

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

DEBORAH REY MESQUITA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA ATENDIDOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE
NITERÓI, RIO DE JANEIRO**

NITERÓI
2013

DEBORAH REY MESQUITA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA ATENDIDOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE
NITERÓI, RIO DE JANEIRO**

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

Orientadora: Prof^a Ana Carla Dantas Cavalcanti

NITERÓI
2013

M 578 Mesquita, Deborah Rey.

Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em clínica especializada no município de Niterói, Rio de Janeiro / Deborah Rey Mesquita. – Niterói: [s.n.], 2013.

59 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2013.
Orientador: Prof^ª. Ana Carla Dantas Cavalcanti.

1. Enfermagem. 2. Adesão à medicação. 3. Autocuidado.
4. Insuficiência cardíaca. I. Título.

CDD 610.73

DEBORAH REY MESQUITA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA ATENDIDOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como parte das exigências para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em Julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Enf. Prof^a. Dra. Ana Carla Dantas Cavalcanti – Presidente
Universidade Federal Fluminense – (UFF)

Enf. Prof^a Ms. Dayse Mary Da Silva Correia 1^a Examinadora
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Enf. Ms. Thais de Rezende Bessa Guerra – 2^a Examinadora
Universidade Federal Fluminense – (UFF)

Enf^a. Glauca Cristina Andrade Vieira - Suplente
Universidade Federal Fluminense – (UFF)

NITERÓI, 2013

Dedicatória:

A minha querida mãe, pelo carinho, compreensão e força que me ajudou a concluir essa etapa da minha vida. Sempre se fazendo presente ao meu lado dando o melhor que ela pôde para que eu alcançasse essa vitória. Muito obrigada por tornar meu sonho realidade!

Agradecimentos:

A Deus

Que me permitiu a existência e ilumina meus passos permitindo-me ultrapassar os obstáculos da vida e fazendo deles lições para me tornar uma pessoa melhor

A minha mãe

Que esteve sempre ao meu lado durante todos os momentos da minha vida dando-me amor e carinho, mas acima de tudo acreditando em mim. Sem sua companhia eu não teria conseguido.

Ao querido Alexandre

Que sempre esteve ao meu lado me estimulando a seguir em frente principalmente nos momentos mais difíceis dessa trajetória, compreendendo que meus momentos de ausência eram para o meu crescimento profissional e realização dos nossos sonhos juntos.

A minha família, especialmente a minha Avó Flora

Que esteve torcendo pelo meu amadurecimento, crescimento e sucesso, contribuindo, cada um a seu modo, com minha formação.

A minha orientadora Ana Carla

Que me deu a oportunidade de fazer parte da clínica de insuficiência cardíaca dedicando horas de orientação, e tendo paciência com meus momentos de incerteza. Muito obrigada por acreditar em mim. Sem você não teria conseguido realizar esse sonho.

As enfermeiras Juliana, Gláucia e Cristina

Que contribuíram na construção desse estudo orientando-me, dando dicas de aperfeiçoamento e aturando minha insegurança.

Aos amigos da clínica de Insuficiência Cardíaca do HUAP

Principalmente as veteranas Juliana, Glaucia, Cristina, e as meninas que entraram comigo para esse projeto, Vanessa, Isabela, Fernanda e Rosana pela parceria e estímulo a pesquisa. Sou muito grata a cada uma de vocês.

Aos amigos Amanda, Desirré, Patrícia e Taiana

Vocês tornaram minha passagem pela faculdade mais alegre, e estiveram junto comigo nas madrugadas em claro para finalizar inúmeros trabalhos. Obrigada pelo companheirismo, alegria e apoio nesses anos de convivência. Sem vocês a faculdade não teria sido o mesmo gostinho...

A equipe de enfermagem dos estágios que fiz nos hospitais

Que me ensinaram a ser uma profissional melhor.

Aos pacientes da Clínica de Insuficiência Cardíaca do HUAP

Pela confiança depositada durante minha aprendizagem e pela contribuição nesse estudo.

EPÍGRAFE:

“...Andarei neste dia nesta noite
Com meu corpo cercado vigiado e protegido
Pelas as armas de são Jorge
São Jorge sentou praça na cavalaria
Eu estou feliz porque eu também sou da sua companhia
Eu estou vestido com as roupas e as armas de Jorge
Para que meus inimigos tendo pés não me alcancem
Tendo mãos não me peguem não me toquem
Tendo olhos não me enxerguem
E nem em pensamento eles possam ter para me fazerem mal
Armas de fogo o meu corpo não alcançará
Facas e lanças se quebrem sem o meu corpo tocar
Cordas e correntes se arrebentem sem o meu corpo amarrar
Pois eu estou vestido com as roupas e as armas de Jorge
Jorge é da Capadócia.

Salve Jorge!”

Canto prá Ogum

(Adaptação da Oração a São Jorge, por Zeca Pagodinho).

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares estão entre as principais doenças crônicas que acometem a população idosa brasileira e a insuficiência cardíaca, por ser a via final comum das cardiopatias, é a principal causa de re-internações sendo a adesão inadequada ao tratamento ou à dificuldade do paciente em reconhecer sinais e sintomas de descompensação da doença os principais fatores das internações. **Objetivos:** Avaliar a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em uma clínica especializada em acompanhamento ambulatorial; Relacionar variáveis clínicas e sócio-demográficas com a adesão ao tratamento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa. Para avaliação da adesão foi utilizado o questionário de adesão de BOOCCHI, previamente adaptado e validado cuja maior pontuação é 26. A coleta de dados ocorreu em 2012, por meio de prontuários e questionários utilizados nas consultas de enfermagem, com perguntas pertinentes a situações sócio demográficas, clínicas e a adesão ao tratamento dos pacientes. Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou maior que 18 anos atendidos na clínica de IC de um Hospital Universitário em Niterói-RJ, que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido sendo excluídos aqueles que apresentaram registros de barreiras de cognição e portadores de doenças neurológicas degenerativas. Os dados foram organizados e analisados pelo programa SPSS, versão 17.0. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão para aquelas com distribuição normal. As variáveis categóricas, com números absolutos e percentuais. As associações das variáveis clínicas e sócio demográficas foram avaliadas através do Teste T Student. Um $P < 0,05$ bicaudal foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Dos 117 prontuários 60 (51,28%) são do sexo feminino; com idade média de 62,78 ($\pm 12,6$), 7,2 anos de estudos ($\pm 4,2$); 58,97% são casados ($n=69$), recebendo em média, dois salários mínimo. A comorbidade mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica (85%). A classe funcional II predominou em 48,72% dos pacientes. A média da pontuação da adesão foi de 14,37. A única correlação que mostrou diferença estatística foi entre gênero sexual feminino e adesão ($p= 0,001$). A média da pontuação das mulheres e dos homens foi de 15,18 e 13,50, respectivamente. **Conclusão:** A única variável sociodemográfica que esteve estatisticamente relacionada à adesão foi gênero feminino. O presente estudo comprova a importância da continuidade do ambulatório de IC, com estratégias de educação em saúde voltadas para o auto-conhecimento da doença e tratamento e estimulando a participação ativa do núcleo familiar para envolver o paciente no seu auto-cuidado. Este é o diferencial que poderá trazer bons resultados ao trabalho desenvolvido aumentando, assim a adesão ao tratamento. Estudos mais detalhados, multicêntricos e o desenvolvimento de novas estratégias e intervenções que contribuam para o aumento da adesão devem ser realizados para que, possamos posteriormente obter uma melhor adesão.

Palavras-chave: Enfermagem; Adesão; Autocuidado; Insuficiência cardíaca.

ABSTRACT

Introduction: The cardiovascular sicknesses are among the main chronic diseases that affect the Brazilian elderly population and the heart failure, as the final common route of the heart diseases, is the principal cause of rehospitalization being the inadequate adherence to the treatment or to the patient's difficulty in recognizing signs and symptoms of the decompensation of the sickness, the main reasons for the hospitalizations. **Objectives:** To evaluate the adherence to the heart failure patients treatment attended in a specialized clinic with outpatient; To list clinical and sociodemographic variables to the adherence to treatment. **Methodology:** This is an observational study with a quantitative approach. For assessing compliance, we used the BOOCCHI servetyvof adherence, previously adapted and validated which the major punctuation is 26. The data collection occurred in 2012 through medical records and questionnaires used in clinical nursing situations with questions pertaining to sociodemographic clinical and adherence to the patients' treatment. Patient with ages of 18 years old or more were included in the study if they attended in an heart failure clinic at a university hospital in Niterói – RJ, and that had signed a term commitment that was free and enlightened. The ones that presented records of barriers cognition and the patients with degenerative neurological diseases were excluded. The data were organized and analysed by the SPSS program, version 17.0. The continuous variables were described as average and standard deviation to the ones of normal distribution. The categorical variables were described as absolute numbers and percentages. The associations of clinical and sociodemographic variables were evaluated through the T student Test. A $P < 0,05$ was considered as statistically significant. **Results:** Considering the 117 charts, 60 of them (51,28%) belong to the female gender, with middle average of 62,78 ($\pm 12,6$) 7,2 years of study ($\pm 4,2$); 58,97% are married ($n=69$), getting an average of 2 minimum wages. The comorbidity was more prevalent as systemic arterial hypertension (85%). The functional class II predominated in 48,72% of the patients. The mean score of adherence was of 14,37. The only correlation that showed different statistics was the one involving female sexual gender and adherence ($p=0,001$). The mean score of women and men were 15,18 and 13,50 respectively. **Conclusion:** The unique sociodemographic changeable that was statistically related to the adherence was the one of the female gender. This study proves the importance of the continuity of the heart failure clinic, with educational statistics in healthy, focuses on the self disease control and treatment, stimulating the active participation of the familiar nucleus to involve the patient in his self care. This is the developed work, increasing, then, the adherence to the treatment. More detailed and multicenter studies and the development of new strategies and interventions that contribute to the increase of the adherence should be performed so that, later, we can get better adherence.

Keywords: Nursing; self-care; adherence; heart failure.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS, p.11

- 1.1. Introdução, p.12
- 1.2. Questões norteadoras, p. 14
- 1.3. Objetivo geral, p.15
- 1.4. Objetivos específicos, p.15
- 1.5. Justificativa do estudo, p.15

REVISÃO DE LITERATURA, p.17

- 2.1. Aspectos fisiopatológicos da insuficiência cardíaca, p. 18
- 2.2. Tratamento da insuficiência cardíaca, p. 22
 - 2.2.1. Tratamento farmacológico, p. 22
 - 2.2.2. Tratamento não farmacológico, p. 23
 - 2.2.3. Tratamento cirúrgico, p. 24
- 2.3. Adesão ao tratamento, p. 24

METODOLOGIA, p. 27

- 3.1. Sujeitos do estudo, p. 28
- 3.2. Cenário, p. 29
- 3.3. Métodos/coleta de dados, p. 29
- 3.4. Cuidados éticos, p. 30
- 3.5. Organização dos dados, p.30
- 3.6. Análise crítica de riscos e benefícios, p. 30

RESULTADOS, p.32

DISCUSSÃO, p.39

CONSIDERAÇÕES FINAIS, p.43

OBRAS CITADAS, p. 45

OBRAS CONSULTADAS, p. 50

APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO, p. 53

ANEXO 1: CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA, p. 56

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DE ADESÃO, p. 58

Considerações Iniciais

1- INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira vem aumentando significativamente nos últimos anos, segundo o censo de 2010. Conseqüentemente, as doenças crônicas tais como hipertensão, diabetes e doenças cardíacas também tendem a acompanhar tamanho crescimento populacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SBC, 2009, p. 3).

Doenças crônicas são mais comuns em países com população em idade mais avançada e principalmente com qualidade de vida insatisfatória. Hábitos como má alimentação, sedentarismo e estresse são fatores predisponentes para hipertensão, diabetes e cardiopatias contribuindo para acarretar na geração de mais gastos públicos com internações e manutenção da saúde (COSTA, 2011, p. 13).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que o Brasil passou por uma grande modificação epidemiológica a partir da segunda metade do século passado, quando doenças infectocontagiosas representavam 40% das mortalidades contra menos que 10% de mortes por cardiopatias. Atualmente a situação é quase oposta: as doenças cardiovasculares são fatais para 40% da população contra 12% das infectocontagiosas mostrando a importância de continuar a trabalhar a educação em saúde, mas focando agora as doenças crônicas (IBGE, 2009, p. 84).

Em 2012 o Ministério da Saúde, apontou que houve no Brasil um crescimento no número de pessoas com IC. No período de Janeiro de 2011 a outubro de 2012 houve 453.389 internações no SUS devido à IC em maiores de 20 anos. Desse total 195.400 foram na região Sudeste, representando a região com maior número de internações. Estima-se, de acordo com outros países, que até 7 milhões de brasileiros sofram de IC (DATASUS 2012).

Um estudo publicado em 2004 realizado num hospital universitário de Niterói para comparar os perfis epidemiológicos e sócio-econômico, aspectos clínicos, etiologia, tempo de internação e a mortalidade dos pacientes com IC descompensada, admitidos em hospitais públicos e privados na cidade de Niterói concluiu que o abandono do tratamento é a principal causa de descompensação da doença nos pacientes atendidos no serviço público. O estudo aponta também que as principais comorbidades dos pacientes atendidos no hospital público são diabetes mellitos (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo e sedentarismo (TAVERES et al, 2004, p. 121-124).

O mesmo estudo ainda complementa dizendo que dentre as principais doenças crônicas brasileiras e mundiais, encontramos as cardiovasculares dentre as primeiras colocações, com destaque para a IC, via final da maioria das cardiopatias (TAVERES et al, 2004, p. 121-124).

A IC é uma síndrome complexa que acomete o coração causando uma diminuição da capacidade de enchimento e/ou bombeamento sanguíneo para os demais órgãos do corpo levando a uma impossibilidade de fornecer um débito cardíaco adequado para o organismo ou somente conseguir fazê-lo em condições de elevada pressão de enchimento (PORTO, 2005, p.260).

Estudos indicam que as principais causas de re-hospitalizações de pacientes com IC se relacionam à adesão inadequada ao tratamento e à dificuldade do paciente em reconhecer sinais e sintomas de descompensação da doença (MANGINI. et AL, 2008).

Um estudo realizado por Castro, Rabelo e Linhares (2010) mostra que uma das maiores causas de descompensação de IC é a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (92% de 232 pacientes entrevistados). No mesmo estudo também foi observado que os pacientes oriundos de outros tipos de tratamento tinham melhor adesão, o que não significou aumento no percentual de adesão satisfatória da população estudada.

Rabelo et al (2010, p.225–231) completa afirmando que muitos pacientes não dão importância em seguir o tratamento pois crêem não apresentar problemas de saúde verdadeiros. Apenas após o primeiro episódio de descompensação eles percebem sua real situação e o quão importante se

faz seguir o tratamento adequadamente. Mas as orientações sobre a adesão e o tratamento devem ser realizadas de maneira gradativa e paciente, buscando respeitar o limite de absorção de informações do ouvinte para que se alcance os objetivos desejados.

Enquanto acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense tive interesse na área cardiológica. Durante o quarto período iniciei como bolsista de extensão no projeto “Clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP)”. A clínica tem como finalidade melhorar a qualidade de vida dos pacientes com IC, reduzindo as descompensações e internações.

Composto por uma equipe multidisciplinar que inclui enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas a Clínica de IC do HUAP desenvolve diversos projetos. A equipe de enfermagem tem seu maior foco na educação em saúde elaborando atividades como visitas domiciliares; captação de pacientes com IC; grupo coração valente e consulta de enfermagem. Juntos estes programas focam avaliar clinicamente o paciente e identificar suas respostas a doença e tratamento, através de uma visão holística.

A consulta de enfermagem ao paciente com IC visa compreender o paciente como um todo, promovendo assistência sistematizada para o alcance de bem estar através da participação ativa do paciente na escolha de intervenções que alcancem melhores resultados.

Durante as consultas observei que alguns pacientes apresentavam sinais de descompensação e me questionei se a baixa adesão estaria contribuindo para o fato. Avaliar a adesão ao tratamento destes pacientes foi uma maneira que encontrei para identificar possíveis falhas e, no futuro gerar novas tecnologias para melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

1.1- QUESTÃO NORTEADORA

Quais os fatores que contribuem para a adesão ao tratamento do paciente com insuficiência cardíaca crônica estável em acompanhamento ambulatorial?

O objeto deste estudo é a adesão ao tratamento de pacientes com IC atendidos em uma clínica especializada no município de Niterói/RJ.

1.2- OBJETIVOS

- Geral:

Avaliar a adesão ao tratamento de pacientes com IC atendidos em uma clínica especializada em acompanhamento ambulatorial.

- Específicos:

Relacionar variáveis clínicas e sócio-demográficas (como tempo de doença, presença de comorbidades, número de medicamentos, idade, sexo e renda) com a adesão ao tratamento.

1.3- JUSTIFICATIVA

Mediante a identificação da presença ou ausência de adesão do tratamento de IC pretende-se, futuramente, desenvolver e apresentar novas tecnologias direcionadas para as reais dificuldades encontradas pela clientela atendida, para que se possa aumentar a adesão e prolongar a qualidade de vida dos pacientes com IC.

Sendo assim, a assistência de enfermagem poderá ser realizada de maneira personalizada individualizando as necessidades de cada paciente e buscando inseri-lo na sociedade. Mostrando que ele não é o único a viver com uma doença cardíaca crônica, que as dificuldades por ele encontradas também são enfrentadas por outras pessoas e existe uma solução que facilite o convívio com a sociedade.

Este estudo está vinculado ao Grupo de Estudos de Sistematização da Assistência de Enfermagem- UFF (GESAE-UFF), ao Grupo de Estudos de Sistematização da Assistência de Enfermagem em Insuficiência Cardíaca

(GESAEIC-UFF) que visa o desenvolvimento de novas maneiras de cuidar buscando o bem estar do paciente, e faz parte de um estudo multicêntrico sobre a adesão de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em três centros especializados (Porto Alegre, São Paulo e Niterói).

Revisão de Literatura

2-REVISÃO DE LITERATURA

2.1- ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O coração, também denominado como “bomba cardíaca” tem como função primordial bombear sangue suficiente para suprir as necessidades do corpo. Essa capacidade é avaliada através do débito cardíaco (DC) que pode ser determinado através da frequência cardíaca (FC) multiplicada pelo volume sistólico (VS) que é a quantidade de sangue bombeado para fora do ventrículo a cada contração. (GUITON).

A falência dessa “bomba” pode ocorrer por diversas causas levando a diminuição do suprimento de oxigênio para o corpo. Tal falência pode posteriormente evoluir para um quadro de IC, via final comum das cardiopatias que acomete a população mundial, sendo de extrema importância o manejo de sua evolução de modo a evitar possíveis complicações (GUYTON, 2002, p. 225).

Um estudo retrospectivo desenvolvido por Anderson e waagstein (1993) que buscou a frequência e causa de IC na população, realizado no oeste da Suécia, com 2711 pacientes acompanhados durante um período de 30 semanas, aponta que a causa mais comum da IC são doenças isquêmicas do coração (40%) seguida por hipertensão arterial (17%) e doença valvar (13%).

Em 2007 a IC foi responsável por 2,59% das internações e por 6,06% dos óbitos nacionais. Do total de internações por IC 69,8% foram de pessoas com 60 anos ou mais e a taxa de mortalidade nessa faixa etária foi de 8,87% sendo o sudeste a região com maior registro de internações (53%). Todos esses números geraram um gasto para o Sistema Único de Saúde (SUS) que ultrapassou 230 milhões de reais. (SBC, 2009 p. 4).

Depois da primeira internação por descompensação ocorre um aumento das readmissões hospitalares. Nos EUA 60% das re-hospitalizações ocorrem dentro de 90 dias. No Brasil, essas taxas diminuem para 36% dentro do mesmo período. (EUROPEAN SOCIATY OF CARDIOLOGY, 2010, p.7)

Segundo Porto (2005, p. 520) “a insuficiência cardíaca é uma síndrome cardiovascular cujo reconhecimento é relativamente fácil, mas que exige a capacidade de analisar conjuntamente vários sinais e sintomas comuns a diferentes enfermidades.” Logo, a realização de exames complementares que facilitem seu diagnóstico é essencial.

A IC é caracterizada clinicamente pela mudança na estrutura ou função do coração que leva a uma deficiência pressórica na capacidade de enchimento e de ejeção sanguínea levando a pessoa acometida a limitações físicas e sociais que variam de intensidade de acordo do grau de comprometimento. (AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, 2009, p.7)

Por se tratar de uma síndrome clínica complexa, é definida como “disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares na presença de retorno venoso normal ou fazê-lo com elevada pressão de enchimento” (SBC, 2009, p 6).

As principais etiologias da IC no Brasil são a cardiopatia isquêmica relacionada ao aumento da pressão arterial, doença de chagas, endomiocardiofibrose seguida da cardiopatia valvar reumática crônica, cardiomiopatias hipertrófica, dilatada e restritiva, diabetes, hiper e hipotireoidismo, cushing, insuficiência adrenal, anemia, feocromocitoma, hipersecreção do hormônio do crescimento, deficiência de selênio, tiamina, obesidade, uso de álcool e drogas, caquexia, sarcoidose, fístula arterio-venosa, dentre outras. (SBC, 2009 p. 5-8).

A IC é subdividida, segundo a American College of Cardiology (2009, p.8) em:

- **Insuficiência Cardíaca Aguda** > Ocorre de maneira súbita, como após um infarto agudo do miocárdio, geralmente em pacientes sem sintomatologia prévia e corresponde a minoria dos casos de IC;
- **Insuficiência Cardíaca Crônica Descompensada** > É a continuidade da IC aguda ou gradual, com sintomatologia em

repouso. A maioria dos pacientes apresenta sinais de congestão e limitação na realização de atividades físicas, sendo a principal causa de hospitalizações.

- **Insuficiência Cardíaca Crônica Refratária** > Pacientes já diagnosticados com IC apresentam baixo débito, congestão sistêmica e limitação funcional associado a diminuição do débito cardíaco.
- **Edema Agudo de Pulmão** > O aumento imediato da pressão capilar pulmonar leva ao aumento do líquido no espaço interticial gerando roncos em repouso além de dispnéia. Mais comum na função sistólica preservada, em idosos, hipertensos e diabéticos.
- **Disfunção Diastólica ou Insuficiência cardíaca com Fração de Ejeção Preservada** > A sintomatologia se apresenta em virtude do distúrbio do enchimento ventricular sem dilatação e fração de ejeção preservada durante o repouso. Comum em Hipertensos e cardiopatas.

Alterações hemodinâmicas comuns da IC incluem resposta inadequada do débito cardíaco além de elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Na maioria dos casos, a redução do débito cardíaco é responsável pela diminuição da perfusão tecidual caracterizado como IC com débito cardíaco reduzido. Inicialmente o comprometimento se manifesta durante o exercício, mas e com a progressão da doença ele diminui no esforço até ser observado sua redução no repouso. (PORTO, 2005, P.264).

Sendo uma doença de caráter incapacitante a IC causa sinais e sintomas que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos, tais como falta de ar em repouso ou durante a prática de exercícios, ganho de peso, fadiga, cansaço, pele pálida e cianótica, tonteira, vertigem, confusão, náuseas, anorexia, ortopnéia, distensão venosa jugular, derrame pleural, presença da terceira bulha cardíaca (B3), sopros cardíacos, taquicardia, estertores bilaterais, hepato e cardiomegalia, ascite, oligúria e nictúria, edema em tornozelos, além de anomalias no ecocardiograma e aumento da concentração de peptídeo natriurético (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY p 363; PORTO, 2005, p.269).

Didaticamente a IC pode ser dividida, de acordo com o ventrículo acometido, em direita e esquerda dependendo da etiologia. Se esquerda as manifestações mais comuns são dispnéia aos esforços, de decúbito, paroxística noturna, de cheyne-stokes, palpitações, tosse estertores pulmonares, edema agudo de pulmão, dentre outros. Se direita relaciona-se com o retorno venoso e gera sintomas como jugulares distendidas, hepatomegalia, edema e cianose periférica (PORTO, 2005, p.519-521).

A New York Heart Association (NYHA) classifica o paciente com IC de acordo os sintomas causados pela IC relacionados ao prognóstico. À medida que os sintomas se agravam, pior é o prognóstico apresentado pelo paciente. São elas:

- I – Os sintomas são: atividade física comum não causa fadiga indevida, dispnéia, palpitações ou dor torácica. Nenhuma congestão pulmonar ou hipotensão periférica. O paciente é considerado assintomático. Geralmente sem limitações das atividades de vida diária. O prognóstico deste paciente é bom.
- II – Apresenta os seguintes sintomas: limitação discreta das atividades diárias. Paciente reporta ausência de sintomas em repouso, mas a atividade física aumentada provocara os sintomas. Estertores basilares e sopro B3 podem ser auscultados. O prognóstico é também classificado com bom.
- III – Sintomas: limitação acentuada da atividade diária. O paciente se sente confortável em repouso, mas a atividade menor que a comum provocará os sintomas. Prognóstico: razoável.
- IV - Sintomas de insuficiência cardíaca em repouso. Prognóstico: ruim.

Essa classificação permite prescrever intervenções mais adequadas e direcionadas ao paciente permitindo uma precisão maior no tratamento e, visando melhores resultados.

Ainda existe outra classificação que segundo SBC, 2009, p. 7 é baseada na progressão da doença com o acréscimo de fatores de risco com o intuito de gerar novos parâmetros de prevenção da IC.

- **Estágio A:** pacientes assintomáticos, mas com alto risco de desenvolver insuficiência cardíaca. Não apresentam lesão estrutural ou funcional.
- **Estágio B** - pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca.
- **Estágio C** - pacientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos de insuficiência cardíaca.
- **Estágio D** - pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos.

Os métodos mais utilizados para o diagnóstico de IC são sintomatologia clínica, exame físico, eletrocardiograma, exames laboratoriais, ecodopplercardiograma, dentre outros (SBC, 2009). Por isso a interação de toda a equipe profissional é necessária para que haja trocas de informações sobre a patologia do paciente e se opte pela melhor conduta no tratamento.

2.2- TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O tratamento da IC é complexo e compreende uma série de detalhes que muitas vezes podem confundir o paciente. Tal tratamento é dividido em farmacológico, não-farmacológico e cirúrgico. Para amenizar a situação, a orientação do tratamento pelos profissionais de saúde, especificamente pelo enfermeiro, pode ser uma ótima maneira de torná-lo mais fácil para o paciente.

2.2.1-TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico preconizado pela SBC (2009 P. 22-31) é o uso de Inibidores da enzima conversora de angiotensina II (IECA), beta-bloqueadores, bloqueadores dos receptores de angiotensina II, antiarrítmicos,

bloqueadores dos canais de cálcio antagonistas de aldosterona, diuréticos, hidralazina e nitrato, digoxina, anticoagulantes e anticoagulantes plaquetários.

Todas essas medicações tem doses elevadas e frequência de uso diário específico que variam de acordo com a sintomatologia de cada paciente e com a evolução da doença. Efeitos colaterais podem ser encontrados o que pode dificultar ainda mais a adesão ao tratamento pois o paciente pode abandonar o uso da medicação e não avisar ao médico, podendo desestabilizar a doença (SBC, 2009 P. 25).

Cabe a equipe de saúde orientar os usuários dessas medicações quanto a frequência correta, dosagem, efeitos colaterais, ensinar sobre mecanismos de adaptação para o uso do tratamento, onde existe disponibilidade das medicações e providenciar assistência financeira caso não haja condições de aquisição gratuita ou financiada pelo próprio paciente (WOODS et al, 2007. P. 669).

2.2.2- TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Os pacientes com IC são sempre orientados a combinar o tratamento farmacológico ao não farmacológico com o objetivo de potencializar os resultados melhorando o prognóstico da doença. Tal tratamento é caracterizado por mudanças nos hábitos de vida, o que muitas vezes torna-se um problema para a equipe de saúde, pois o usuário nem sempre se mostra favorável a adoção dessas mudanças (RABELO, et al, 2010).

O tratamento não farmacológico consiste em mudanças alimentares, adotando uma dieta restritiva principalmente em sódio e líquidos; prevenir fatores agravantes com o uso de imunização, diminuição/extinção do tabagismo e drogas ilícitas; desenvolvimento de um plano de acompanhamento e cuidados da cardiopatia que o paciente possa compreender e seguir; fornecer suporte psicológico ao paciente e seus familiares, bem como medidas anti-estresse e reabilitação cardíaca que engloba melhora na qualidade de vida, atividade sexual, trabalho e na prática de exercícios físicos (SBC, 2009, P. 16 – 21).

O apoio familiar é imprescindível para que se possa atingir as metas estipuladas pela equipe de saúde em comum acordo com o paciente. Durante as consultas deve-se discutir as melhores estratégias em conjunto com a familiar para contribuir com o desenvolvimento de um plano de cuidados capaz de gerar resultados e estimular a continuidade do tratamento. Um acompanhamento periódico, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas podem facilitar a adoção dessas práticas (RABELO et al, 2004).

2.2.3-TRATAMENTO CIRÚRGICO

Quando as medidas farmacológicas e não farmacológicas não são suficientes para gerar os resultados esperados, como melhora no funcionamento da bomba cardíaca e, conseqüentemente na sintomatologia do paciente a cirurgia torna-se a melhor opção de tratamento para a cardiopatia.

O tratamento cirúrgico é avaliado de acordo com a cardiopatia que levou ao desenvolvimento da IC e se essa cardiopatia pode ter correção cirúrgica. Para o indicativo de cirurgia fatores como comorbidades, idade, prognóstico, riscos e possibilidade de continuidade do tratamento pós cirúrgicos são avaliados para que se possa fazer a seleção dos casos cirúrgicos (SBC, 2009, P. 31).

As cirurgias realizadas em casos de IC são revascularização do miocárdio, cirurgias das válvulas cardíacas, remodelamento do ventrículo esquerdo, implantação de marcapasso e transplante cardíaco (SBC, 2009, p. 31-34).

2.3- ADESÃO AO TRATAMENTO

Dentre as definições de adesão podemos descrevê-la com sendo a mudança de comportamento de uma pessoa ao seguir as orientações sobre seu tratamento e realizar mudanças no seu estilo de vida (HAYNES, 1991). Mas, essa afirmação remete a uma obediência ou a um ato acatado que é

resultado das mudanças das atitudes, mas não das mudanças do pensamento do indivíduo (BRASIL, 2008).

De um modo mais amplo e simples podemos definir a adesão como um acordo entre a conduta terapêutica orientada (que envolve a frequência e assiduidade de consultas e aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e o que o paciente realmente segue que favoreça seu autocuidado (BRASIL, 2008).

A adesão ao tratamento é um fator decisivo nos resultados do tratamento do paciente e caso não seja efetiva tende a gerar resultados negativos na evolução da patologia levando ao agravamento de seu quadro e reinternações. Sendo assim, existem diversas maneiras que podemos dispor para avaliar a adesão do paciente, dentre as quais podemos citar o relato verbal do paciente e a observação do uso dos medicamentos (MANGINI et al, 2008).

Gusmão et al (2009) diz que existem diversas estratégias para que a adesão seja positiva. Dentre as quais podemos citar convencer o paciente e seus familiares da existência do problema, esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios, detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa), reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares é primordial para a avaliação da adesão.

Muitos fatores podem ser decisivos para a adesão do tratamento, tais como a quantidade de comprimidos a serem utilizados, número de doses diárias consumidas e a manutenção do regime terapêutico. Quanto maior for a quantidade de medicações e a frequência de seu uso mais difícil se torna a adesão, logo, as descompensações estarão mais suscetíveis (EVANGELISTA; DRACUP, 2000).

Existem também, fatores que são negativos para a adesão, tais como suas motivações, o conhecimento sobre a doença, suas crenças, sua capacidade de relacionar seu comportamento com o manejo da doença bem como suas expectativas sobre a evolução da doença (GUSMÃO et al, 2009).

Em estudo realizado por Mussi et al (2013) foi constatado que uma ótima estratégia utilizada para o aumento do conhecimento sobre a doença, adesão e

do auto cuidado são as visitas domiciliares. A avaliação na adesão no grupo intervenção superou setenta por cento do índice esperado.

As intervenções da equipe de saúde devem começar a serem implementadas ainda na internação e devem fazer parte do plano de alta do paciente sempre reforçando a importância de seguir o tratamento, comparecer as consultas ambulatoriais e identificar os sinais e sintomas de possíveis descompensações (RABELO et al, 2007).

Logo, a educação em saúde tem sido a melhor maneira de promover o aumento da adesão ao tratamento da IC. Montar esquemas de medicações e horários junto com o paciente e promover estratégias de utilização atentando-o aos possíveis efeitos colaterais contribuem para uma melhor qualidade de vida e diminuições das reinternações (GUSMÃO et al, 2009).

Metodologia

3- METODOLOGIA

O presente estudo é observacional, transversal com abordagem quantitativa. Polit e Hungler (1995) apontam que, na pesquisa quantitativa, há uma coleta sistemática de informações que podem ser quantificadas por meio de procedimentos estatísticos.

Segundo Oliveira (2001) estudos quantitativos significam quantificar opiniões, dados, nas formas de coletas de informações e também com técnicas estatísticas desde as mais simples, como porcentagem, média, moda, mediana e desvio padrão, até as mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outras.

Nos estudos observacionais do tipo transversal, as medições são feitas em uma única ocasião, onde uma amostra é examinada e associam-se as variáveis com a finalidade de registrar fatos em situações concretas predefinidas. (HULLEY et al, 2003).

3.1- SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram pacientes com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca crônica. Os critérios de inclusão para os sujeitos na pesquisa foram: ter sido atendido na clínica de IC do HUAP no ano de 2012 a

2013 que passaram ao menos por uma consulta de enfermagem nesse período, e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa “Registro de pacientes com insuficiência cardíaca crônica atendidos por equipe multiprofissional no Hospital Universitário Antônio Pedro.”

Os critérios de exclusão dos sujeitos foram: prontuários não encontrados ou incompletos, pacientes com registros de barreiras de cognição, portadores de doenças neurológicas degenerativas, não ter sido internado ou ter apresentado quadro de infarto agudo do miocárdio nos últimos três meses.

3.2- CENÁRIO

Os prontuários analisados pertencem a Clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), no município de Niterói-RJ. A Clínica de IC é situada no primeiro andar do HUAP, sendo composta por uma equipe multiprofissional composta por: cardiologistas, enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas, com funcionamento às segundas-feiras das 13:00 às 18:00 horas.

3.3- MÉTODOS/COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através de leitura e registro de dados contidos nos prontuários, referente aos instrumentos de consulta de enfermagem e questionário de avaliação de adesão (BOCCHI et al, 2008), previamente validado no Brasil.

As variáveis analisadas foram as sócio-clínicas-demográficas (sexo, idade, número de anos estudados, renda mensal do paciente/renda mensal da família, estado civil, peso corporal, altura, índice de massa corporal (IMC), classe funcional da insuficiência cardíaca, tempo de doença, tempo atendimento no ambulatório, número de atendimentos feitos pela equipe de enfermagem e pela equipe médica) e a adesão ao tratamento.

O questionário de adesão é um instrumento desenvolvido para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes com IC.

Envolve 10 questões relacionadas ao uso dos medicamentos prescritos, verificação do peso, ingestão de sal, ingestão hídrica e comparecimento a consultas e exames marcados.

A pontuação do questionário de adesão pode variar de zero a vinte e seis pontos, portanto quanto mais próximo de vinte e seis pontos melhor a adesão do paciente.

3.4- CUIDADOS ÉTICOS

A presente pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico sobre a adesão de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em três centros especializados (Porto Alegre, São Paulo e Niterói).

Em Niterói, é um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado “Registro de pacientes com Insuficiência cardíaca crônica atendidos por equipe multiprofissional no Hospital Universitário Antônio Pedro” aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com o número 068/11, considerando os aspectos éticos de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este, incorpora as pesquisas realizadas na Clínica de Insuficiência Cardíaca que utilizam como fonte de dados os prontuários de pacientes em acompanhamento ambulatorial.

3.5 - PROCEDIMENTOS EMPREENNIDOS NA ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram digitados em um banco de dados do programa Microsoft Excel e analisados no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão para aquelas com distribuição normal. As variáveis categóricas, com números absolutos e percentuais. As associações das variáveis clínicas ou sócio demográficas foram avaliadas a partir do Teste T Student. Um $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

3.6 - ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Os pacientes não foram submetidos à nenhum experimento e, portanto, não ficaram expostos a riscos diretos. Para garantir a privacidade e o sigilo dos pacientes seus nomes não serão divulgados e, caso necessário, utilizaremos nomes fictícios ou números para nos referir a eles.

A avaliação da adesão ao tratamento dos pacientes com IC caracterizará os fatores que facilitam ou dificultam a aderência ao tratamento, possibilitando futuras pesquisas sobre possíveis intervenções que possam vir a elevar a adesão.

Resultados

4- RESULTADOS

A caracterização dos sujeitos da pesquisa foi baseada na descrição estatística das variáveis idade, sexo, estado civil, comorbidades, classe funcional segundo NYHA, número de anos estudados, renda mensal familiar, e as comorbidades mais incidentes no estudo e que podem exercer influência nos sinais e sintomas da insuficiência cardíaca crônica, no caso do presente estudo, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Foram coletados dados de registros de prontuários de 117 pacientes. Ao analisar a idade dos pacientes constatou-se que eles apresentavam média de 62,78 anos com desvio padrão de 12,6 anos sendo a maior idade de 92 anos e a menor de 35 anos. Pelo coeficiente de variação, igual a 0,2 não houve grande variabilidade de idade entre os clientes participantes da pesquisa sendo esta uma amostra de idade homogênea. Pelo teste de Kolmogorov Smirnov concluí-se que a idade dos pacientes tem distribuição normal na população estudada (p valor = 0,56). Embora a média de idade deste grupo seja de 62,78 anos observou-se que 48,72% dos participantes apresentavam idade superior a 65 anos.

A tabela 1 apresenta a descrição estatística da idade de acordo com a distribuição etária e sexo dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial no HUAP/UFF. Os 57 pacientes do sexo masculino possuem a media de idade de 63,9 com desvio padrão de $\pm 10,55$ anos, sendo a idade mínima 40 anos e a idade máxima 86 anos. Os 60 pacientes do sexo

feminino possuem a media de idade de 62,48 anos com desvio padrão de $\pm 14,36$, sendo a menor idade de 35 anos e a maior de 92 anos.

Dos 117 pacientes a maioria, 60 (51,28%) são do sexo feminino. A distribuição percentil por gênero é exibida na tabela abaixo.

TABELA 1. Idade e sexo dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial no HUAP/UFF (n=117). Niterói, 2013.

Variáveis	n	Desvio		Mínimo	Máximo	p-valor Teste KS
		Média	Padrão			
Sexo						
Masculino	57	63,09	10,55	40	82	
Feminino	60	62,48	14,36	35	92	
Distribuição etária						
<65 anos	61	52,3	6,83	35	64	
≥ 65 anos	56	73,4	6,84	65	92	
Total	117	62,7	12,60	35	92	p<0,56

*Teste Kolmogorov-Smirnov

Quanto a distribuição etária, os 61 pacientes com idade < 65 anos possuem a media de 52,3 anos com o desvio padrão de $\pm 6,83$, sendo a maior e menor idade respectivamente de 35 e 64 anos, e os 56 pacientes com idade ≥ 65 anos possuem média de 73,4 anos com desvio padrão de $\pm 12,3$ com idades mínima e máxima entre 38 e 62 anos respectivamente.

O perfil etário dos pacientes não demonstrou significativa diferença entre a distribuição etária e o sexo, caracterizando assim uma amostra homogenia quando relacionada a estas variáveis.

Dos pacientes inclusos na presente pesquisa 58,97% são casados (n=69), 18,8% (n=22) são solteiros e 18,8% (n=22) são viúvos. Apenas 3,42% (n=4) são divorciados.

No estudo aqui apresentado não há caracterização dos clientes por tipo de fonte de renda, mas sim pela renda familiar total, tendo este um valor médio de R\$1.239,45 com desvio padrão de R\$765,72 e valor mínimo e máximo de R\$600,00 e R\$5598,00 respectivamente. Mas, apesar da média salarial familiar

ser de dois salários mínimos, encontramos 38,46% (n=45) famílias vivendo com até um salário mínimo (R\$ 675,00) e 36,75% (n=43) famílias vivendo com até dois salários mínimos e apenas 24,79% das famílias (n=29) vivendo com mais de dois salários mínimos.

TABELA 4. Renda familiar dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial no HUAP/UFF (n=117). Niterói, 2013.

RENDA FAMILIAR	n	%
Até 1 salário mínimo	45	38,46
Até 2 salários mínimos	43	36,75
Com mais de 2 salários mínimos	29	24,79
Total	117	1239,45

A amostra estudada apresentou média de 7,2 anos de estudos com desvio padrão de 4,2 anos sendo o tempo mínimo estudado igual à zero anos e o máximo igual a 16 anos. Destes 11,1 % (n=13) eram analfabetos, 27,35% (n=32) tiveram até cinco anos de estudo, 34,18% tiveram até nove anos de estudo e 27,35% tiveram até dezesseis anos de estudo, o que demonstra que 38,45% da amostra tinha poucos ou nenhum anos de estudos.

TABELA 3. Escolaridade dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial no HUAP/UFF (n=117). Niterói, 2013.

ANOS DE ESTUDOS	n	%
0	13	11,11
0-5	32	27,35
5-9	40	34,18
9-16	32	27,35

Quanto as principais comorbidades, a tabela 2 demonstra a distribuição da caracterização dos pacientes.

Dentre as comorbidades encontradas a hipertensão arterial sistêmica se apresentou com maior incidência, alcançando a frequência percentual de 85%. O diabetes mellitus foi a segunda comorbidade que se apresentou mais frequente nos pacientes deste estudo (37,6%), e também causa efeitos negativos na insuficiência cardíaca crônica. A terceira comorbidade mais prevalente no presente estudo foi infarto agudo do miocárdio 29% (n=34).

TABELA 2. Comorbidades dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial no HUAP/UFF (n=117). Niterói, 2013.

Comorbidades	n	%
HAS	94	85,4
DM	44	37,4
IAM	34	29,0
DISLIPDEMIA	21	17,1
DPOC	15	12,8
Depressão	14	11,9
CA	10	8,4
DAC	6	5,1
IRC	5	4,1
SIDA	1	0,8
Outros	42	35,8

Quanto à classe funcional segundo NYHA, observou-se nesse estudo que 16,24% (n= 19) possuem a classe funcional I, 48,72% (n=72) possuem a classe funcional II e 35,04% (n= 41) possuem a classe funcional III. Não houve ocorrência da classe funcional IV, tal fato pode ser justificado devido à pesquisa ser realizada a nível ambulatorial. Logo, a maioria dos entrevistados encontram-se na classe funcional II e III.

O tempo de atendimento na clínica foi calculado em meses e obteve média de 48 meses, com desvio padrão de 32,8, sendo o menor e maior tempo de atendimento de 2 meses e 180 meses respectivamente. Quanto ao tempo

de doença, os pacientes apresentaram média de 84 meses, com desvio padrão de +-79 meses e tempo máximo e mínimo de 6 e 600 meses.

TABELA 3. Classe funcional dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial no HUAP/UFF (n=117). Niterói, 2013.

CLASSE FUNCIONAL		
(NYHA)	n	%
I	19	16,24
II	57	48,52
III	41	35,04
IV	0	00,0

Para a análise da adesão foi realizado o teste T student utilizando nível de confiança de 95%. A média da pontuação na avaliação da adesão dos 117 pacientes do presente estudo foi de 14,37 de um total máximo de 26 (vinte e seis) pontos possíveis. A menor pontuação encontrada foi 09 (nove) e a maior foi 22 (vinte e dois). A análise da adesão relacionada a sexo, idade, estado civil, classe funcional e comorbidades, encontram-se descritas na tabela abaixo, bem como a pontuação de cada questão.

Quanto à avaliação da presença ou ausência de correlação entre estado civil e adesão, não houve diferença estatisticamente significativa estes dados. 58,97% dos pacientes participantes desta pesquisa são casados, (n = 69); O quantitativo de viúvos e solteiros foi igual: 18,80% (n = 22), e apenas 3,41% são divorciados. A maior pontuação média atingida para a adesão dentro deste grupo foi de 14,681 (desvio padrão de 2,83), para os casados e a menor pontuação média foi de 13,636 (desvio padrão de 2,82) para os viúvos. Foi realizado o teste T student com nível de confiança de 95% e não houve diferença estatisticamente comprovada em nenhum dos grupos.

A classe funcional segundo NYHA não influenciou na adesão dos pacientes da amostra, segundo os testes realizados. A maior pontuação encontrada para a adesão foi de 14,54 para os pacientes com classe funcional II, e a menor pontuação média foi para os pacientes com classe funcional III (média de 14,03 pontos). O P valor também não teve significância estatística,

sendo o maior valor 0,92 para a correlação entre NYHA I e II; e o menor valor 0,47, para a correlação entre NYHA II e III.

TABELA 4. Adesão ao tratamento por sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade, classe funcional e comorbidades dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial no HUAP/UFF (n=117). Niterói, 2013.

Correlação entre as variáveis analisadas	N	Média da adesão	Desvio padrão	P valor
Sexo x Adesão				
Feminino	60	15,183	2,93	0,001
Masculino	57	13,508	2,44	
Estado civil x adesão				
Casado	69	14,681	2,83	0,474
Solteiro	22	14,181	2,85	
Casado	69	14,681	2,83	0,134
Viúvo	22	13,636	2,82	
NIHA X ADESÃO				
II	57	14,543	3,076	0,470
III	41	14,073	2,433	
I	19	14,473	2,912	0,929
II	57	14,543	3,076	
I	19	14,473	2,912	0,579
III	41	14,073	2,433	
HAS X Adesão				
Sim	94	14,287	2,876	0,536
Não	23	14,659	2,636	
DM X Adesão				
Sim	44	14,000	2,505	0,276
Não	73	14,589	2,994	

Tabagismo x Adesão

Sim	43	14,883	2,556	0,579
Não	65	14,123	3,023	

Quanto às comorbidades mais frequentes analisadas, HAS e DM, também não houve influência estatisticamente comprovada na melhora ou piora da adesão ao tratamento da IC. Apesar de 80,34% (n=94) da amostra apresentar HAS e 37,6% (n= 44) apresentar DM, a média de adesão não se distanciou da amostra como um todo (média = 14,28 e 14.0 respectivamente), e o P valor não teve significância estatística (p=0,536 e p=0,273 respectivamente).

O tabagismo também não representou influência na adesão ao tratamento. Dos avaliados 36,75% (n= 43) ainda eram tabagistas, entretanto a pontuação média para esse grupo foi de 14,88 contra 14,12 pontos para os não fumantes. O P valor encontrado foi de 0,177, o que confirma que não há significância estatística entre o hábito de fumar e ter adesão ao tratamento.

Houve diferença estatística foi entre gênero sexual feminino e adesão (p= 0,001). A média da pontuação das mulheres e dos homens foi de 15,18 e 13,50 pontos, respectivamente.

Discussão

5- DISCUSSÃO

Este estudo apresentou a descrição da adesão ao tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca acompanhados em clínica de Insuficiência cardíaca do município de Niterói, comprovando que eles apresentam escore moderado (14,36 pontos).

Um estudo realizado num hospital universitário de Niterói publicado em 2005 revela que o tratamento da IC gerava custos muito altos tanto para o SUS quanto para o paciente e que a renda dos pacientes era também de dois salários mínimos limitando o autofinanciamento do tratamento da IC e levando os pacientes ao abandono principalmente do tratamento medicamentoso. Logo, os pacientes eram reinternados dentro de um ano (ARAÚJO, 2005).

A amostra populacional da presente pesquisa apresentou idade elevada e uma média de anos de estudo muito pequena, entretanto, na presente pesquisa, esses fatores não tiveram significado estatisticamente comprovado. Mas outros estudos também mostram um perfil populacional semelhante e apontam que a idade avançada, o baixo nível de escolaridade, e a baixa renda estão relacionadas à baixa adesão ao tratamento da IC (BECKIE, BECKSTEAD, 2010, p. 149; BJARNASON, 2007, p. 168).

Segundo Rabelo (2012, p.663) o baixo grau de escolaridade e a baixa renda são “características sociodemográficas conhecidas como fatores de risco e/ou agravantes, tanto para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca como para a readmissão hospitalar”, portanto dificultam o tratamento da IC, diminuindo sua adesão, levando ao agravamento da situação do paciente.

Em um estudo realizado com 303 pacientes para identificar os sinais e sintomas das descompensações em pacientes com IC admitidos, constatou-se que 95,7% deles encontravam-se na emergência e que o principal fator de descompensação foi falta de adesão ao tratamento (ALITI, et al, 2011, p. 592; CASTRO et al 2010, p. 228).

Labrunée et al (2012, p.337) em seu estudo concluiu que a educação do paciente é parte do manejo não-farmacológico de doenças cardiovasculares, permitindo-lhes melhora de seu quadro de saúde e mudança no estilo de vida dos pacientes cardíacos.

Estudos mostram que um dos fatores do sistema de saúde que contribuem para a baixa adesão é a falta de centros apropriados para tratamento de pacientes com IC. Nem todos os centros dispõem de programas específicos para essa demanda de pacientes e os pacientes não recebem toda a atenção necessária para melhorar seu quadro (VIVIANE et al, 2012, p. 451-458).

Um estudo realizado nos EUA evidenciou que a educação em saúde e que intervenções tais como controle do peso e uso de diuréticos podem contribuir para melhores resultados da IC e diminuição do número de reinternações por descompensações. O auto cuidado e a adesão ao tratamento se refletem na melhora geral do quadro clínico, gerando menos despesas hospitalares diminuindo a mortalidade dos pacientes (JONES, et al, 2012. p. 583).

Muitos grupos estudaram a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em outras cidades e países, entretanto, fizeram uso de outros questionários, e o cenário também foi diferente, como emergências e durante o período de internação. Geralmente, a média de adesão destes estudos foi baixa, comparado ao presente estudo, mas, os pacientes desta pesquisa são acompanhados na clinica de IC em média há 84 meses, o que certamente contribuiu para o resultado moderado da adesão.

Um estudo avaliou o impacto da adesão ao tratamento através de intervenções telefônicas com mensagens positivas e educativas. Nessas mensagens eram abordados temas como adesão ao medicamento, restrição de sódio, a importância de pesagem diária e a necessidade de buscar atendimento quando houver ganho de peso. A avaliação da adesão era feita na própria ligação, onde o

paciente respondia as perguntar apertando o número correspondente. Dos 60 pacientes captados após a internação hospitalar apenas 10% foram reinternados (LINDA et al, 2012, p. 444). Este estudo mostra que o investimento na educação em saúde diminui o número de hospitalizações e conseqüentemente os gastos do tratamento.

Somente houve associação significativamente estatística foi entre o sexo feminino e adesão, as mulheres atingiram pontuação média de 15,18 enquanto que os homens obtiveram 13,50 pontos. Isso pode ser justificado pelo fato de mulheres terem mais cuidado com a saúde, buscando acompanhamento médico periódico e realizando as medidas não farmacológicas recomendadas para a progressão de seu tratamento.

Mulheres realizam maiores cuidados com a saúde, segundo estudo epidemiológico publicado em Brasília. Elas realizam duas vezes mais atividades físicas, fumam duas vezes menos e ingerem bebidas alcoólicas três vezes menos. Porém, o número de comorbidades é maior nas mulheres do que nos homens (YOKOTA, 2010. P. 55-68).

Pesquisas apontam que outros fatores tiveram influencia na adesão, tais como a quantidade de comprimidos ingeridos, eventos adversos à medicação. Mas a maneira de avaliar a adesão nesses estudos utilizou outros questionários e outras maneiras de avaliação tais como contagem de medicamentos e estimativa da ingestão dos mesmos, restrição hídrica e salina e uso inadequado da medicação. Ainda foi observado que homens não fumantes tiveram melhor adesão do que as mulheres, em compensação o mesmo estudo mostrou que o sexo masculino apresenta maior risco de morte (SILVEIRA et al, 2012, p. 426).

Para uma análise inferencial mais apurada se faz necessário um estudo maior, multicêntrico, que contenha uma amostra maior, até para servir de parâmetro da avaliação da adesão em nível nacional.

Considerações

Finais

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a adesão de pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em clínica especializada do município de Niterói e constatou que a adesão do grupo estudado é considerada moderada, sendo que o único fator que contribuiu para o aumento da adesão foi sexo feminino. Nenhuma variável sociodemográfica, salvo sexo, esteve estatisticamente relacionada a adesão, embora estudos apontem que o baixo nível de escolaridade e a baixa renda contribuem para um valor abaixo do esperado para adesão.

O grupo de sistematização da assistência de enfermagem em insuficiência cardíaca vem desenvolvendo desde 2006 trabalhos que visam a educação em saúde e a melhorar a qualidade de vida e adesão dos pacientes atendidos na clínica, tais como consulta de enfermagem, visitas domiciliares e orientações em grupo. O presente estudo comprova a importância da continuidade deste trabalho, com estratégias de educação em saúde e estímulo a participação ativa do núcleo familiar para envolver o paciente no tratamento favorecendo ainda mais o aumento da sua adesão.

Para que a educação em saúde seja desenvolvida de forma satisfatória, é primordial o preparo da equipe de enfermagem para atender a clientela. Com elaboração de estratégias voltadas para o conhecimento da doença e tratamento empregados nesse processo para buscar melhoras na adesão ao tratamento.

Diante dos resultados apontados nesse estudo verifica-se a necessidade de realizar estudos mais detalhados, multi-cêntricos e o desenvolvimento de novas estratégias e intervenções que contribuam para o aumento da adesão ao tratamento do paciente com IC.

Obras Citadas

7- OBRAS CITADAS

ABRÃO, V. M; CARACIOLO, J. M. M ; SILVA, M H. et al. Manual De Boas práticas de adesão HIV/AIDS. Bristol-Myers Squibb, 2008.

ALITI, G.B; et al. *SINAIS E SINTOMAS DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários*. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2011 set; 32(3):590-595. Acessado em: 21/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300022

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Classification of Functional Capacity and Objective Assessment. Acesso em: 18 março 2012. Disponível em: <<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?Identifier=4569>>

ANDERSON B, WAAGSTEIN F. Spectrum and outcome of congestive heart failure in a hospitalized population. Am Heart J 1993; 126: 632-40.

ARAÚJO, D. V; et al. Custo da insuficiência cardíaca no sistema único de saúde. Arquivo brasileiro de cardiologia, 84 (5), maio 2005. São Paulo, SP. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v84n5/a13v84n5.pdf> acessado em: 25/06/2013.

Beckie T. M, Beckstead J. W. *Predicting cardiac rehabilitation attendance in a gender-tailored randomized clinical trial*. Journal Cardiopulm Rehabil Prev 2010;30: 147–156. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20216324>. acessado em: 07 de outubro de 2012.

Bjarnason-Wehrens B, Grande G, Loewel H, Vo" ller H, Mittag O. *Gender-specific issues in cardiac rehabilitation: do women with ischaemic heart disease need specially tailored programmes?*. European Journal Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14:163–171. Acessado em: 07 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17446793>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações sobre mortalidade. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 27 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Insuficiência cardíaca*. 2003. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm> > acessado em 18 de janeiro de 2013.

BRASIL, *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Ministério da Saúde, secretaria de vigilância, em saúde, programa nacional de DST e Aids. Brasília, 2008.

BOCCHI EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012*. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2012; 98(1 supl. 1): 1-33.

BROTONS C, et al. *Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study*. Revista Espanhola de Cardiologia; v.6, n.4, p. 400-8, 2009.

CASTRO, RA; LINHARES JC; RABELO, ER. *Adesão ao tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca em um hospital universitário*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2010. Acessado em: 15 de junho de 2012. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200004.

CAVALCANTI, A.C.D; CORREIA, D.M.S; QUELUCI, G.C. *A implantação da Consulta de Enfermagem ao Paciente com Insuficiência Cardíaca*. Revista Eletronica de Enfermagem; Goiás, v. 11, n.1, 2009, p. 194-9. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a25.htm>> Acessado em: 20 de março de 2012.

COSTA, M. B; CAVALCANTI, A. C. D. *Avaliação dos diagnósticos de enfermagem como preditores de morbimortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável*. Niterói, 2011. 13f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

DICKSTEIN, K. et al; *Orientações de 2008 para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crônica da European Society of Cardiology*. Revista portuguesa de cardiologia, 2010, p. 633-699.

GUIMARÃES, J. I. et al. *Revisão das III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 79, (suplemento IV), 2002. Acessado em: 07 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cr%C3%B4nica.pdf>.

GUYTON, A. C; HALL, J. E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 222-231.

GUSMÃO J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertens, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HAINES, R.B; TAYLOR, D.W; SACKETT, D.L. *Compliance in health care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1979.

HULLEY, S.B. *et al.* *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed, ed. 2, p.127, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, nº25, 2009.

JONES. D.C; *et al.* *Is Adherence to Weight Monitoring or Weight-Based Diuretic Self-Adjustment Associated With Fewer Heart Failure-Related Emergency Department Visits or Hospitalizations?*. Journal of Cardiac Failure Vol. 18 No. 7 2012. Acessado em: 07 de maio de 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748492>.

LABRUNÉE M. *et al.* *Therapeutic education in cardiovascular diseases: State of the art and perspectives Éducation thérapeutique dans les pathologies cardiovasculaires : mise au point et perspectives*. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 55 (2012) 322–341 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.04.003>. Acessado em: 10 de maio de 2013.

LINDA, S. A; *et al.* *Extending the Continuum of Care in Congestive Heart Failure*. The Journal of Nursing Administration. Volume 42, Number 9, pp 442-446. 2012. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22922755>. Acessado: 07 de maio de 2013.

MANGINI, S. *et al.* Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.90, n. 6, p. 433-440, 2008.

MUSSI, C.M; *et al.* Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. Revista latino americana de enfermagem, janeiro-fevereiro, 2013.

OLIVEIRA, S. L. *Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses*. 2º edição, Editora Pioneira, 2001, p. 320.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, C. *Doenças do coração prevenção e tratamento*. 2. Ed Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

RABELO E.R; *et al*, *Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário*; Revista Gaúcha de Enfermagem, 2010, p. 225 – 231.

RABELO E.R; *et al*, *Educação para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: das evidências da literatura às intervenções de enfermagem na prática*; Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIII nº 03 2004. Disponível em <http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/default04.asp> Acessado em 24 de abril de 2012.

RABELO, E.R *et al*; *O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2007.

RABELO, E.R *et al*. *Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico–EMBRACE*. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 25, nº5 São Paulo, 2012. Acessado em: 24/04/2013. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500003&script=sci_arttext.

SILVA, V. A; CAVALCANTI, A. C. D. *Validação clínica do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável*. Niterói, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

SILVEIRA. L.C.J; *et al*. *Adesão às consultas e ao tratamento medicamentoso de pacientes em ensaios clínicos randomizados da indústria*. Revista Gaúcha Enfermagem (Online) vol.31 no.3 Porto Alegre Set. 2010. Acessado em: 21 de junho de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300003&script=sci_arttext.

TAVARES, L.R *et al*. *Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca Descompensada em Niterói*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 82, n. 2, 2004. p.121-4

VIVIANE, M.C; *et al*. *Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions*. European Journal of Heart Failure 14, 451–458, 2012. Acessado em: 04 de maio de 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22499542>.

WOODS, F.M; FROELICHER, E.S.S; MOTZER, S.U. e mais 36 colaboradores; *Enfermagem em Cardiologia* [Tradução shizuka Ishii, revisão científica Ângela Maria Geraldo Pierin] – Barueri, SP: Manole, 2007 p. cap. 22 p. 651-675.

YOKOTA, R.T.C; *et al*. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis em município de pequeno porte, Brasil, 2010*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(1):55-68, jan-mar 2012.

Obras Consultadas

8- OBRAS CONSULTADAS

ABREU, E; TEIXEIRA, J. *Apresentação de Trabalhos Monográficos de Conclusão de Curso*. 8ª edição. Niterói: EDUFF, 2007

ARRUDA, C. S; CAVALCANTI, A. C. D. *Intervenções de Enfermagem para o Controle e Tratamento da Insuficiência Cardíaca*. Niterói, 2009. 111f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

CAVALCANTI, A.C.D; CORREIA, D.M.S; QUELUCI, G.C. *A implantação da Consulta de Enfermagem ao Paciente com Insuficiência Cardíaca*. Rev Eletr. Enf. Goiás: v. 11(1), p.194-9. 2009.

CAMPOS, R.G. Dissertação: BURNOUT: *Uma revisão integrativa na Enfermagem Oncológica*. Ribeirão Preto, 2005. p.159.

CRUZ, F. D, *Avaliação dos componentes da qualidade de vida na clínica de insuficiência cardíaca*. Tese da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. USP. São Paulo. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei Nº 7.498/86. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35> .Acessado em: 21 de abril de 2012.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. *Guidelines: 2009 Acute and Chronic Heart Failure (Diagnosis and Treatment)*. Disponível em: <<http://www.escardio.Org>> Acessado em: 20 março 2012.

FIGUEIREDO, N.M.A; COLABORADORES. *Método e Metodologia na Pesquisa Científica*. São Paulo: Editora Difusão, 2004.

LOPES, J.L; ALTINO, D; SILVA, R.C.G. *Validação de conteúdo das atuais e de novas características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído*. Acta Paul Enferm 2010, p.764 a 768.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: 7ª edição, 2007.

POLANCZYK, C. A. *Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos* [editorial]. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 84, n. 3, p. 199-201, 2005.

POTTER P.A; PERRY A.G. *Grande Tratado de Enfermagem: Clínica e Prática Hospitalar*. São Paulo: Editora Santos. 3 ed. 1998.

SMELTZER S.C; BARE, B.G. e mais 50 colaboradores; Brunner e Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica*; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Márcia Tereza Luz Lisboa; Tradução José Eduardo Ferreira Figueiredo]- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 10ª edição. 2005, vol. 2, cap.30. p.834 – 862.

Apêndices

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM E ADMINISTRAÇÃO

PROJETO DE PESQUISA: ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ATENDIDOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA LOCALIZADA EM NITERÓI, RIO DE JANEIRO.

Pesquisadores responsáveis: Acadêmica de Enfermagem Deborah Rey Mesquita; Prof^a Dr. Ana Carla Dantas Cavalcanti

Pesquisadores colaboradores: Tereza Cristina Felipe Guimarães; Eneida Rejane Rabelo; Wolney Martins Andrade; Andressa Freitas da Silva.

Instituição: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ATENDIDOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM NITERÓI, RIO DE JANEIRO” de responsabilidade das pesquisadoras prof^a Dr. Ana Carla Dantas Cavalcanti. Esta pesquisa tem um caráter científico. Trata-se de um estudo em que os pacientes responderão uma única vez a um questionário com relação à adesão ao tratamento. Para responder ao questionário, o (a) senhor (a) levará aproximadamente 20 minutos. O conhecimento destas informações por parte da equipe de saúde é fundamental para identificar as causas e possíveis intervenções tratamento. Esse estudo terá o inconveniente do tempo que o (a) senhor (a) estará gastando ao responder às perguntas. No entanto, gostaria de ressaltar que o (a) senhor (a) responderá apenas as questões que se sentir à vontade. Não haverá qualquer tipo de ressarcimento.

Sua identidade será mantida em sigilo, ou seja, o seu nome não irá aparecer em momento algum, e para isso o sr (a), será identificado por um número. A pesquisa não trará riscos a sua saúde e não será utilizada para qualquer outro objetivo a não ser aquele já mencionado. Muitos serão os benefícios desta pesquisa, dentre eles a descrição dos fatores que dificultam a adesão ao tratamento. A sua participação é voluntária, ou seja, o sr (a) não é obrigado (a) a participar e poderá desistir a qualquer momento. Todos os custos da pesquisa são de responsabilidade das pesquisadoras. Tendo tomado conhecimento da sua participação

na pesquisa e estando de acordo, solicito a sua assinatura na parte inferior do presente documento.

Atenciosamente,

Deborah Rey Mesquita

Ana Carla Dantas Cavalcanti

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ declaro ter sido informado e concordo voluntariamente em participar da pesquisa acima descrita.

Niterói, ____/____/2013

Nome do entrevistado(a):

Assinatura do entrevistado (a):

Anexos

ANEXO I

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**
Representante Comunidade Científica

CEP CMM/HUAP nº 068/11

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

CAAE: 0072.0.258.000-11

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado

Informo a V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A.Senna
*Instituto de Saúde da Comunidade*Sérvio Túlio / Rogério Dultra
*Faculdade de Direito*Ana Paula Black Veiga
*Hospital Universitário Antônio Pedro*Rosângela Arrabal Thomaz
*Faculdade de Medicina*José Plácido / Lígia Lobato
*Representantes da Comunidade Usuária*Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
*Faculdade de Odontologia*Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
*Faculdade de Farmácia*Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
*Faculdade de Nutrição*Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
*Faculdade de Enfermagem*Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
*Faculdade de Biologia*Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
*Escola de Serviço Social*Luís Antônio C. Ribeiro / Gilvan Hansen
*Instituto de Ciências Sociais - Depto Filosofia*Abrahão Santos / Elton H. Matsushima
*Instituto de Ciências Sociais - Depto Psicologia*Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
Instituto de Matemática

Título do Projeto:

“Registro de pacientes com insuficiência cardíaca atendidos por equipe multiprofissional no Hospital Universitário Antônio Pedro.”

Pesquisador Responsável:

Wolney de Andrade Martins

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):

Humberto Villacorta Júnior, Sabrina Bernardez Pereira, Ana Carla Dantas Cavalcanti, Sérgio Chermont, Mônica Quintão, Selma Castilho.

Data: 06/05/11

Parecer: **Aprovado**

Atenciosamente,


Prof. Herbert Praxedes
Coordenador


Renato A. Moreira de Sá
CRM 5251923-2

ANEXO II
QUESTIONÁRIO DE ADESÃO PARA PACIENTE COM IC

Dados sócio-demográficos

Sexo : Masculino Feminino

Idade: _____

Número de anos estudados: _____

Renda mensal do paciente/renda mensal da família (salários mínimos): _____

Estado civil: casado solteiro viúvo divorciado

Reside: sozinho com familiares

Dados clínicos

Peso corporal: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____

Classe da Insuficiência Cardíaca conforme SAS ou NYHA

Classe I Classe II Classe III Classe IV

<input type="checkbox"/> IAM prévio	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Metástase de tumor sólido
<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> AIDS
<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica	<input type="checkbox"/> Doença renal	<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/> DM com lesão em órgão-alvo	<input type="checkbox"/> Etilismo
<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Doença do tecido conjuntivo	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Dislipidemia
<input type="checkbox"/> Doença ulcerosa	<input type="checkbox"/> Doença hepática	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial
<input type="checkbox"/> Cardiopatia isquêmica		<input type="checkbox"/> Obesidade
IC etiologia:	FEVE:	Classe Funcional (NYHA):
Ano do diagnóstico de IC:		

Tabagismo: nunca passado presente: ____ carteiras por dia

Tempo de Doença : _____

Tempo Atendimento no ambulatório de IC: _____

Número de atendimentos equipe de enfermagem IC (consultas): _____

Número de atendimentos equipe médica IC (consultas): _____

<p>1. Usou os medicamentos nos últimos 15 dias, de acordo com a prescrição médica?</p> <p>0- Nunca uso adequadamente 1 - Às vezes 2 – Sempre</p>	<p>6. Na quantidade de líquido diário recomendado, você considera também, sopas, sorvete, gelatina, suco, leite, chá, café, bebidas não alcoólicas?</p> <p>0 - Nunca 1 - Às vezes 2 – Sempre</p>
<p>2. Com que frequência você se pesa?</p> <p>0 – Não verifico 1 – Uma vez na semana 2 – Duas vezes na semana 3 – Três vezes na semana 4 – Todos os dias</p>	<p>7. Você diminuiu a ingestão de líquidos de acordo com a instrução do seu médico ou enfermeiro?</p> <p>2 - Sempre 1 - Às vezes 0 – Nunca</p>
<p>3. Você coloca sal nos seus alimentos?</p> <p>4 – Não uso sal nos alimentos (Nada) 3 – No cozimento dos alimentos (Pouco) 2 – No cozimento dos alimentos (Normalmente) 1 – Sal na mesa 0 – Cozimento dos alimentos mais sal na mesa</p>	<p>8. Você considera o líquido (caldo) de frutas na quantidade diária de líquido que foi recomendada a você, tais como laranjas, melão, melancia, abacaxi, água de coco, Bergamota, etc?</p> <p>0 – Nunca 1 - Às vezes 2 – Sempre</p>
<p>4. Você adiciona tempero pronto, tais como caldo de galinha, Sazon no preparo dos alimentos?</p> <p>3- Não uso (Nada) 2- Às vezes 1 - No cozimento dos alimentos (Pouco) 0 - No cozimento dos alimentos (Normalmente)</p>	<p>9. Você ingere alguma bebida alcoólica?</p> <p>0 - Sempre 1 - Às vezes 2 – Nunca</p>
<p>5. Você faz refeições ou come alimentos fora do lar, sem restrição de sal?</p> <p>0 - Sempre 1 - Às vezes 2 - Quase nunca 3 – Nunca</p>	<p>10. Você faltou a alguma consulta médica ou exame agendado nos últimos 15 dias?</p> <p>0 - Sempre 1 - Às vezes 2 – Nunca</p>