



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À
SAÚDE CARDIOVASCULAR

JANAÍNA SILVA DA COSTA

**CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE DE PACIENTES
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
CARDIOLÓGICA**

BELÉM-PA

2016

JANAÍNA SILVA DA COSTA

**CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE DE PACIENTES
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
CARDIOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão apresentado à banca de defesa do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Universidade do Estado do Pará, sob a orientação da Enf^a Msc. Andrezza Ozela de Vilhena.

BELÉM-PA

2016

Janaína Silva da Costa

Conhecimento e Adesão ao Tratamento de Insuficiência Cardíaca: uma análise de pacientes internados em um hospital de referência cardiológica

Monografia apresentada à banca de defesa do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará e Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna como requisito para obtenção de título de especialista sob os moldes de Residência em Atenção à Saúde Cardiovascular

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Enf^{da} Msc. Andrezza Ozela de Vilhena
(Orientadora)

Psicóloga Msc. Josie Pereira da Mota

Enf^{da} Msc. Mônica Florice Albuquerque Alencar

Psicóloga Msc. Simone dos Santos Abraão Pampolha

AGRADECIMENTOS

O que seria de mim sem Deus guiando cada passo meu? Obrigada meu Deus por iluminar meu caminho até aqui, sem Sua presença eu não teria forças para chegar até esse momento.

Pai e mãe, que me acompanharam por toda a vida, me apoiando incondicionalmente em cada tomada de decisão, puxando a orelha quando foi preciso, com o todo o amor do mundo. Esse título não é apenas meu, devo a vocês!

Jamile e Júlia: minhas gêmeas, obrigada por acreditarem em mim, por me fazer companhia nos melhores e piores momentos sem pestanejar cada qual com o seu jeito ímpar de ser.

Jake minha bolinha de pêlos caramelizada que acompanhou minhas madrugadas intermináveis com toda a alegria e fidelidade que um cão tem.

Leandro, meu amigo, esposo e eterno namorado, vem acompanhando ao longo dos anos minhas batalhas. Carinhoso e solidário até nos momentos que menos mereci, obrigada por aguentar paciente o meu estresse e minha angústia especialmente nessa etapa final mais do que nunca.

Aos meus pacientes que adotei como filhos, sem vocês não haveria causa para escrever esse trabalho!

Aos preceptores em especial João Paulo, Fabíola, Ednilce, Sidney, Mônica, Sandra, Socorro, Alana, Jayme essenciais na construção do meu perfil profissional em quem eu me orgulho em me espelhar, obrigada pelos ensinamentos!

A minha mais que especial preceptora e também orientadora Andrezza Ozela, não há palavras para agradecer, seus ensinamentos como profissional na assistência e como pesquisadora nesse trabalho foram essenciais. Obrigada pela paciência, apoio e sabedoria.

Aos meus parceiros de labuta Jéssica, Camila, Laís, Lívia, Marina, Thiago, Maysa, Karen e Fádía sem vocês essa residência não seria tão especial!

A Fundação Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna agradeço pelo acolhimento desses 2 anos, por fornecerem subsídios para a construção e produção deste trabalho.

*“É preciso força pra sonhar e perceber que
a estrada vai além do que se vê”*

(Los Hermanos)

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca é uma doença crônica originada de outras doenças diversas, que pode comprometer o bem estar, limita as atividades diárias e compromete a qualidade de vida do paciente portador. Considerada, atualmente, um desafio para a equipe de saúde e considerada como uma das principais causas de hospitalização no cenário mundial. Objetivou-se identificar a relação entre o conhecimento sobre a Insuficiência Cardíaca e a adesão ao tratamento, a partir da caracterização sociodemográfica e clínica além da avaliação do autoconhecimento acerca da doença e nível de adesão. Este é um estudo do tipo relato de experiência sendo utilizada a pesquisa quantitativa de natureza exploratória e descritiva, os dados coletados foram analisados estatisticamente apresentado através de gráficos e tabelas. Do total dos 14 pacientes, houve um predomínio do sexo masculino (78,57%), com faixa etária que variou entre 33 a 71 anos, se dividiram entre a raça branca (42,86%) e parda (42,86%), com baixa renda e baixo nível de escolaridade, a maioria (57,13%) são casados, quanto a religião: evangélica (71,43%). Com relação ao perfil clínico a maioria apresenta hipertensão arterial sistêmica (64,29%), miocardiopatia (50%) e diabetes mellitus (21,43%); sendo que os principais medicamentos prescritos antes da internação eram: diuréticos (100%), betabloqueadores (85,71%) e digitálicos (78,57%); ecocardiograma dos pacientes com média baixa estimada em 28%; grande parte composta de ex-etilistas, ex-tabagistas que atualmente não praticam nenhuma atividade física; com relação ao índice de histórico de internações a maioria (78,57%) já foi internada mais de uma vez. Quanto à adesão o grupo ficou dividido entre 50% de aderência e 50% de não aderência; o nível de conhecimento sobre IC foi regular, sendo que o grupo de não aderentes apresentaram maior quantidade de acertos (cinco questões) e apenas uma questão sobre conhecimento da doença apresentou associação significativa com a adesão terapêutica. Observou-se que os dados encontrados nesse estudo coincidem em grande parte com o cenário nacional de acordo com o que foi exposto da literatura, ou seja, as reinternações por descompensação da IC é um motivo de preocupação e conseqüentemente um problema de saúde pública. Pode-se concluir que é preciso estabelecer mecanismos que possam subsidiar programas que estimulem a promoção e prevenção de IC, não só aos portadores, mas aqueles que possuem fatores de risco, minimizando riscos e outros agravos, além de incorporar à população o autocuidado e qualidade de vida.

Palavras-chave: Adesão à medicação; Conhecimento; Insuficiência Cardíaca.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo Geral	9
2.2	Objetivos Específicos	9
3	JUSTIFICATIVA	9
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
4.1	Insuficiência Cardíaca	10
4.1.1	<i>Conhecimento sobre a Doença</i>	13
4.1.2	<i>Adesão ao Tratamento da IC</i>	14
4.2	Acompanhamento multidisciplinar ao paciente portador de Insuficiência Cardíaca	16
4.3	Implicações da Insuficiência Cardíaca para a Enfermagem	16
5	METODOLOGIA	17
5.1	Tipo de Estudo	17
5.2	Local da Pesquisa	17
5.3	CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão	18
5.4	Produção de dados	18
5.5	Análise de dados	19
6	ASPECTOS ÉTICOS	19
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
7.1	Perfil socioeconômico	21
7.2	Perfil clínico	26
7.3	Autoconhecimento <i>versus</i> Adesão ao Tratamento	32
8	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICES E ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca é uma doença crônica originada de outras doenças diversas, que pode comprometer o bem estar, limita as atividades diárias e compromete a qualidade de vida do paciente portador.

Essa doença é conhecida como uma síndrome clínica complexa e multifatorial, caracterizada pelo prejuízo da ejeção ou enchimento do ventrículo esquerdo. Isso pode ocorrer tanto em função de anormalidades estruturais como funcionais (LIBBY *et al*, 2012).

Estima-se que, no mundo, aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras de IC e 2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano (GAUI *et al*, 2010; OMS, 2008; NOGUEIRA, RASSI, 2006). Segundo Araújo *et al* (2013) a estimativa é que, até 2020, no Brasil, a ICC acometa em torno de 6,4 milhões de pessoas, com mortalidade em torno de 1%.

Considerada, atualmente, um desafio para a equipe de saúde, Go *et al* (2013) apontam a IC como uma das principais causas de hospitalização no cenário mundial. Os gastos na saúde pública são estimados em torno de 232 milhões de reais anuais para o tratamento da doença e de suas complicações (BRASIL, 2014).

Sacomann *et al* (2014) destacam que o desconhecimento das medidas não farmacológicas, a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso e a incapacidade dos pacientes para identificar os sinais e sintomas preditivos de descompensação da doença são alguns fatores que influenciam nos índices de hospitalizações.

Para exercer o autocuidado e seguir as orientações recomendadas, no entanto, é necessário conhecer e compreender a complexidade da patologia e fazê-lo sentir-se peça fundamental do tratamento e manutenção da sua saúde. Oliveira *et al* (2013) afirma que o controle inadequado da doença e a não realização da prática do autocuidado representam uma ameaça para a vida do paciente com IC, pois favorece o aparecimento de complicações.

Kayaniyil (2010) e Jeon *et al* (2010) por sua vez, acreditam que a falta de conhecimento dos pacientes contribui para piora da qualidade de vida, isolamento social, aumento das comorbidades, falta de autocuidado, desconhecimento de sinais e sintomas, e falta de adesão ao tratamento.

Contudo, é válido mencionar que para ocorrer a adesão ao tratamento é necessário levar em conta vários fatores. Alguns estudos ressaltam o nível

socioeconômico do paciente e/ou cuidador, presença ou ausência de déficits motores e cognitivos, conhecimento a respeito da doença e boa relação médico-paciente (MACLAUGHLIN *et al*, 2005; COONEY E PASCUZZI, 2009; BLANSKI E LEONARDT, 2005; SANTA-HELENA *et al*, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a relação entre o conhecimento sobre a Insuficiência Cardíaca e a adesão ao tratamento.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as características sócio demográficas dos pacientes estudados.
- ✓ Verificar o nível de conhecimento do paciente acerca da patologia e sua relação com a adesão ao tratamento.

3 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a IC é a progressão e estágio final de algumas doenças cardiovasculares. No Brasil, estima-se que 6,4 milhões de brasileiros sofram desta doença. É responsável por grande número de atendimentos de emergência e provoca perda da qualidade de vida e, muitas vezes, aposentadorias precoces e com altos custos para o país (BRASIL, 2014). Segundo os dados mais recentes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) entre os meses de janeiro e setembro deste ano o Pará é o estado da região Norte com o maior índice de internação em caráter de urgência relacionada à Insuficiência Cardíaca com um total de 3.570 do total de 8.156 da região (BRASIL, 2015).

A Fundação de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) é considerada referência em cardiologia no estado, portanto atende diariamente grande parte dessa demanda. Frequentemente pacientes dão entrada pela urgência devido a descompensação da doença e outra parte são acompanhadas no nível ambulatorial pelo Hospital. Vale ressaltar que na maioria dos casos essa procura do atendimento em critério de urgência

não ocorre apenas uma vez. Durante a triagem, sempre se encontram pacientes com um histórico de internações recorrentes.

Frente à problemática dessa patologia viu-se a necessidade de discutir sobre tal patologia e como se manifesta no paciente; e por acreditar que os profissionais da saúde devem se preocupar com a prevenção deste agravo, foi realizada esta pesquisa. Diante dos dados quanto aos elevados gastos e ao elevado índice de reinternação por agravamento do quadro clínico, é importante discutir sobre o perfil desse paciente e analisar a adesão ao tratamento, uma vez que o tratamento em si é fundamental para o estabelecimento de segurança e estabilidade clínica.

O intuito foi contribuir para a discussão no sentido de buscar estratégias para a prevenção das complicações clínicas e prováveis reinternações. Os resultados contribuíram para divulgação do conhecimento produzido sobre a referida temática, e assim, foi possível que a equipe de saúde possa visualizar e conhecer qual é o motivo da descompensação clínica desse paciente e, então, sugerir medidas preventivas no combate a mesma.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Insuficiência Cardíaca

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico que surge secundariamente a anormalidades na estrutura e/ou função cardíacas (congenitas ou adquiridas). É definida como uma disfunção cardíaca que compromete a capacidade de enchimento ou de ejeção de sangue do ventrículo esquerdo ocasionando inadequado suprimento sanguíneo para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (BOCCHI *et al* 2009 e LIBBY *et al* 2010).

Lessa (2001) ainda menciona que é uma patologia de etiologia complexa, pois, tem sido associada simultaneamente a vários determinantes, dificultando, assim, distinguir, por inquéritos de prevalência, qual originou a disfunção cardíaca, dificultando a classificação dos agentes etiológicos.

Segundo Bocchi *et al* (2009) é a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. Trata-se de um problema epidêmico em progressão.

Para Lippincott e Williams & Wilkings (2009) o paciente com IC tem pouca tolerância ao esforço, qualidade de vida comprometida e expectativa de vida reduzida. Isso se deve a sintomatologia caracterizada por dispneia, intolerância ao exercício e fadiga que a princípio manifesta-se apenas aos esforços, no entanto com o avanço da IC a dispneia ocorre progressivamente com atividades menos extenuantes e, por fim apresenta-se até em repouso.

Conforme já foi mencionado anteriormente é elevada e crescente a incidência da insuficiência cardíaca no País, levando ao aumento dos gastos com as complicações e consequentes internações. Lamarca (2015) observou que esse fenômeno está relacionado aos avanços terapêuticos no tratamento do infarto agudo do miocárdio, da hipertensão arterial e mesmo da IC ate mesmo pela caracterização da população brasileira que está envelhecendo.

A IC é classificada de diversas formas. No entanto, segundo Serrano Jr. *et al* (2009) as classificações mais utilizadas atualmente e de maior relevância clínica são: Insuficiência cardíaca compensada e descompensada na qual considera-se a presença ou ausência de estabilidade clínica e ainda, a Insuficiência cardíaca sistólica e diastólica que são caracterizadas pelo comprometimento de uma determinada atividade cardíaca.

Uma classificação bastante utilizada é da *New York Heart Association* (NYHA), baseada tradicionalmente nos sintomas, mas que, apesar do grau de subjetividade, uma vez que estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo, tem boa correlação com prognóstico e qualidade de vida (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação Funcional da Insuficiência Cardíaca segundo a NYAH

Classificação	Sinais e Sintomas	Prognóstico
Classe I	A atividade física comum não provoca fadiga indevida, dispneia, palpitações nem dor torácica Ausência de congestão pulmonar ou congestão periférica O paciente é considerado assintomático Em geral, nenhuma limitação nas atividades de vida diária (AVD)	Bom

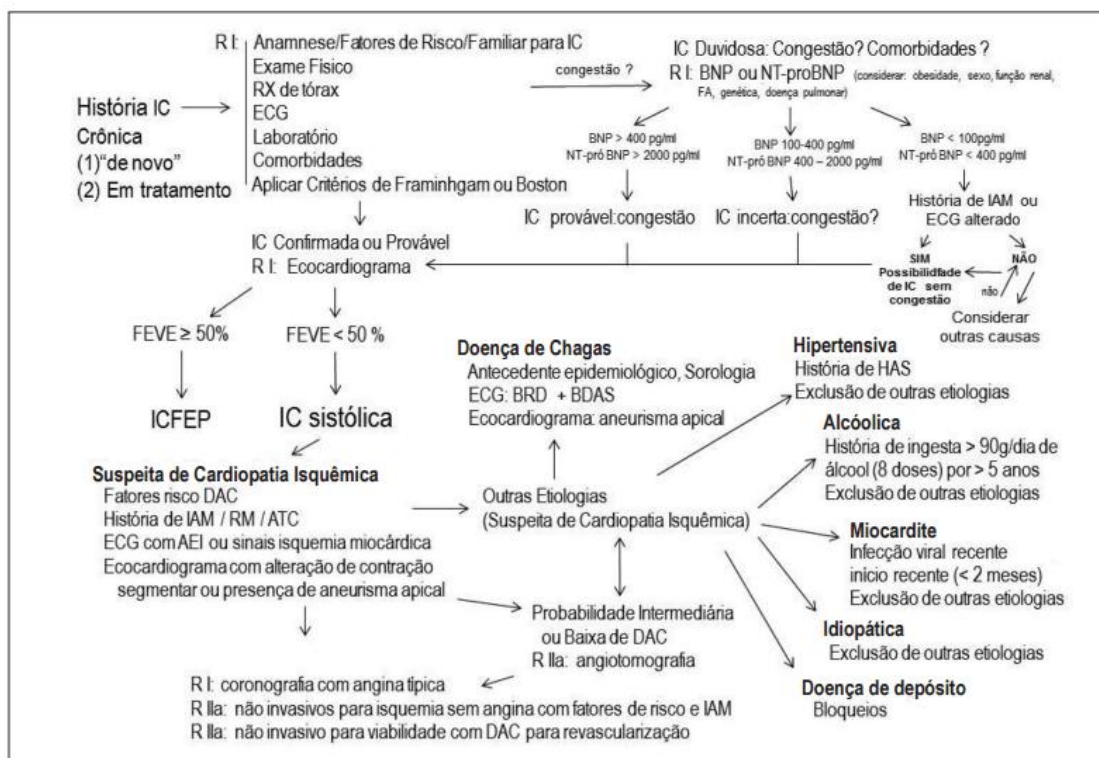
**Continuação do Quadro 1 - Classificação Funcional da Insuficiência Cardíaca
segundo a NYAH**

Classificação	Sinais e Sintomas	Prognóstico
Classe II	Ligeira limitação nas AVD O paciente não relata limitações em repouso, porém a atividade física aumentada provoca sintomas Podem ser detectados estertores basilares e sopro de B ₃	Bom
Classe III	Acentuada limitação nas AVD, mas geralmente sem sintomas em repouso O paciente sente-se confortável em repouso, porém a atividade física abaixo do comum provoca sintomas	Razoável
Classe IV	Sintomas de insuficiência cardíaca em repouso	Sombrio

FONTE: Smeltzer e Bare (2012)

A partir da história clínica, exame físico e investigação laboratorial pertinente é possível julgar e identificar um provável caso de insuficiência cardíaca, uma vez que as variáveis hemodinâmicas e estruturais do sistema cardiovascular não possuem um valor máximo ou mínimo que possa definir a falência da bomba cardíaca.

Contudo vale ressaltar que os sinais e/ou sintomas da IC podem ser difíceis de interpretar principalmente na população de idosos, obesos, mulheres e portadores de pneumopatia, por isso é importante avaliar a função cardíaca através de testes mais objetivos. Na última atualização da III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica em 2012, foi sugerido um fluxograma para melhor diagnóstico da IC (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de Diagnóstico da Insuficiência Cardíaca e da Etiologia

FONTE: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2012)

Para tratar é importante conhecer a doença e sua evolução a fim de minimizar sintomas e melhorar a qualidade de vida do portador. Bocchi (2009) direciona o tratamento para IC em três grupos:

- Tratamento não-farmacológico: essencial e fundamental, compreendida entre orientação nutricional, suporte psicológico, evitar fatores agravantes portanto manter imunização em dia, atividades físicas sob supervisão médica.
- Tratamento farmacológico: varia conforme condição clínica sendo os inibidores de enzima conversora de angiotensina II, betabloqueadores, diuréticos, hidralazina e nitratos, digitálicos entre outros fármacos.
- Tratamento cirúrgico: que pode ser desde uma revascularização do miocárdio ou até mesmo o transplante cardíaco, tal conduta pode ser apenas levada em consideração com o profissional e condição clínica do paciente.

4.1.1 Conhecimento sobre a Doença

O conhecimento é inerente do ser humano. Buscar a verdade sobre as coisas do mundo é necessário para a sua existência, e para Lamarca (2015) está também ligada a

característica social, o viver em grupo e a troca de experiências e sendo assim possível construir e se multiplicar. A mesma autora ainda refere que isso só possível na presença de três elementos: o sujeito que irá conhecer, o objeto e a imagens ou representações criadas sobre o objeto.

Rodrigues *et al* (2012) por sua vez, define o conhecimento como um conjunto de informações que o indivíduo precisa dominar para administrar sua condição de saúde. Contudo conhecer o processo saúde-doença não basta para promover o cuidado, o mesmo autor refere que fatores como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões.

Sabe-se que o sistema de saúde ainda se encontra focado no sintomático na doença aguda, ocasionando nas dúvidas e precariedade no autocuidado, por essa razão, é essencial uma equipe articulada e integrada que saiba atender as demandas do cliente, principalmente o paciente portador de doenças crônicas por serem de caráter permanente, acarretarem em mudanças no cotidiano e necessidade de adaptação a nova condição.

A educação em saúde direcionada e individualizada é a solução ideal, pois assim é possível promover informação, empoderamento e envolvimento do paciente com o seu corpo. Assim como foi observado por Lamarca (2015) que vê a educação como a melhor forma de mudar condutas, podendo ser observado tanto individualmente quanto no comportamento da sociedade. E na área da saúde não é diferente. A mesma autora ainda afirma que a educação é um instrumento facilitador na adesão ao tratamento e determina formas para o enfrentamento dos sinais e sintomas da doença.

4.1.2 Adesão ao Tratamento da IC

Para o controle da IC, a adesão ao tratamento é imprescindível. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão como: “o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde as recomendações acordadas com um profissional de saúde”, o que caracteriza um envolvimento colaborativo entre quem trata e quem é tratado (SCHMITT JÚNIOR *et al*, 2013). Esse conceito abrange o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não.

Para o controle da IC assim como em grande parte das doenças cardiovasculares o tratamento se constitui em duas partes: medicamentoso e não medicamentoso. O

tratamento medicamentoso é baseado em fármacos como diuréticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), betabloqueadores que serão prescritos conforme a condição clínica do paciente. Já o tratamento não medicamentoso é indicado modificações no estilo de vida a fim de atenuar os sintomas da IC e incluem: a redução de peso, restrições da ingestão de sódio (3 g/dia) e álcool, redução da ingestão de gordura, interrupção do tabagismo, redução do estresse e realização de atividade física (LIPPINCOTT E WILLIAMS & WILKINGS, 2009).

É válido ressaltar que para o tratamento efetivo da patologia é imprescindível aderir a ambas.

Quando há baixa adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e trazer consequências pessoais, sociais e econômicas (TAVARES *et al*, 2013). Entre as consequências da não adesão, é possível pontuar a diminuição do controle efetivo das doenças, o aumento no risco de hospitalizações e o aumento da mortalidade (REMONDI *et al*, 2014).

Múltiplos fatores podem influenciar a adesão à terapêutica seja medicamentosa ou não e até a posição de segui-la de forma adequada, dentre eles: fatores intrínsecos ao próprio paciente, referentes à doença e/ou características da terapêutica e relacionada à interação entre o paciente e os profissionais de saúde. Fatores relacionados à condição da doença representam demandas particulares enfrentadas pelo paciente na adesão ao tratamento, especialmente a: gravidade dos sintomas, nível de deficiência (física, psicológica, socioeconômica e profissional), taxa de progressão e severidade da doença e a disponibilidade de tratamento (TAVARES *et al*, 2013 e LAMARCA, 2015).

Segundo a literatura com relação entre a IC e a adesão, Moretto (2013) concluiu que a problemática da adesão não está totalmente esclarecida, pois, o que se observa é que, mesmo com a utilização de grupos de apoio e orientação com diferentes formas de cuidado, estes pacientes ainda apresentam evolução desfavorável, com resultados que poderiam ser evitados se houvesse melhor adesão do paciente ao tratamento proposto.

Estudos recentes apontam que é essencial analisar a adesão dos pacientes ao tratamento, pois dessa forma é possível identificar os fatores que podem interferir com suas escolhas e implementar estratégias iniciais para reduzir crises de descompensação da IC e consequentes hospitalizações não planejadas (SILVA *et al*, 2015).

4.2 Acompanhamento multidisciplinar ao paciente portador de Insuficiência Cardíaca

O trabalho em equipe consiste numa modalidade coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (MARQUES *et al*, 2007).

A atuação de uma equipe multiprofissional se dá pela reunião de um grupo de várias categorias em prol do cliente através do agrupamento e integração, e baseada na comunicação, articulação conjunta, troca de experiências e conhecimentos, facilitando desse modo uma assistência de qualidade. Segundo Peduzzi (2001) e Fortuna *et al* (2005) integrar o trabalho permite articular as ações e a interação de agentes e requer um compromisso ético e de respeito com cada formador da equipe e, em especial, com a clientela.

É essencial um atendimento multidisciplinar ao portador de IC já que podem contribuir na qualidade de vida do indivíduo, implica na prevenção, minimizando possíveis complicações.

4.3 Implicações da Insuficiência Cardíaca para a Enfermagem

Segundo Rocha (2008) para a prestação de cuidado de enfermagem mais qualificado e direcionado, o enfermeiro busca cada vez mais aprimorar seus conhecimentos e, dessa forma, vem desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistematicamente planejado de cuidar.

No que diz respeito aos cuidados da enfermagem ao paciente portador de IC é importante mencionar que esses cuidados serão necessários em alguma fase da doença. O enfermeiro pode ser inclusive a primeira pessoa que avalia a presença de IC, segundo Woods (2005) a detecção precoce e o tratamento de fatores predisponentes é o melhor meio de controlar e prevenir complicações. Portanto para conduzir um plano de cuidados é necessário determinar o tipo e a gravidade da doença básica e a extensão da síndrome, para isso há a anamnese focalizada na presença de sintomatologia típica.

O enfermeiro pode atender tanto um indivíduo através da consulta de enfermagem quanto um grupo por meio de grupos promovendo a educação em saúde, para Lamarca (2015) é benéfico para o paciente, pois estimula uma participação ativa do paciente que determina um melhor acompanhamento e controle da doença e direciona

para a adesão ao tratamento. De um modo geral pode-se dizer que as intervenções de enfermagem podem contribuir na redução da descompensação clínica e consequentes reinternações.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo do tipo relato de experiência sendo utilizada a pesquisa quantitativa de natureza exploratória e descritiva, tendo como finalidade identificar a relação entre o conhecimento acerca da patologia e o nível de adesão ao tratamento de pacientes internados por Insuficiência Cardíaca descompensada.

Relato de experiência tem que acrescentar benefícios às práticas atuais ou de traçar possíveis novas direções na pesquisa de determinado tema, em que um ou poucos indivíduos possam ser representativos. Propõe formas inovadoras na abordagem de uma doença ou tratamento. Pode-se considerar um estudo inicial para elaboração de estudos maiores (PARENTE *et al*, 2015).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros (CERVO, BERVIAN e SILVA, 2007). Para Lamarca (2015) são inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

5.2 Local da Pesquisa

O referido estudo foi realizado na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

A Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) é uma instituição do Governo do Estado do Pará vinculada à Câmara Setorial de Políticas Sociais. Atualmente é referência estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia com excelência e humanismo. O Hospital de Clínicas tem como missão de garantir atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade e apoiar o ensino e pesquisa na área de saúde. Dispõe de 245 leitos operacionais, como apoio às clínicas, o ambulatório disponibiliza dezessete consultórios médicos em diversas especialidades,

além de atendimento em Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia Ginecológica. A instituição conta também com Serviços de Apoio de Diagnóstico e Terapia diversas (HOSPITAL, 2014).

5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram convidados a participar do estudo, pacientes admitidos no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada de ambos os sexos, a partir dos seguintes Critérios de Inclusão:

- a) Ter o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca no prontuário
- b) Ter idade igual ou superior a 18 anos
- c) Concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Foram considerados como Critérios de Exclusão:

- a) Não atender a quaisquer dos critérios de inclusão
- b) Ter sequelas neurológicas e cognitivas que prejudiquem o entendimento do instrumento

5.4 Produção de dados

Os participantes da pesquisa, após seleção prévia pelo prontuário e de acordo com os critérios de inclusão foram convidados e esclarecidos pela pesquisadora a participarem do estudo, mediante assinatura do TCLE o mesmo então passou a ser participante da pesquisa. Obteve-se em número 14 pacientes representantes da pesquisa do tipo relato de experiência.

A coleta foi realizada por meio de entrevista individual, na qual os pacientes responderam aos questionários. O período de coleta de dados ocorreu no período de 15 de abril à 15 de novembro de 2015, tempo esse disponível conforme cronograma previsto anteriormente.

Os instrumentos a serem utilizados foram preenchidos pela pesquisadora mediante a leitura prévia e respostas do entrevistado em uma sala existente na Clínica Cardiológica da FHCGV disponível para atividades em geral.

Para a Coleta de Dados foram utilizados um instrumento elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A) composto por três partes, descritas abaixo:

Parte I – **Identificação e Perfil Sócio-demográfico** no qual foram coletadas as seguintes informações: idade, sexo, raça, religião, escolaridade, situação de trabalho;

Parte II - **Perfil Clínico** consiste em informações obtidas a partir do prontuário relacionadas a diagnóstico, doenças associadas, medicamentos associados, dados de exames laboratoriais e afins;

Parte III - **Perfil de Saúde e Conhecimento** coletado através de um questionário com perguntas relacionadas aos antecedentes familiares, história de internação, comorbidades. Já para avaliar o conhecimento foi utilizado um formulário com questões elaboradas pela pesquisadora baseada na literatura acerca da patologia composta por dez questões com respostas: certo, errado, não sabe, sendo que a cada resposta considerada correta será atribuído um ponto.

Para avaliar o nível de adesão do paciente os mecanismos podem ser variados, como os questionários, opção vantajosa no que se refere ao baixo custo e a fácil aplicação em grandes grupos. Dos vários questionários que têm sido desenvolvidos e estudados, há a **Escala de Morisky** um dos mais estudados e utilizados em pesquisa para avaliação do comportamento da baixa adesão (BEN, 2011), questionário esse que fará parte do Instrumento 2 deste estudo. Esta escala é composta por quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de remédios. O paciente é classificado no grupo de alto grau de adesão quando as respostas são negativas. Quando três ou quatro respostas são afirmativas é classificado no grupo de baixa adesão. A partir das repostas dos pacientes é possível avaliar se há alta ou baixa adesão (BEN, 2011).

5.5 Análise de dados

Os dados coletados foram lançados no Microsoft Office Excel 2010 sendo gerados tabelas e relatórios. Em seguida, para a análise das grandezas específicas (variáveis), foi realizada a estatística descritiva das características quantitativas: média (M), desvio padrão (DP), e número de casos (N).

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho obedeceu à Resolução nº 466/12, a pesquisa foi iniciada somente após a avaliação e permissão do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do

Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de protocolo com parecer 1.007.662, que ocorreu no mês de abril de 2015.

A pesquisa não ofereceu riscos à integridade física do ser humano, uma vez que as informações foram coletadas do prontuário disponível na unidade de internação do paciente além do uso de questionário sistematizado, entretanto, há o risco de identificação da identidade dos pacientes. Quanto a esta questão, no entanto, a autora garante o sigilo, mantendo o anonimato dos pacientes, visto que os dados coletados foram apenas as variáveis já pré-definidas da pesquisa, portanto divulgado apenas os dados relacionados com a pesquisa propriamente dita.

Após seleção prévia pelo prontuário e de acordo com os critérios de inclusão foram convidados e esclarecidos pela pesquisadora a participarem do estudo. Somente participaram aqueles que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE D) em duas vias, sendo uma cópia arquivada e outra entregue ao sujeito de pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa foram utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa, respeitando a Resolução 466/12 III.3.”c”.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante meu primeiro ano na residência foi possível encontrar casos diversos de pacientes portadores de IC, muitos desconheciam a doença outros já desconheciam os cuidados além das medicações. No entanto, após o início da coleta de dados observou-se uma mudança no perfil dos pacientes atendidos na instituição. O índice de pacientes infartados ou ainda pacientes graves que não sejam do perfil da instituição, ou seja, sem acometimento a nível cardiológico, renal ou mental tem superlotado o serviço de urgência. Por essa razão pacientes acometido por IC descompensada em condições de serem estabilizados em 24h ou menos tempo não eram mais internados. Caso houvesse algum paciente com quadro clínico mais acometido este seria transferido para outra instituição. Portanto no momento das buscas nas clínicas era bem mais remoto encontrar algum paciente portador de IC.

7.1. Perfil socioeconômico

Na Tabela 1., pode-se observar os dados relativos à biologia dos participantes (o sexo, a idade e raça). Do total dos 14 pacientes, houve um predomínio do sexo masculino (78,57%). Maior frequência da população masculina também foi encontrada na literatura. Nos estudos de Mantovani *et al* (2015) foram encontrados 32 indivíduos com IC, sendo que 58% desse grupo eram homens. Assim como Lamarca (2015), no qual 62,1% eram homens. O mesmo também ocorreu nos estudos de Freitas e Püschel (2013), dos 42 participantes 57,1% eram do sexo masculino.

A prevalência do sexo masculino corresponde ao esperado uma vez que a população masculina está relacionada aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, classificada como fator não modificável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

No que se refere à idade, variou entre 33 a 71 anos, sendo que a maioria se encaixou na faixa de 30 a 60 anos (71,43%). Pode-se notar que a patologia acomete o grupo que se encontra na faixa produtiva. Apesar de a idade ser um dos fatores de risco não modificáveis, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), foi encontrado estudos como das autoras Freitas e Püschel (2013) no qual a maioria era na idade maior que 45 anos.

A maioria dos participantes se dividiram entre a raça branca (42,86%) e parda (42,86%), estudos mencionados em uma das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) observaram maior prevalência da raça branca para doenças cardiovasculares em particular adultos jovens para Síndrome metabólica, o índice da raça branca foi encontrado nos estudos de Reis *et al* (2015).

Tabela 1. – Dados relativos à biologia do indivíduo

Indicadores	Quantidade	%
Sexo		
Masculino	11	78,57
Feminino	3	21,43
Raça		
Branco	6	42,86
Pardo	6	42,86
Negro	2	14,28
Idade		
30 a 60 anos	10	71,43
Acima de 60 anos	4	28,57

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

Na tabela 2. consta dados quanto ao meio ambiente dos participantes. Os índices quanto à situação de trabalho se distribuíram entre: recebendo licença ou benefício e aposentados (57,14%), empregados com carteira assinada (21,43%), empregados sem carteira assinada (7,14%) e desempregados (14,29%). Baixa renda também foi encontrada nos estudos de Mantovani *et al* (2015) com uma média de até 3 salários mínimos bem como nos estudos de Aliti *et al* (2011).

A renda pode influenciar mais fortemente no acesso aos serviços do que a escolaridade (FERREIRA *et al*, 2014). Pode-se dizer, portanto que quanto menor a renda maior será a dificuldade em manter o tratamento. Nos estudos do mesmo observou-se que a renda influenciou o uso de medicamentos de forma mais importante do que a escolaridade.

Não apenas a resposta fechada ao questionário apontou a baixa renda como um problema na adesão ao tratamento. Durante a coleta de dados a maioria dos pacientes mencionou dificuldades em manter o tratamento de modo contínuo, justificando outros gastos considerados essenciais no seu sustento bem como de sua família.

Atribuir a renda ao tratamento cientes da existência de uma política a qual possui como diretriz o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (BRASIL, 2000). O que nos remete a questionar: será que as medicações prescritas estão disponíveis nas farmácias populares ou ainda unidades básicas de saúde?

A IC é uma doença que devido aos seus sintomas abruptos e acarreta na saída do indivíduo do mercado de trabalho precocemente, o mesmo foi encontrado nos estudos de Almeida *et al* (2013) no qual 51,4% eram de aposentados. Contudo ainda com a aposentadoria a maioria refere dificuldades financeiras como já foi mencionado anteriormente.

Quanto à escolaridade foi observado que a maioria dos participantes tem baixo nível de escolaridade sendo que mais da metade não chegou a concluir o ensino médio (71,42%), dado esse compatível com outras pesquisas como a de Fraiha e Assis (2012), na qual 59% tinham baixa escolaridade assim como Aliti *et al* (2011) em que a maioria tinha apenas em média 5 anos dos estudos concluídos.

A baixa escolaridade foi um fator que gerou dificuldade na entrevista do paciente, pela dificuldade em reconhecer o momento do processo saúde-doença, compreender a doença e o que a mesma acarreta bem como tratamento. E na

compreensão do questionário da pesquisa propriamente dito, que apesar da linguagem simples e objetiva, houve a necessidade de maiores esclarecimentos.

Lamarca (2015) afirma que fatores como a baixa escolaridade tem uma tendência negativa para o conhecimento e qualidade de vida do indivíduo portador de IC, pois interfere na leitura de receitas médicas, bulas e fracionamentos de medicamentos quando necessários.

O Brasil apresentou redução dos índices de analfabetismo, segundo o Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) em seus resultados mais recentes disponíveis apontam que em 2011 apenas 8,6% dos indivíduos acima dos 15 anos ainda eram considerados analfabetos.

Com relação ao estado civil, a maioria (57,13%) são casados, nessa categoria também foi considerada a união estável. Os outros 6 se dividem entre viúvo, divorciado e solteiro. Coincidindo com dados dos estudos de Ferreira *et al* (2015) e Araújo *et al* (2013).

A maioria dos pacientes estava com acompanhante durante a internação. Com relação ao vínculo, grande parte referia boa relação, o paciente identificou o acompanhante como seu cuidador, conhecedor da sua história bem como do tratamento. Por outro lado foi visto também algumas relações desestruturadas na qual o acompanhante se queixava do descaso do paciente com a doença e ainda pacientes que referiam o abandono e descaso da família.

Kamiya *et al* (2010) e Bergensen *et al* (2010) mencionam o impacto positivo da presença de suporte familiar no controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares de um modo geral, sejam eles tradicionais ou psicológicos, Gorayeb *et al* (2012) também destacam que é importante a relação familiar-cuidador no fornecimento de suporte a esses pacientes e valorizando a necessidade de uma abordagem educativa e de apoio a esses parceiros.

A relação adesão e família estão intimamente ligadas. Esse resultado foi encontrado na pesquisa de Barreto e Marcon (2014) na qual após a entrevista feita com grupo de pacientes identificou-se que independentemente do apoio ou não a família possui papel importante na terapêutica anti-hipertensiva por incentivar a adoção de práticas de autocuidado, como a realização de exercícios físicos e uso de alimentação apropriada, e por acompanhar seu itinerário terapêutico. Dessa forma considerada como agente facilitador da adesão ao tratamento.

Por essa razão é importante que a equipe possa identificar não só sintomas de agravo clínico, mas as condições sociais, dentre elas a família para que assim seja possível estabelecer estratégias de intervenção e inserir a família dentro de papel de cuidador, se sentir responsável pelas atividades do paciente relacionados a terapêutica do tratamento.

Sobre a religião, encontrou-se em maioria dos participantes como evangélico (71,43%) e apenas 21,43% católico, diferenciando-se dos achados de estudos como o de Freitas e Püschel (2013) que houve em maioria a religião católica. Independentemente de qual religião, pode-se notar que a maioria tem uma relação com a religião.

Quando se refere as doenças cardiovasculares assim como a adesão ao tratamento *versus* religiosidade percebe-se escassez na literatura e ao mesmo tempo os poucos estudos encontrados com informações que não são de comum achado como foi mencionado no artigo de Lucchetti *et al* (2011) a respeito da temática. Contudo diante da análise feita pelos mesmos concluíram que os pacientes cardiologistas podem se beneficiar de uma ligação com a espiritualidade/religião e ressaltam a importância do profissional de saúde para conhecer essas crenças e considerá-la como influente no tratamento da doença.

Por outro se deve ter cautela, uma vez que pacientes podem se apoderar da fé de tal forma a levar ao abandono da terapêutica colocada pelos profissionais de saúde. Durante as entrevistas observaram-se pacientes com o sentimento da esperança de melhora mesmo com a condição atual de internação e com as incertezas do futuro, mas sem deixar de confiar no tratamento colocado pela equipe.

Outro indicador avaliado neste estudo é a procedência, sendo que a maioria 8 (57,14%) eram da capital e Região Metropolitana. A relação entre procedência e insuficiência não foi encontrada na literatura e inclusive uma variável pouco abordada e analisada. Vale ressaltar que hospital onde foi realizada a pesquisa é referência em cardiologia no estado do Pará e região Norte, mas ainda assim foram encontrados apenas pacientes procedentes apenas do estado.

Tabela 2. – Dados relativos ao meio ambiente do indivíduo

Indicadores	Quantidade	%
Situação de trabalho		
Licença INSS/Aposentado	8	57,14
Emprego Formal	3	21,43
Emprego Informal	1	7,14
Desempregado	2	14,29

Continuação da Tabela 2. – Dados relativos ao meio ambiente do indivíduo

Indicadores	Quantidade	%
Escolaridade		
Ensino superior completo	2	14,29
Ensino médio completo	2	14,29
Ensino médio incompleto	1	7,14
Ensino fundamental completo	3	21,43
Ensino fundamental incompleto	6	42,85
Estado civil		
Casado/União Estável	8	57,13
Divorciado	2	14,29
Viúvo	2	14,29
Solteiro	2	14,29
Religião		
Católico	3	21,43
Evangélico	10	71,43
Nenhuma	1	7,14
Procedência		
Belém e Região metropolitana	8	57,14
Interior do estado	6	42,86

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

De um modo geral pode-se dizer que homens e mulheres se possuem algum fator de risco ou ainda outra doença a nível cardiovascular estão propensos a IC futuramente, e a partir desse diagnóstico pode haver para ambos os sexos dificuldades ou não em seguir o tratamento, pois se trata de um indivíduo que tem um papel a exercer na sociedade. O enfrentamento e seguimento com o tratamento vão variar conforme as características individuais e sociais do paciente.

Diante dos dados a nível socioeconômico têm-se várias variáveis a se considerar. Primeiramente a idade uma vez que considerada a média da idade encontrada entre 30 a 60 anos, faixa ainda considerada ativa, portanto deixar de desempenhar certas atividades em alguns pode contribuir negativamente na adaptação da doença.

Baixo grau de escolaridade e baixa renda familiar são características que podem contribuir tanto para o desenvolvimento da IC como para agravamento e reinternações frequentes, já que estão diretamente ligadas ao nível de conhecimento e consequentemente ao autocuidado e até mesmo manter a nível financeiro dos recursos necessário para o tratamento.

Apoio familiar não só notável pela resposta encontrada no questionário socioeconômico, mas também durante relatos e a presença do acompanhante durante a

internação é considerado positivo na recuperação e tratamento desse paciente. O mesmo pode-se dizer com relação à questão religiosa.

7.2 Perfil clínico

Para essa segunda etapa o prontuário do paciente foi utilizado, no entanto houve dificuldades na coleta. Dados incompletos, informações vagas quanto ao histórico do paciente, letras de difícil compreensão foram alguns dos obstáculos. O que foi possível esclarecer com o profissional ou ainda com o próprio paciente foi aproveitado. Porém, ainda assim, vale destacar a importância do preenchimento completo, correto e claro das informações do paciente não só devido a futuras pesquisas e consultas, mas também para benefício da própria equipe para melhores esclarecimentos e informações.

Na tabela 3., podem-se observar as doenças que acometem os participantes da pesquisa. A maioria apresenta hipertensão arterial sistêmica (64,29%), miocardiopatia (50%) e diabetes mellitus (21,43%). Em seguida menos frequentes: valvulopatias, arritmias cardíacas e insuficiência renal crônica. Com menos frequência, nessa população encontramos hepatopatia, hipotireoidismo e hipertensão pulmonar. Vale ressaltar que miocardiopatia encontrada no diagnóstico dos participantes não havia maiores informações como classificação.

Achados esses semelhantes a outros estudos tais como de Mantovani *et al* (2015) na qual os índices de hipertensão arterial e diabetes mellitus 62,5% e 37,5% da amostra, respectivamente. Assim como Almeida *et al* (2013) encontraram 75,7% de hipertensos e 32,4% diabéticos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças dentre essas a insuficiência cardíaca.

Tabela 3. - Rank e Percentual de Doenças Associadas dos Pacientes.

Doenças	Rank	Percentual
Hipertensão Arterial Sistêmica	9	64,29
Miocardiopatia	7	50,00
Diabetes Mellitus	3	21,43
Valvulopatia	2	14,29
Arritmia	2	14,29
IRC	2	14,29
Hepatopatia	1	7,14

Continuação da Tabela 3. – Rank e Percentual de Doenças Associadas dos Pacientes.

Doenças	Rank	Percentual
Hipotireoidismo	1	7,14
Hipertensão Pulmonar	1	7,14

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

Na tabela 4. constam medicações prescritas que os participantes faziam uso no domicílio antes da internação, sendo que os principais medicamentos eram: diuréticos (100%), betabloqueadores (85,71%) e digitálicos (78,57%). Poucos estudos abordam quanto às medicações que o paciente usa em domicílio sendo abordado apenas quanto ao uso ou não das medicações prescritas, sendo encontrado apenas o estudo de Freitas e Püschel (2013) que coincide com este trabalho sendo 100% de betabloqueadores e 78% diuréticos, os digitálicos por sua vez apenas 54,7% dos entrevistados.

As medicações prescritas aos pacientes nesse estudo são segundo a última diretriz sobre IC, as mais indicadas otimizando o tratamento e sobrevida do portador (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

No entanto foi observado que a maioria dos pacientes não sabia informar todas as medicações nem ao menos dosagem, apresentando à pesquisadora a prescrição médica quando questionados sobre os medicamentos, ou ainda quando presente, o familiar que o acompanhava fornecia informações a respeito. O mesmo foi identificado no estudo de Freitas e Püschel (2013) que apesar terem identificado o tratamento farmacológico para o controle da doença, a maioria desconhece o nome, dose e frequência dos medicamentos.

Quanto ao uso correto, todos afirmaram que quando disponível eram ingeridas conforme orientação. Alguns pacientes referiram dificuldades financeiras para manter todas as medicações de forma contínua. Ferreira *et al* (2014) em seu estudo observou que quanto menor a renda, maior a frequência de indivíduos que não faziam uso de medicamentos de uso contínuo.

Tabela 4. - Rank e Percentual de Medições em uso em Domicílio dos Pacientes.

Medicações	Rank	Percentual
Diurético	14	100,00
Beta Bloqueador	12	85,71
Digitálico	11	78,57
Hipotensor	6	42,86
Antiagregante Plaquetário	6	42,86
IECA	4	28,57

Continuação da Tabela 4. - Rank e Percentual de Medições em uso em Domicílio dos Pacientes.

Doenças	Rank	Percentual
Antilipêmico	2	14,29
Medicamentos para Diabetes	1	7,14
Outros	1	7,14

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

Os dados ecocardiográficos foram obtidos e expostos na tabela 5., a média encontrada foi de 28%, coincidindo com os estudos de Aliti *et al* (2011) no qual a média encontrada foi de 28,6%.

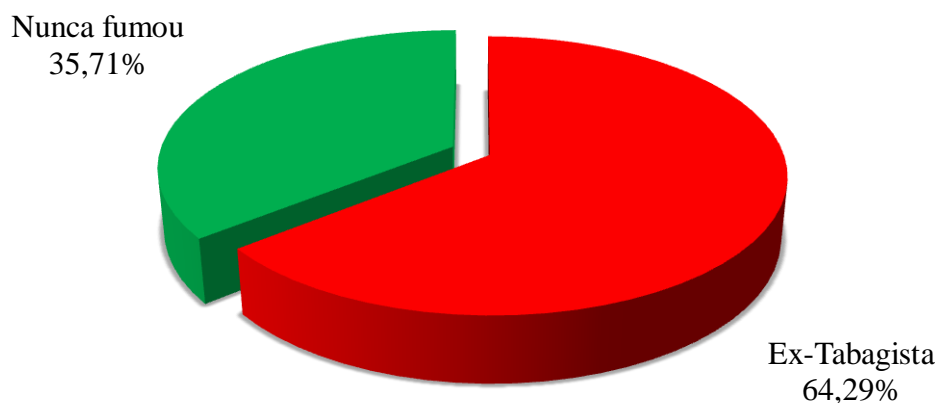
Segundo os estudos observados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) casos como a IC com fração de ejeção reduzida foi mais comum em homens e associada com edema, doença coronariana, insuficiência renal crônica, uso de álcool, cigarro e hospitalizações.

Tabela 5. - Estatística do Ecocardiograma dos Pacientes

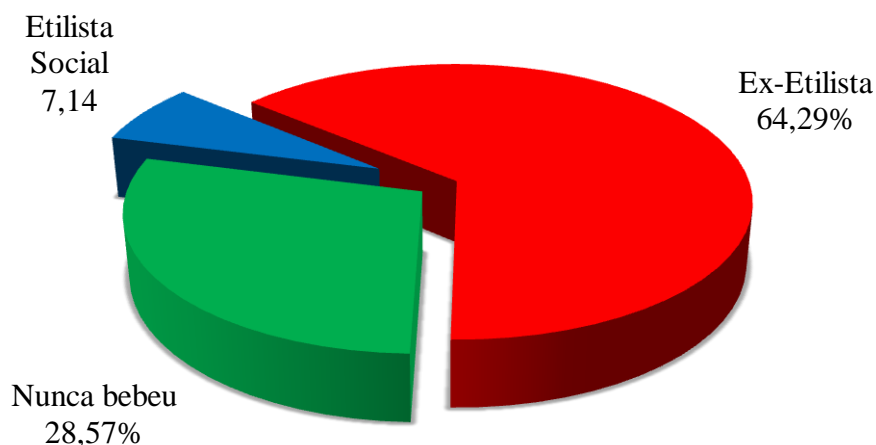
Estatística	Ecocardiograma (percentual)
Média	28,71
Desvio Padrão	11,55
Mínimo	7,00
Máximo	55,00

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

Nos gráfico 1 e 2, constam sobre os hábitos de vida dos pacientes, a maioria deixou de fumar (64,29%) e ingerir álcool (64,29%), ambos considerados aspectos positivos no tratamento por fazerem parte da categoria Mudança de Estilo de Vida. Almeida *et al* (2013) também encontraram valores positivos para ex-etilistas e ex-tabagistas sendo de 46% e 48,7% respectivamente, entretanto os índices de tabagistas e etilistas foram considerados relevantes, nos valores de 21,6% e 13,5%, e requerem atenção e encorajamento ao abandono.

Gráfico 1 - Hábitos de vida do Paciente quanto ao Tabagismo

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

Gráfico 2 - Hábitos de vida do Paciente quanto ao Etilismo.

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

Cerca de 50% das mortes evitáveis entre indivíduos fumantes poderiam ser evitadas se esse vício fosse abolido, sendo a maioria por doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). É essencial prevenir o tabagismo para tanto a presença de uma equipe multidisciplinar e intersetorial de forma contínua e simultânea.

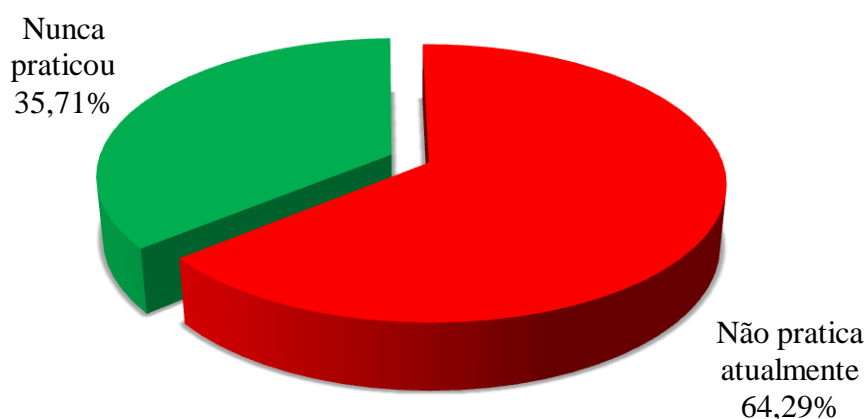
Da mesma forma é válido para o consumo de álcool, Sahade e Montera (2009) afirmam que em grandes quantidades o álcool tem efeitos maléficos no sistema cardiovascular, pois ele reduz a contratilidade do miocárdio e causa arritmias. Por essa razão seu uso deve ser desencorajado pela equipe.

A maioria dos pacientes referiu já praticar atividade física (Gráfico 3), mas que atualmente não o fazem mais (64,29%), assim como nos estudos de Almeida *et al* (2013) que 89,2% não realizavam atividade física atualmente.

Em geral durante a internação nesta instituição a equipe multiprofissional adverte qualquer tipo de esforço físico dos pacientes com IC, devido à instabilidade do quadro clínico. No momento da alta essas informações são dadas apenas pelo médico e ainda assim de modo generalizado, sem se focar as condições daquele indivíduo. Ou seja, falta um direcionamento da equipe nas orientações para o pós-internação por descompensação da IC conforme a realidade do paciente.

Os estudos mais recentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) apontam os benefícios de uma reabilitação ou atividade física programada na melhora a qualidade de vida, capacidade para exercício, contudo os resultados para sobrevida e hospitalizações são conflitantes.

Gráfico 3 - Hábitos de vida do Paciente quanto à Atividade Física.



FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

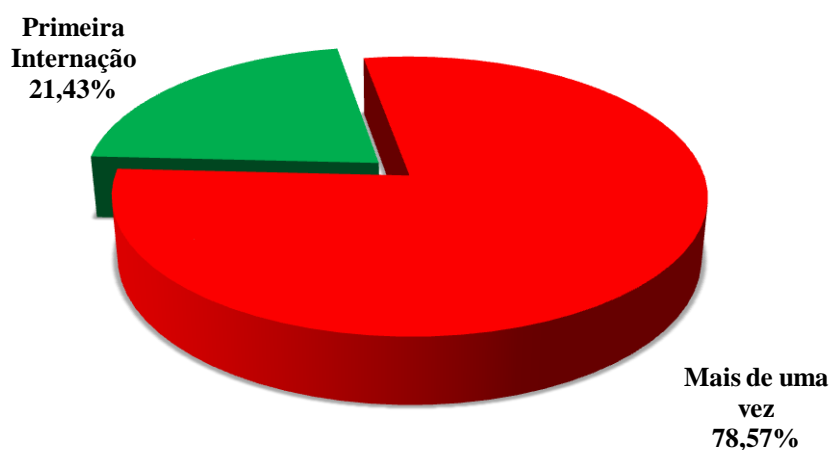
O Gráfico 4 se refere ao histórico de internação dos pacientes participantes, sendo que a maioria (78,57%) já foi internada mais de uma vez, importante mencionar

que todos os pesquisados já realizavam tratamento prévio para tal problema. Dado esse que coincide com o achado na literatura. Nos estudos mais recentes como de Mantovani *et al* (2015) 67% dos pacientes estudados afirmam ter sido internados outras vezes devido à insuficiência cardíaca descompensada.

Aliti *et al* (2011) identificaram que a maioria dos pacientes, 69,0% esteve internada por IC descompensada no último ano, destes, 32,0% internaram pelo menos três vezes e 13,5% internaram mais do que cinco vezes. Sendo que 86,1% realizaram ou realizam tratamento para tal problema.

A adesão ao tratamento tanto farmacológico quanto não farmacológico para IC são essenciais para evitar as crises e consequentes internações e reinternações. Nos prontuários dos pacientes constam a descompensação por IC, mas sem maiores informações quanto a adesão medicamentosa e mudança de hábitos quanto a dieta e ingestão hídrica, o que inviabiliza em parte o atendimento pela equipe e traz questionamentos quanto a necessidade de enfatizar a educação em saúde. É essencial o preenchimento de informações como essa no prontuário, para que assim a equipe atenda conforme a necessidade do paciente e reforce informações a respeito da importância da adesão e mudança de hábitos. O mesmo foi observado por Reis *et al* (2015) em seu estudo sobre as readmissões por IC.

Gráfico 4 - Percentual dos Pacientes, por Histórico de Internação



FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

7.3 Autoconhecimento versus Adesão ao Tratamento

Após analisados o questionário de autoconhecimento sobre IC e avaliado o score de adesão através da Escala de Morisky, houve a separação de dois grupos: aderentes e não aderentes, e assim analisado nível de conhecimento de ambos separadamente, como pode ser visto na tabela 6.

A média de acertos e erros sobre o conhecimento da doença para os pacientes de não aderência com média maior de acertos de cinco questões, já os pacientes de aderência três questões, sendo que as outras duas questões tiveram a margem de acertos iguais.

Em apenas três questões, o percentual das respostas verdadeiras foi inferior a 50%, [A IC não tem cura], [A IC é a fase final da maioria das doenças relacionadas ao coração] e [São permitidas atividades físicas conforme a necessidade individual do portador e mediante avaliação médica].

Pode-se verificar que somente uma questão sobre autoconhecimento da doença - [A dieta pode ser um fator de piora da doença] - apresentou associação significativa com a adesão ao tratamento.

Tabela 6 - Quantidade e Percentual de Pacientes, por Autoconhecimento sobre a Doença e Avaliação da Adesão.

Autoconhecimento	Avaliação da Adesão				P-valor
	Aderência (n=7)		Não Aderência (n=7)		
	n	%	N	%	
A IC é a dificuldade do coração em ejetar sangue para os tecidos	6	85,7	6	85,7	1,000
A IC não tem cura	1	14,2	3	42,8	0,559
A IC é a fase final da maioria das doenças relacionadas ao coração	0	0,00	2	28,5	0,462
Sintomas como cansaço aos esforços e dificuldades para respirar estão relacionadas à doença	4	57,1	4	57,1	1,000
A dieta pode ser um fator de piora da doença	3	42,8	7	100,0	0,007
A ingesta de sal e hídrica em excesso podem agravar os sintomas e piora da condição clínica	6	85,7	5	71,4	1,000
Para tratamento da IC basta apenas tomar as medicações recomendadas pelo médico	4	57,1	5	71,4	1,000
São permitidas atividades físicas conforme a necessidade individual do portador e mediante avaliação médica	3	42,8	2	28,5	1,000
A IC não prejudica apenas o coração	6	85,7	5	71,4	1,000
O tratamento é para a vida toda	4	57,1	7	100,0	0,192

FONTE: Protocolo de pesquisa, dezembro/2015.

Inicialmente a abordagem aos grupos houve certa dificuldade, pois nenhum dos pacientes conhece o nome da patologia, então ao questioná-lo sobre ser portador de Insuficiência Cardíaca eles negavam. Mas referiam outros nomes tais como: “coração grande” ou “coração fraco”, ou ainda “problema sério do coração”. Vale informar que todos já tinham esse histórico há meses até anos.

Nos estudos de Freitas e Püschel (2013) vinte e quatro pacientes (57,2%) não souberam referir o nome do problema de saúde que levou à IC ou ao diagnóstico de IC, enquanto 18 (42,8%) pacientes souberam referi-lo. O que leva a pensar que a forma como os profissionais estão orientando os pacientes não estejam alcançando a compreensão dos mesmos.

Outro ponto observado foi o fato de que os pacientes que conhecem um pouco mais da doença são aqueles que segundo a Escala de Morisky têm menor adesão ao tratamento, no entanto fatores como a condição socioeconômica foram mencionados durante a aplicação do questionário.

Por outro lado aqueles que aderiam ao tratamento pouco conhecem a doença, principalmente com relação à restrição hídrica, pois no geral os mesmos só atribuem o sal como maléfico ao coração.

As reinternações como grande maioria bem como baixa adesão do paciente em contraste com satisfatório nível de conhecimento sobre a doença, observadas na Figura 2 e na Tabela 6, nos leva a deduzir que há um importante déficit no autocuidado desses pacientes.

Ferreira *et al* (2015) define autocuidado como “processo de tomada de decisão naturalista, envolvendo a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado)”.

Para garantir o autocuidado na IC é preciso a adoção de medidas saudáveis com relação à dieta, especialmente restrição de sal e líquidos, abandono do tabagismo e do etilismo, prática de exercício físico regular e controle do estresse. Contudo foi observado nos estudos de Riegel *et al* (2011) que vários aspectos clínicos, físicos, psicológicos, situacionais e sociais podem afetar o manejo do autocuidado, exigindo do indivíduo alterações no seu comportamento para lidar com a doença e o tratamento.

Portanto para reduzir internações e agravos é necessária uma terapêutica que possa abranger o conhecimento da doença e dos medicamentos, assim como o

tratamento não farmacológico. Para tal deve-se definir e estabelecer estratégias de acordo com as peculiaridades de cada paciente, nesse contexto se incorpora o enfermeiro.

Segundo o estudo de Ferreira *et al* (2015) o enfermeiro pode ter subsídios para um para um entendimento melhor da complexidade dos indivíduos com IC descompensada e permitir que ações de incentivo à educação para o autocuidado sejam desenvolvidas.

8 CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades quanto a captação de participantes, com esse estudo foi possível identificar o perfil dos pacientes portadores de IC que dão entrada na instituição pesquisada referência em cardiologia. Observou-se que os dados encontrados nesse estudo coincidem em grande parte com o cenário nacional de acordo com o que foi exposto da literatura, ou seja, as reinternações por descompensação da IC é um motivo de preocupação e conseqüentemente um problema de saúde pública.

Um dos achados preocupantes foi parte dos pacientes não conhecerem de fato a IC, o conceito, o que ela afeta, como surge, as impressões que os mesmos possuem são um tanto vagas com nomenclatura sinônima, mas que não se estende além disso. O pouco que eles conhecem é apenas associado a outras doenças de base cardiovascular como a hipertensão por exemplo.

Por outro lado, a falta de adesão seja ao tratamento farmacológico ou não, diferente do que se esperava não está associada apenas a falta de conhecimento sobre o quadro clínico, mas ao déficit de autocuidado por parte desses pacientes, bem como a outros problemas como, por exemplo, a nível socioeconômico, como grande parte ressaltou claramente durante a pesquisa.

Outro fator observado é que muitos desses demonstraram só procurar atendimento após certo tempo de sintomas o que pode acarretar em agravos e outras complicações, e não associam sintomas clássicos de descompensação do IC ao que eles apresentam. Ao mesmo tempo indica uma falha na base dos cuidados em saúde, ou seja, na atenção primária, na qual se veicula a promoção e prevenção de doenças.

Deve-se identificar a diferença entre o conhecer e o apenas reproduzir orientações de terceiros, é preciso conscientizar o usuário, não apenas ditar o que se pode fazer e o que não se pode fazer. É necessário que o paciente saiba o que é, porque

ocorre, o que fazer e porque fazer, assim como orientar quando algo está diferente do normal e o momento que se deve buscar atendimento. Vale ressaltar que essa orientação deve partir não só do profissional de enfermagem, mas de outras categorias.

Diante do que foi identificado nesse estudo, pode-se concluir que para assistência mais completa no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna é preciso que a equipe multiprofissional reconheça e identifique as dificuldades na manutenção do tratamento por IC que acarretam nessas internações recorrentes.

Necessita-se da união e articulação de todos os integrantes da equipe na elaboração de mecanismos que possam subsidiar programas na promoção e prevenção de IC, não só aos portadores, mas aqueles que possuem fatores de risco, minimizando riscos e outros agravos, além de incorporar à população o autocuidado e qualidade de vida. Também é importante que os profissionais reconheçam a rede de saúde e direcionem o paciente ao acompanhamento contínuo a outros níveis da atenção.

REFERÊNCIAS

ALITI, G. B.; LINHARES, J. C. C.; LINCH, G. F. C.; RUSCHEL, K. B.; RABELO, E. R. **Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):590-5.

ALMEIDA, G. A. S.; TEIXEIRA, J. B. A.; BARICHELLO, E.; BARBOSA, M. H. **Perfil de Saúde de pacientes acometidos por Insuficiência Cardíaca.** Esc Anna Nery (impr.)2013 abr - jun; 17 (2):328 – 335.

ARAÚJO, A. A.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®.** Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):385-92.

ARAÚJO, M. M.; LIMA, F. E. T.; NEVES, F. M. O.; OLIVEIRA, S. K. P.; HOLANDA, V. G.; ASSIS, M. J. M. **Insuficiência Cardíaca: características sociodemográficas e clínicas de pacientes.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(9):5383-7, set., 2013.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa com texto, imagem e som.** 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. **Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 38-46.

BEN, A. J. **Confiabilidade e análise de desempenho de dois questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire.** Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre - RS, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31878/000785664.pdf?sequence=1>
Acessado em: 10/09/2014.

BERGERSEN, H.; FROSLIE, K. F.; STIBRANT SUNNERHAGEN, K.; SCHANKE, A. K. **Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years poststroke.** J Stroke Cerebrovasc Dis. 2010;19(5):364-9.

BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. **A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso.** Rev Gaúcha Enferm. 2005;26(2):180-8.

BOCCHI, E. A.; MARCONDES, F. B. G.; BACAL, F.; FERRAZ, A. S.; ALBUQUERQUE, D.; RODRIGUES D.; *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012.** Arq Bras Cardiol 2012; 98(1 supl. 1): 1-33.

BRASIL. **DataSUS.** Disponível em: <<http://www.datasus.org.br>> Acesso em 9 de maio de 2014.

_____. **Política nacional de medicamentos.** Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARRARO, E. T.; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia: AB; 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica.** 6ª Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2007.

COONEY, D.; PASCUZZI, K. **Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension.** Clin Geriatr Med. 2009;25(20):221-33.

FONTELLES, M. J. **Bioestatística Aplicada à Pesquisa Experimental: volume 1.** Editora livraria da física, 2012.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. **Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):815-826, abr, 2014.

FERREIRA, V. M. P.; SILVA, L. N.; FURUYA, R. K.; SCHMIDT, A.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S. **Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada.** Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(3):388-394.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos.** Rev Latino-Am Enfermagem 2005;13(2):262-8.

FRAIAH, J. K. O.; ASSIS, A. V. **Insuficiência Cardíaca Aguda: Epidemiologia e Marcadores Clínicos em uma população local (ICA-EMC).** Arq. Catarin. Med. 2012; 41(4): 63-70.

FREITAS, M. T. S.; PÜSCHEL, V. A. A. **Insuficiência Cardíaca: expressão do conhecimento das pessoas sobre a doença.** Rev. esc. enferm. USP vol.47 no.4 São Paulo Aug. 2013.

GAUI E. N., KLEIN C. H., OLIVEIRA, G. **Mortalidade por insuficiência cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil.** Arq Bras Cardiol. 2010;94(1):55-61.

GO, A. S.; MOZAFFARIAN, D.; ROGER, V. L.; BENJAMIN, E. J.; BERRY, J. D.; BORDEN, W. B.; *et al.* **Heart disease and stroke statistics - 2013 update: a report from the American Heart Association.** Circulation. 2013;127(1):e6-e245.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais.** 6ª Ed. São Paulo: Record, 2002.

GORAYEB, R.; FACCHINI, G. B.; SCHMIDT, A. **Caracterização Psicossocial de Pacientes Internados em Enfermaria de Cardiologia.** Rev Bras Cardiol. 2012;25(3):218-225 maio/junho.

HOSPITAL. Disponível em: <<http://www.gasparvianna.pa.gov.br/?q=content/hospital>> Acesso em 13 de maio de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Taxa de analfabetismo, por grupo de idade (1992 – 2011).** Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/> Acessado em: 26/12/2015.

JEON, Y.; KRAUS, S. G.; JOWSEY, T.; GLASGOW, N. J. **The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualities studies.** BMC Health Serv Res. 2010;10:77.

KAMIYA, Y.; WHELAN, B.; TIMONEN, V.; KENNY, R. A. **The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors.** BMC Geriatr. 2010;10:81.

KAYANIYIL, S.; ARDERN, C. I.; WINSTANLEY, J.; PARSONS, C.; BRISTER, S. *et al.* **Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients.** Patient Educ Couns. 2009;75(1):99-107.

LAMARCA, F. R. R. S. **Convivendo com a Insuficiência cardíaca: uma análise do conhecimento como fator relevante para a qualidade de vida.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 86f, 2015.

LESSA I. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil.** Rev. bras. hipertens. 2001 out./dez; 8(4): 383-92.

LIBBY, P.; BONOW, R. O.; MANN, D. L.; ZIPES, D. P.; BRAUNWALD E., editores **Braunwald's: Tratado de Medicina Cardiovascular**, 1ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

LIPPINCOTT; WILLIAMS & WILKINS. **Cuidados Cardiovasculares em Enfermagem.** 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 8.

MACLAUGHLIN, E. J.; RAEHL, C. L.; TREADWAY, A. K.; STERLING, T. L.; ZOLLER, D. P.; BOND, C. A. **Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice?** Drugs Aging. 2005;22(3):231-55.

MANTOVANI, V. M.; RUSCHEL, K. B.; SOUZA, E. N.; MUSSI, C.; RABELO-SILVA, E. R. **Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros.** Acta Paul Enferm. 2015; 28(1):41-7.

MARQUES, J. B.; APRÍGIO, D. P.; MELLO, H. L. S.; SILVA, J. D.; PINTO, L. N.; MACHADO, D. C. D.; BASTOS, V. H. V. **Contribuições da Equipe Multiprofissional de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF): Uma Atualização da Literatura.** Revista Baiana de Saúde Pública. jul./dez. 2007;31(2):246-55.

MORETTO, S. A. **Análise da correlação existente entre Senso de Coerência e Adesão ao Tratamento em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica.** Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 130 p., 2013.

NEW YORK HEART ASSOCIATION. **New York Heart Association (NYHA) Classification.** New York (NY): NYHA; 1995. (citado em: setembro 2014). Disponível em: <http://www.hcoa.org/hcoacme/chfcme/chf00070.htm>

NOGUEIRA, P. R.; RASSI, S. **Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário.** Arq Bras Cardiol. 2006;95(3):392-8.

OLIVEIRA, S. K. P., LIMA, F. E. T., PESSOA, V. L. M. P., CAETANO, J. A., MENESES L. S. T., MENDONÇA L. B. A. **Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca**. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 22(1):23-30, jan./abr., 2013.

PARENTE, R. C. M.; OLIVEIRA, M. A. P.; CELESTE, R. K. **Erros metodológicos mais comuns encontrados em artigos dos tipos relatos e série de casos**. FEMINA, 2009 37(6):293-6.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

REIS, M. B.; DIAS, M. G.; BIBANCO, M. S.; LOPES, C. T.; GEA, G. N. **Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca em um hospital de ensino**. Medicina (Ribeirão Preto) 2015;48(2): 138-42.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(1):126-136, jan, 2014.

RIEGEL, B.; LEE, C. S.; DICKSON, V. V. **Self-care with chronic heart failure**. Nat Rev Cardiol. 2011;8(11):644-54.

ROCHA, L. A. **Cuidado Clínico de Enfermagem a Pessoas com Insuficiência Cardíaca: relação entre diagnósticos NANDA, modos adaptativos de Roy e intervenções da NIC**. Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza- CE, 2008. Disponível em: www.uece.br/cmaccclis/index.php/.../doc.../247-lucianaalvesdarochapdf Acessado em 09/09/2014

SACCOMANN, I. C. R. S.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M. C. B. J. **Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca**. Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.1 São Paulo fev. 2014.

SAHADE, V.; MONTERA, V. S. P. **Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca**. Rev. nutr. 2009 maio/jun; 22(3): 399-408.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. **Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família**. Cad Saúde Pública. 2010;26(12):2389-98

SCHMITT JÚNIOR, A. A.; LINDNER, S.; SANTA HELENA E. T. **Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária.** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.59 no.6 São Paulo Nov./Dez. 2013

SERRANO JR, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP.** 2ª edição. Barueri, SP: Manole, 2009.

SILVA, A. F.; CAVALCANTI, A. C. D.; MALTA, M.; ARRUDA, C. S.; GANDIN, T.; FÉ, A.; RABELO-SILVA, E. R. **Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2015;23(5):888-94.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.** Arq Bras Cardiol. 2013; 101(6Supl.2): 1-63.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G. V. A.; MENGUE, S. S. **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos.** Rev. Saúde Pública vol.47 no.6 São Paulo Dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics.** Genebra; 2008.

WOODS, S. **Enfermagem em Cardiologia.** 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

APÊNDICE A

Instrumento de Coleta de Dados

Conhecimento e Adesão ao Tratamento de Insuficiência Cardíaca: uma análise de pacientes internados em um hospital de referência cardiológica

PARTE I

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Procedência: _____

Dados sócio demográficos

Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Pardo (4) Amarelo

Estado civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado (4) Viúvo

Religião: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Outra, qual? _____

(5) Sem religião

Caso tenha religião, é praticante: (1) Sim (2) Não

Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo

(4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo

(6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo

Profissão: _____

Trabalha: (1) Emprego formal (2) Emprego informal (3) Desempregado (4) Aposentado

(5) Licença INSS

PARTE II

PERFIL CLÍNICO

Doenças associadas: (1) HAS (2) DM (3) Dislipidemia (4) IRC (5) Doença de Chagas

(6) Valvulopatia (7) Obesidade (8) Anemia (9) Desnutrição

(10) Doença vascular periférica (11) Neoplasia (12) DPOC

(13) Síndrome Coronariana Aguda (14) Outras _____

Medicações em uso: (1) Diurético (2) Digitálico (3) Vasodilatador (4) Betabloqueadores

(5) Antiarrítmicos (6) Anticoagulantes (7) IECA (8) Espironolactona

Ecocardiograma

(1) Fração de ejeção: _____

Exames laboratoriais: Hemácia _____ Hemoglobina _____ Na _____ K _____

Creatinina _____ Ureia _____ Glicemia de jejum _____

PARTE III
PERFIL DE SAÚDE

Antecedentes Familiares: _____

Estilo de vida

- Tabagismo: (1) Sim, quanto tempo? _____ (2) Não (3) Nunca fumou

(4) Ex-tabagista, parou desde _____

- Etilismo: (1) Sim, desde _____ (2) Não (3) Nunca bebeu

(4) Já bebeu, mas parou desde _____

- Prática de esporte/atividades física: (1) Sim, tipo e frequência _____

(2) Não (3) Já praticou e parou desde _____ Motivo _____

- Internação? (1) Quantas vezes? Quando foi a última vez? _____

(2) Não

- Cirurgia? (1) Sim, se sim, qual? _____ (2) Não

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ADESÃO**ESCALA DE MORISKY-GREEN**

Perguntas	SIM	NÃO
Você as vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?		
Você as vezes se descuida de tomar seu medicamento?		
Quando está se sentindo melhor, você as vezes para de tomar seu medicamento?		
Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de toma-la?		

AUTOCONHECIMENTO ACERCA DA DOENÇA

Perguntas sobre o conhecimento da doença	CERTO	ERRADO	NÃO SEI
A IC é a dificuldade do coração em ejetar sangue para os tecidos			
A IC não tem cura			
A IC é a fase final da maioria das doenças relacionadas ao coração			
Sintomas como cansaço aos esforços e dificuldades para respirar estão relacionadas à doença			
A dieta pode ser um fator de piora da doença			
A ingesta de sal e hídrica em excesso podem agravar os sintomas e piora da condição clínica			
Para tratamento da IC basta apenas tomar as medicações recomendadas pelo médico			
São permitidas atividades físicas conforme a necessidade individual do portador e mediante avaliação médica			
A IC não prejudica apenas o coração			
O tratamento é para a vida toda			

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Programa de Pós-Graduação sob moldes de Residência da Universidade do Estado do Pará, intitulada “Conhecimento e Adesão ao Tratamento de Insuficiência Cardíaca: uma análise de pacientes internados em um hospital de referência cardiológica” que tem como objetivo principal caracterizar pessoas com Insuficiência Cardíaca a partir do perfil sócio demográfico de saúde e tratamento, e então analisar o conhecimento dessas pessoas com Insuficiência Cardíaca sobre a doença e tudo que a abrange além de descrever sobre a adesão dos mesmos ao tratamento da patologia. O tema escolhido se justifica pela importância de discutir sobre o perfil desse paciente e analisar sobre sua adesão quanto ao tratamento, uma vez que o tratamento em si é fundamental para que o estabelecimento de segurança e estabilidade clínica.

O trabalho está sendo realizado pela enfermeira residente Janaína Silva da Costa e sob a supervisão e orientação da enfermeira mestre Andrezza Ozela de Vilhena.

Para alcançar os objetivos do estudo será entregue um questionário com perguntas pré estabelecidas para preenchimento. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa, respeitando a Resolução 466/12, em conformidade com a Resolução CNS 196/66.

Eu _____,
recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Janaína Silva da Costa, telefone: 8138-2162, email: janahhsilva@hotmail.com e endereço: Vila Militar Duque de Caxias, número 87, Bairro Souza – Belém Pará.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Saul Rassy Carneiro, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna pelo telefone 4005-2676, endereço Tv. Alferes Costa s/n, 1º andar.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Assinatura do Entrevistado

Nome

Assinatura da pesquisadora

Janaína Silva da Costa

Data: ____/____/____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DE
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
UMA ANÁLISE DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
CARDIOLÓGICA

Pesquisador: JANAÍNA SILVA DA COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41797415.8.0000.0016

Instituição Proponente: Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.007.662

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado à banca de qualificação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Universidade do Estado do Pará, sob a orientação da Enfa Msc. Andrezza Ozela de Vilhena. O projeto versa sobre estudo clínico, na área de Ciências à Saúde, está bem elaborado, apresenta os itens padrões e necessários para análise ética da pesquisa. Tem financiamento próprio, o orçamento e cronograma estão compatíveis com a proposta. As referências são atualizadas e pertinentes ao projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal: Identificar a relação entre o conhecimento sobre a Insuficiência Cardíaca e a adesão ao tratamento.

Objetivo Secundário: Identificar as características sócio demográficas dos pacientes estudados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Portaria 466/2013 no seu artigo V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS diz que: "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n		CEP: 66.087-660
Bairro: Bairro Pedreira		
UF: PA	Município: BELEM	
Telefone: (91)3276-1770	Fax: (91)3276-1770	E-mail: comiteticafhegv@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.007.662

riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico".

O pesquisador, na descrição dos riscos e benefícios diz que "...a pesquisa não oferecerá riscos à integridade física do ser humano, uma vez que as informações serão coletadas do prontuário disponível na unidade de internação do paciente além do uso de questionário sistematizado, entretanto, há o risco de contemplação da identidade dos pacientes. Quanto a esta questão, no entanto, a autora garante o sigilo, mantendo o anonimato dos pacientes, sendo divulgados apenas os dados relacionados com a pesquisa.

No que se refere aos benefícios, o intuito é contribuir para a discussão no sentido de buscar estratégias para a prevenção das complicações clínicas e prováveis reinternações.

Acredito que os resultados contribuirão para divulgação do conhecimento produzido sobre a referida temática, e assim, será possível a equipe de saúde visualizar e conhecer qual é o motivo da descompensação clínica desse paciente e, então, sugerir medidas preventivas no combate a mesma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quantitativo de natureza exploratória e descritiva, tendo como finalidade identificar a relação entre o conhecimento acerca da patologia e o nível de adesão ao tratamento de 25 pacientes internados por Insuficiência Cardíaca descompensada na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, no período de janeiro a dezembro de 2013.

Os procedimentos que afetam os participantes são: entrevista e coleta de dados em prontuários. Os participantes são pacientes admitidos no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada de ambos os sexos, tendo como critério de inclusão: ter o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca no prontuário, ter idade igual ou superior a 18 anos, concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A proposta contribui ao avanço do conhecimento científico, os objetivos estão bem definidos e delineados metodologicamente

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n	
Bairro: Bairro Pedreira	CEP: 66.087-660
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)3276-1770	Fax: (91)3276-1770
	E-mail: comiteticafhegv@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.007.662

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: encontra-se devidamente assinada, carimbada e anexada ao projeto;

Autorização da Instituição para realização da Pesquisa: encontra-se anexada ao projeto devidamente assinada e carimbada pela Gerência de Ensino e Pesquisa;

Termo de Compromisso para entrega de relatório semestral e final: anexado ao projeto, devidamente assinado e carimbado pelo pesquisador;

Currículo Lattes: a equipe possui currículo lattes ativos e atualizados e possuem competência para desenvolver a pesquisa e encontram-se anexados ao projeto;

TCLE: A Portaria 466/2013 no seu artigo IV.3 O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: item b) "explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa"

O projeto foi pendenciado devido a descrição de obtenção de consentimento não ter sido clara para os participantes no que se refere aos riscos e benefício da pesquisa.

O TCLE foi ajustado de acordo com as recomendações, de forma que foram atendidos as referidas recomendações.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez atendidas as recomendações propostas, analiso como APROVADO o presente projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n		
Bairro: Bairro Pedreira		CEP: 66.087-680
UF: PA	Município: BELEM	
Telefone: (91)3276-1770	Fax: (91)3276-1770	E-mail: comiteticafhegv@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.007.662

BELEM, 01 de Abril de 2015

Assinado por:
SAUL RASSY CARNEIRO
(Coordenador)