015, a IC é a primeira causa de internação hospitalar das doenças do aparelho circulatório, totalizando 234.931 mil casos de internações no Brasil. No entanto, a região Sudeste possui o maior número de internações, com 98.138 mil casos. Em relação aos óbitos, esta síndrome é a segunda maior causa de mortalidade, alcançando 24.369 mil óbitos no mesmo período (BRASIL, 2015).

Nos EUA, aproximadamente 5,1 milhões de indivíduos apresentam as manifestações clínicas de insuficiência cardíaca e a tendência é continuar aumentando, portanto estima-se que até 2050 um em cada cinco norte-americanos maior que 65 anos apresentarão as manifestações clínicas (YANCY et al, 2013).

De acordo com Mesquita e Queluci (2013), alguns hospitais implementaram programas especiais para o gerenciamento da doença, tais como clínicas de insuficiência cardíaca, nas quais enfermeiros especializados no manejo da doença fornecem acompanhamento individualizado e em grupo a esses pacientes com intuito de oferecer intervenções educativas e avaliação periódica.

O tratamento para IC pode ser dividido em farmacológico e não farmacológico e visa melhorar a qualidade de vida do paciente, gerando um aumento na tolerância de atividades físicas, reduzir o número de internações por descompensações e aumentar a sobrevida. São vários os fatores que podem desencadear a descompensação dos pacientes com IC, dentre eles a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, conhecimento deficiente sobre a doença, monitorização hídrica e salina deficientes (BOCCHI, 2012).

Um estudo realizado em Porto Alegre apontou que a visita domiciliar (VD), com reforço de orientações por telefone para pacientes com IC com internação recente por descompensação, apresentou melhora do conhecimento sobre a doença, mais habilidades para desempenhar o autocuidado e mais adesão ao tratamento (MUSSI, 2013).

A monitorização por telefone pode ser considerada um método importante associado à consulta tradicional a pacientes com IC, uma vez que essa monitorização visa reavaliar, reforçar ou reorientar questões acerca do manejo da doença, para buscar a melhora do autocuidado e adesão ao tratamento. Estudos indicam ainda, que esta abordagem reforça o uso correto das medicações assim como desfaz alguns equívocos acerca do manejo da doença por parte do paciente ou familiar (ALITI, 2011).

Diante deste cenário, se faz necessário a presença de profissionais de saúde atuantes frente à IC, com intuito de manter estabilidade do quadro clínico, diminuindo assim a chance de internação por descompensação (BOCCHI, 2012).

Nesta perspectiva, a **questão norteadora** do estudo é: Pacientes com insuficiência cardíaca crônica em intervenção de enfermagem consulta por telefone, possuem melhora na qualidade de vida, autocuidado e na adesão ao tratamento?

E apresentou como **objetivos**:

- Verificar as características clínicas e sócio demográficas de pacientes com insuficiência cardíaca crônica acompanhados em uma clínica especializada;
- Avaliar a adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida, antes e após a intervenção de enfermagem consulta por telefone em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, acompanhados em uma clínica especializada.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ANATOFISIOLOGIA CARDÍACA

O coração é um órgão muscular, oco, que funciona como uma bomba contrátil-propulsora, compreende quatro cavidades: átrios direito e esquerdo e ventrículos direito e esquerdo. Localiza-se na cavidade torácica, ocupando o espaço entre os pulmões e repousa sobre o diafragma. O coração se encontra disposto obliquamente, sendo a base medial e o ápice lateral; é recoberto pelo pericárdio que durante a diástole limita sua expansão. (GOMES, 2005, p.48).

O bombeamento do coração é realizado, a partir do relaxamento e contração das paredes musculares. O relaxamento do coração é a fase da diástole, onde os quatro compartimentos se relaxam, permitindo que os ventrículos se encham; já a sístole é caracterizada pela contração dos átrios e ventrículos. (SMELTZER et al., 2011, p. 685). Com relação a espessura das paredes dos átrios e ventrículos, as mesmas são relacionadas com a carga de trabalho realizada. O coração possui valvas que evitam o refluxo de sangue em diferentes momentos do ciclo cardíaco: valva tricúspide, mitral, semilunares da aorta e pulmonar. O sistema de condução é representado pelo nó sinoatrial, feixes de condução atrial, nó atrioventricular, feixe atrioventricular com seus ramos e fibras de Purkinje (GOMES, 2005, p.50).

### 2.2 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA: DA FISIOPATOLOGIA À CLÍNICA

De acordo com Guyton (2011, p.267) a IC significa a falência ou incapacidade do coração para bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades do corpo. É um problema de saúde grave e que se encontra em progressão em todo o mundo, sendo definida como a via final das doenças cardiovasculares (SAHADE; MONTERA, 2009, p.400).

A IC resulta em diminuição do volume sanguíneo que está sendo ejetado do ventrículo. O Sistema Nervoso Simpático libera a epinefrina e a noraepinefrina a fim de aumentar a frequência cardíaca e a contratilidade. A estimulação simpática causa vasoconstrição na pele, no trato gastrointestinal e nos rins; diante desse evento, ocorre a liberação da renina pelos rins; a mesma promove a formação de angiotensina I (inativa), que é convertida em angiotensina II, pela enzima conversora de angiotensina (ECA), aumentando assim a pressão arterial e a pós-carga (SMELTZER et al, 2011, p.827).

A angiotensina II estimula a liberação da aldosterona, resultando em retenção de sódio e líquido; e estimulação do hormônio antidiurético. Esses mecanismos levam a sobrecarga de volume líquido comumente observado na IC. Um mecanismo contrarregulador é realizado através do BNP e peptídeo natriurético atrial (ANP), promovendo vasodilatação e diurese; entretanto seu efeito não tem grande potencialidade. Devido ao aumento da carga de trabalho, a contratilidade das fibras musculares miocárdicas diminuiu, causando assim uma dilatação ventricular. Essa hipertrofia gera um aumento anormal das células miocárdicas (SMELTZER et al, 2011, p.827). A hipertrofia ventricular está relacionada aos altos níveis de pressão arterial, porém existem também outros fatores, como sexo, raça, obesidade, diabetes, ingesta hipersalina e estimulação pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona (SOUZA; FRANCHINI; JUNIOR, 2008, p.72).

A insuficiência cardíaca é dividida em duas fases, a fase crônica é caracterizada por uma estabilidade do paciente, já a outra fase, a de descompensação aguda, marcada por reinternações hospitalares frequentes, gerando um importante impacto socioeconômico (TAVARES et al., 2004, p. 121).

Encontra-se dois tipos principais de IC com base na avaliação na função ventricular esquerda, essa avaliação é evidenciada pelo ecocardiograma. O tipo que é mais comum de se encontrar é a insuficiência cardíaca sistólica, que é caracterizada pelo enfraquecimento do músculo cardíaco, e o tipo menos comum é a insuficiência cardíaca diastólica, que se caracteriza por apresentar um músculo cardíaco rígido e não complacente, que dificulta no enchimento do ventrículo (SMELTZER et al., 2011, p.826)

Segundo Mesquita e Queluci (2013, p.25):

A IC apresenta um acometimento multissistêmico causada tanto por disfunção cardíaca sistólica como diastólica, é caracterizada em duas formas distintas: uma que predomina a disfunção sistólica sobre a diastólica e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) encontra-se abaixo de 50% e a outra em que a disfunção diastólica é dominante e a FEVE encontra-se acima de 50%.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde tem-se notado a elevada incidência da IC no contexto mundial, tornando um problema de saúde pública, e um problema epidêmico em progressão (MOREIRA; OMURA, 2003, p.29).

Em algumas regiões ainda se encontra a endemia de Doenças de Chagas, o que torna a IC crônica de etiologia chagásica, prevalente nessas áreas (BOCCHI et al, 2009, p.6). Porém em um contexto geral, a principal etiologia da IC no Brasil é a cardiopatia isquêmica crônica

associada à hipertensão arterial (BOCCHI et al, 2009, p.5). A hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, dislipidemias e diabetes estão dentre os principais fatores de risco intermediários para o desenvolvimento da IC, sendo a hipertensão o mais importante dos fatores de risco (ALMEIDA et al, 2013, p. 331).

De acordo com a New York Heart Association (NYHA), a IC pode ser classificada de acordo com o aparecimento dos sintomas e apresenta as seguintes classes funcionais:

#### QUADRO 1- CLASSE FUNCIONAL DE ACORDO COM O NYHA

<b>CLASSE FUNCIONAL I</b>	Ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais.
<b>CLASSE FUNCIONAL II</b>	Sintomas desencadeados por atividades cotidianas.
<b>CLASSE FUNCIONAL III</b>	Sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços.
<b>CLASSE FUNCIONAL IV</b>	Sintomas em repouso.

FONTE: III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica

Outra forma de classificar os pacientes com IC é através da estratificação em estágios, baseada em dados da história clínica, nesta forma de categorização é permitido identificar os pacientes com indicação intervenções preventivas (estágios A e B), terapêuticas (estágios C) ou seleção para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estágio D) (BOCCHI et al., 2009).

#### QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA BASEADA NA PROGRESSÃO DA DOENÇA

<b>ESTÁGIOS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>ESTÁGIO A</b>	Inclui pacientes sob-risco de desenvolver insuficiência cardíaca, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca.
<b>ESTÁGIO B</b>	Pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca.
<b>ESTÁGIO C</b>	Pacientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos de insuficiência cardíaca.
<b>ESTÁGIO D</b>	Pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos.

FONTE: III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica

### 2.3 *TRATAMENTO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA*

O tratamento para IC pode ser dividido em farmacológico e não farmacológico visa melhorar a qualidade de vida do paciente, gerando um aumento na tolerância de atividades físicas, reduzir o número de internações, e aumentar a sobrevida.

#### 2.3.1 TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS

No tratamento farmacológico é priorizado o uso de drogas como: Betabloqueadores, Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina e Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II (IECA), Antagonistas da Aldosterona, Diuréticos, Hidralazina e Nitrato, Digital, Anticoagulantes e Antiagregantes plaquetários, Antiarrítmicos, Bloqueadores de cálcio, uso de inibidores da fosfodiesterase 5 e Ivabradina que inaugura uma nova classe terapêutica, pois é um inibidor específico e seletivo da corrente “If” do nódulo sinoatrial, modulando o influxo das correntes iônicas e determinando como consequência uma redução da frequência cardíaca, no repouso e no esforço.(BOCCHI et al, 2012, p.9).

#### 2.3.2 TRATAMENTOS NÃO FARMACOLOGICOS

O tratamento não farmacológico no acompanhamento de pacientes com insuficiência cardíaca vem apresentando benefícios na redução de readmissões hospitalares, melhora da sobrevida e, principalmente, da qualidade de vida. De acordo com Bocchi et al. (2012, p.16), “o tratamento não farmacológico deixa de ser um simples complemento da farmacoterapia, tornando-se parte integrante e indispensável da terapêutica desta complexa síndrome”.

Esse tipo de tratamento, deve ser desenvolvido por toda a equipe multiprofissional que presta assistência ao paciente, e tem como objetivo uma eliminação ou correção de fatores agravantes e a modificação no estilo de vida, o que inclui a programação de uma dieta hipossódica, hipocalórica e hipolipídica; o controle na ingesta de líquido que irá variar de acordo com a classe funcional do indivíduo; a desestimulação da ingestão de álcool e do consumo de tabaco; o incentivo a prática de atividades físicas moderadas e controladas, lembrando sempre das particularidades de cada indivíduo (BOCCHI et al, 2012).



Na IC, as intervenções de enfermagem, basicamente não farmacológicas, devem ser efetuadas tanto com o paciente quanto com os familiares ou cuidadores, garantindo uma melhor prática para o autocuidado. Para poder avaliar a regularidade das informações oferecidas, é necessária a continuidade do tratamento no ambiente domiciliar. (ALITI et al, 2007).

O baixo conhecimento sobre o tratamento e a patologia em si, tem levado pacientes com IC internarem mais frequentemente, diante disso se faz necessário um planejamento personalizado e individualizado para cada paciente, buscando identificar os problemas que levaram a descompensação da doença (AZZOLIN et al., 2015). De acordo com Mesquita e Queluci (2013, p.72), as visitas domiciliares e os contatos telefônicos, são ferramentas importantes para o tratamento não farmacológico de pacientes com IC.

#### 2.4 *CONSULTA TELEFONICA*

De acordo com os dados divulgados pela Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) o Brasil consta com 277,41 milhões linhas telefônicas moveis ativas e esse número tende a se elevar mensalmente (BRUNO, 2014). Um estudo feito pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio (PNAD), foi constatado que, 89,9% dos 61,292 milhões de domicílios consultados tinham telefone, dos quais 49,7% declararam possuir apenas o celular. 30,4 milhões de casas só utiliza a telefonia móvel para fazer e receber ligações. O uso exclusivo do telefone fixo foi declarado por apenas 3,5% do total de domicílios. Enquanto 36,7% disseram possuir os tipos de linha e 10,1%, nenhum deles (SILVA, 2012).

Nesse contexto, a intervenção da consulta telefônica, se torna ferramenta para o tratamento não farmacológico da IC. Pois o autocuidado inadequado representa uma ameaça para a vida do paciente com IC, favorecendo o aparecimento de descompensação, com isso o paciente precisa do apoio dos profissionais de saúde a fim de reduzir os fatores de risco (OLIVEIRA et al., 2013, p.24).

A terapêutica da IC é complexa, sendo necessária a associação de vários fármacos, com isso muitas das vezes o paciente se encontra desorientado no seu autocuidado (FREITAS; PUSCHEL, 2013, p. 923). Diante dessa condição a consulta telefônica, vem como estratégia de continuidade da assistência prestada durante o período de hospitalização (DOMINGUES et al., 2011, p.237).

Para a efetividade do tratamento não farmacológico, se faz necessária a participação de uma equipe multiprofissional para promover a educação em saúde para esses pacientes e cuidadores (MOREIRA; OMURA, 2003, p.29).

Segundo Freitas e Püschel (2013, p. 923), de acordo com as recomendações da III Diretriz Brasileira de IC, a educação sobre a doença, monitorização de peso e identificação dos sinais de descompensação, são pontos que devem ter um cuidado especial por parte do enfermeiro, com isso a consulta telefônica vem como ferramenta de reforço dessas orientações.

As manifestações clínicas da IC são caracterizadas por dispneia, fadiga, edema, palpitações, gerando com isso certa intolerância à atividade física. Nesse contexto, a consulta telefônica traz um benefício para esses pacientes, pois os mesmos não precisam sair de casa para receber atendimento especializado, já que a consulta telefônica tem como objetivo, reforço das orientações previamente recebidas no atendimento presencial.

Através das informações obtidas durante o contato telefônico, o enfermeiro pode identificar sinais sugestivos de uma melhora ou possível descompensação (MESQUITA; QUELUCI, 2013 p.73), e então recrutar esse paciente para uma consulta presencial, ou se for inviável, uma consulta domiciliar.

Diante disso a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, sigla do inglês: Nursing Interventions Classification), vem como um instrumento para a aplicação dessa intervenção de forma sistematizada tem como importância a criação de uma linguagem padronizada, por parte dos enfermeiros; facilidade de desenvolvimento e uso de sistemas de enfermagem; avaliação da efetividade da assistência de enfermagem prestada; facilidade em selecionar uma intervenção adequada para cada paciente, podendo suas atividades ser modificadas, de acordo com a necessidade individual.

A NIC, encontra-se organizada por 542 intervenções, 7 domínios e 30 classes, dentre essas intervenções, a Consulta por Telefone se faz presente, sendo definida como: “ Provocação das preocupações do paciente, ouvir e oferecer apoio, informações ou ensino em resposta a preocupações expressas pelo paciente usando o telefone”.

### **3 METODOLOGIA**

#### *3.1 DESENHO DO ESTUDO*

Trata-se de um estudo quase-experimental antes-depois.

#### *3.2 PARTICIPANTES*

A amostra atendeu aos seguintes critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos; com diagnóstico médico de IC, independente da etiologia; ter atendimento presencial com a equipe multiprofissional da clínica especializada em IC, pois a consulta telefônica trabalha o reforço das orientações presenciais; fração de ejeção preservada ou diminuída; classe funcional I-III (NYHA) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo: pacientes com sequelas neurológicas cognitivas e que não possuíssem contato telefônico direto.

O estudo foi realizado com os pacientes de uma clínica multiprofissional especializada em atendimento ambulatorial de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica, localizada no município de Niterói, RJ. A presente clínica está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), recebe pacientes captados na internação e pós-alta hospitalar, encaminhados da Atenção Básica, das Unidades Secundárias e de outras especialidades.

A clínica especializada, conta com as seguintes especialidades: enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, nutrição e fisioterapia. Sendo realizado também o teste de caminhada de seis minutos (TC6M), grupos de orientação para educar o paciente sobre sua doença, visita domiciliar através de uma equipe multidisciplinar caso o paciente não tenha condições físicas ou financeiras de ir até a consulta presencial; e consulta telefônica.

#### *3.3 INTERVENÇÃO*

As ligações foram realizadas na sala de telemonitoramento (FIGURA 01) referente ao projeto TELEIDOSO, localizada no prédio da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

**FIGURA 01 – SALA DE TELEMONITORAMENTO**

Fonte: Dissertação Tallita Mello Delphino – “Efeito do acompanhamento por telefone na recuperação cirúrgica de idosos submetidos à cirurgia de facetectomia: estudo clínico randomizado”.

Para o início da Consulta por Telefone pautada na Nursing Interventions Classification (NIC) (BULECHECK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010) o paciente necessitou realizar uma consulta presencial com a equipe multiprofissional da clínica especializada, e neste momento, o mesmo respondeu aos questionários de Adesão ao Tratamento (ANEXO 1), Autocuidado (ANEXO 2) e Qualidade de Vida de pacientes com IC (ANEXO 3), e posteriormente, o paciente foi orientado sobre o estudo. Caso houvesse interesse em participar, era necessário assinar o TCLE (APENDICE 01), onde os objetivos da pesquisa e os riscos foram apresentados.

Após 07 dias deste primeiro momento presencial, o paciente inicia o fluxo da consulta telefônica pautado nas atividades propostas pela NIC. Esta taxonomia é organizada com 542 intervenções, 7 domínios e 30 classes, dentre essas intervenções, a Consulta por Telefone se faz presente, sendo definida como: “ Provocação das preocupações do paciente, ouvir e

oferecer apoio, informações ou ensino em resposta a preocupações expressas pelo paciente usando o telefone” (BULECHECK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Diante disso, a própria taxonomia NIC, estabelece algumas atividades a serem realizadas durante a consulta por telefone e estas atividades norteiam o presente estudo:

CONSULTA POR TELEFONE: ATIVIDADES
Identificar-se pelo nome e as credenciais
Usar voz que crie uma relação terapêutica com o paciente
Identificar preocupações quanto ao estado de saúde
Estabelecer o nível de conhecimento da pessoa ao telefone e a fonte desses conhecimentos
Determinar a capacidade do paciente para compreender ensino/instruções por telefone
Identificar o grau do apoio e envolvimento familiar nos cuidados
Perguntar sobre queixar ou sintomas associados conforme o instrumento de consulta
Oferecer instruções claras sobre a forma de acessar os cuidados necessários se a preocupações se tornarem graves, informar sobre a terapia e medicamentos prescritos
Informar sobre promoção de saúde/educação de saúde
Informar sobre os grupos de orientações existentes na Instituição
Envolver os cuidadores nos cuidados e planejamentos
Responder as dúvidas por parte do paciente
Determinar o que a pessoa ao telefone compreendeu das informações dadas ao paciente
Documentar todas as informações dadas ao paciente durante a consulta por telefone
Determinar como o paciente ou família pode ser contatado para consulta de retorno
Documentar a permissão ao telefonema de retorno

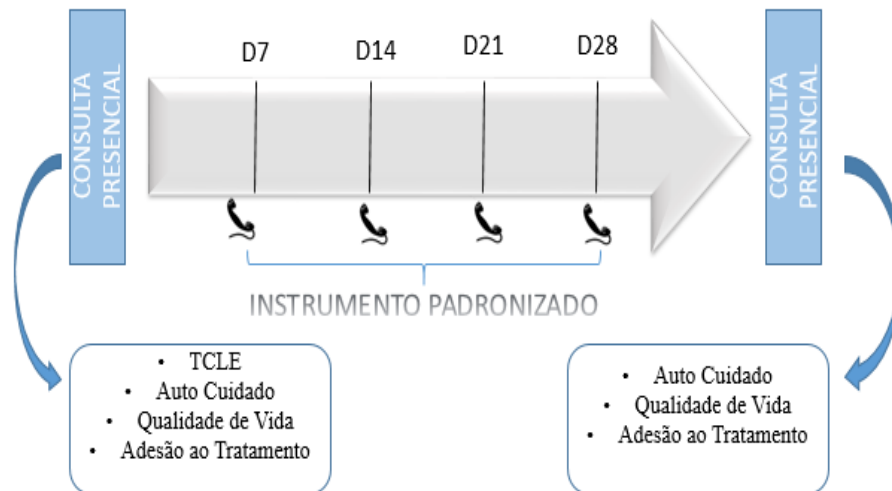
Fonte: NIC 2010.

A consulta telefônica teve duração média de 15 minutos e foi guiada por um instrumento padronizado (APÊNDICE 02), constituído por 14 questões, dentre as quais apresentam caracterização do paciente, avaliação e reconhecimento dos sinais de descompensação, avaliação do seguimento domiciliar do plano terapêutico e a adesão a terapia medicamentosa. Este instrumento passou por testagem piloto no primeiro semestre de 2015, onde foram realizadas 30 consultas telefônicas para avaliar a efetividade das perguntas realizadas.

O acompanhamento através da consulta por telefone (figura 02), apresentou um intervalo semanal, totalizando 04 contatos telefônicos. Após o término desse

acompanhamento, o paciente era convidado a retornar à clínica especializada, onde através da consulta presencial com enfermeiros foi aplicado novamente os questionários de Adesão ao Tratamento, Autocuidado e Qualidade de Vida de pacientes com IC para avaliar se houve melhora em ambos os escores após a consulta por telefone

**FIGURA 02: FLUXOGRAMA DO ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO**



### 3.4 DESFECHOS

Os escores de Adesão ao Tratamento (BOCCHI, 2008), Autocuidado (manutenção, manejo e confiança) (FEIJÓ et al., 2012) e Qualidade de Vida (CARVALHO et al. 2009) foram os desfechos avaliados nos pacientes por questionários validados antes e após a intervenção telefônica por meio de consulta de enfermagem presencial na clínica especializada.

O escore de adesão foi avaliado por um questionário adaptado e validado para uso no Brasil, sobre adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes com IC. Possui 10 questões relacionadas ao uso dos medicamentos prescritos, verificação do peso, ingestão de sal, ingestão hídrica e comparecimento a consultas e exames marcados. A variação da pontuação é de zero a 26 pontos, é considerada adequada a adesão quando o paciente atinge um escore de 18 pontos, correspondente a 70% (BOCCHI, 2008).

O escore de autocuidado foi avaliado por um questionário adaptado e Autocuidado de pacientes com IC, possui 22 questões divididas em três escalas: manutenção do autocuidado, manejo do autocuidado e confiança no autocuidado. Em relação a subescala de manutenção, as respostas podem variar de “nunca/raramente” a “sempre/diariamente”, para a subescala de

manejo varia de “pouco provável” a “muito provável” e “não confiante” a “extremamente confiante” para a subescala de confiança no autocuidado. Os temas abordados nas questões são sobre a mensuração do peso e de edemas; atividade física; presença nas consultas; dieta; medicamentos; reconhecimento dos sinais de descompensação. Os escores para cada subescala devem ser calculados separadamente, podendo cada uma variar de 0 a 100 pontos, sendo a pontuação de 70 ou mais pontos, considerado um autocuidado adequado. (FEIJÓ et al., 2012).

Para fazer o cálculo da subescala de manutenção, deve considerar a reversão do item 8, devido ao fato dele ser o único já que é o único item com resposta negativa. O escore desta subescala tem como pontuação mínima 10 e máxima de 40 pontos. Desta forma, é necessário usar para o seu cálculo final padronizado em 100 pontos a fórmula:  $(\text{soma dos itens da sessão A} - 10) \times 3,333$  (FEIJÓ et al., 2012).

O escore da subescala de Manejo do autocuidado, tem como pontuação mínima 4 e máxima de 24 pontos. Assim, para o cálculo final, deve-se ser aplicada a fórmula:  $(\text{soma dos itens da sessão B} - 4) \times 5$ . Porém, a aplicação desta escala só é indicada a pacientes que apresentaram episódios de descompensação no mês anterior a aplicação do questionário) (FEIJÓ et al., 2012).

Na subescala confiança do autocuidado, o escore mínimo é de 6 e máximo de 24 pontos, e para seu cálculo a fórmula utilizada é:  $(\text{soma dos itens da sessão C} - 4) \times 5,56$ . (FEIJÓ et al., 2012)

O escore de qualidade de vida foi avaliado por um questionário adaptado e validado Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), foi criado para avaliar a qualidade de vida, dos pacientes com IC, levando ele a ser mais específico para a população estudada. O MLHFQ é composto por 21 questões sobre as limitações que frequentemente estão relacionadas quanto a IC impede os pacientes de viverem como desejam. A resposta para cada questão é feita através de uma escala likert, onde 0 (sem limitação) a 5 (limitação máxima). Essas questões se dividem em dimensão física, emocional e outras questões que quando somadas às dimensões anteriores, formam o escore total. A variação da pontuação é de zero a 105 pontos. (CARVALHO et al. 2009)

### *3.5 TAMANHO DA AMOSTRA*

Para obter o tamanho amostral, foi realizado cálculo pelo programa WinPepi 14.46, com base em estudo prévio, que utilizou os mesmos desfechos do presente estudo (MUSSI, et

al., 2013). Após o cálculo da amostra com os desfechos de adesão ao o tratamento, qualidade de vida, e autocuidado, foi selecionado o valor da amostra considerando o desfecho 'autocuidado', visto que este apresentou o maior número amostral. A amostra final foi de 14 pares de pacientes (28 observações para teste t-pareado bicaudal), após considerar nível de confiança de 95%, poder de 96%, margem de erro 12 pontos e perda 10%.

### *3.6 MÉTODOS ESTATÍSTICOS*

Foram consideradas as seguintes variáveis para o estudo: sexo, idade, estado civil, fonte de renda, renda mensal familiar, tempo de estudo (em anos), tempo de doença (em meses), tempo de tratamento (em meses), classe funcional (NYHA), etiologia da IC, medicamentos em uso, comorbidades, etilismo, tabagismo, visita à emergência nos últimos três meses e presença de cuidador.

Os escores de qualidade de vida, manutenção, manejo e confiança para o autocuidado e adesão foram analisados no início do estudo e um mês depois da intervenção.

A organização dos dados foi realizada através da construção e síntese do banco de dados pelo programa Microsoft Excel, 2010. Os dados coletados a partir dos instrumentos de pesquisa foram tabulados e analisados pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0. As variáveis categóricas foram expressas através de distribuições de frequências e percentuais e as contínuas com o cálculo de média, mediana e desvio padrão, de acordo com o comportamento das variáveis (normalidade) identificado pelo teste Shapiro-Wilk. As diferenças entre as médias dos escores iniciais e finais de qualidade de vida, manutenção, manejo e confiança para o autocuidado e adesão foram testadas com o T-Student pareado, quando houve distribuição normal da amostra ou Wilcoxon, quando não houve distribuição normal. O valor de  $p$  bivariado  $< 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo para todas as análises.

### *3.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS*

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, sob número do Parecer: 1.055.465



#### 4 RESULTADOS

Dos 14 pacientes presente no estudo, observa-se o predomínio da população masculina 9 (64,3%), casados/amasiados 11 (78,6%), apresentando uma média de idade de 64,8±8,7 anos, possuidor de uma renda de R\$ 936,00 e tempo de escolaridade de cinco anos, aposentados (50%) com tempo de doença, em torno de 103 meses e o tratamento de 78 meses.

Os pacientes em atendimento ambulatorial na clínica especializada, possui classe funcional II (50%), seguido da classe funcional III (42,9%), apresentando etiologia hipertensiva (71,4%). As comorbidades mais frequentes são a hipertensão arterial 13 (92,9%), e o infarto agudo do miocárdio (35,7). O etilismo e o tabagismo foram pouco presentes nesta amostra, representando 21,4 % e 7,1 %, respectivamente. Dos 14 pacientes do estudo, apenas dois tiveram visita à emergência nos últimos três meses e quatro possuem cuidador.

**Tabela 1.** Apresentação das variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica de uma clínica especializada, Niterói 2015 (n=14).

Variáveis clínicas e sociodemográficas	(n=14)
Sexo	
Masculino	9 (64,3)
Feminino	5 (35,7)
Idade (anos), média±DP	64,8±8,7
Estado Civil	
Casado/Amasiado	11 (78,6)
Solteiro	2 (14,3)
Divorciado	1 (7,1)
Fonte de Renda	
Aposentado	50 (50,0)
Exerce atividade Trabalhista	2 (14,3)
Auxílio Doença	2 (14,3)
Pensionista	2 (14,3)
Sem renda	1 (7,1)
Renda per capita (R\$)*	936,0 (788,0-3000,0)
Tempo de estudo (anos)*	5,0 (4,7-12,0)
Tempo de doença (meses)*	103,2 (24,0-159,0)
Tempo de Tratamento (meses)*	78,0 (24,0-147,0)
Classe funcional (NYHA)	
I	1 (7,1)
II	7 (50)
III	6 (42,9)
Etiologia	
Hipertensiva	10 (71,4)
Alcoolica	2 (14,3)
Isquêmica	1 (7,1)

Idiopática	1 (7,1)
Número de medicamentos	5,2±1,0
Comorbidades	
Hipertensão arterial	13 (92,9)
Infarto agudo do miocárdio	5 (35,7)
Diabetes mellitus	4 (28,6)
Fibrilação atrial	1 (7,1)
Dislipidemia	7 (50)
Etilismo	3 (21,4)
Tabagismo	1 (7,1)
Visita à emergência nos últimos três meses	2 (14,3)
Cuidador	4 (28,6)

\*Cálculo de mediana e intervalo interquartil. As variáveis não apresentam distribuição normal.

A tabela 2 apresenta os escores dos desfechos qualidade de vida, adesão ao tratamento e manutenção, manejo e confiança do autocuidado antes e após a consulta telefônica. Verificou-se que, exceto a qualidade de vida, todos os desfechos aumentaram nos pacientes após a intervenção. Ao final do período de estudo, foi observada melhora na adesão ao tratamento ( $p < 0,0001$ ), na manutenção ( $p = 0,002$ ), manejo ( $p < 0,0001$ ) e na confiança do autocuidado ( $p = 0,004$ ).

**Tabela 2.** Comparação dos escores dos questionários nos momentos antes e após a consulta telefônica de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica de uma clínica especializada, Niterói 2015 (n=14).

Escores*	Antes	Depois	p valor
Adesão ao tratamento	15,64±2,898	21,79±2,833	$p < 0,0001$
Autocuidado			
Manutenção	47,38±13,219	69,29±16,758	0,002
Manejo	52,50±8,864	86,67±10,308	$p < 0,0001$
Confiança	61,56±16,819	81,01±15,835	0,004
Qualidade de Vida	44,07±23,454	42,79±29,439	0,796

\*Teste T-Student Pareado

## 5 DISCUSSÃO

A intervenção de enfermagem consulta por telefone apresentou efeito nos desfechos de autocuidado (manutenção, manejo e confiança) e adesão em pacientes com IC, no entanto, para o desfecho de qualidade de vida não houve mudança significativa no escore.

De acordo com Moser et al. (2012), o autocuidado na insuficiência cardíaca é definido como o comportamento iniciado e executado pelo paciente com a intenção de buscar melhora de sua saúde, prevenção de agravos ou manutenção do seu bem-estar. O questionário utilizado apresenta pontuação de 70,0 como critério para se obter manutenção, manejo e confiança adequados sobre o autocuidado, sendo avaliados separadamente.

Considera-se manutenção do autocuidado a capacidade do seguimento de um regime terapêutico e envolvendo também o monitoramento dos sintomas e sintomas da insuficiência cardíaca (VELLONE et al. 2013). O manejo do autocuidado é considerado como reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de piora e a tomada de decisão rápida para a solução dos mesmos. (RIEGEL; DICKSON; CARLSON, 2009). A confiança é convicção de uma pessoa em ser capaz de fazer ou realizar alguma atitude ou procedimento (RIEGEL; DICKSON; CARLSON, 2009).

Uma pesquisa feita no hospital em Medelim/Colômbia, em 2012, avaliou o efeito do programa educativo de enfermagem (encontros educativos, visitas domiciliárias, tele-enfermagem e cartilha impressa) para o aumento do autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca. Foram randomizados 63 participantes, alocados 33 no grupo intervenção e 30 no grupo controle, com um seguimento de nove meses. Observou-se que o programa educativo teve resultado positivo apresentando um aumento de 66% (grupo intervenção) versus 26,6% (grupo controle), com diferença estatisticamente significativa (RODRÍGUEZ, 2012). Corroborando assim com o resultado do presente estudo no que se refere a escala de autocuidado, os pacientes apresentaram escore acima de 70 pontos nas três subescalas (Manutenção =  $69,29 \pm 16,758$ ; Manejo =  $86,67 \pm 10,308$ ; Confiança =  $81,01 \pm 15,835$ ), havendo uma melhora significativa em relação aos resultados pré intervenção.

Em 2015, na Alemanha, foi realizado um ensaio clínico randomizado com 110 pacientes, com o objetivo de avaliar se após o seguimento de três meses com a intervenção telefônica, os pacientes iriam apresentar um melhor escore no autocuidado, qualidade de vida. E observou-se que o resultado do presente estudo foi consonante com este realizado na Alemanha que apresentando resultado positivo no escore de autocuidado, mas sem apresentar mudança estatisticamente significativa no escore de qualidade de vida (KÖBERRICH et al., 2012).

De acordo com a World Health Organization (2003), a adesão ao tratamento é conceituada como a situação na qual o comportamento do paciente vai de encontro com as orientações oferecidas pelo profissional de saúde, no que se refere a medicamentos prescritos, comparecimento às consultas e exames, mudanças em hábitos inadequados, seguir plano nutricional recomendado.

Após a intervenção de enfermagem feita, observou-se uma melhora na adesão ao tratamento ( $21,79 \pm 2,833$ ), superando o escore mínimo exigido no questionário validado. Este mesmo resultado foi conferido em um estudo conduzido em Porto Alegre – Brasil/RS, demonstrou melhora do autocuidado e da adesão ao tratamento, ao utilizar a combinação de visitas domiciliares intercaladas com as consultas telefônicas, em pacientes ambulatoriais com IC acompanhados durante seis meses. Os escores nos grupos intervenção e controle após as intervenções foram de  $22,36 \pm 6,46$  e  $30,91 \pm 7,30$ , no desfecho de autocuidado; e para o desfecho de adesão ao tratamento foi observado um resultado superior a 70% no grupo controle, e no grupo um escore de 60%, mostrando assim a efetividade das intervenções realizadas. (MUSSI et al., 2013)

Segundo Silva et al. (2015), em um estudo multicêntrico realizado entre 2011 e 2013, com 340 pacientes, a pontuação geral da adesão foi de 16 pontos para todos os pacientes, não atingindo assim o escore estabelecido pelo questionário. No entanto, ao avaliar cada paciente isoladamente, observou-se que 36,5% apresentaram boa adesão, e que este fato estava relacionado ao comparecer as consultas de enfermagem e viver com a família.

Um estudo experimental antes-depois realizado em duas instituições de referência no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, utilizou a intervenção de enfermagem visita domiciliar em pacientes com IC. E observou-se que a intervenção foi efetiva para a melhora a adesão por parte dos pacientes, apresentando um escore de  $16 \pm 2,6$  vs  $20,4 \pm 2,7$  na primeira e terceira visita, respectivamente (MANTOVANI et al., 2015)

Para Minayo et al (2000), a qualidade de vida é conceituada como a percepção que uma pessoa tem diante de sua posição na vida, em diferentes contextos, tais como conforto, bem-estar, vida social, estética. Com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pacientes com IC, foi validada uma escala específica para esta população sendo suas questões pertinentes ao quanto esta patologia o impede de viverem como desejam.

Ao utilizar esta escala para avaliar este desfecho, o presente estudo apresentou um resultado de ( $44,07 \pm 23,454$ , antes da intervenção; e  $42,79 \pm 29,439$  após a intervenção, não conferindo assim mudança na qualidade de vida da população em questão. Este resultado pode estar relacionado com variáveis clínicas e sociodemográficas, como por exemplo: idade;

medicamentos em uso, pacientes com IC necessitam de um tratamento farmacológico vasto, podendo ainda está associado com outras comorbidades; efeitos colaterais das medicações; sinais e sintomas incapacitantes para atividades de vida diárias.

No entanto, Brotons et al (2009), realizou um ensaio clínico randomizado, na Espanha, no período de 2004 a 2006 com 283 pacientes, e apresentou uma melhor qualidade de vida ao final do estudo em relação aos do grupo controle (18,57 vs. 31,11;  $p < 0,001$ ).

Outro estudo, multicêntrico, realizado em 51 centros na Argentina, com 1518 pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca crônica, no período de Junho/2000 até Novembro/2001, teve como objetivo determinar se a intervenção consulta telefônica reduz a incidência de morte ou admissão por piora da insuficiência cardíaca em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca crônica. Houve melhora do resultado da qualidade de vida ao final do estudo (média de pontuação total no grupo de intervenção 30,6 vs. 35,0 no grupo controle) (GESICA, 2006)

A limitação do presente estudo consiste no tamanho reduzido da amostra. Também, destaca-se o desenho do estudo quase experimental realizado em um curto recorte temporal, que se apresenta menos efetivo em relação ao ensaio clínico randomizado, uma vez que não houve cegamento dos pacientes.

## **6 CONCLUSÃO**

A melhora das habilidades para o autocuidado e adesão após a consulta telefônica de enfermagem mostra que esta intervenção pode trazer resultados clínicos benéficos para os pacientes. Trata-se de uma estratégia de baixo custo e de fácil aplicabilidade e manejo pelos profissionais de saúde que precisa ser melhor estudada em estudos de ensaios clínicos em diferentes cenários com amostras maiores.

## 7 OBRAS CITADAS

ALITI, Graziella Badin et al . Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 2, p. 344-349, Abr. 2007 .

ALITI, Graziella Badin et al. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, Porto Alegre , v. 32, n. 3, Set. 2011.

ALMEIDA, Guilherme Abner Sousa et al.. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, Jun 2013 .

Bocchi EA et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(1 supl.1):1-71

Bocchi EA et al. A Long Term Prospective Randomized Controlled Study Using Repetitive Education at SixMonth Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADHE Study. *Circulation*. 2008;3:1-23.

Bocchi EA et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet]. 2012; 98( 1 Suppl 1 ): 1-33.

Brasil, Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*

BROTONS, Carlos et al. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(4):400-8

BRUNO, Luciana. Brasil adiciona 1,26 milhão de linhas de telefonia móvel. *Exame*, Rio de Janeiro, 13 outubro de 2014.

BULECHECK GM, BUTCHER HK, DOCHTERMAN JMC. Classificação das Intervenções de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010

CARVALHO, Vitor Oliveira et al. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2009 July; 93( 1 ): 39-44

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. 2012;20(5):988-96

Ferreira, Viviane Martinelli Pelegrino et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. Rev. esc. enferm. USP. 2015 June; 49( 3 ): 387-393.

FREITAS, Maria Teresa Silva de; PUSCHEL, Vilanice de Araujo Alves. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo , v. 47, n. 4, Ago. 2013.

GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. BMJ. 2006;331:4251- 429

GOMES, Otoni Moreira. *Fisiologia Cardiovascular Aplicada*. Belo Horizonte. Editora coração. 2005.

KÖBERICH, Stefan, et al. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 2015, 24: 1643–1655

MANTOVANI, Vanessa Monteiro et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2015 Feb; 28( 1): 41-47

MESQUITA, Evandro Tinoco; QUELUCI, Gisella Carvalho. *Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca*. São Paulo: Atheneu, 2013.



MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde coletiva* .2000 ; 5(1):7-18

MOREIRA, Roseli Lana, OMURA, Carina Michel. Tratamento não medicamentoso da insuficiência cardíaca. *Revista Enfermagem Universidade Santo Amaro*, São Paulo, 2003; 4: 29-31.

Moser, Debra et al. Role of self-care in the patient with heart failure. *Current cardiology reports*. 2012;14(3):265-75.

MUSSI, Cláudia Motta et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 21, n. spe, Fev. 2013.

OLIVEIRA, Sherida Karanini Paz de et al. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 1, n. 22, jan. 2013.

RIEGEL, Barbara et al. An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2009;24(6):485.

RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, María de los Ángeles; ARREDONDO-HOLGUÍN, Edith; HERRERA-CORTÉS, Richard. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2012 Apr; 20( 2 ): 296-306.

SAHADE, Viviane; MONTERA, Vanessa dos Santos Pereira. Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 22, n. 3, p. 399-408, June 2009 .

SILVA, Andressa Freitas et al. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 Out; 23 ( 5 ); 888-894

SILVA, Pollyane Lima. Mais de 69% da população brasileira têm celular. *Veja*, Rio de Janeiro, 21 setembro de 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. e mais de 50 colaboradores; BRUNNER E SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. [Revisão técnica de Isabel Cristina Fonseca da Cruz; Ivone Evangelista Cabral; Tradução Antônio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux]. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. 12 ed., v.1.

SOUZA; José Roberto Matos; FRANCHINI, Kleber Gomes; JUNIOR, Wilson Nadruz. Hipertrofia ventricular esquerda: o caminho para a insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Hipertensão*. v. 15, n.2, 2008.

TAVARES, Leandro Reis et al., Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca Descompensada em Niterói – Projeto Épica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. V 82, n.2, 2004.

VELLONE, Ercole et al. Psychometric testing of the self-care of heart failure index version 6.2. *Research in nursing & health*. 2013;36(5):500-11.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva. 2003. Disponível em: Acesso em: 01 set. 2009.

Yancy et al. ACCF/AHA Heart Failure Guideline. *Circulation*. 2013; 128: 240- 327

## 8 APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: O efeito da intervenção de enfermagem “consulta por telefone” na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa realizado pela acadêmica de enfermagem Lyvia da Silva Figueiredo e orientado pela Prof.<sup>a</sup> Ms. Paula Vanessa Peclat Flores e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Carla Dantas Cavalcanti. Tal projeto tem como objetivo analisar o efeito da consulta telefônica na adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. Para isso, caso o (a) Sr. (ª) aceite participar voluntariamente, além de ser acompanhado na Clínica de IC, com consulta médica, fisioterápica, nutricional, farmacológica e de enfermagem, poderá receber contatos telefônicos para reforço das orientações recebidas na consulta presencial ou apenas continuar seguindo o seu tratamento no ambulatório da clínica conforme já vem realizando. Em todas essas atividades o (a) Sr. (ª) deverá responder a algumas perguntas, mas só deverá responder caso se sinta à vontade. Todas essas atividades serão realizadas no período de um mês, mas o (a) Sr. (ª) poderá deixar de participar deste estudo a qualquer momento sem que isso cause nenhum comprometimento no seu atendimento habitual para o tratamento da Insuficiência Cardíaca. As informações dadas pelo (a) Sr. (ª) serão confidenciais, para isto elas serão codificadas e apenas os pesquisadores responsáveis terão acesso a elas na íntegra. Para que essa pesquisa seja possível serão realizados quatro contatos telefônicos, no período de trinta dias que não serão previamente agendados. Estaremos dispostos a retirar qualquer dúvida que surja e propor o melhor tratamento possível para acompanhá-lo (a). Assim, conforme as informações dadas acima, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção:

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_  
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito, sendo orientado por \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ do propósito, natureza e duração desta pesquisa, que estará realizando o estudo sob coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Carla Dantas Cavalcanti e Prof.<sup>a</sup> Ms. Paula Vanessa Peclat Flores, respondendo todas as dúvidas e questionamentos que me surgirem, sendo-me entregue uma cópia deste termo

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

\_\_\_\_\_  
 No  
 me e assinatura do paciente  
 ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
 Nome e assinatura do responsável por  
 obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
 Testemunha

APÊNCICE 2 - INSTRUMENTO DE CONSULTA TELEFÔNICA

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Prontuário huap: \_\_\_\_\_

Data do contato telefônico: \_\_/\_\_/\_\_ Duração do contato (min.) \_\_\_\_\_

Cuidador: (0) não (1) sim. Nome: \_\_\_\_\_

Telefone do cuidador: \_\_\_\_\_ Remunerado (0) não (1) sim

Responsável pelo contato: \_\_\_\_\_

**APRESENTAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO CONTATO:**

Faço parte da Equipe da Clínica Coração Valente da UFF e gostaria de saber como está a sua saúde no momento. Sr ou Sra. Poderia responder algumas perguntas ?

1. CONTATO TELEFÔNICO: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

2. SITUAÇÃO ATUAL

(1) Vivo

(2) Óbito

- Se óbito, quando (data) ? \_\_\_\_\_
- Se óbito, motivo? (1) IC (2) SCA (3) Causa Externa (4) Câncer (5) AVC (6) IAM (7) outro Qual? \_\_\_\_\_

3. ACOMPANHAMENTO MÉDICO ? (0) NÃO (1) SIM

- 3.1 ONDE? (1) Ambu IC HUAP (2) CICCIV (3) PMF

Nome do médico: \_\_\_\_\_

4. CONTROLE DE SAL

- Quanto à dieta, o Sr(a) tem controlado o sal na comida?  
(0) NÃO (1) SIM (2) NÃO SABE INFORMAR

5. CONTROLE HÍDRICO

- O Sr(a) tem controlado o líquido que toma?  
(0) NÃO (1) SIM (2) NÃO SABE INFORMAR

- Qual a quantidade de líquido que o Sr (a) ingere por dia (em litros) ? \_\_\_\_\_  
( ) NÃO SABE INFORMAR

#### 6. CONTROLE DE PESO

- O Sr(a) está se pesando conforme orientação?  
(0) NÃO (1) SIM (2) NÃO SABE INFORMAR
- Em relação a última semana, o Sr (a) aumentou de peso?  
(0) NÃO (1) SIM (2) NÃO SABE INFORMAR
- Peso atual (estimado por telefone) (em Kg) \_\_\_\_\_ ( ) NÃO SABE INFORMAR

#### 7. ATIVIDADE FÍSICA

- O Sr(a) costuma fazer caminhada? (0) NÃO (1) SIM
- Faz alguma outra atividade ? (0) NÃO (1) SIM  
Se sim, qual atividade? \_\_\_\_\_  
Qual a frequência na semana? \_\_\_\_\_  
Qual a duração? (EM MIN) \_\_\_\_\_

8. O Sr(a) sentiu falta de ar ou dificuldade para respirar nos últimos 7 dias (0) NÃO (1) SIM

9. O Sr(a) sentiu cansaço nos últimos 7 dias? (0) NÃO (1) SIM

10. O Sr(a) apresentou dificuldade para dormir ou acordou durante a noite angustiado nos últimos 7 dias? (0) NÃO (1) SIM

11. O Sr(a) apresentou inchaço nas pernas nos últimos 7 dias? (0) NÃO (1) SIM

#### 12. MEDICAÇÕES EM USO

- \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ vezes ao dia
- \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ vezes ao dia
- \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ vezes ao dia
- \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ vezes ao dia
- \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ vezes ao dia

13. Houve alguma internação ou necessidade de ir a emergência nos últimos 7 dias ?

(0) NÃO (1) SIM

Devido a IC: (0) NÃO (1) SIM

#### 14. INFORMAÇÕES OBTIDAS

(1) Próprio paciente (2) Familiar (3) Vizinho (4) amigo (5) cônjuge (6) outro

---

## 9 ANEXOS

### ANEXO 01 – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO PARA PACIENTES COM IC

1. Usou os medicamentos nos últimos 15 dias, de acordo com a prescrição médica?

(0) Nunca uso adequadamente (1) Às vezes (2) Sempre

2. Você verifica o seu peso todos os dias?

(0) Não verifico (1) Uma vez na semana (2) Duas vezes na semana (3) Três vezes na semana (4) Todos os dias

3. Você coloca sal aos seus alimentos ?

(0) Não uso sal (Nada) (1) No cozimento dos alimentos (Pouco) (2) No cozimento dos alimentos (Normalmente) (3) Sal na mesa (4) Cozimento dos alimentos mais sal na mesa

4. Você adiciona especiarias, molhos e outros alimentos fabricados com sal normal para as suas refeições?

(0) Não uso (Nada) (1) Às vezes (2) No cozimento dos alimentos (Pouco) (3) No cozimento dos alimentos (Normalmente)

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

(0) Sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca (3) Nunca

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

(0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca

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

(0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca

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

(0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca

9. Você ingere alguma bebida alcoólica?

(0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca

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

(0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca

ANEXO 02 - QUESTIONÁRIO DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM IC

Pense em como você tem se sentindo no último mês ou desde a última vez em que conversamos ao completar esses itens.

SEÇÃO A: Seguem abaixo uma lista de orientações normalmente dadas às pessoas com Insuficiência Cardíaca. Com que frequência você realiza as seguintes atividades?

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1. Você se pesa?	( )1	( )2	( )3	( )4
2. Verifica se os seus tornozelos estão inchados?	( )1	( )2	( )3	( )4
3. Tenta evitar ficar doente (por exemplo: vacinar-se contra a gripe, evitar contato com pessoas doentes)?	( )1	( )2	( )3	( )4
4. Realiza alguma atividade física	( )1	( )2	( )3	( )4
5. É assíduo nas consultas com médico e enfermeiro?	( )1	( )2	( )3	( )4
6. Ingere uma dieta com pouco sal?	( )1	( )2	( )3	( )4
7. Exercita-se por 30 minutos?	( )1	( )2	( )3	( )4
8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?	( )1	( )2	( )3	( )4
9. Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?	( )1	( )2	( )3	( )4
10. Usa um sistema (caixa de comprimido, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de seus medicamentos	( )1	( )2	( )3	( )4

SEÇÃO B: Muitos pacientes têm sintomas devido à sua Insuficiência cardíaca. Dificuldade em respirar e tornozelos inchados são sintomas comuns de Insuficiência cardíaca.

No mês passado, você teve problemas para respirar ou tornozelos inchados? Circule uma das opções.

0.( ) Não

1.( ) Sim



11. Se teve problemas para respirar ou tornozelos inchados no último mês....

(Marque um número)

	Não tive tais sintomas	Não reconheci	Demorei muito para reconhecer	Demorei pouco para reconhecer	Reconheci rapidamente	Reconheci imediatamente
Com que rapidez você os reconheceu como um sintoma de insuficiência cardíaca?	N/A	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4

Abaixo estão os recursos que são utilizados por pessoas com Insuficiência Cardíaca. Se você tem dificuldade para respirar ou inchaço nos tornozelos, qual probabilidade de você tentar um destes recursos?

(Marque UM número para cada um dos recursos)

	Improvável	Pouco provável	Provável	Muito provável
12.Reduzir o sal na sua dieta	( )1	( )2	( )3	( )4
13.Reduzir a ingestão de líquidos	( )1	( )2	( )3	( )4
14.Ingerir um diurético a mais	( )1	( )2	( )3	( )4
15.Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação	( )1	( )2	( )3	( )4

16. Pense em um dos recursos acima que você tentou na última vez em que teve dificuldade para respirar ou tornozelos inchados....

(Marque UM número para cada um dos recursos)

	Eu não tentei nada	Não tenho certeza	Tenho pouca certeza	Tenho certeza	Tenho absoluta certeza
Você tem certeza de que este recurso o ajudou?	0 ( )	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )

## SEÇÃO C :

De maneira geral, você está confiante sobre:

	Não confiante	Um pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
1.Estar livre dos sintomas de Insuficiência cardíaca?	( )1	( )2	( )3	( )4
2.Seguir o tratamento recomendado?	( )1	( )2	( )3	( )4
3.Avaliar a importância de seus sintomas?	( )1	( )2	( )3	( )4
4. Reconhecer alterações na saúde, caso elas ocorram?	( )1	( )2	( )3	( )4
5. Fazer algo que possa aliviar seus sintomas	( )1	( )2	( )3	( )4
6. Avaliar se um medicamento funciona?	( )1	( )2	( )3	( )4

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES COM IC

DURANTE O ÚLTIMO MÊS SEU PROBLEMA CARDÍACO O IMPEDIU DE VIVER COMO VOCÊ QUERIA, POR QUÊ?	
1. Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	
2. Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	
3. Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil	
4. Tornando seu trabalho doméstico difícil	
5. Tornando suas saídas de casa difícil	
6. Tornando difícil dormir bem a noite	
7. Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil	
8. Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil	
9. Tornando seus passatempos, esporte e diversão difícil	
10. Tornando sua atividade sexual difícil	
11. Fazendo você comer menos as comidas que você gosta	
12. Causando falta de ar	
13. Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia	
14. Obrigando você a ficar hospitalizado	
15. Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos	
16. Causando a você efeitos colaterais das medicações	
17. Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos	
18. Fazendo você sentir uma falta de autocontrole na sua vida	
19. Fazendo você se preocupar	
20. Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas	
21. Fazendo você sentir-se deprimido	

0- NÃO	1-MUITO POUCO	2	3	4	5 DEMAIS
--------	------------------	---	---	---	-------------