

IZABEL CRISTINA RIBEIRO DA SILVA SACCOMANN

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO E NA
QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA**

**CAMPINAS
2012**



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO E NA
QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA

IZABEL CRISTINA RIBEIRO DA SILVA
SACCOMANN

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, sob orientação da **Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra** e co-orientação da **Profa. Dra. Maria Cecília Bueno Jayme Gallani**.

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Sa14e Saccomann, Izabel Cristina Ribeiro da Silva, 1961 -
Educação em saúde na adesão ao tratamento e na
qualidade de vida em portadores de insuficiência
cardíaca / Izabel Cristina Ribeiro da Silva Saccomann. --
Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Fernanda Aparecida Cintra.
Coorientador : Maria Cecília Bueno Jayme Gallani
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Insuficiência cardíaca. 2. Gerenciamento clínico.
3. Cooperação do paciente. 4. Qualidade de vida. 5.
Enfermagem. I. Cintra, Fernanda Aparecida. II.
Gallani, Maria Cecília Bueno Jayme. III. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: .Health education in adherence to treatment and in quality of life for patients with heart failure.

Palavras-chave em inglês:

Heart failure

Disease management

Patient compliance

Quality of life

Nursing

Titulação: Doutor em Enfermagem

Banca examinadora:

Fernanda Aparecida Cintra [Orientador]

Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Eugênia Velludo Veiga

Roberta Cunha Matheus Rodrigues

Edinéis de Brito Guirardello

Data da defesa: 06-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

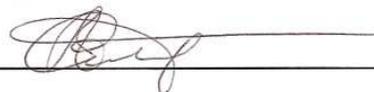
**COMISSÃO EXAMINADORA DA TESE DE
DOUTORADO**

IZABEL CRISTINA RIBEIRO DA SILVA SACCOMANN (RA: 018169)

Orientador (a) PROFA. DRA. FERNANDA APARECIDA CINTRA

Membros:

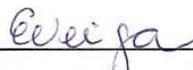
1. PROFA. DRA. FERNANDA APARECIDA CINTRA



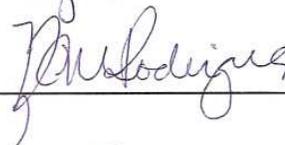
2. PROFA. DRA. ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS



3. PROFA. DRA. EUGÊNIA VELLUDO VEIGA



4. PROFA. DRA. ROBERTA CUNHA MATHEUS RODRIGUES



5. PROFA. DRA. EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 06 de fevereiro de 2012

DEDICATÓRIA

Ao meu marido **Almir**,
pelo companheirismo, amor,
paciência e apoio de todos os tipos,
e de todas as horas.

Aos meus filhos, **Rafael e Ana Carolina**,
por compreenderem os períodos de
ausência.

À minha mãe **Fiolmara** (in memoriam),
que sempre me incentivou em minhas
decisões.

Hoje completei mais uma etapa de minha vida e não poderia deixar de compartilhar este momento único, com meus familiares, amigos e aqueles que se revelaram ao longo desse tempo.

Não foi uma etapa fácil e nem breve; um começo difícil pelas intercorrências pessoais, que quase me fizeram desistir, mas que foram superadas com a ajuda de grande parte daqueles à quem faço um agradecimento especial.

O desafio era enorme, parecia impossível. Ver uma semente plantada no mestrado, que culminou no doutorado. Foi a concretização de um sonho! Talvez esta tese seja o resultado mais visível desse processo de construção em meio ao carinho e as amizades que desfrutei. Dessa forma, dedico algumas palavras àqueles que dela fazem parte direta ou indiretamente ou, ainda, pelo fato de simplesmente existirem.

À Prof. Dr^a **Fernanda Aparecida Cintra** pelo grande incentivo e por acreditar no meu trabalho. Sou muito grata pela orientação que ultrapassa a tese, pelo carinho, amizade e dedicação.

À Prof. Dr^a **Maria Cecília Bueno Jayme Gallani** pela imensa contribuição, que mesmo estando tão longe, sempre esteve pronta em me atender.

Às Profs. Dras **Edinêis de Brito Guirardello, Eugênia Velludo Veiga, Roberta Cunha Matheus Rodrigues e Rosana Aparecida Dantas**, pela composição da Banca Examinadora e pela valiosa contribuição ao estudo.

Aos professores do **Departamento de Enfermagem da FCMS-PUC/SP**, minhas companheiras de trabalho, em especial à **Cibele, Raquel, Ruth e Tamara**, pela paciência, compreensão e incentivo durante esses anos de doutorado.

Aos Médicos Dr. **Vicenti Spinola Neto** e Dr. **João Nóbrega de Almeida Filho** pelo grande apoio, colaboração e incentivo durante o desenvolvimento da fase de intervenção.

À **Equipe de Enfermagem** dos Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria do Hospital Regional de Sorocaba, pela colaboração na fase de coleta de dados.

Às minhas adoráveis alunas do Curso de Graduação em Enfermagem, **Carolina, Fernanda, Isabela, Jadde e Maria Carolina**, pela colaboração e dedicação durante a coleta de dados.

À **Hebe**, amiga de todas as horas, sou eternamente agradecida pela sua amizade, generosidade e carinho.

À **Maria Alice**, também amiga, pelo carinho em todos os momentos.

Às **colegas do Doutorado**, pelo agradável convívio durante este período.

Ao Prof Dr. **Luis Carlos Ferreira de Almeida**, pela realização das análises estatísticas.

Aos meus **irmãos, cunhadas, sobrinhos e sogra** pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao apoio e incentivo do **Programa de Capacitação Docente** do FAP/CEPE, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

E, em especial aos **pacientes** dos Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria, pela grande participação deste estudo que, com certeza, sem os quais não seria possível.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.

Paulo Freire

A Insuficiência Cardíaca (IC) representa uma das principais causas de hospitalização no cenário mundial. Vários fatores como o tratamento prolongado, o conhecimento sobre a doença e o comportamento do paciente frente à tomada de medicamentos exercem influência na adesão à terapêutica. Os programas de gerenciamento da doença revelam que a educação em saúde em portadores de IC configura-se como componente chave na adesão ao tratamento, pois contribuem para a redução das admissões hospitalares e da morbi-mortalidade, bem como para melhora da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um Programa de Educação em Saúde na adesão medicamentosa e não medicamentosa, e na QVRS em portadores de IC, em seguimento ambulatorial. Estudo experimental, controlado e randomizado envolvendo dois grupos: intervenção e controle. A amostra constitui-se de 99 sujeitos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 50 anos, com diagnóstico médico de IC. Fizeram parte do grupo controle (GC) 50 pacientes e do grupo de intervenção (GI) 49 pacientes. Foram aplicados sequencialmente os instrumentos de medida: Caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Adesão de Morisky, Medida da Adesão Medicamentosa, *Beliefs about Medication Compliance Scale* (BMCS), *Beliefs about Self-monitoring Compliance* (BSMCS), e *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (LHFQ). A análise revelou que os fatores que influenciaram a adesão ao tratamento diurético foram: esquecimento, sintomas e sexo. O fator que influenciou as barreiras percebidas para adesão a auto-monitorização do peso/edema foi o controle do peso. O Programa de Educação em Saúde apresentou efeito positivo na mudança da avaliação global de adesão e nas barreiras para auto-monitorização de peso/edema que explicou 50% e 53% da variabilidade, respectivamente. Mostrou ainda efeito positivo na dimensão física e no escore total do LHFQ, que explicaram 11% e 6% da variabilidade, respectivamente. Os Programas de Educação em Saúde, com a adoção de estratégias voltadas à mudança no comportamento de autocuidado, devem ser incentivados para a

compreensão do seu efeito na QVRS. Além disso, o envolvimento do paciente pode ter sido decisivo para a mudança do comportamento de adesão e para o sucesso do Programa.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Gerenciamento clínico. Adesão do paciente. Qualidade de Vida. Enfermagem.

Heart failure (HF) represents a major cause of hospitalization all over the world. Several factors such as prolonged treatment, knowledge about the disease and the patient's behavior about taking medication influence on adherence to therapy. Disease management programs have shown that health education in patients with HF is configured as a key component in treatment adherence, since they contribute to reducing hospital admissions and mortality and morbidity as well as to improving the health-related quality of life (HRQL). This study aimed to evaluate the effect of a program of health education in medication and non-medication adherence and in HRQL in outpatients with HF. Experimental study, controlled and randomized, involving two groups: intervention and control. The sample consisted of 99 subjects, both male and female, aged 50 years old or more with a diagnosis of HF. Fifty patients (50) took part in the control group (CG) and 49 patients in the intervention group (IG). The following measuring instruments were sequentially applied: socio demographic and clinical characterization, Morisky Adherence Scale, Measure of Medication Adherence, *Beliefs about Medication Compliance Scale* (BMCs), *Beliefs about Self-Monitoring Compliance* (BSMCS) and *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (LHFQ). The analysis showed that the factors which influenced adherence to diuretic treatment were: forgetfulness, symptoms and sex. The factor that influenced the perceived barriers to adherence to self-monitoring of weight/edema was weight control. The Health Education Program had a positive effect in changing the overall assessment of adherence and barriers to self-monitoring of weight/edema which explained 50% and 53% of the variability, respectively. The program also showed positive effect in the physical dimension and in the total score in the HRQL, which explained 11% and 6% of the variability, respectively. Health Education Programs, with the adoption of strategies to change the behavior in self-care, should be encouraged in order to understand their effect in the HRQL. Moreover, the involvement of the patients may have been decisive in changing their behavior and adherence to the success of the Program.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características Sociodemográficas e Clínicas dos Pacientes com IC	
(artigo 2)	99
Tabela 2	Escala de Morisky, Benefícios e Barreiras percebidos segundo a	
(artigo 2)	Avaliação Global de Adesão.....	101
Tabela 3	Coefficiente de correlação (e respectivo p-valor) entre as medidas de	
(artigo 2)	adesão e crenças em relação ao uso de diuréticos	103
Tabela 4	Coefficiente de correlação entre adesão medicamentosa e as variáveis	
(artigo 2)	sociodemográficas e clínicas	104
Tabela 5	Análise de regressão logística para avaliação de adesão à terapia	
(artigo 2)	diurética	105
Tabela 2	Escores das Sub-escalas Benefícios e Barreiras percebidos sobre auto-	
(artigo 3)	monitorização de peso/edema.....	119
Tabela 3	Correlação entre a escala de crenças relacionadas à saúde e as	
(artigo 3)	variáveis sociodemográficas e clínicas	121
Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com IC dos	
(artigo 4)	grupos controle e intervenção em T ₀	137
Tabela 2	Média e desvio padrão das variáveis de adesão ao tratamento diurético	
(artigo 4)	e das medidas de crenças em saúde antes da intervenção (T ₀) e ao final	
	do período de seguimento (T ₅).....	138
Tabela 3	Regressão linear para análise do efeito da intervenção sobre o	
(artigo 4)	comportamento de adesão ao tratamento e às crenças em saúde.....	140
Tabela 2	Média e desvio padrão dos escores do LHFQ antes da intervenção (T ₀)	
(artigo 5)	e após intervenção (T ₅).....	161
Tabela 3	Regressão linear para análise do efeito da intervenção sobre a	
(artigo 5)	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	162
Tabela 4	Correlação entre as dimensões do LHFQ e adesão medicamentosa e as	
(artigo 5)	crenças em saúde em T ₅	163

LISTA DE ABREVIATURAS

IC	Insuficiência Cardíaca
AHA	<i>American Heart Association</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
IM	Infarto do Miocárdio
ICS	Insuficiência Cardíaca Sistólica
ICD	Insuficiência Cardíaca Diastólica
FEVE	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
SRAA	Sistema Renina-angiotensina-aldosterona
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
ESC	<i>European Society of Cardiology</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
EUA	Estados Unidos da América
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
DMP	<i>Disease Management Program</i>
PGDs	Programas de Gerenciamento da Doença
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
BMCS	<i>Beliefs about Medication Compliance Scale</i>
BSMCS	<i>Beliefs about self monitoring Compliance Scale</i>
LHFQ	<i>Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire</i>
SF- 36	<i>Short Form-36 Questionnaire</i>
VDs	Visitas domiciliárias
GI	Grupo de Intervenção
GC	Grupo Controle
FCM-UNICAMP	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas
FCMS/PUC-SP	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

1- INTRODUÇÃO	21
1.1- JUSTIFICATIVA.....	23
1.2- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: considerações sobre a Terapia Medicamentosa e não Medicamentosa	27
1.3- ADESÃO À TERAPÊUTICA: considerações gerais	30
1.3.1- Fatores relacionados à adesão	31
1.3.2- Adesão ao tratamento relacionado a Insuficiência Cardíaca	33
1.3.3- Papel do enfermeiro na adesão ao tratamento	35
1.3.4- Benefícios e barreiras percebidos para a adesão.....	36
1.3.5- Instrumentos utilizados na avaliação do comportamento de adesão	41
1.3.6- Jogo de Papéis: Estratégia para a mudança no comportamento de adesão	43
1.3.6.1- Implementação do Jogo de Papéis	46
1.4- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E QUALIDADE DE VIDA	47
2- OBJETIVOS	51
2.1- Geral	53
2.2- Específicos	53
3 – HIPÓTESES	55
4 - CASUÍSTICA E MÉTODO	59
4.1- Tipo de Estudo	61
4.2- Local da Pesquisa	61
4.3- Sujeitos	61
4.4- Tamanho da Amostra.....	62
4.5- Procedimento.....	62
4.5.1- Randomização.....	62
4.5.2- Formação dos Grupos.....	63
4.5.3- Coleta de Dados.....	63

4.5.4- Intervenção.....	67
4.5.5- Instrumentos	69
4.6 – Pré-teste.....	73
4.7 - Análise dos Dados	73
4.8 - Aspectos Éticos	74
5- RESULTADOS	75
5.1- Artigo 1: Educação em Saúde na Insuficiência Cardíaca: revisão integrativa.....	77
5.2- Artigo 2: Adesão e crenças relativas ao uso de diuréticos em portadores de Insuficiência Cardíaca	94
5.3- Artigo 3: Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com Insuficiência Cardíaca	114
5.4- Artigo 4: Educação em Saúde em Portadores de Insuficiência Cardíaca: efeito de um programa de intervenção	128
5.5- Artigo 5: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Adesão ao Tratamento na Insuficiência Cardíaca: o que muda após um programa de educação em saúde.....	151
6- CONCLUSÃO	175
REFERÊNCIAS.....	183
APÊNDICES.....	201
ANEXOS.....	209

1 - INTRODUÇÃO

1.1- JUSTIFICATIVA

A Insuficiência Cardíaca (IC) representa um dos maiores problemas de saúde pública, com prevalência entre 1,0% e 2,0% na população mundial. De acordo com a *American Heart Association* (AHA), nos Estados Unidos da América (EUA) existem cinco milhões de portadores desta síndrome, com 550 mil novos casos diagnosticados anualmente (AHA, 2005).

No Brasil, em 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) com 1.156.136 hospitalizações, dentre as quais, a IC configurou-se como a causa mais frequente destas internações. Neste mesmo ano, a IC foi responsável pela taxa de 2,6% das hospitalizações, 6,0% dos óbitos registrados e 3,0% do total de recursos utilizados para atender todas as internações realizadas pelo SUS (SBC, 2009). Em setembro de 2010, registrou-se 22.596 internações por IC, sendo a região sudeste responsável por 9.668 das internações (DATASUS, 2010).

Apesar dos avanços terapêuticos no prognóstico desta afecção, as readmissões hospitalares e as taxas de mortalidade permanecem altas (YU et al., 2006). A esse respeito, 40% dos pacientes morrem nos primeiros quatro anos de adoecimento pela enfermidade (ROCCAFORTE et al., 2005).

Soma-se a isso, os avanços obtidos no tratamento do Infarto do Miocárdio (IM) que resultaram no aumento da sobrevida dos pacientes e contribuíram para o aumento das taxas de incidência de IC subsequente (WHILE e KIEK, 2009).

Concomitante ao crescente aumento da população idosa e da expectativa de vida, o risco das pessoas desenvolverem a IC é cada vez maior, uma vez que a sobrevida dos pacientes cardiopatas tem melhorado significativamente (EVANGELISTA et al., 2000).

A IC é uma síndrome clínica complexa, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento de sangue para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou o faz somente com elevadas pressões de enchimento. Na maioria das formas de IC, a redução do débito cardíaco é responsável pela inapropriada perfusão tecidual. O mecanismo responsável pelos sintomas e sinais clínicos pode ser decorrente da disfunção sistólica, diastólica ou de ambas, e acometer

apenas um ventrículo ou ambos (SBC, 2009). Embora a IC possa ser compensada e assintomática, o que ocorre, por exemplo, na presença de função ventricular esquerda reduzida com ausência e sinais e sintomas clínicos, ao longo dos anos, os mecanismos compensatórios sofrerão sobrecarga e levarão a descompensação cardíaca (KHATIB, 2008).

Nos adultos, aproximadamente 60% dos casos de IC está associada à disfunção ventricular esquerda sistólica, e nos restantes 40% à disfunção diastólica, sendo esta mais observada pelo aumento da expectativa de vida da população (SBC, 2009).

A Insuficiência Cardíaca Sistólica (ICS) é caracterizada por uma deficiência na contratilidade do miocárdio que causa uma diminuição no volume de ejeção do sangue e dilatação cardíaca, levando a redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) com valores inferiores a 50%. A Insuficiência Cardíaca Diastólica (ICD) é caracterizada pela incapacidade de relaxamento do ventrículo esquerdo com ejeção preservada, porém, resultante de elevada pressão de enchimento ventricular (MESQUITA et al. 2004; WHILE e KIEK, 2009).

Assim, o cuidado aos pacientes com IC é desafiador sob vários aspectos. Embora as opções de tratamento, como o transplante, estejam disponíveis, a maioria dos pacientes tem uma trajetória de doença crônica sem nenhuma expectativa de cura. Portadores de IC grave apresentam sintomas progressivos como, por exemplo, fadiga, dispnéia e angina que os tornam incapazes, restringindo-os em importantes atividades de suas vidas (JAARSMA et al., 1999; ARONOW, 2003). Além da diminuição da capacidade funcional, a perda da memória e da capacidade de concentração conduz, muitas vezes, ao isolamento social e à depressão (BENNETT et al., 2000). Este quadro leva à mudanças no estilo de vida de tal forma que, mesmo com o “tratamento otimizado”^{*} os sujeitos com IC sofrem diferentes impactos na qualidade de vida (QV) (SANTOS, 2009).

Para manter a estabilidade clínica dos pacientes, o tratamento mostra-se bastante complexo. O número de medicamentos e as doses diárias, bem como a manutenção do regime medicamentoso, exercem influência direta sobre a adesão ao tratamento (VAN DER

^{*} Citação feita por Santos (2009), a qual é interpretada, neste estudo, por “terapêutica baseada nas diretrizes”.

WAL et al., 2005), contribuindo para a não adesão. Outros fatores podem estar relacionados à não adesão, como a qualidade das informações fornecidas aos pacientes, a limitação que muitos apresentam para o seguimento do regime terapêutico e, conseqüentemente, a dificuldade para a identificação dos sinais e sintomas preditivos de descompensação da doença. Soma-se a isso, o agravante de que grande parte dos pacientes com IC manifesta dificuldade em aderir ao tratamento não medicamentoso, ou seja, a restrição de sódio na dieta e o controle do peso diário (SISK et al., 2006). Observa-se, assim, que a não adesão ao tratamento pode afetar a evolução clínica do paciente e, dessa forma, a sua QV (MARINKER et al., 2003), além de incluir-se entre os fatores de risco de hospitalização e readmissão hospitalar (NI et al., 1999; RABELO et al., 2006).

Segundo Powell et al. (2010), as taxas de não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com IC variam de 30% a 60%, enquanto que a não adesão às mudanças no estilo de vida situa-se entre 50% e 80%, com taxas maiores na população economicamente mais baixa.

A literatura destaca a importante relação entre a adesão e a terapêutica medicamentosa como preditores de saúde em portadores de doença crônica. Segundo Evangelista et al. (2000), a melhora na adesão ao regime terapêutico pode reduzir hospitalizações desnecessárias e a mortalidade de pacientes com IC, bem como melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

A adesão ao tratamento depende, entre outros fatores, do conhecimento e da compreensão dos pacientes e dos familiares sobre a enfermidade e a importância da terapêutica (RABELO et al., 2005), além da mudança de comportamento (EVANGELISTA et al., 2000). Particularmente, os portadores de IC associam os sintomas ao regime terapêutico e atribuem a eles o papel de preditores da QV (BENNETT et al., 2000). Dessa forma, se os pacientes melhoram o autocuidado por meio da adesão ao tratamento proposto, conseqüentemente serão beneficiados pela redução dos sintomas e pela melhora da sua capacidade funcional (RICH et al., 1995). Por outro lado, a complexidade do autocuidado, que envolve o seguimento do regime terapêutico, da dieta e da monitorização dos sintomas pode ser um elemento desencorajador para os pacientes cronicamente doentes (CARLSON

et al., 2001). Isto remete à importância da cooperação e da participação significativa destes sujeitos na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Nessa perspectiva, estudos têm sido conduzidos para facilitar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento, por meio da implementação de estratégias para melhorar a adesão e o auto-gerenciamento da doença. Essas estratégias são relevantes para prevenir a descompensação da IC e reduzir a busca dos pacientes pela avaliação médica (JAARSMA et al., 2000^b).

Nos últimos anos surgiram novos modelos de cuidado para o controle da IC, em substituição às estratégias tradicionais. Conhecidos por *disease management*, consistem num sistema integrado e amplo para gerenciar o problema de saúde dos pacientes (WHELLAN et al., 2001). Estes modelos se baseiam no princípio de que a IC é uma síndrome crônica, complexa, debilitante e que raramente manifesta-se de forma isolada, o que demanda a atenção de uma equipe multidisciplinar.

A abordagem multidisciplinar dos sujeitos com IC surgiu inicialmente como um modelo para o manejo das alterações vivenciadas por pacientes encaminhados com indicação de transplante cardíaco (RICH et al., 1995), e revelou-se um marco nos estudos dessa natureza. Desde então, as investigações subsequentes mostraram os benefícios da atuação de uma equipe multidisciplinar no gerenciamento da IC, especialmente na queda das taxas de hospitalização (WHELLAN et al., 2001).

No *Disease Management Program* (DMP) utilizam-se recursos e instrumentos que têm a finalidade de reduzir os custos globais e melhorar os resultados, tendo como princípio a qualidade do cuidado (RIEGEL et al., 2000). No Brasil, estes modelos são comumente chamados de programas de educação ou programas multidisciplinares de gerenciamento da IC, e assumem grande importância na tentativa de reduzir os riscos de readmissões.

Nesses programas, a educação sistemática dos pacientes mostra ser um componente-chave na busca da melhor adesão ao tratamento da IC (NI et al., 1999; KRUMHOLZ et al., 2002; VAN DER WAL et al., 2005). Se por um lado estudos revelam os efeitos positivos dos programas de gerenciamento para IC, por outro lado algumas pesquisas são inconclusivas e não permitem avaliar a efetividade desta intervenção

(JAARSMA et al., 2003). Isto remete a debates na literatura e na prática clínica sobre a efetividade das intervenções e seus mecanismos de ação. Para citar um exemplo, a literatura aponta incompatibilidade entre o que é ensinado aos pacientes e o que eles apreendem e utilizam no gerenciamento do autocuidado, o que pode ser justificado, em parte, pelo conhecimento insuficiente que adquirem sobre a doença (NI et al., 1999).

Diante do exposto, considerando que a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da IC, e que a falta da adesão à estas medidas estão entre as causas de readmissões hospitalares, e ainda que estratégias de educação constituem ferramenta essencial para o gerenciamento desta afecção, este estudo buscou analisar o efeito de um programa de educação em saúde à portadores de IC.

1.2- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: considerações sobre a terapia medicamentosa e não medicamentosa

Nas últimas décadas observa-se considerável avanço nas inovações terapêuticas para o tratamento da IC. Em relação à terapia medicamentosa, a introdução dos agentes betabloqueadores e dos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) levou à mudança no comportamento clínico dos pacientes, com consequente aumento nos índices de sobrevida (SILVA et al., 2007). Estudos demonstram que o tratamento com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) melhora os sintomas da IC, reduz as internações e prolonga a sobrevida dos pacientes (KLEIN et al., 2003). Segundo as Diretrizes Brasileiras de IC, os IECA constituem um grupo de fármacos com comprovados benefícios na evolução de pacientes com IC, tanto em relação à morbidade, como à mortalidade (SBC, 2009). Apesar disso, a terapia medicamentosa da IC envolve o emprego de outros fármacos, tornando os tratamentos complexos e de longa duração.

Outra classe de medicamentos amplamente utilizada no tratamento da IC compreende os diuréticos. Eles são indicados principalmente para reduzir a retenção de sódio e a hipervolemia, diminuindo os sintomas de dispnéia e o edema. Embora a literatura não apresente estudos controlados que demonstrem o efeito favorável dos diuréticos sobre a mortalidade da IC, há evidências sobre o uso destas drogas na melhora dos sintomas congestivos. Os diuréticos aumentam a natriurese e a diurese, reduzem o volume

intravascular, o volume ventricular, a pré-carga, a congestão visceral e os consequentes sintomas da IC (BARRETO e RAMIRES, 1998; ETERNO et al., 1998). São drogas comumente utilizadas, uma vez que fornecem alívio sintomático em casos de edema pulmonar e periférico, tanto em pacientes com IC grau leve quanto naqueles com IC descompensada (BENNETT, 2008). Contudo, esta classe de fármacos aumenta o número de micções, o que dificulta a livre locomoção dos pacientes e leva-os, muitas vezes, a restringir o seu uso. Para Bouvy et al. (2003), as intervenções focadas na melhora da adesão ao tratamento medicamentoso, em especial os diuréticos, por meio de estratégias que apontem os benefícios dessa terapia na melhora dos sintomas, produzem bons resultados. Os autores não conseguiram reduzir as taxas de readmissões hospitalares ou mortes, porém obtiveram, como maiores efeitos do estudo, o aumento da adesão à terapia com diuréticos e a melhora na QVRS.

Merece destaque, ainda, o percentual de pacientes portadores de comorbidades intimamente relacionadas às doenças cardiovasculares, como: Diabete Melito, dislipidemia e Insuficiência Renal Crônica. O avanço no tratamento destas afecções permite maior sobrevida, entretanto o emprego da polifarmácia favorece a não adesão (SILVA et al., 2007). A falta de adesão à terapia medicamentosa prescrita pode resultar em agravos ao paciente com IC, os quais incluem: ausência de controle dos níveis pressóricos sanguíneos, sinais e sintomas associados à piora da função cardíaca, aumento das taxas de hospitalização e mortalidade (FLETCHER et al., 2000; OSTERBERG et al., 2005). Apesar da sua importância, a adesão ao tratamento é um comportamento individual difícil de ser mensurado e monitorado (SIMPSON, 2006). Assim, um dos principais desafios no tratamento da IC consiste no uso contínuo dos medicamentos, com vistas à maior eficácia da terapêutica medicamentosa.

Além da terapia medicamentosa, o tratamento da IC requer a instituição de medidas não farmacológicas, como: restrição de sódio e de líquidos, controle do peso diário, diminuição da ingestão de bebida alcoólica, suspensão do tabagismo e prática de exercícios físicos (VAN DER WAL et al., 2005). Tais medidas necessariamente implicam na mudança do estilo de vida dos portadores desta afecção.

De acordo com as diretrizes para a IC, da *European Society of Cardiology* (ESC) e da *American Heart Association* (AHA), a quantidade de sal na dieta (≤ 2000 mg/dia) é relevante em pacientes com a forma grave desta enfermidade (HUNT et al., 2001; REMME et al., 2001). Igualmente recomenda-se a restrição de líquidos entre 1500 e 2000 ml aos portadores de IC avançada (REMME et al., 2001). A sobrecarga hidro-salina é frequentemente referida como causa comum de descompensação da IC (SBC, 2009). Estudos de adesão demonstram que pacientes com restrição de sódio e líquidos na dieta apresentam melhor saúde física e mental (EVANGELISTA et al., 2001). Da mesma forma, aqueles que utilizam estratégias de adesão com mudanças no comportamento de autocuidado apresentam forte correlação entre este comportamento e o conhecimento sobre IC (NI et al., 2001). Acredita-se que a retenção de líquido resulte das alterações fisiopatológicas, bem como da não adesão aos medicamentos e à restrição de sódio na dieta, sendo esta a principal contribuição para o desenvolvimento de sinais e sintomas associados à esta afecção (COHN, 1993).

BENNETT et al. (1998) demonstraram que o principal fator de descompensação para IC foi a retenção de sódio com consequente sobrepeso, e apontaram como uma das causas de descontinuidade ao tratamento, após a alta hospitalar, a não adesão a um ou mais dos medicamentos prescritos.

Uma importante medida no reconhecimento de piora da IC é o controle diário de peso corporal. Segundo as diretrizes da ESC e da AHA, os pacientes com IC devem ser estimulados a controlar diariamente o seu peso e, ainda, a buscar assistência médica em situações de aumento súbito de peso. As variações superiores a 1 kg/dia são devidas à retenção de líquido, e um ganho de peso rápido (1 kg/dia) pode sinalizar piora da IC (HUNT et al., 2001; REMME et al., 2001). A adesão ao controle diário de peso varia entre 12% e 42% (VAN DER WAL et al., 2005), entretanto 50% dos pacientes não consideram o ganho de peso como um sinal importante (CARLSON et al., 2001) e 77% não informam o seu médico sobre o ganho de peso (JAARSMA et al., 2000b). Esses dados atribuem a baixa adesão ao desconhecimento para o autocuidado, à falta de experiência com internações prévias e ao diagnóstico recente de IC (JAARSMA et al., 2000b; CARLSON et al., 2001; VAN DER WAL et al., 2005).

Outras recomendações relativas ao tratamento não medicamentoso incluem o incentivo às atividades físicas diárias que não induzam aos sintomas, a redução da ingestão de bebidas alcoólicas e a suspensão ao tabagismo. Tanto o alcoolismo quanto o tabagismo exercem efeitos negativos comprovados no sistema cardiovascular e, conseqüentemente, favorecem a descompensação clínica de IC (VAN DER WAL et al., 2005).

1.3- ADESÃO À TERAPÊUTICA: considerações gerais

O conceito “adesão à terapêutica” é amplamente utilizado nos estudos que focam a adesão ao tratamento de uma determinada doença, como AIDS, tuberculose e hipertensão arterial sistêmica, ou em determinados grupos populacionais como crianças e idosos. Entretanto, não existe um consenso sobre o seu conceito.

Na literatura internacional, os autores utilizam a palavra “*compliance*”, com o significado de “obediência participativa e ativa do pacientes à prescrição médica”, entendendo que a prescrição não é restrita aos medicamentos, mas agrega cuidados recomendados pela equipe multiprofissional (GUSMÃO e MION JR., 2006). Embora, outros termos como “*adherence*” ou “*concordance*”, pela similaridade de significado, também sejam empregados, a palavra *compliance* ainda é predominante, apesar de sua conotação autoritária e negativa (VAN DER WAL, 2006). Por outro lado, Osterberg e Blaschke (2005) descrevem que a palavra “*adherence*” é a preferida pela equipe de saúde, uma vez que “*compliance*” sugere que o paciente segue as ordens médicas passivamente e, dessa forma, o tratamento não estaria baseado em uma aliança terapêutica ou contrato estabelecido entre médico e paciente. De acordo com Evangelista et al. (2000), o termo mais adequado é “*adherence*” que implica na escolha ativa do paciente em seguir as recomendações médicas, e não apenas na sua cooperação passiva, sem questionamentos.

Embora muitos pesquisadores relacionem, de forma inadequada, a adesão ao tratamento com a adesão aos medicamentos, o primeiro termo abrange comportamentos que ultrapassam o seguimento da prescrição médica e envolve outros fatores relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença, bem como fatores socioeconômicos e o sistema de saúde (HAYNES et al., 2002).

Os termos utilizados para definir a adesão refletem a compreensão sobre o papel dos pacientes no processo. A interpretação do papel do paciente no seu tratamento reflete na forma como é discutido o comportamento relativo à adesão, o qual compreende desde os valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação de não adesão como um comportamento “desviante” e “irracional”. Nesse sentido, a não adesão é associada à ignorância dos pacientes, ou de seus responsáveis, sobre a importância do tratamento, à baixa escolaridade ou à simples desobediência às “ordens médicas” (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

A definição de “*adherence*” mais recente é reconhecida pela World Health Organization (WHO) como a extensão pela qual o comportamento do paciente corresponde às recomendações fornecidas pelos profissionais da saúde, com seu envolvimento ativo neste processo (WHO, 2003). Assim, o conceito de adesão adotado para este estudo corresponde ao grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde (OSTEBERG e BLASCHKE, 2005).

1.3.1- Fatores relacionados à adesão

A adesão é um fenômeno multifatorial, e ao longo dos anos, tem sido foco de atenção e de investigação. Este fenômeno é resultado da interação de múltiplos determinantes como: social, econômico, relacionados ao sistema de saúde, relacionados à condição do paciente, terapia ou pelo próprio paciente (VAN DER WAL e JAARSMA, 2008). Estes fatores, que podem propiciar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento da doença, estão relacionados às condições demográficas e sociais, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais da saúde, bem como a outras características próprias do paciente (WHO, 2003).

A literatura aponta, dentre os diversos determinantes de adesão, a falta de acesso ao medicamento. No Brasil, embora os gastos com medicamentos representem grande parte dos investimentos em saúde pública, a distribuição gratuita à população, muitas vezes, não atende às necessidades atuais (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). O número de

medicamentos e o esquema terapêutico também estão associados, cuja decisão de adesão depende com frequência do paciente aceitar a mudança de seu ritmo de vida e os efeitos adversos dos fármacos (ROCHA et al., 2008).

Outro fator associado à adesão se refere à própria doença. Segundo Leite e Vasconcellos (2003), vários estudos relatam que adesão ou não ao tratamento, depende de como o paciente vê o seu estado de saúde e compreende a sua doença.

Destaca-se, ainda, o papel dos profissionais de saúde para a adesão. A forma de abordagem e diálogo utilizados, o tempo dispensado na consulta, o respeito às verbalizações e questionamentos do paciente e as motivações para o cumprimento da terapia são alguns dos fatores citados na literatura.

Especificamente para a IC, dentre os determinantes relacionados ao paciente que interferem na adesão ao tratamento estão: conhecimento da IC, benefícios e barreiras sobre o regime terapêutico, idade, sexo, estado civil, nível de instrução, gravidade da doença e sintomas de depressão (VAN DER WAL et al., 2005). Embora o conhecimento de forma isolada não assegure a adesão, os pacientes tendem a assumir o compromisso com a adesão se adquirirem um conhecimento mínimo sobre a doença e seu regime terapêutico (VAN DER WAL et al., 2006). Além disso, a desconsideração sobre o estilo de vida e o custo do tratamento, bem como a falta de interação entre profissionais da saúde e usuários dos serviços também podem dificultar a adesão (OSTEBERG e BLASCHKE, 2005).

Em estudo qualitativo realizado por Riegel e Carlson (2002), sobre facilitadores e barreiras para o autocuidado de sujeitos com IC, os autores identificaram como principal dificuldade a falta de conhecimento e de capacidade para o paciente associar um fato aprendido com o resultado de um comportamento. Os autores afirmam que uma dieta com pouco sal é importante, entretanto esta informação não leva o paciente a relacionar o excesso de sal na dieta à retenção de líquido e ao aumento de peso, o que pode resultar em episódios de descompensação e hospitalização. Dessa maneira, o uso de estratégias que permitam identificar os benefícios e barreiras para o autocuidado pode facilitar a compreensão de que uma simples prática, como a mensuração do peso diário, poderá evitar a hospitalização.

1.3.2- Adesão ao tratamento relacionado à Insuficiência Cardíaca

Apesar dos avanços no tratamento da IC, o regime terapêutico medicamentoso e não medicamento somente irá efetivamente beneficiar o paciente se houver adesão à terapia prescrita. Para Nilsson (2001), a adesão aos tratamentos de longa duração corresponde, em sua maioria, a taxas inferiores a 50%. Em decorrência disso, Delgado e Lima (2002) consideram que, em tratamentos complexos e de longa duração, torna-se difícil prever o nível de adesão. Como agravante, o número de medicamentos, as doses diárias e as mudanças no regime terapêutico contribuem diretamente para a falta de adesão (VAN DER WAL et al., 2005). À esse respeito, Hoffmeister et al. (2008) demonstram que a adesão medicamentosa nos idosos mostra-se maior entre aqueles que utilizam menor número de medicamentos.

A literatura revela que as taxas de adesão são maiores nos pacientes em condições agudas quando comparadas àqueles em afecções crônicas. Aproximadamente metade dos pacientes, em acompanhamento ambulatorial, que recebe terapia medicamentosa após a alta hospitalar, interrompe-a seis meses após o início do tratamento (BENNET et al., 2002).

Na investigação de Strelec et al. (2003), com hipertensos, observou-se que 77% dos pacientes não eram aderentes ao tratamento medicamentoso. Outro estudo, em portadores de doenças digestivas crônicas, também revelou um baixo grau de adesão ao tratamento medicamentoso, correspondendo a pouco mais da metade dos pacientes (58,2%) (DEWULF et al., 2006). Por outro lado, Evangelista et al. (2001) identificaram que altas taxas de adesão ao regime medicamentoso estavam relacionadas aos sujeitos com IC que possuíam alto nível de escolaridade e rede de apoio social, o que possivelmente tenha influenciado estas taxas elevadas.

Em relação ao regime não medicamentoso, baixas taxas de adesão foram observadas com respeito à dieta e aos exercícios (EVANGELISTA e SHINNICK, 2008). Segundo estes autores, a mudança nos hábitos alimentares e na atividade física torna-se um desafio para a maioria dos pacientes com IC, especialmente entre idosos e aqueles com baixa escolaridade. A motivação para mudar rotinas já estabelecidas pode ser a primeira barreira para o alcance dos resultados, o que remete à relevância do emprego de estratégias

para melhorar a adesão à terapia medicamentosa, bem como de outras atividades relacionadas ao autocuidado.

A respeito dos comportamentos de autocuidado que favorecem a adesão, nas diretrizes estabelecidas pela SBC (2009) destacam-se: monitoramento diário do peso, atividade física, restrição de sódio na dieta e tomada de medicamentos prescritos.

Da mesma forma que a adesão está vinculada a múltiplos determinantes, a não adesão sofre influência de vários fatores que podem ser modificados por meio de ações educativas. Albert (2008) considera como fatores que influenciam a não adesão: falta de conhecimento do paciente sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos; complexidade da terapêutica farmacológica, incluindo a polifarmácia e a frequência das doses; custos dos medicamentos; e falta de orientação ao paciente durante a internação. Este quadro reitera a importância do enfermeiro como educador nesse processo. Apesar das implicações da não adesão ao tratamento medicamentoso, os fatores que influenciam a falta de adesão ainda são pouco valorizados (SIMPSON et al., 2006).

Evangelista e Shinnick (2008) relatam que na literatura atual as altas taxas de não adesão na IC estão relacionadas à idade, a grupos étnicos e ao status socioeconômico. Como os pacientes com IC, atualmente vivem por um período mais longo, a complexidade da doença e o tratamento irá requerer maiores cuidados. Assim, a adoção de um comportamento de autocuidado se tornará um desafio.

Atualmente, evidencia-se forte associação entre adesão ao tratamento e mortalidade em pacientes com IC. Um ensaio clínico randomizado, que objetivou avaliar a eficácia da adesão ao tratamento medicamentoso em portadores de IC, concluiu que a alta adesão terapêutica (uso de 80% da medicação prescrita) estava associada a baixas taxas de mortalidade (GRANGER et al., 2005).

Em contra-partida, a falta de adesão ao tratamento contribui para as readmissões hospitalares precoces, além da piora dos sintomas desta afecção, morte e aumento dos custos com a saúde (GHALI et al., 1988; OPASICH et al., 2001; TSUYUKI et al., 2001). Nos EUA, no período de 1990 a 2000, entre 33% e 69% de todas as readmissões hospitalares foram atribuídas à baixa adesão ao tratamento medicamentoso (OSTEBERG e BLASCHKE, 2005). Além disso, a readmissão hospitalar precoce pode indicar a qualidade

do cuidado prestado aos pacientes com IC, acompanhados ambulatorialmente (ALBERT, 2008). Segundo este autor, dois terços das readmissões hospitalares poderiam ser evitadas se houvesse melhora na qualidade dos serviços ambulatoriais.

Como previamente descrito, a falta de adesão à terapêutica medicamentosa, à dieta e restrição de líquidos, diminui a eficácia do tratamento prescrito e expõe o paciente à instabilidade clínica que pode conduzi-lo ao aumento de sintomas de IC. Nesse contexto, o grande desafio no tratamento desta afecção consiste em manter a estabilidade clínica dos pacientes à custa da adesão a um tratamento complexo que exige atenção permanente da equipe multidisciplinar para a melhora da QVRS, redução do tempo de internação e aumento da sobrevida dos pacientes.

1.3.3- Papel do enfermeiro na adesão ao tratamento

Uma mudança no comportamento de adesão implica, muitas vezes, em ajustes consideráveis no estilo de vida do paciente. Para que essa escolha seja feita de forma consciente e competente é necessário além da mudança no comportamento de adesão, proporcionar o conhecimento e o autocuidado. O conhecimento do pacientes sobre a IC e seu tratamento poderá auxiliá-lo na melhora do autocuidado e mudar seu comportamento de adesão (STROMBERG, 2005). Nesse sentido, vários programas de educação são desenvolvidos por enfermeiros com a finalidade de ensinar e treinar. Recentemente, a Sociedade Americana de Insuficiência Cardíaca, nas diretrizes da IC, atribuiu aos enfermeiros o papel de educadores primários para os pacientes (HFSA, 2006). De fato, os enfermeiros exercem um papel ativo na avaliação, educação, planejamento do cuidado e implementação de estratégias que incentivem o comportamento de autocuidado do paciente e promovam a adesão ao tratamento medicamentoso (ALBERT, 2008). O trabalho do enfermeiro tem obtido destaque nos programas de gerenciamento da doença (PGDs), nos quais o desempenho nas intervenções não farmacológicas é efetuado por este profissional (FERREIRA e GALLANI, 2005a).

Os PGDs, cuja equipe multiprofissional é liderada por enfermeiros, têm alcançado resultados satisfatórios em relação à queda das readmissões hospitalares e das taxas de mortalidade, bem como no que diz respeito à melhora da adesão ao tratamento e da

QVRS. Stromberg et al. (2003) mostram que intervenções lideradas por enfermeiros melhoram a sobrevida na IC, o comportamento dos pacientes para o autocuidado, reduzem o número de hospitalizações e a necessidade de cuidados hospitalares. Segundo Rabelo et al. (2007), a educação em saúde, realizada por enfermeiros, aumenta o conhecimento dos portadores de IC sobre a doença e o autocuidado. Outros estudos, com enfermeiros educadores, mostram resultados satisfatórios em relação a melhora da adesão à terapia medicamentosa, restrição da dieta, monitorização diária do peso e gerenciamento dos sintomas (HARRISON et al., 2002; KRUMHOLS et al., 2002; LEDWIDGE et al., 2005; SHIVELY et al., 2005; SISK et al., 2006).

Diante do exposto, compreende-se que a atuação do enfermeiro como educador e a utilização de estratégias que reforcem a adesão ao tratamento e o autocuidado são essenciais para o paciente com IC. O conhecimento dos pacientes sobre a importância da monitorização diária de peso, restrição de líquidos, diminuição de sódio na dieta e tomada dos medicamentos constitui aspecto relevante para a mudança do comportamento e, conseqüentemente, do seu estilo de vida.

1.3.4- Benefícios e barreiras percebidos para a adesão

As intervenções no comportamento enfocam a construção de habilidades necessárias para os pacientes aderirem ao tratamento ou executarem tarefas de autocuidado (EVANGELISTA e SHINNICK, 2008).

Para a fundamentação teórica de estudos que avaliam mudança no comportamento das pessoas e produção de efeitos satisfatórios no estilo de vida, recomenda-se o emprego do Modelo de Crença à Saúde (BECKER, 1974) e do construto Auto-eficácia (BANDURA, 1977).

No **Modelo de Crença à Saúde**, a estrutura teórica para a compreensão do comportamento de saúde na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é dada pelos construtos benefícios e barreiras percebidos (JANZ e BECKER, 1984). Este Modelo, desenvolvido durante a década de 50 por um grupo de psicólogos sociais no Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, buscou compreender o fracasso das pessoas na participação de programas de prevenção de doenças (ALBARRACIN et al., 2005). Ele

tem sido amplamente utilizado em pacientes com doenças crônicas e nas questões relacionadas à promoção da saúde (JANZ e BECKER, 1984; CHAMPION, 1994; REDEKER, 1988). As intervenções baseadas neste Modelo mostram-se efetivas na mudança do comportamento e na melhora da adesão, com atividades de promoção de saúde (BECKER, 1974; JANZ e BECKER, 1984).

De acordo com esse Modelo, o desempenho do indivíduo em um comportamento específico de saúde é determinado pela sua crença na susceptibilidade e gravidade da doença, bem como na crença dos benefícios e barreiras para o desempenho deste comportamento (BENNETT et al., 2000). Em outras palavras, a susceptibilidade, a gravidade, os benefícios e barreiras percebidos em relação à doença podem modificar um comportamento de saúde (SETHARES e ELLIOTT, 2004). Assim, as atitudes e crenças dos indivíduos podem explicar um comportamento de saúde, entendendo-se que as crenças de uma pessoa a um determinado comportamento poderão ajudá-la a ter um comportamento real (VAN DER WAL, 2006). Este referencial pressupõe que a ação dos indivíduos estará relacionada à crença de que os obstáculos previstos de um comportamento serão compensados pelos benefícios.

Alguns autores definem benefícios como aspectos positivos percebidos para realizar um comportamento de saúde (JANZ e BECKER, 1984); outros, como estratégias destinadas a reduzir as ameaças da doença (BECKER, 1974). As barreiras, por sua vez, são os aspectos negativos percebidos (JANZ e BECKER, 1984) e as conseqüências negativas que podem resultar em uma ação particular de saúde (BECKER, 1974). Estudos empíricos revelam que as barreiras percebidas são variáveis particularmente robustas e fortes preditoras de comportamentos relacionados à saúde (JANZ et al., 2002 *apud* WELCH et al., 2006). De acordo com Redeker (1988), as intervenções baseadas no Modelo de Crença à Saúde mostram-se efetivas na mudança do comportamento de saúde e na melhora da adesão, especialmente em situações de doença crônica.

O reconhecimento dos benefícios percebidos na terapia medicamentosa pode auxiliar portadores de IC a aderir às recomendações, enquanto as barreiras tendem a favorecer a não adesão (BENNETT et al., 1997).

De acordo com Sethares e Elliott (2004), para alguns pacientes com IC, o ato de tomar os medicamentos ou seguir uma dieta com baixo teor de sódio pode reduzir a progressão dos sintomas, o que leva-os a considerar a ação como um benefício. Entretanto, para outros, seguir as recomendações da terapia medicamentosa pode resultar em aumento da frequência urinária causada pelo uso dos diuréticos, o que leva-os a considerá-la como barreira. Embora os pacientes com IC acreditem que uma determinada ação diminui os sintomas, porém se eles também a consideram dispendiosa e que consome tempo ou é desagradável, isto será configurado como barreira para esta ação. Assim, se a prontidão para uma ação é alta e as barreiras são baixas, as ações para o autocuidado serão mais prováveis de serem realizadas.

Van der Wal et al. (2006) avaliaram a adesão ao uso específico de diuréticos e demonstraram que os benefícios mais importantes desse medicamento, reconhecidos pelos pacientes com IC, são a diminuição do edema e a melhora na QVRS, embora 58% deles não tenham concordado que isso poderia reduzir as chances de hospitalização. As barreiras identificadas foram a dificuldade em sair de casa e levantar à noite para dirigir-se ao banheiro. Outro estudo sobre adesão medicamentosa e crença de pacientes com IC identificou que os benefícios da adesão diminuíam as chances de hospitalização, e a barreira mais relatada foi a interrupção do sono (BENNETT et al., 2005). Segundo estes autores, os pacientes que conhecem os efeitos adversos dos medicamentos enfrentam a situação com menos barreiras, uma vez que possuem uma expectativa apropriada do problema. Ainda que as barreiras enfrentadas para seguir um regime terapêutico sejam consideráveis, elas não são insuperáveis.

Portanto, os benefícios e barreiras percebidos para adesão a um comportamento específico são passíveis de intervenção e podem, assim, melhorar o comportamento de adesão (BENNETT et al, 1997). Nesse sentido, o uso das estratégias de educação, que facilitem a comunicação entre o paciente e a equipe de cuidado, mostra-se indispensável nas intervenções destinadas aos pacientes com IC (WELCH et al., 2006).

A **Auto-eficácia**, construto derivado da Teoria Cognitiva Social e posteriormente, inserido no Modelo de Crença à Saúde (BENNETT et al., 2000), consiste no julgamento do indivíduo sobre a sua capacidade em organizar e executar cursos de ação

necessários para alcançar certos tipos de desempenho (BANDURA, 1977, 1982). De acordo com esse Modelo, a auto-eficácia efetiva do comportamento e a mudança pessoal exigem que as pessoas acreditem na sua eficácia para controlar a sua motivação, pensamentos, estados afetivos e comportamentos.

Essencialmente, as crenças de auto-eficácia são percepções que os indivíduos têm sobre suas próprias capacidades. Elas proporcionam a base da motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais. Influenciam todos os aspectos das vidas das pessoas, o quanto elas se motivam e perseveram frente as adversidades, sua vulnerabilidade ao estresse e à depressão, e as escolhas que fazem em suas vidas. Constituem ainda, um determinante crítico de como os indivíduos regulam o seu pensamento e o seu comportamento (PAJARES E OLAZ, 2008).

O argumento central de Bandura (1977) fundamenta-se no pressuposto de que o “nível de motivação, os estados afetivos e as ações das pessoas baseiam-se mais no que elas acreditam do que no que é objetivamente verdadeiro”. Seguindo este pressuposto é possível entender que as pessoas agirão por meio de suas crenças em suas capacidades, mais do que pelo que são realmente capazes de realizar. Em outras palavras, uma mudança no comportamento das pessoas irá ocorrer desde que queiram, acreditem que podem, sintam vontade, e apresentem habilidades comportamentais para realmente mudar (ALBARRACIN et al., 2005). Não basta que as habilidades estejam presentes, é preciso que as pessoas acreditem que as possuem.

Segundo Pajares e Olaz (2008), as crenças de auto-eficácia são formadas a partir de quatro fontes principais:

- 1- A experiência de domínio: A partir das tarefas e atividades realizadas, as pessoas interpretarão os resultados de seus atos. Estas interpretações ajudarão a desenvolver crenças sobre sua capacidade de participar de tarefas e atividades. Resultados interpretados como bem sucedidos aumentarão a auto-eficácia, mas aqueles interpretados como fracassos a reduzirão;
- 2- A experiência vicária: Os indivíduos aumentarão a sua auto-eficácia se observarem outros executando tarefas, que lhes ensinem as melhores formas de fazer as coisas;

3- As persuasões sociais: Os persuasores devem cultivar as crenças das pessoas em suas capacidades. As persuasões positivas podem encorajar e fortalecer, enquanto que as persuasões negativas podem funcionar de modo a frustrar e enfraquecer as crenças de auto-eficácia;

4- Os estados somáticos e emocionais: Quando as pessoas têm pensamentos negativos e temores sobre sua capacidade, as reações afetivas podem reduzir as percepções de auto-eficácia e desencadear mais estresse e agitação, que ajudam a causar o desempenho inadequado. Uma maneira de aumentar as crenças de auto-eficácia é promover o bem-estar emocional e reduzir estados emocionais negativos.

Os indivíduos confiantes compreendem as tarefas difíceis como um desafio. Eles têm maior interesse e absorção nas atividades, estabelecem objetivos difíceis para si mesmos e mantêm um forte compromisso com estes objetivos. Também recuperam a confiança mais rapidamente após os fracassos e atribuem a eles esforços insuficientes, conhecimentos deficientes e habilidades que podem ser adquiridas (PAJARES E OLAZ, 2008).

As crenças de auto-eficácia ajudam a determinar quanto esforço as pessoas irão dedicar a uma atividade, quanto tempo elas serão perseverantes quando confrontarem obstáculos e quanto serão resilientes frente a situações adversas. O esforço e a persistência individual dependerão do nível de auto-eficácia percebida; quanto maior a auto-eficácia percebida, mais determinado será o esforço. Por outro lado, aqueles que apresentam baixo nível de auto-eficácia percebida irão despende menor esforço e estarão mais inclinados a abandonar suas tentativas (BANDURA et al., 1997). Além disso, os indivíduos possuem um sistema de crenças que afeta os pensamentos, os sentimentos e as ações. Por meio da reflexão, os indivíduos são capazes de se engajarem na auto-avaliação, e desta forma mudar o pensamento próprio e os comportamentos subsequentes. Esta auto-avaliação inclui o senso de auto-eficácia (BANDURA, 1989) que constitui em pré-requisito para o desempenho de um comportamento de autocuidado (BANDURA, 1977). O aumento no nível da auto-eficácia percebida, a qual possibilita aos pacientes acreditarem na capacidade para executar comportamentos que irão auxiliá-los a vencer barreiras, poderá resultar na melhora da adesão ao tratamento recomendado.

A auto-eficácia percebida funciona de acordo com a percepção de risco, nas expectativas de resultados, e outros fatores que influenciam a motivação para a mudança. Intervenções que despertam o medo da doença, na qual informam o compromisso de hábitos saudáveis ou aumentam a vulnerabilidade pessoal percebida são menos eficazes do que as intervenções que argumentam na crença da eficácia pessoal (LUSZCZYNSKA e SCHWARZER, 2003).

Na literatura a auto-eficácia é considerada preditor confiável em estudos para cessar o tabagismo (ROSAL et al. 1998), para modificar hábitos alimentares (LUSZCZYNSKA et al., 2007) e para a melhora do controle glicêmico em diabéticos com baixa escolaridade (ROSAL, et al. 2009). Além disso, este construto mostra-se útil para auxiliar os pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica na monitorização dos sintomas de dispnéia (SHERER et al., 1998; WONG et al., 2005).

Diante do exposto, os benefícios e barreiras percebidos para a adesão de um comportamento específico fornecem metas distintas que são, na maioria das vezes, adequadas para a intervenção (WELCH et al., 2006). Assim, é recomendável que os enfermeiros implementem ações que diminuam as barreiras e aumentem a percepção dos benefícios da adesão ao tratamento, com vistas a uma mudança de comportamento.

1.3.5- Instrumentos utilizados na avaliação do comportamento de adesão

Vários métodos são utilizados para avaliar a adesão ao tratamento, sobretudo em terapêuticas complexas e de longa duração. São chamados métodos diretos como, por exemplo, os marcadores bioquímicos, e métodos indiretos, dentre os quais destacam-se as entrevistas, o autorelato, as medidas comportamentais, como a contagem de medicamentos ou monitores computadorizados de adesão (DELGADO e LIMA, 2001). No entanto, todos eles são limitados, sem evidências de um consenso sobre o método mais confiável.

Os marcados bioquímicos são pouco práticos e não estão disponíveis para grande parte das drogas. Por outro lado, os métodos indiretos, como autorelato e entrevista, parecem ser pouco confiáveis, considerando que os pacientes tendem a informar um dado não verdadeiro, com o intuito de agradar ou evitar desaprovação (DELGADO e LIMA, 2001). Dessa forma, a contagem de medicamentos tem sido a preferência de muitos

investigadores (SHALANSKY et al., 2004; DEWULF et al., 2006; GEORGE e SHALANSKY, 2006; CORNÉLIO et al., 2009)

Com a finalidade de evitar algumas destas dificuldades e, sobretudo, criar um instrumento com boas qualidade psicométricas, que permitisse ao mesmo tempo uma aplicação extensiva, regular e de fácil adaptação em qualquer contexto clínico, Morisky et al. (1986) desenvolveram uma medida de quatro itens para avaliar a adesão ao tratamento. Esta escala foi adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil por Ferreira e Gallani (2007). Na versão utilizada para o presente estudo, as respostas aos itens são estruturadas em escalas tipo-Likert, com quatro ou cinco opções em cada item, conforme proposto por Curcio et al. (2007) com o objetivo de aumentar a acurácia do instrumento. A literatura atual apresenta a aplicação deste instrumento para diversas afecções, especialmente em portadores de HIV/AIDS, Diabete Melito e Hipertensão Arterial. A utilização desta escala é amplamente observada em estudos internacionais, e tem demonstrado valores estatísticos satisfatórios quando aplicada com outros instrumentos de avaliação da adesão medicamentosa (PRADO JR et al., 2007). Embora esta escala seja tratada por alguns autores como uma medida de adesão, ela é constituída por quatro fatores comumente relacionados a não-adesão, sem mensurar a adesão propriamente dita (JANNUZZI, 2009).

Com respeito aos instrumentos utilizados para medir as crenças no comportamento de adesão, destaca-se as escalas: *Beliefs about Medication Compliance Scale* (BMCS) e *Beliefs about self monitoring Compliance Scale* (BSMCS).

Inicialmente, Bennett et al. (1997) construíram o BMCS que visa a compreensão do comportamento de adesão do paciente com IC ao tratamento medicamentoso, com o objetivo de viabilizar o desenvolvimento e implementação de intervenções mais efetivas. Esta escala foi construída a partir dos constructos de benefícios e barreiras percebidos do Modelo de Crenças à Saúde, de Janz e Becker (1984). Os itens da escala foram baseados na escala desenvolvida por Champion, para medir benefícios e barreiras percebidos para adesão ao exame de mamografia. Além disso, foi realizada uma entrevista semi-estruturada em seis pacientes ambulatoriais portadores de IC, para desenvolver os itens específicos para esta afecção (BENNETT et al., 1997). Todos os itens relacionam-se à terapia com

diuréticos, tendo em vista a atribuição que os pacientes fazem aos efeitos adversos desta terapia, como fator que interfere nas suas atividades de vida diária (BENNETT et al., 2000). No estudo de validação, realizado em 101 pacientes com IC, a análise da confiabilidade, por meio da consistência interna das escalas de benefícios e barreiras, apontou valores de α de Cronbach 0,87 e 0,91, respectivamente. A validade de constructo foi evidenciada pela análise fatorial (BENNETT et al., 1997).

Posteriormente, Bennett et al. (2001) submeteram essa escala a um novo processo de análise, confirmando sua confiabilidade e validade de constructo. A partir desta análise, estes autores desenvolveram a escala BSMCS, também construída à partir dos constructos de benefícios e barreiras percebidos do Modelo de Crenças à Saúde, de Janz e Becker (1984). Esta escala é composta por 18 itens de benefícios e barreiras das crenças à adesão da auto-monitorização de peso e edema. Estudos anteriores relatam a confiabilidade satisfatória deste instrumento com alfa de Cronbach superior a 0,70 (SETHARES et al., 2004; VAN DER WAL et al., 2007)

Esses instrumentos (BMCS e BSMCS) foram adaptados culturalmente para a língua portuguesa do Brasil por Ferreira e Gallani (2005).

1.3.6 - Jogo de Papéis: Estratégia para a mudança no comportamento de adesão

No cenário da educação em saúde, diversas estratégias têm sido utilizadas para a construção de conhecimento e desenvolvimento de habilidades. Dentre as estratégias conhecidas destaca-se o *Role-playing*, conhecido como jogos de papéis que consiste em simular um evento ou situação próxima da vida real (GALLOWAY, 2009).

O conceito de jogo de papéis mais difundido nos meios de comunicação refere-se à tradução de “*role-playing game*” (RPG), termo em inglês utilizado para denominar um conjunto de jogos de interpretação que mistura jogo e teatro na vivência de uma situação ou história a partir dos personagens-jogadores (CAMARGO, 2006).

O interesse em jogos de simulação e *role-playing* pode ser atribuído ao trabalho de Lewin e Piaget que defenderam a idéia da aprendizagem eficaz. Lewin ressalta que uma mudança significativa do comportamento pode ser realizada através de discussões em grupo e sessões de *role-play*, enquanto Piaget salienta a importância da interação social

para desafiar as crenças existentes, como primeiro passo para mudá-las. Desde 1960, têm sido amplamente utilizada em situações de formação profissional e nos cursos de ensino superior (Direito, Medicina, Economia). Essas estratégias fornecem aos estudantes a oportunidade de praticar e desenvolver as habilidades exigidas em seu trabalho profissional (VINCENT e SHEPHERD, 1998).

Van Ments (1989) define *role-play* como uma simulação centrada na interação interpessoal na qual as pessoas assumem funções em diferentes circunstâncias. Nesta concepção, as pessoas do grupo assumem o papel de outra em uma situação particular e representam esta situação, ao mesmo tempo todos observam o comportamento de interação do grupo. O jogo de papéis está centrado em uma situação problemática, situada entre o jogo e o teatro, em que as pessoas desempenham papéis pré-definidos (DARÉ, 2003).

O objetivo desta simulação é alcançar a fidelidade, ou seja, recriar um ambiente parecido com uma situação real. O benefício dessa estratégia está na mudança de atitude (GALLOWAY, 2009).

Segundo Nestel e Tierney (2007), o *role-playing* é utilizado como método para a aquisição de conhecimento, atitudes e habilidades em uma variedade de disciplinas e com alunos de diferentes idades. É um método de ensino centrado na aprendizagem a partir das experiências, o qual é considerado importante para a aquisição de competências (BARNEY e SHEA, 2007). Assim, *role-play* é uma forma de simulação que reconhece a importância do contexto social no processo de aprendizagem.

Alguns defensores da aprendizagem experiencial consideram essa estratégia como a mais forte dos métodos de aprendizagem. Kolb (1984, p.38) *apud* Nestel e Tierney (2007) afirma que "a aprendizagem é o processo pelo qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência".

O *role-play* estabelece a prática reflexiva, isto é, quando se confronta com eventos ou problemas inesperados, os profissionais colocam o problema dentro de sua própria vivência, a fim de buscar a melhor solução e antecipar sua consequência (NESTEL e TIERNEY, 2007).

A estratégia de *role-play* é utilizada em vários contextos conforme o objetivo educacional proposto. Na aquisição de conhecimentos, pode ser valiosa para observar,

discutir e assimilar uma informação. Para o desenvolvimento de atitudes, especialmente aquelas que acarretam uma mudança de afeto, o *role-play* deve ser estruturado de forma que as emoções surjam espontaneamente, e para a aquisição de habilidades deve ser dirigido para as oportunidades de repetição (MAIER, 2002).

Em relação à aquisição de conhecimentos, o facilitador fornecerá a estrutura do evento, o papel a ser desempenhado, e esclarecerá os pontos mais importantes para sua execução. Os “jogadores de papéis” posteriormente desenvolverão seu próprio cenário, com o facilitador apenas interagindo nos pontos de aprendizagem. Já na mudança de atitudes, o *role-play* é centrado nos níveis de sentimento e nas experiências emocionais. O afeto (emoções) pode ser alterado quando os participantes experimentam pessoalmente as emoções envolvidas. Sobre esta perspectiva, o *role-play* é essencial para lidar com processos afetivos (emocional). A interação espontânea dos “jogadores” dentro de um contexto definido destina-se a proporcionar a experiência crítica. O facilitador deve definir especificamente os papéis a serem desempenhados e quais as circunstâncias que serão atendidas (contexto). Os participantes selecionarão os papéis e eventos com base em suas próprias experiências e projeções intuitivas. Esse tipo de jogo de papéis exige um amplo espaço de tempo, de discussão e de acompanhamento (MAIER, 2002).

Com respeito à aquisição de habilidades, essa estratégia é voltada para as capacidades dos participantes em ampliar suas habilidades práticas e exigências técnicas. O professor deve estar ciente que as competências são fundamentais para a aprendizagem dos participantes. O professor assume o papel de moderador ou facilitador, e os alunos são orientados a realizar as práticas. Esta prática pode incluir sugestões de mudanças no seu comportamento. O comportamento efetivo da prática é reforçado pelo fazer, e o aprendizado é afirmado com a experiência de tê-lo feito (MAIER, 2002).

Segundo Camargo (2006), o jogo de papéis é composto por três elementos: 1. uma situação-problema; 2. um conjunto de jogadores/participantes que representam a situação e tomam decisões de acordo com as regras do jogo; e, 3. o mediador ou facilitador, papel essencial que explica as regras da situação, contribui para a discussão assumindo uma posição neutra, e finalmente conduz a avaliação final e a análise do jogo.

A fase de análise final ou “*debriefing*” do jogo é parte fundamental, uma vez que confere sentido à prática do jogo, explicitando as estratégias de cada um dos jogadores, e verificando as semelhanças e diferenças do jogo em relação ao conflito real (CAMARGO, 2006). O “*debriefing*” serve para ajudar os participantes a esclarecer e integrar a experiência de simulação com o conhecimento anterior. Quando esta fase é orientada por uma atitude positiva e crítica construtiva, a aprendizagem é reforçada. O “*debriefer*” pode atuar como um facilitador, ajudando os participantes a revelarem o que aprenderam com a experiência por meio do diálogo verbal ou escrito e reflexão (GALLOWAY, 2009).

Peñarrieta et al. (2006) citam os principais pontos fortes desse jogo: compreende uma ferramenta de aproximação e discussão de temas de difícil abordagem pelos métodos convencionais; possibilita a criação de um ambiente de confiança; proporcionam um treinamento para a situação real; prepara para uma negociação coletiva permitindo um melhor conhecimento dos atores, seus interesses, papéis e pontos de vista; permite troca de saberes e construção de um conhecimento compartilhado.

1.3.6.1- Implementação do jogo de papéis

Previamente à implementação propriamente dita, deve ser feita a escolha de uma situação com base nas necessidades e interesse dos participantes. Kodotchigova (2002) e Peñarrieta et al. (2006) propõem algumas fases para a implementação:

Fase 1- Apresentação do jogo e suas regras: esclarecer os principais objetivos da atividade, com a utilização de uma linguagem clara e concreta;

Fase 2- Distribuição de papéis: descrever claramente o papel que os participantes irão desempenhar, de tal forma que cada participante identifique o seu personagem e a função que irá desempenhar;

Fase 3- O jogo: o ponto central são as discussões entre os participantes, disponibilizando um tempo para isso. O facilitador deve conduzir o desenvolvimento do jogo, registrar as ações, posturas, discursos e quaisquer elementos relacionados à realidade. Entretanto, não deve expressar suas opiniões para não dificultar o desempenho dos participantes;

Fase 4- Análise final ou *debriefing*: o objetivo é discutir sobre o desempenho de papéis de cada um no grupo e o que isso gerou de aprendizado.

1.4- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E QUALIDADE VIDA

Até a década de 70, poucas investigações sobre QVRS são descritas na literatura. A partir de então, a descoberta dos atributos que compõe a QVRS, bem como dos instrumentos para medida e predição das intervenções, ampliou o número de pesquisas acerca deste constructo (GOODINSON e SINGLETON, 1989). No Brasil, a QVRS passou a ter significado e importância na literatura de ciências da saúde a partir de 1992 (PASCHOAL, 2000).

Entretanto, ainda não há um consenso sobre o conceito de QVRS, na definição operacional e avaliação. A falta de uma definição uniforme de QVRS contribui para a sua imprecisão conceitual e obscuridade (MOONS, 2010). Segundo Fleck (2008), o conceito sobre a qualidade de vida ainda é motivo de debate, apesar dos pesquisadores concordarem sobre a importância da sua avaliação. Evidentemente, a interpretação dos resultados dos estudos de qualidade de vida torna-se complexa se os pesquisadores não utilizam uma base conceitual consistente para defini-la (MOONS et al., 2004).

Outro aspecto a ser considerado é a escolha do instrumento de medida da QVRS. Por ser um constructo multidimensional, multifatorial, e com vários domínios, o instrumento deve abranger elementos significantes da qualidade de vida (MOONS, 2010). Além disso, os instrumentos de medida devem ter propriedades psicométricas válidas e confiáveis (GUYATT et al., 1997; PASCHOAL, 2000).

Os instrumentos de QVRS têm evoluído no sentido de avaliar o impacto da doença, o efeito do tratamento e outras variáveis que afetam a vida das pessoas. Considerando que a doença cardiovascular impõe mudança no estilo de vida do paciente, os instrumentos de QVRS são formas ideais de proporcionar uma avaliação da experiência do paciente, relacionados aos seus problemas de saúde nos aspectos como: físico, emocional, social, desempenho de papéis, dor e fadiga (SKI e THOMPSON, 2010).

Vários instrumentos de QVRS têm sido utilizados em pacientes com IC, especialmente o *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (LHFQ) e o *Short Form-36 Questionnaire* (SF-36) (ROCCAFORTE et al., 2005), embora este último não seja específico para avaliar o impacto da IC na vida das pessoas. Dada à especificidade da

doença, a QVRS avaliada por instrumentos genéricos pode ser mais influenciada pelas comorbidades associadas do que pela própria doença, o que torna os instrumentos específicos mais úteis, especialmente em relação aos idosos (HUNT et al., 2001).

Com o intuito de avaliar a QVRS em pacientes com IC, Rector et al. (1987) desenvolveram um instrumento específico, o LHFQ, o qual baseia-se na auto-avaliação do paciente em relação ao impacto da IC e o seu tratamento. No Brasil, este instrumento foi traduzido culturalmente por Carrara (2001) e Carvalho (2009) e tem sido o de escolha para portadores de IC (SACCOMANN et al., 2007).

O LHFQ engloba dois grandes domínios: as dimensões física e emocional do ser humano (RECTOR et al., 1987). As suas propriedades psicométricas são confiáveis e válidas (RECTOR et al., 1992; BENNETT et al., 2002; SACCOMANN et al., 2007).

Esse instrumento teve como suporte teórico, o Modelo de Crença à Saúde de Becker, o qual, embora não seja voltado para a avaliação da QVRS, baseia-se nas crenças que o sujeito tem sobre uma doença a fim de explicar o comportamento das pessoas em relação à saúde (BECKER et al., 1977). Este modelo está centrado na motivação e na percepção de saúde do sujeito. Segundo este modelo, o estado subjetivo do indivíduo para realizar determinada ação é desencadeado pela sua percepção de ameaça da doença, e o seu comportamento em relação à sua saúde é determinado pelas percepções físicas, psicológicas, financeiras, e outras barreiras que envolvem a ação proposta. Assim, é possível compreender que o pressuposto do LHFQ é a crença do sujeito sobre a IC, a qual medeia a percepção de como a doença e o tratamento afetam a sua QVRS (SACCOMANN, 2006).

A literatura aponta que a IC está associada a altos níveis de desordens física, funcional e emocional, com conseqüente pior QVRS especialmente naqueles com IC avançada.

O estudo de SACCOMANN et al. (2011), na população idosa com IC, mostrou a dimensão física, que avalia fadiga e dispnéia, uma pontuação média mais elevada que as demais, indicando que a restrição da qualidade de vida nesses idosos está mais relacionada ao impacto destes sintomas no cotidiano. Demonstrou, também, o aumento dos escores do LHFQ em relação à gravidade da IC. Ou seja, pacientes com classe funcional mais alta

apresentaram maior comprometimento na QVRS do que aqueles com classe funcional mais baixa, nas três dimensões do LHFQ: física ($p < 0,0001$), emocional ($p = 0,0034$) e total ($p < 0,0001$). Estes autores aplicaram nesta população, o instrumento genérico de QVRS, o SF-36, e encontraram maior comprometimento da QVRS no domínio físico (SACCOMANN et al., 2010).

De fato, o agravamento dos sintomas caracteriza a progressão da IC e traz limitações na vida do paciente. Além dessa limitação, a IC está associada à incapacidade para o trabalho e à perda da independência. Esta perda de funções, além de associada aos sintomas físicos, se deve aos efeitos adversos dos medicamentos, às comorbidades, à perda da capacidade cognitiva e à perda de papéis, o que pode ser justificada pela forte associação entre dimensão física da QVRS e depressão (HEO et al., 2007; WHILE e KIEK, 2009).

Associado a isso, o comportamento inadequado de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso são comuns entre os pacientes com IC. Nessa perspectiva, estratégias de intervenção têm sido implementadas com vistas a facilitar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento, melhorar a adesão e o auto-gerenciamento da doença e a QVRS.

Na avaliação realizada por enfermeiros sobre o impacto de uma educação sistemática, na mudança do estilo de vida, melhora na adesão à dieta e aos medicamentos, e gerenciamento diário dos sintomas pelo paciente, os autores observaram que a educação sistemática foi efetiva na melhora da QVRS em conjunto com o controle dos sintomas e o auto-gerenciamento da doença realizado pelo paciente (KUTZLEB e REINER, 2006).

Verifica-se, assim, que a avaliação da QVRS de pacientes com IC tem se tornado indispensável na prática clínica, uma vez que seu gerenciamento envolve a participação de equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro tem papel de destaque na implementação de ações de educação em saúde que minimizem o efeito dos sintomas sobre a QVRS e melhorem o autocuidado.

2 - OBJETIVOS

2.1- Geral

Avaliar o efeito de um Programa de Educação em Saúde na adesão medicamentosa e não medicamentosa, e na qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial.

2.2- Específicos:

- a. Avaliar a adesão medicamentosa ao uso de diuréticos, e sua correlação entre as crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para o uso de diuréticos, e as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- b. Avaliar as crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para adesão à auto-monitorização diária do peso/edema, e a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas;
- c. Comparar a adesão à terapêutica diurética e as crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para o uso de diuréticos e para a auto-monitorização de peso/edema entre os pacientes do grupo controle e de intervenção, antes e após o Programa de Educação em Saúde;
- d. Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde entre os pacientes do grupo controle e de intervenção, antes e após o Programa de Educação em Saúde;
- e. Verificar a correlação entre a qualidade de vida relacionada à saúde, adesão à terapia diurética e as crenças relacionadas à saúde após a implementação do Programa de Educação em Saúde.

3 - HIPÓTESES

Para atingir os objetivos do estudo foram elaboradas as hipóteses descritas a seguir:

H₁ – Os pacientes do grupo de intervenção, ao final do Programa de Educação em Saúde, apresentarão maior adesão à terapêutica diurética e melhora nas crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para o uso de diuréticos e para a auto monitorização de peso/edema do que aqueles do grupo não submetido ao Programa.

H₂ – Os pacientes do grupo intervenção, ao final do Programa de Educação em Saúde, apresentarão melhor qualidade de vida relacionada à saúde do que aqueles do grupo não submetido ao Programa.

4 - CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1- Tipo de Estudo

Tratou-se de um ensaio clínico randomizado, definido como estudo experimental que compara o efeito e o valor de uma intervenção com controles, cujos grupos são formados num processo aleatório de decisão (ESCOSTEGUY, 2009). Portanto, este estudo foi experimental, controlado e randomizado, que buscou avaliar o efeito de uma intervenção envolvendo dois grupos: o de intervenção e o grupo controle.

4.2- Local da Pesquisa

O estudo foi realizado em Ambulatórios especializados em Cardiologia e Geriatria de um hospital terciário de grande porte, no interior do Estado de São Paulo.

4.3- Sujeitos

Os sujeitos deste estudo foram os pacientes em seguimento ambulatorial, adultos com idade igual ou superior a 50 anos, faixa etária à partir da qual observa-se aumento expressivo dos casos de IC, de ambos os sexos e com diagnóstico médico de IC. Foram arrolados os pacientes que, sucessivamente, atenderam a todos os critérios de inclusão e nenhum de exclusão.

- Critérios de Inclusão

Fizeram parte deste estudo pacientes com diagnóstico médico de IC em seguimento nos ambulatórios selecionados há pelo menos três meses¹, em uso contínuo de diuréticos, e que apresentaram capacidade de compreensão e comunicação confirmada pela verificação simples da orientação espacial e temporal

- Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes: com impossibilidade de responder verbalmente os formulários da entrevista; com dificuldade para o transporte aos ambulatórios ou

¹ O critério de seguimento ambulatorial de três meses foi adotado a partir de análise prévia dos respectivos campos, na qual foi constatado ser o período mínimo para a realização dos exames de caracterização clínica (Sacomann et al., 2007).

domicílio distante; que não possuíam endereço fixo ou telefone para contato; com história recente de eventos cardiovasculares agudos (infarto agudo do miocárdio - IAM ou angina instável nos três meses que antecederam a coleta de dados); transplante, cirurgia cardíaca ou outros procedimentos cirúrgicos que poderiam influenciar no seguimento; e distúrbios psiquiátricos ou portadores de doenças com prognóstico de alta mortalidade.

- Critérios de Descontinuidade

Foram descontinuados do estudo os pacientes que não compareceram aos retornos agendados para o desenvolvimento do programa.

4.4- Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi estimado para detectar um tamanho de efeito moderado $d=0,5$ (COHEN, 1988) para a diferença dos escores de benefícios e barreiras para adesão à medicação e auto-monitorização do peso/edema entre os grupos comparados (MACHIN e CAMPBELL, 2005), com poder estatístico de 80% e nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Inicialmente foi estimado um $n=29$ sujeitos por grupo. Para contornar possíveis perdas durante o seguimento, o tamanho amostral foi ampliado para $n=50$ sujeitos por grupo.

4.5- Procedimento

4.5.1- Randomização

Após o esclarecimento detalhado do estudo e obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) os pacientes foram entrevistados e aplicados os seguintes instrumentos: Caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Adesão Medicamentosa de MORISKY, Medida da Adesão Medicamentosa, *Beliefs about Medication Compliance Scale* (BMCS), *Beliefs about Self-monitoring Compliance* (BSMCS) e Medida de QVRS específica para IC, por meio do *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (LHFQ). Em seguida, os sujeitos foram alocados no grupo controle (GC) e no grupo de intervenção (GI). A técnica utilizada foi a randomização por números aleatórios, com a formação de blocos constituídos por número fixo de indivíduos

(n=8), nos quais tem-se a mesma quantidade de indivíduos alocados em cada grupo de comparação (ESCOSTEGUY, 2009). O processo de randomização foi realizado com o uso de uma lista de seqüência aleatória, gerada pelo software SAS versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary NC, USA, 2002-2003).

4.5.2- Formação dos grupos

A. Grupo controle (GC): Os sujeitos deste grupo receberam somente as orientações médicas efetuadas na consulta, na qual o médico cardiologista indica o tratamento e faz as orientações de acordo com as necessidades de cada paciente. Os instrumentos, descritos acima, foram novamente aplicados após o período equivalente a três meses. Nenhum paciente deste grupo recebeu da pesquisadora qualquer orientação e/ou informação relacionada à doença, terapêutica e cuidados.

B. Grupo Intervenção (GI): Após a randomização, o GI foi formado por pequenos blocos de oito sujeitos até totalizar o tamanho amostral mínimo estimado (n=50). Foram formados seis blocos com oito sujeitos cada e um bloco com cinco sujeitos. Os pacientes do GI participaram do Programa de Educação em Saúde efetuado pela pesquisadora, que possui experiência em Enfermagem Cardiológica. Após o término do Programa, período equivalente a três meses, os instrumentos descritos anteriormente foram novamente aplicados nos pacientes do GI.

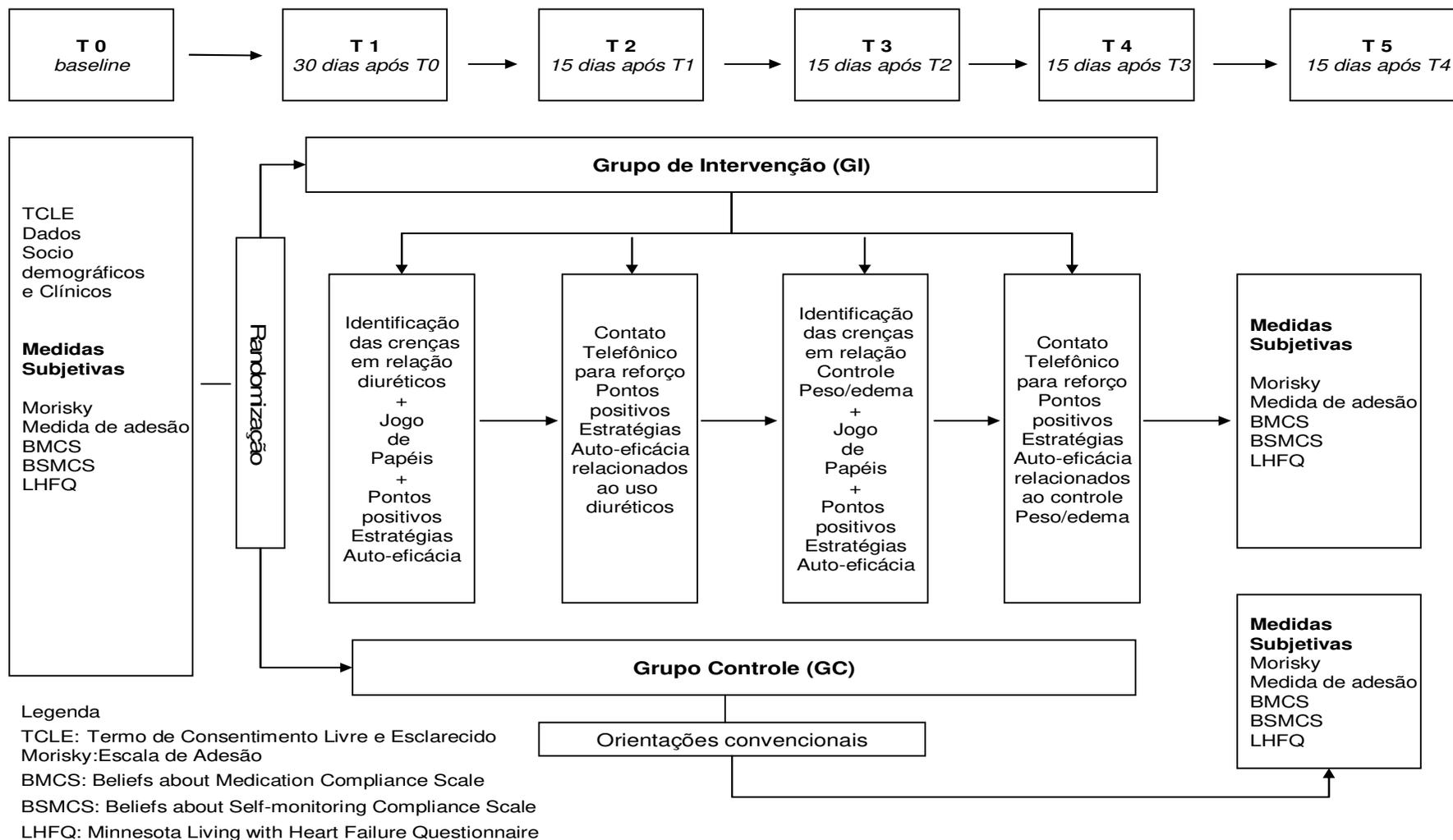
4.5.3- Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de agosto de 2010 a abril de 2011. Este período compreendeu desde o ingresso dos pacientes no estudo até a finalização do Programa de Educação em Saúde; não sendo, portanto, pré-fixado. A aplicação dos instrumentos, nos grupos GC e GI, foi efetuada por meio da técnica de entrevista estruturada, no dia da consulta médica e em local reservado, por quatro alunas do Curso de Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS/PUC-SP). As

alunas foram previamente treinadas pela pesquisadora, e supervisionada pela mesma durante toda a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada em dois tempos: na data de ingresso na pesquisa (T_0) e ao término de três meses (T_5). Entre T_0 e T_5 foi desenvolvido o Programa de Educação em Saúde para o GI pela pesquisadora (enfermeira com experiência em cardiologia), voltado para a adesão ao uso dos diuréticos e à auto-monitorização diária de peso/edema. A efetivação deste Programa ocorreu em quatro etapas (T_1 a T_4) (Figura1).

FIGURA 1- Esquema do procedimento de coleta de dados



Tempo zero (T₀): No dia da consulta médica foram aplicados os instrumentos de coleta de dados, na seguinte ordem: Caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos, Escala de Adesão Medicamentosa de MORISKY, Medida da Adesão Medicamentosa, *Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS)*, *Beliefs about Self-monitoring Compliance (BSMCS)* e *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (LHFQ)*. Em seguida foi realizada a randomização e criação dos grupos GI e GC. Neste dia, os pacientes GI, foram agendados para retornarem ao ambulatório de especialidades no prazo de 30 dias.

Tempo um (T₁) – Presencial: Nesta fase os pacientes do GI foram convocados em bloco de oito pacientes para a aplicação da estratégia jogo de papéis. Esta etapa efetivou-se 30 dias após a entrevista (T₀). Neste primeiro encontro houve o acolhimento do grupo de pacientes, com a apresentação de cada participante (nome, idade, procedência) para integração do mesmo. A seguir foi realizada a leitura das crenças em relação ao uso de diuréticos, extraídas da aplicação do instrumento **BMCS** em T₀, para facilitar a construção de conhecimento relacionado às dificuldades e barreiras associadas ao uso desse fármaco. Em seguida foi desenvolvido o “jogo de papéis”, na qual foram expostas as regras do jogo ao grupo, bem como a distribuição dos papéis de cada um. Neste momento os participantes propuseram o cenário e discutiram coletivamente as estratégias para enfrentar as barreiras. O jogo de papéis foi conduzido pela pesquisadora e facilitadora da estratégia. No final do jogo, a facilitadora destacou os aspectos positivos em relação ao uso de diuréticos e as estratégias de auto-eficácia* propostas pelos participantes.

Tempo dois (T₂) - Reforço por telefone. Após 45 dias de T₀, os participantes receberam um telefonema da pesquisadora que seguiu o protocolo de acompanhamento por telefone (Apêndice 1) e reforçou os aspectos positivos e as estratégias de auto-eficácia em relação ao uso de diuréticos propostos anteriormente (T₁).

Tempo três (T₃) - Presencial: Após 60 dias de T₀, os participantes retornaram ao ambulatório de especialidades para o segundo encontro. Foi realizado o acolhimento do grupo e leitura das crenças em relação ao controle de peso/edema, extraídas da aplicação do

* O conceito de auto-eficácia e o seu emprego na mudança do comportamento dos sujeitos foram descritos anteriormente no item “Benefícios e barreiras percebidos para a adesão”.

instrumento **BSMCS** aplicado em T₀, para facilitar a construção de conhecimento relacionado às dificuldades e barreiras associadas ao controle do peso/edema. Em seguida, novamente foi aplicada a estratégia “jogo de papéis”, expondo ao grupo as regras do jogo, bem como a distribuição dos papéis. Neste momento os próprios participantes propuseram o cenário e discutiram coletivamente as estratégias para enfrentar as barreiras. O jogo de papéis foi conduzido pela pesquisadora e facilitadora dessa estratégia. No final do jogo, a facilitadora destacou os aspectos positivos relacionados ao controle de peso/edema e estratégias de auto-eficácia propostas pelos participantes.

Tempo quatro (T₄) – reforço por telefone: Após 75 dias de T₀, os participantes receberam novo telefonema da pesquisadora que seguiu o protocolo de acompanhamento por telefone (Apêndice 1) e reforçou os aspectos positivos e as estratégias de auto-eficácia em relação ao controle de peso/edema propostos anteriormente (T₃).

Tempo cinco (T₅): Ao final do terceiro mês do ingresso dos sujeitos na pesquisa (T₀), os instrumentos citados acima foram novamente aplicados nos grupos GI e GC pelas acadêmicas treinadas para esse fim.

Nas etapas T₁, T₂, T₃ e T₄ os sujeitos do GI participaram do Programa de Educação em Saúde efetuado pela pesquisadora, nos quais as etapas T₁ e T₃ foram realizadas por meio de encontros presenciais em data e local agendados previamente, e as etapas T₂ e T₄ por contato telefônico.

4.5.4- Intervenção

Programa de Educação em Saúde

Os pacientes do GI participaram do Programa de Educação em Saúde que teve como foco o reconhecimento dos benefícios e das barreiras percebidos pelos pacientes, e das percepções destes sobre suas próprias capacidades (crenças de auto-eficácia) para o uso de diuréticos e controle do peso diário e do edema, com conseqüente mudança de comportamento para o autocuidado. Para esta abordagem foi utilizada a estratégia **jogo de papéis**. Esta estratégia envolve a criação, sob a forma de improviso, de uma cena entre dois ou mais membros de um grupo a partir de um tema suficientemente amplo para permitir que cada personagem desempenhe o papel da sua própria maneira, com a finalidade de

melhor analisar, explorar e experimentar a utilização de estratégias adequadas à situação. Este jogo permite a modificação das crenças desfavoráveis ou negativas, reforço das crenças positivas e a introdução de novas crenças positivas que ainda não faziam parte do repertório de crenças do grupo. Esta técnica também promove a aquisição de habilidades para a realização do comportamento pelos indivíduos frente às dificuldades e barreiras por eles relatadas (MAIER, 2002).

A auto-eficácia dos pacientes foi encorajada de tal forma que percebessem o quanto eram capazes de executarem o comportamento de autocuidado em relação ao uso de diuréticos e controle de peso/edema.

O jogo de papéis foi implementado segundo as fases propostas por Kodotchigova (2002) e Peñarrieta et al. (2006):

Fase 1: (primeiros quinze minutos) foi realizada a apresentação dos participantes, do jogo e das regras, esclarecendo os principais objetivos da atividade com utilização de uma linguagem clara e concreta. Foram expostas as crenças (benefícios e barreiras) relatadas pelos pacientes com base nos resultados da aplicação dos instrumentos *Beliefs about Medication Compliance Scale* e *Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale*. Em T₁ as crenças foram relativas ao uso de diuréticos, e em T₃ relativas à monitorização de peso/edema.

Fase 2: (cinco minutos) foram distribuídos os papéis de cada participante.

Fase 3: (cinquenta minutos) o jogo: cada participante desempenhou o seu papel. Após, foi realizada a discussão entre os participantes. A pesquisadora conduziu o desenvolvimento do jogo, registrando as ações, posturas, discursos e quaisquer elementos relacionados à realidade, sem expressar sua opinião para não dificultar o envolvimento dos participantes.

Fase 4: (vinte minutos) análise final ou *debriefing*: foi realizada a discussão sobre o desempenho de papéis de cada um no grupo e o aprendizado gerado. As situações positivas dos participantes foram reforçadas por comentários de apoio reforçando ao paciente sobre a sua capacidade em seguir o tratamento. Por exemplo: “esta experiência mostrou que voce é capaz e pode agir com eficácia se você desejar. Você é capaz de repetir esta experiência em outras situações?”.

4.5.5- Instrumentos

A. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Sujeitos (Apêndice 2)

Esse instrumento é composto por três partes: I. Identificação: nome, telefone e endereço de amigo/familiar; II. Perfil sociodemográfico: sexo, idade, cor/etnia, procedência, estado civil, escolaridade, situação de trabalho e renda; III. Caracterização clínica: tempo de diagnóstico, etiologia da cardiopatia que originou a IC, comorbidades, classe funcional (CF) segundo os critérios da *New York Heart Association* (NYHA), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), disfunções sistólica e diastólica, sintomas (dispnéia, fadiga, edema, angina e palpitação), peso, altura e número de hospitalizações nos últimos seis meses (SACCOMANN et al., 2007).

B. Avaliação da Adesão Medicamentosa ao uso de Diuréticos

Neste estudo a terapêutica medicamentosa avaliada foi a utilização dos diuréticos, pelo fato dos pacientes com IC relatarem os efeitos adversos dessa terapia nas suas atividades de vida diária.

B1. Versão Brasileira da Escala de Adesão Medicamentosa de MORISKY (Anexo 1)

Esse instrumento foi adaptado culturalmente para a língua portuguesa do Brasil por Ferreira e Gallani (2007). É constituído por quatro questões relativas aos fatores relacionados não-adesão ao tratamento medicamentoso. As questões referem-se a: esquecimento (item 1), descuido (item 2), interrupção do uso do medicamento pela percepção de melhora (item 3) e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico (item 4) (MORISKY et al., 1982; MORISKY et al., 1986). A escala foi inicialmente concebida com possibilidades dicotômicas para as respostas (sim-não). Na versão utilizada, as respostas aos itens são estruturadas em escala tipo-Likert, com quatro ou cinco opções em cada item, cuja soma gera uma pontuação que varia de quatro a 18: quanto menor o escore, maior a probabilidade de adesão ao tratamento (CURCIO et al., 2007; JANNUZZI, 2009). Os itens são considerados dimensões distintas dos fatores que interferem na adesão e, portanto, serão analisados em conjunto e de forma individual.

B2. Medida da Adesão Medicamentosa (Anexo 2)

Para a medida da adesão medicamentosa foram adotados os critérios estabelecidos por Jannuzzi (2009), que consistem na avaliação da proporção de adesão e avaliação global da adesão.

1. Proporção de adesão: avaliada por meio de instrumento “Medida da Adesão Medicamentosa” composto por quatro quadros que compreendem: 1. Descrição do nome, dosagem e posologia de todos os fármacos prescritos; 2. Descrição da forma de utilização de cada diurético prescrito, segundo dose e posologia, nas 24 horas anteriores à entrevista; 3. Descrição da utilização de cada diurético prescrito na semana anterior à entrevista; 4. Descrição da utilização no mês anterior. Os quadros 2 e 3, referentes ao uso dos diuréticos na véspera e semana anterior, respectivamente, visam obter respostas mais acuradas por meio da minimização do viés da memória (ESPÓSITO, 1995). No presente estudo interessa obter a informação restrita ao uso de diuréticos utilizados no tratamento de IC. A adesão é calculada a partir das doses omitidas no mês anterior, declaradas pelo próprio paciente, mediante o seguinte cálculo: $[(\text{doses prescritas} - \text{doses perdidas}) \times 100 / \text{doses prescritas}]$ (LOYOLA FILHO et al., 2005). Para os sujeitos que fazem uso de mais de um medicamento, a proporção final da adesão foi calculada pela média das porcentagens de adesão de cada fármaco. A proporção de adesão foi tratada como variável contínua (considerando-se a média da proporção do uso de todos os medicamentos prescritos), e como variável categórica: dose adequada (quando a dose utilizada era igual ou superior a 80% da dosagem prescrita) e dose insuficiente (quando a dose utilizada era inferior a 80% da dosagem prescrita) (JANNUZZI, 2009).

2. Avaliação global da adesão: além da proporção do uso dos medicamentos também foi avaliada a sua posologia, ou seja, o número de medicamentos ingeridos e sua associação com marcadores temporais: jejum, café da manhã, almoço e jantar (JANNUZZI, 2009).

Para avaliação global da adesão, os pacientes foram classificados em quatro Grupos (I, II, III e IV) (Quadro 1). Foram considerados “aderentes” os sujeitos que se enquadravam no Grupo I e “não-aderentes” àqueles pertencentes aos Grupos II, III e IV.

Quadro 1. Classificação dos sujeitos conforme a adesão global à terapêutica diurética.

Aderentes	Não-aderentes		
Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Dose e cuidados adequados à prescrição	Dose adequada e cuidados inadequados	Dose insuficiente e cuidados adequados	Dose e cuidados inadequados

Adaptado de Januzzi (2009)

C. Escalas de Crenças em Saúde

C1. *Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS) (Anexo 3)*

Esse instrumento foi adaptado culturalmente para a língua portuguesa do Brasil por Ferreira e Gallani (2005). Trata-se de questionário de 12 itens com escores de cinco pontos (variação entre 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), destinado a medir benefícios e barreiras percebidos para adesão ao uso de medicamentos em sujeitos com IC. Cinco itens medem os benefícios da adesão à esta classe de medicamento (Subescala benefícios - itens 1,2,7,10 e11) e os sete itens restantes medem as barreiras à adesão (Subescala barreiras – itens 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 12). Obtém-se um escore total para cada subescala de benefícios e de barreiras, somando-se os escores obtidos nos itens de cada uma delas. A pontuação dos escores da subescala de benefícios pode variar de 5 a 25, quanto maior os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 7 a 35, na qual quanto maior os escores, maior serão as barreiras percebidas.

C2. *Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale (BSMCS) (Anexo 4)*

Esse instrumento foi adaptado culturalmente para a língua portuguesa do Brasil por Ferreira e Gallani (2005). Trata-se de um questionário de 18 itens com escores de cinco pontos (variação entre 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), destinado a medir benefícios e barreiras percebidos para adesão ao comportamento de auto-monitorização diária do peso/edema em pacientes com IC. Seis itens medem os benefícios da adesão à auto-monitorização (Subescala benefícios – itens 3,5,11,15,16 e 17) e os doze

itens restantes, as barreiras para adesão à auto-monitorização (Subescala barreiras - itens 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 e 18). Obtém-se um escore total para cada subescala de benefícios e de barreiras, somando-se os escores obtidos nos itens de cada uma delas. A pontuação dos escores da subescala dos benefícios pode variar de 6 a 30, na qual quanto maior o escore, maior a percepção dos benefícios; e a pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 12 a 60, quanto maior o escore, maior serão as barreiras percebidas.

D. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (LHFQ) (Anexo 5)

A versão brasileira foi adaptada culturalmente por Carrara (2001). O LHFQ é um instrumento de QVRS específico para a IC que mede a percepção do paciente sobre os efeitos dessa afecção em sua vida. Esse questionário foi originalmente desenvolvido para ser um instrumento auto-administrado e é composto por 21 itens que avaliam as limitações física, socioeconômica e psicológica resultante dos sintomas de IC que “impede o paciente de viver como gostaria no último mês” (RECTOR et al., 1987). Cada questão tem uma escala de respostas que varia de zero (não) a cinco (demais), onde o zero representa “sem limitações” e o cinco “limitação máxima”. O questionário é quantificado pela soma das respostas dos 21 itens que correspondem: escore da dimensão física (8 itens: nº 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 e 13), escore da dimensão emocional (5 itens: nº 17, 18, 19, 20 e 21) e escore total (soma dos 21 itens). A pontuação alta nos escores indica pior QVRS e a pontuação baixa nos escores indica melhor QVRS. Este questionário possui propriedades psicométricas de confiabilidade e validade documentadas na literatura nacional e internacional (RECTOR et al., 1987; BENNETT et al., 2002; SACCOMANN, et al., 2007).

C. Resultado esperado

Os principais resultados esperados deste estudo serão a melhor adesão ao uso de diuréticos e à auto-monitorização de peso/edema, e melhora da qualidade de vida relacionada à saúde.

4.6- Pré-teste

Foi realizado um pré-teste com cinco pacientes portadores de IC em seguimento no Ambulatório de Geriatria de um hospital universitário, que atenderam aos critérios de inclusão e nenhum de exclusão estabelecidos para esta pesquisa.

O pré-teste foi efetuado pela pesquisadora e acompanhado pelas alunas que participaram, posteriormente, da coleta de dados propriamente dita.

Foram aplicados todos os instrumentos da coleta de dados, bem como desenvolvida as etapas propostas para a estratégia jogo de papéis. O pré-teste evidenciou adequação dos instrumentos e dos procedimentos empregados na coleta de dados para a população eleita, permitindo a continuidade do estudo principal.

4.7- Análise dos Dados

Os dados foram coletados e transportados para uma planilha de dados do *Excel for Windows* (versão 2003), e inseridos no programa SAS (*System for Windows Version 9.0*). Foram realizadas as seguintes análises:

- Para a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos: realizada a análise descritiva, com emprego da frequência, em valores absolutos (n) e percentual (%), para as variáveis categóricas, e das medidas de posição e dispersão (média, desvio padrão, mediana e a amplitude interquartil) para as variáveis contínuas;
- Para avaliar a adesão ao uso de diuréticos e sua correlação entre as crenças em saúde e as variáveis sociodemográficas e clínicas: efetuada as análises de comparação e de correlação posto-ordem de Spearman (a variável adesão foi tratada como um dado contínuo e a variável sexo foi transformada em variável dummy). Para a regressão logística a variável adesão foi tratada como variável categórica: Aderente (dose e cuidados adequados) e Não-aderente (dose e/ou cuidados inadequados);
- Para avaliar as crenças relativas a auto-monitorização de peso/edema e a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas: realizada a análise descritiva com emprego das medidas de posição e dispersão (média, desvio padrão, mediana e a amplitude interquartil), de correlação posto-ordem de Spearman (a variável sexo foi transformada em variável dummy) e de regressão logística. Para a regressão logística, a variável benefícios e barreiras

percebidos para auto-monitorização de peso/edema foi tratada como variável categórica na qual a variável resposta foi dicotomizada.

- Para comparar a adesão à terapêutica diurética e as crenças em saúde antes e após o Programa de Educação em Saúde: empregados o teste Mudança de McNemar e o teste *t* de *Student* para medidas pareadas e para dois grupos independentes, avaliado o *effect size* e realizada a análise de regressão linear múltipla. Para avaliar a magnitude do *effect size* foram considerados os seguintes critérios: $d = 0,20$ (magnitude de efeito pequeno ou fraco), $d = 0,50$ (magnitude de efeito moderado) e $d = 0,80$ (magnitude de efeito elevado ou forte) (COHEN, 1988).

- Para comparar a QVRS entre os pacientes, antes e após o Programa de Educação em Saúde: utilizados o teste *t* de *Student* para medidas pareadas e para dois grupos independentes, o *effect size* e a análise de regressão linear múltipla.

- Para verificar a correlação entre QVRS, adesão à terapêutica diurética e as crenças em saúde: avaliada a correlação posto-ordem de Spearman.

Adotou-se o nível de 5% de significância estatística.

4.8- Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS/PUC-SP, sob o número 1242. Todos os pacientes do estudo assinaram o TCLE conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foram informados sobre o anonimato e a liberdade em desistir a qualquer momento da pesquisa (Apêndice 3).

5 - RESULTADOS

5.1- Artigo 1 – Submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA*

Izabel Cristina Ribeiro S.Sacomann¹
Fernanda Aparecida Cintra²
Maria Cecília Bueno Jayme Gallani³
Edinêis de Brito Guirardello³
Luciana de Lione Melo⁴

RESUMO

A presente investigação teve como objetivo avaliar as estratégias de intervenção dos Programas de Gerenciamento da Doença e a sua efetividade em portadores de Insuficiência Cardíaca (IC). Para o levantamento bibliográfico utilizou-se três bases de dados: Cinahl, Medline e Lilacs. A revisão foi constituída de 22 artigos. A análise apontou que a maioria dos Programas foi gerenciada por enfermeiros especialistas. A educação em saúde foi componente de todos os Programas. As estratégias enfocaram o gerenciamento do autocuidado, com monitorização de peso, restrição de sódio e líquidos, adesão ao tratamento medicamentoso, exercícios físicos e mudança de comportamento. Todos os Programas avaliados demonstraram ser efetivos pela redução das taxas de readmissões

* Extraído da Tese de Doutorado intitulada “Educação em Saúde na Adesão ao Tratamento e na Qualidade de Vida em portadores de Insuficiência Cardíaca”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FCM-UNICAMP e Assistente Mestre Departamento de Enfermagem – FCMS – PUC/SP.

² Enfermeira. Professor Associado, Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP.

³ Enfermeira. Professor Livre-Docente, Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

⁴ Enfermeira. Professor Doutor, Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

hospitalares e de mortalidade, e melhora da qualidade de vida. Entretanto, alguns Programas não mostraram-se efetivos após o término das respectivas intervenções.

Descritores: Gerenciamento Clínico. Ensaio Clínico Controlado. Cooperação do Paciente. Qualidade de Vida; Insuficiência Cardíaca.

RESUMEN

Esta investigación tuvo el objetivo de evaluar las estrategias de intervención de los Programas de Manejo de la Enfermedad y su efectividad en pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC). La búsqueda bibliográfica fue realizada en las bases de datos: Cinahl, Medline y Lilacs. La revisión incluyó 22 artículos. El análisis permitió identificar que los enfermeros especialistas llevaron a cabo la gerencia de la mayoría de los Programas y que la educación en salud estuvo presente en todos los programas. Las estrategias enfocaron el manejo del auto cuidado, a través de monitorización del peso, restricción del sodio y de líquidos, adhesión al tratamiento medicamentoso, ejercicios físicos y alteración del comportamiento. La totalidad de los Programas evaluados mostraron ser efectivos debido a la reducción de readmisiones hospitaleras, mortalidad e incremento de la calidad de vida. Entretanto, la efectividad de algunos Programas no fue obtenida al término de las respectivas intervenciones.

Descriptor: Manejo de la Enfermedad. Ensayo Clínico Controlado. Cooperación del Paciente.. Calidad de Vida. Insuficiencia Cardíaca.

Título: EDUCACIÓN EN SALUD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: REVISIÓN INTEGRATIVA

ABSTRACT

The present investigation aimed to evaluate the intervention strategies of the Disease Management Programs and its effectiveness in patients with heart failure (HF). For the literature, three databases were used: CINAHL, Medline and Lilacs. The review sample was composed of 22 articles. The analysis revealed that the majority of the Programs was managed by nurse specialists. Health education was part of all Programs. The strategies focused on the management of self-care, with monitoring weight, restriction of sodium and

intake of liquids, adherence to medication, physical exercise and behavior changes. All Programs evaluated have proven effective for reducing mortality and hospitalization rates, and improved quality of life. However, some Programs showed not to be effective after the end of the program.

Descriptors: Disease Management. Controlled Clinical Trials. Patient Compliance. Quality of Life. Heart Failure.

Title: HEALTH EDUCATION IN HEART FAILURE: INTEGRATIVE REVIEW

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma das principais causas de hospitalização no cenário mundial e representa um quarto das admissões relacionadas ao sistema cardiovascular⁽¹⁾. Apesar dos avanços terapêuticos no seu prognóstico, as readmissões hospitalares e as taxas de mortalidade permanecem elevadas⁽²⁾. A esse respeito, 40% dos pacientes morrem nos primeiros quatro anos de adoecimento por esta afecção⁽³⁾.

Para manter a estabilidade clínica dos pacientes, o tratamento torna-se muitas vezes bastante complexo. O número de medicamentos, as doses diárias, a manutenção do regime terapêutico, exercem influência direta sobre a adesão ao tratamento⁽⁴⁾, contribuindo para a não adesão. Outros fatores podem estar relacionados a não adesão, como a qualidade das informações transmitidas aos pacientes, a limitação destes no seguimento do regime terapêutico e, conseqüentemente, a dificuldade na identificação dos sinais e sintomas preditivos de descompensação da doença. Grande parte dos pacientes com IC tem dificuldade em aderir ao tratamento não medicamentoso, ou seja, a restrição de sódio na dieta e o controle do peso diário⁽⁵⁾. Esta problemática possibilita compreender que a não adesão ao tratamento pode afetar a evolução clínica do paciente e conseqüentemente a sua qualidade de vida⁽⁶⁾.

A complexidade do tratamento da IC tem levado ao desenvolvimento e implementação de Programas de Gerenciamento da Doença (PGDs) e revelado a educação sistemática em portadores desta afecção como componente chave destes programas⁽⁷⁾. A literatura aponta que, por meio de uma educação sistemática, o emprego de estratégias para melhorar a terapêutica farmacológica, a restrição de sódio, o controle de peso, a prática de

exercícios físicos e o reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da IC têm efeito positivo para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso^(4,8,9). Os Programas mostram, ainda, que a otimização da terapêutica baseada nas diretrizes de IC associada à educação sistematizada, o acompanhamento pós-alta nas clínicas especializadas, reduzem as admissões hospitalares, diminuem a morbi-mortalidade e melhoram a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)^(8,10).

Por outro lado, nem todos os PGDs mostram-se efetivos para a obtenção dos resultados esperados⁽¹¹⁾. A incerteza do diagnóstico correto, o desconhecimento das recomendações das diretrizes de IC e sua aplicabilidade na atenção básica, e a falta de comunicação entre os profissionais da saúde e médicos especialistas podem contribuir para a baixa efetividade⁽⁷⁾.

Assim, considerando a diversidade de estratégias para a adesão ao tratamento em portadores de IC, a demanda de estudos que favoreçam o desenvolvimento e a efetividade de programas para esta adesão, realizou-se esta revisão integrativa com a finalidade de avaliar em que medida as intervenções nos PGDs mostram-se efetivas para melhorar os resultados após a alta hospitalar.

A revisão integrativa da literatura consiste em um dos métodos de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre tema investigado⁽¹²⁾. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com vistas a contribuir para o aprofundamento do conhecimento⁽¹³⁾. Além disso, esta revisão exige os mesmos padrões de rigor, clareza e réplica utilizados nos artigos originais⁽¹⁴⁾. Na literatura, o processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido, com a descrição de seis etapas distintas: identificação do tema, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento^(13,15).

Diante disso, os objetivos desse estudo foram avaliar as estratégias de intervenção em pacientes portadores de IC, em seguimento ambulatorial, em relação à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e a efetividade da intervenção.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Esta revisão integrativa seguiu os seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação da revisão propriamente dita⁽¹⁶⁾.

As questões norteadoras foram: 1. Quais estratégias de intervenção têm sido empregadas para melhorar a adesão ao tratamento? 2. De que forma os estudos têm avaliado a efetividade das intervenções? 3. As intervenções têm se mostrado efetivas para aumentar a adesão, melhorar a QVRS, e diminuir a readmissão hospitalar e mortalidade?

Para o levantamento bibliográfico foram utilizadas as bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System* on-line (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Procurou-se, ainda, fontes indexadas na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), dissertações e teses publicadas no Brasil. Os descritores utilizados foram: gerenciamento clínico, ensaios clínicos controlados, adesão, cooperação do paciente, qualidade de vida e insuficiência cardíaca. Embora, a palavra “adesão” não conste nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) ou no *Medical Subject Headings* (MeSH) ela será utilizada neste estudo, tendo em vista a adequação do seu significado para esta investigação e o seu uso na literatura nacional.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês ou espanhol, no período 2000-2009; estudos publicados com credibilidade e qualidade nas evidências (nível I, II, III)⁽¹⁵⁾, ou seja, revisões sistemáticas de múltiplos ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos randomizados individuais ou com delineamento quase-experimental que incluíam pacientes com diagnóstico de IC tratados ambulatorialmente, estudos com grupo de intervenção e grupo controle. Além disso, foram incluídos artigos de intervenção para avaliar a QVRS e a adesão ao tratamento.

Para a coleta de dados dos artigos foi elaborado um instrumento contendo informações relacionadas a: título e autoria dos artigos, metodologia do estudo, estratégias das intervenções e os principais resultados. A efetividade dos PGDs foi avaliada pelos

seguintes critérios: adesão medicamentosa e não medicamentosa, QVRS, readmissão hospitalar e taxa de mortalidade.

Os resultados são apresentados na forma descritiva e por meio de um quadro para possibilitar melhor compreensão dos achados.

RESULTADOS

No levantamento dos artigos identificou-se 101 trabalhos, dos quais 38 foram considerados elegíveis com base nos títulos e resumos. Destes, após a leitura completa e de acordo com os critérios de inclusão foram selecionados 22 artigos (18 ensaios clínicos randomizados, um estudo quase-experimental, duas revisões sistemáticas e uma meta-análise). Foram excluídos 16 artigos (10 apresentaram intervenções somente no domicílio do paciente e/ou por contato telefônico, três realizaram a intervenção apenas em pacientes hospitalizados, um artigo não relatou o critério de diagnóstico para IC, um artigo não descreveu com clareza a intervenção, e outro estudo estava inacabado). No Quadro 1 apresenta-se a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

Quadro 1 - Síntese dos estudos de gerenciamento da IC com as respectivas avaliações da efetividade das intervenções. (n=22)

Estudo	Estratégia da intervenção	Avaliação de efetividade
Bocchi et al (2008) ¹⁷	Equipe multiprofissional. Educação IC*. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes de IC.	Redução das taxas de hospitalização/mortalidade, melhoria da QVRS e adesão ao tratamento.
Jaarsma et al (2008) ¹⁸	Equipe Multidisciplinar. Educação IC e técnicas para aumentar auto-eficácia. Material didático	Não houve redução nas taxas de mortalidade/ hospitalização por IC
Nguyen et al (2007) ¹⁹	Equipe Multidisciplinar liderada por Enfermeiro. Educação em IC. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes de IC.	Benefícios alcançados pelo PGD não se sustentaram após o seu término.
DeWalt et al.(2006) ²⁰	Farmacêutico ou educador de saúde. Educação IC. Material didático.	Redução das taxas de hospitalização. Maior controle do peso diário. QVRS: não houve diferenças em 12 meses de acompanhamento

Kutzleb et al (2006) ¹⁰	Enfermeiro Especialista. Educação IC, mecanismos para reforçar a importância da adesão e melhorar a QVRS.	Melhoria da QVRS. Não houve readmissões hospitalares/morte.
Sisk et al (2006) ⁵	Enfermeira especialista. Educação IC. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes. Apoio de material didático.	Diminuição das taxas de hospitalização e melhoria da QVRS. Taxa de mortalidade semelhante nos 2 grupos.
Candwell et al (2005) ²¹	Enfermeiro não especialista. Educação IC. Estratégias de discussão das barreiras para o cuidado. Material didático.	Melhoria do conhecimento e comportamento de autocuidado.
Ducharme (2005) ²²	Equipe Multidisciplinar liderada por Enfermeiro. Educação IC. Planejamento individualizado. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes. Material didático.	Diminuição readmissões e permanência no hospital. Melhoria na QVRS. Taxa de mortalidade não apresentou diferenças significativas.
Ledwidge (2005) ²³	Enfermeiro especialista. Educação IC, consulta ao nutricionista. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes. Material didático	O PGD estendido não diminuiu o nº de hospitalizações por IC e/ou morte, em relação ao programa de 3 meses.
Shively et al. (2005) ²⁴	Enfermeiros especialistas. Educação IC. Foco na mudança do estilo de vida de cada paciente.	Melhoria da QVRS.
Smith et al.(2005) ²⁵	Enfermeiro especialista. Educação IC, terapia medicamentosa baseada nas diretrizes.	Pacientes com IC diastólica e do sexo feminino tiveram os piores escores de QVRS.
Ojeda et al (2005) ²⁶	Equipe multidisciplinar. Educação IC. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes. Promoção do autocuidado.	Diminuição das taxas de readmissão/mortalidade. Melhoria na QVRS e otimização do tratamento médico.
Debusk et al (2004) ²⁷	Enfermeiro. Educação IC. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes. Material didático	Não houve redução das taxas de re-hospitalização.
Stromberg (2003) ⁸	Enfermeiro especialista	Após 12 meses: diminuição

	Educação IC. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes.	nº readmissões, permanência hospitalar e mortalidade.
Wright et al (2003) ²⁸	Equipe multidisciplinar. Educação IC por enfermeiro especialista.	Maior conhecimento e monitoramento do peso diário. A intervenção não teve efeito nas readmissões hospitalares ou morte.
Harrison (2002) ²⁹	Enfermeiro especialista. Educação IC. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes. Promoção do autocuidado.	Melhoria da QVRS. Diminuição nas taxas de readmissões e menor procura ao serviço de emergência.
Kasper et al (2002) ³⁰	Enfermeiros e Médicos. Educação IC. Terapia medicamentosa baseada nas diretrizes. Planejamento individualizado.	Diminuição nº readmissões hosp, maior adesão as recomendações na dieta e controle de peso. Não houve diferença na adesão ao tratamento medicamentoso. Melhoria da QVRS. Não houve redução nos custos.
Krumhols et al. (2002) ³¹	Enfermeira especialista. Educação IC. Material didático.	Diminuiu taxas de readmissão hospitalar, mortalidade e custos.
Jaarsma et al. (2000) ³²	Enfermeiros. Educação IC.	Não melhorou a capacidade para o autocuidado e capacidade funcional. Não apresentou diferenças significantes na diminuição da frequência dos sintomas.
Yu et al. (2006) ²	Equipe multidisciplinar. Educação IC, otimização ao regime terapêutico.	Redução nas readmissões hospitalares e mortalidade. Apresentaram baixa efetividade aqueles que não incorporaram as recomendações do programa.
Roccaforte et al. (2005) ³	Equipe Multidisciplinar. Educação do paciente/família. Estratégias para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e autocuidado.	Redução nas taxas de mortalidade e hospitalização. Melhora da QVRS.
McAlister et al. (2001) ¹	Equipe multidisciplinar.	Redução das taxas de

	Educação IC, estratégias de autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.	mortalidade e hospitalização; eficácia da medicação e na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Melhoria da QVRS e redução de custos.
--	--	--

* Educação em IC: atividade educativa que contempla: dieta apropriada (restrição de sódio e líquidos), adesão ao tratamento, controle de peso, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, exercícios físicos e reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da IC.

O tamanho da amostra variou consideravelmente entre os estudos (desde 23 a 1069), com média de 271,4 (dp = 292,6). A média de idade dos sujeitos foi 66,7 anos (dp=6,4). A Classe Funcional (CF) dos pacientes, segundo os critérios da New York Heart Association (NYHA), foi relatada em 18 estudos. Destes, em seis estudos os sujeitos apresentaram CF I-IV, em 10 estudos CF II-IV, um estudo com CF I-III, e um único estudo com CF IV. Portanto, na maioria dos artigos os sujeitos já apresentavam alguma limitação da IC.

Para facilitar a análise, os dados serão apresentados de acordo com os seguintes tópicos: equipe de educação em saúde, estratégias de intervenção e efetividade dos PGDs.

Equipe de educação em saúde

Todos os estudos explicitaram os profissionais que participaram dos programas. Em seis (31,5 %) PGDs, as intervenções foram realizadas por uma equipe multidisciplinar com a colaboração efetiva de enfermeiro e médico especialistas, nutricionista, assistente social e um coordenador para a tomada de decisão e estabelecimento da inter-relação dos membros da equipe multidisciplinar^(17-19,22,26,28). Essa abordagem também foi adotada em dois (10,5%) PGDs os quais, contudo, não foram efetivos^(18,19).

Dentre os programas que não envolveram equipe multidisciplinar, observou-se que em oito (42,1%) o gerenciamento foi realizado por enfermeiros especialistas^(5,8,10,23-25,29,31), e em cinco (26,3%) por um único profissional da saúde (enfermeiro, médico ou farmacêutico)^(20,22,27,30,32). Entretanto, os PGDs que tiveram efeito mais positivo foram aqueles conduzidos especialmente por enfermeiros. Já nos estudos de revisão sistemática e

meta-análise, a maioria do gerenciamento foi realizada por uma equipe multidisciplinar liderada pelo enfermeiro, médico e/ou farmacêutico^(1,2,3).

Estratégias de intervenção

As estratégias utilizadas nos PGDs foram semelhantes e embasaram na educação em saúde, tanto nos programas considerados efetivos como naqueles não efetivos. As atividades educativas relacionaram-se a: dieta apropriada (restrição de sódio e líquidos), adesão ao tratamento, controle de peso, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, exercícios físicos, e reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da IC. Mais da metade dos programas (n= 13, 68,4%) utilizaram estratégias que estimulavam o gerenciamento do autocuidado com monitorização de peso, adesão ao tratamento medicamentoso, prática de exercícios físicos e mudança de comportamento. Era associada a estas atividades, a discussão de barreiras para o autocuidado. Esses programas enfocavam a piora clínica do paciente com estratégias para reduzir a manifestação dos sintomas^(5,8,10,17,20-22,24-26,29-,31). Além disso, nove (47,3%) dos PGDs que buscaram a otimização da terapêutica baseada nas recomendações das diretrizes de IC mostraram-se efetivos^(5,8,17,20,22,25,26,29,30), enquanto três (15,7%) não foram efetivos^(19,23,27). Destaca-se que dentre os nove PGDs, três (15,8%) mostraram-se efetivos inclusive no auto-gerenciamento na terapêutica com diuréticos^(5,20,25). Também foi observado que pouco mais da metade dos estudos (n=10, 52,6%) utilizou apoio de material didático para complementar a educação em IC^(5,18,20-23,26,27,29,31).

As intervenções pós-alta eram realizadas por meio de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares (VD) e/ou contato telefônico. Os PGDs, efetivos e não efetivos, adotaram métodos de intervenção semelhantes, exceto no que diz respeito ao período de acompanhamento que variou de três a 24 meses. Naqueles considerados não efetivos observou-se que após o seu término, os benefícios dos programas foram reduzidos^(18,19).

Efetividade

A efetividade dos PGDs foi avaliada pelo número de readmissões hospitalares, taxa de mortalidade, procura pelo serviço de emergência, taxa de permanência hospitalar, qualidade de vida, e custos durante o período da intervenção e/ou após o seu término.

No que se refere às mudanças estatísticas do número de readmissões hospitalares e/ou mortalidade, 10 (52,6%) programas foram considerados efetivos^(5,8,10,17,20,22,26,29-31), tendo em vista a redução significativa nas readmissões hospitalares e da mortalidade. Apesar disso, em um deles os benefícios não se sustentaram após o seu término⁽²⁶⁾. Dois destes^(30,31) avaliaram os custos, embora somente um obteve redução nas despesas com as readmissões hospitalares. Nos PGDs considerados não efetivos a redução das readmissões hospitalares e da mortalidade não foram observadas^(18,19,23,27,28).

Além disso, os PGDs efetivos mostraram mais promissores na melhora da qualidade de vida, da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, na otimização da terapêutica baseada nas diretrizes de IC, do comparecimento às sessões de educação, do auto-cuidado e do gerenciamento dos sintomas da IC^(5,8,10,17,20-22,26,29-31). Outros estudos demonstraram apenas a efetividade na melhora da QVRS^(24,25).

Os estudos de revisão avaliados nesta pesquisa demonstraram resultados semelhantes^(1,2,3). Os programas efetivos reduziram o número de readmissões hospitalares e da taxa de mortalidade, melhoraram a qualidade de vida, o uso da terapêutica baseada nas diretrizes de IC, e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Os PGDs com baixa efetividade foram aqueles que não seguiram adequadamente as recomendações dos respectivos programas e adotaram estratégias simples de acompanhamento do paciente como, por exemplo, somente o contato telefônico.

DISCUSSÃO

A IC é uma síndrome que está associada às altas taxas de readmissão hospitalar e de mortalidade. Esta revisão indicou que os PGDs foram efetivos para melhorar os resultados após a alta hospitalar, ou seja, reduzir as readmissões hospitalares e mortalidade, e melhorar a qualidade de vida, na maioria dos ensaios clínicos randomizados publicados nos últimos anos.

Em relação à equipe de educação em saúde, os programas que adotaram equipe multidisciplinar foram mais efetivos no alcance dos resultados pós-alta dos pacientes com IC^(17,22,26,28). Estes incluíram profissionais da saúde que forneciam uma abordagem mais

ampla do cuidado. Além disso, os programas que incluíram médicos especialistas com otimização da terapêutica baseada nas diretrizes de IC mostraram-se mais efetivos^(5,8,19,20,22,25,26,29,30). Os estudos liderados por enfermeiras especialistas, que monitoravam o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, alcançaram maior efetividade^(5,8,10,23-25,29,31). A esse respeito, enfermeiras especialistas têm se tornado um componente fundamental dos programas de gerenciamento do cuidado, uma vez que são responsáveis pela educação em saúde do paciente através da monitorização dos sintomas e do peso, ajuste na dose dos diuréticos, aconselhamento e apoio emocional para os pacientes e familiares⁽⁷⁾.

Em relação às estratégias adotadas nos PGDs, os estudos que implementaram mecanismos para reforçar a importância da adesão, a discussão de barreiras para o autocuidado e o desenvolvimento de habilidades para a mudança de comportamento tiveram resultados mais efetivos no que diz respeito a: diminuição das readmissões hospitalares, melhora da qualidade de vida, controle de peso, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da IC, e otimização da terapêutica baseada nas diretrizes de IC^(10,21,23,24,26,28-30). Nestes estudos encontram-se os que fizeram planejamento individualizado^(21,22,28,30). Destaca-se a importância das estratégias que visam a redução de barreiras para melhorar a adesão, em conjunto ao tratamento individualizado⁽³³⁾. A educação deve, ainda, ser direcionada com vistas a mudança do comportamento para o autocuidado e implementação de estratégias para melhorar a QVRS⁽³²⁾. De modo geral, a educação em saúde é iniciada na primeira consulta pós-alta, ou como parte do planejamento de alta após a ocorrência de algum episódio de descompensação, e é reforçada periodicamente não apenas com o paciente mas também com os seus familiares.

A maioria dos PGDs desenvolveu estratégias educacionais que orientavam, reforçavam e avaliavam as habilidades de autocuidado do paciente. A educação em saúde e o autocuidado devem incluir: reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação de IC, informações sobre os medicamentos, restrição de líquidos e controle de peso, diminuição da ingestão de sal e recomendação de exercícios físicos⁽³⁴⁾. Esses programas devem considerar a sua especificidade e respeitar a escolaridade, a crença e os valores do paciente⁽¹⁸⁾. Devem ainda, fornecer apoio emocional, aconselhamento familiar e

advertências quanto ao tabagismo e a ingestão de bebida alcoólica⁽¹⁾. Cabe ressaltar que nos PGDs não efetivos, que utilizaram técnicas para aumentar a auto-eficácia^(18,32), o apoio educacional de enfermagem melhorou o comportamento do autocuidado. Dessa forma, recomenda-se considerar as intervenções no comportamento como parte do cuidado em portadores de doença crônica⁽²⁴⁾.

Os programas cujos pacientes não seguiram as respectivas recomendações, necessitaram maior acompanhamento nos eventos de piora clínica e ganho de peso.

A maioria dos PGDs adotou acompanhamento dos pacientes por meio de consultas nos ambulatórios e contato telefônico em maior proporção que as VDs^(8,20,29-32). Entretanto, o uso de VDs para complementar a educação em saúde mostra-se útil na melhoria do cuidado aos pacientes que têm dificuldade em freqüentar o ambulatório, uma vez que se encontram em estágios avançados de IC. Os benefícios das VDs incluem, além da identificação do meio ambiente, informações mais apropriadas sobre as limitações dos pacientes, e estes achados conduzem ao atendimento das necessidades individuais⁽⁷⁾.

Com respeito à efetividade dos PGDs, os estudos demonstraram um impacto significativo nos resultados desde a redução nas readmissões hospitalares até a melhora na qualidade de vida. Com a implementação dos programas, a probabilidade de hospitalização em doze meses diminuiu, com redução em 66% das readmissões^(22,30). Outros estudos mostraram que a sobrevida dos pacientes com IC aumentou após um ano de acompanhamento, em relação aos que receberam os cuidados convencionais^(8,10,20,,26,30,31). Por outro lado, após o encerramento dos programas, os resultados não se sustentaram⁽²⁶⁾. Alguns pesquisadores questionam se os PGDs conseguem sustentar-se a longo prazo, e sugerem a necessidade contínua do contato com o enfermeiro para manter os efeitos da intervenção⁽⁵⁾. Contudo, observou-se que programas de longa duração podem obter resultados benéficos^(8,20,31), inclusive em pacientes mais jovens com IC não avançada⁽¹⁷⁾, em desacordo a outros que reforçam a idéia de que os PGDs de média duração têm maior sucesso quando comparados aos de longa duração^(3,23,26).

Entre aqueles que avaliaram os benefícios dos PGDs na QVRS, foi observado a efetividade no domínio físico^(5,17,20,22,24,29,30). De fato, os pacientes com IC apresentam

autolimitação da atividade física, tendo em vista que desenvolvem considerável perda funcional que limita as atividades de vida diárias⁽³⁵⁾.

Apesar desta revisão não ter focado estudos que avaliaram os custos, os programas que adotaram estratégias com gerenciamento multidisciplinar tiveram grande potencial na redução destes custos⁽³⁾.

Em síntese, nesta revisão foi possível observar a presença de três elementos que exerceram papel de destaque nos PGDs: 1. A participação efetiva de enfermeiros especialistas, 2. A educação em saúde, com desenvolvimento de estratégias para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, 3. A otimização da terapêutica baseada nas diretrizes de IC pela equipe médica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampla variedade de estratégias utilizadas nos PGDs contribuiu para a sua efetividade, ora na redução das readmissões hospitalares e/ou taxas de mortalidade, ora na melhora da QVRS e na adesão ao tratamento.

Os PGDs que implementaram estratégias para reforçar a importância da adesão e da promoção do autocuidado, por meio de mudanças de comportamento, mostraram resultados positivos com respeito à melhora da qualidade de vida, controle de peso, reconhecimento dos sinais e sintomas de piora da IC e terapêutica medicamentosa.

Estudos de intervenção que valorizem estratégias de adesão podem auxiliar no controle da progressão dos sintomas de IC e na prevenção da mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. *JACC*. 2004;44(4):810-19.
2. Yu DSF, Thompson DR, Lee DTF. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *Eur Heart J*. 2006;287:596-612.
3. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2005;7:1133-44.

4. Van Der Wal MHL, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17.
5. Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *Ann Intern Med.* 2006;145:273-83.
6. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ.* 2003;326:348-349.
7. Velez M, Westerfeldt B, Rahko OS. Why it pays for hospital to initiate a heart failure disease management program. *Dis Manage Health Outcomes.* 2008;16(3):155-173.
8. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. *Eur Heart J.* 2003;24(11):1014-23.
9. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao Tratamento de Pacientes com Insuficiência Cardíaca em um Hospital Universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):225-31.
10. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Academy Nurse Practitioners.* 2006;18(3):116-23.
11. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banagas JR, Rodriguez AF. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital readmission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J.* 2004;25:1570-95.
12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
14. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN Journal.* 1998;67(4):877-80.
15. Steler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nurs Reserch.* 1998;11(4):195-206.
16. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health.* 1987;10(1):1-11.

17. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA, et al. A Long-term prospective randomized controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE Study. *Circulation: Heart Failure*. 2008;3:1-30.

18. Jaarsma T, Van Der Wal MHL, Lesman-Leegte I, Luttik ML, Hogenhuis J, Veegere NJ. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2008;168(3):316-24.

19. Nguyen V, Ducharme A, White M, Racine N, O'Meara E, Zhang B, et al. Lack of long-term benefits of a 6-month heart failure disease management program. *J Cardiac Fail*. 2007;13(4):287-93.

20. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:30.

21. Candwell MA, Peters KJ, Dracup KA. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. *Am Heart J*. 2005;150(5):983.e7 – 983.e12.

22. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ*. 2005;173(1):40-45.

23. Ledwidge M, Ryan E, O'Loughlin C, Ryder M, Travers B, Kieran E, et al. Heart failure care in a hospital unit: a comparison of standard 3-month and extended 6-month programs. *Eur J H Fail*. 2005;7(3):385-391.

24. Shively, M.; Kodiath, M.; Smith, T.L.; Kelly, A.; Bone, P.; Fetterly, L.; et al. Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2005;58:27-34.

25. Smith B, Forkner E, Zaslow B, Krasuski RA, Stadjuhar K, Kwan M, et al. Disease management produces limited quality-of-life improvements in patients with congestive heart failure: evidence from a randomized trial in community-dwelling patients. *Am J Manag Care*. 2005;11:701-713.

26. Ojeda S, Anguita M, Delgado M, Atienza F, Rus C, Granados AL, et al. Short- and long-term results of a programme for the prevention of readmissions and mortality in patients with heart failure: are effects maintained after stopping the programme? *Eur J Heart Fail*. 2005;7 (4):921-26.

27. Debusk RF, Miller NH, Parker KM, Bandura A, Kraemer AC, Cher DJ, et al. Care management for low-risk patients with heart failure: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2004;141:606-613.
28. Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster AS, Gamble GD, Pearl A, Whalley GA, et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur J Heart Fail.* 2003;5(3):371-380.
29. Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID. Quality of life of individuals with heart failure. a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Med Care.* 2002;40(4):271-282.
30. Kasper, EK, Gerstenblith G, Hefter G, Van Anden E, Brinker JÁ, Thiemann DR, et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39(3):471-480.
31. Krumhols, HM; Amatruda, J; Smith GL; Mattera JA; Roumanis SA; Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39(1):83-9.
32. Jaarsma, T.; Halfens, R.; Tan, F.; Huijer Abu-Saad, H.; Dracup, K.; Diederiks, J, et al. Self-care and quality of life inpatients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung.* 2000;29(5): 319-330.
33. Evangelista LS, Dracup K. A Closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2000;15:97-103.
34. Aliti GB, Rabelo ER, Domingues FB, Clausell N. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007;15(2).
35. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Psychometric properties of the Minnesota living with heart failure – Brazilian version – in the elderly. *Qual Life Res.* 2007;16:997-1005.

5.2- Artigo 2 (a ser encaminhado ao periódico Revista Latino-Americana de Enfermagem)

Adesão e crenças relativas ao uso de diuréticos em portadores de Insuficiência Cardíaca *

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) representa um dos maiores problemas de saúde pública, com prevalência entre 1,0% e 2,0% na população mundial. Nos Estados Unidos da América (EUA) existem, atualmente, cinco milhões de portadores desta síndrome, com 550 mil novos casos diagnosticados anualmente⁽¹⁾. No Brasil, em 2007, a IC configurou-se como a causa mais freqüente das internações cardiovasculares⁽²⁾.

Nas últimas décadas observa-se considerável avanço nas inovações terapêuticas para o tratamento da IC, com comprovados benefícios em relação a sua morbimortalidade⁽³⁾. Entretanto, o emprego de vários fármacos na terapia medicamentosa, associado ao seu uso prolongado, torna essa terapêutica complexa e nem sempre garante a adesão dos pacientes ao tratamento⁽⁴⁾.

A adesão é influenciada pela interação de múltiplos fatores, que podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações relativas ao tratamento da doença, tais como: medicamentos, dieta, exercícios e mudanças no estilo de vida⁽⁵⁾. Contudo, observa-se na literatura que este comportamento tem sido estudado prioritariamente para explicar as razões que levam as pessoas a não utilizar corretamente os medicamentos prescritos⁽⁶⁾. A esse respeito, estudos revelam taxas de não adesão ao tratamento medicamentoso entre 30% e 60%⁽⁷⁻⁹⁾.

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode resultar em admissões hospitalares freqüentes e morte prematura. Estima-se que 54% das hospitalizações

* Extraído da Tese de Doutorado intitulada “Educação em Saúde na Adesão ao Tratamento e na Qualidade de Vida em portadores de Insuficiência Cardíaca”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).

relacionadas a IC poderiam ser evitadas se fosse realizado um acompanhamento adequado da terapêutica⁽¹⁰⁾. Os fatores conhecidos como preditivos ou associados a não adesão ao tratamento medicamentoso incluem: variáveis sociodemográficas (idade, gênero e nível sócio-econômico), características dos medicamentos (efeitos adversos e complexidade do tratamento), apoio social, integração e participação social^(5,7,8). Outros fatores, como as atitudes, crenças e percepção dos pacientes em relação ao tratamento necessário à manutenção da saúde, são descritos como fortes preditores de não adesão⁽¹¹⁾.

Dentre os medicamentos utilizados no tratamento da IC, os diuréticos são indicados principalmente para minimizar a retenção de sódio e a hipervolemia, diminuindo a dispnéia e o edema⁽³⁾. Contudo, esta classe de fármacos aumenta o número de micções, o que dificulta a livre locomoção dos pacientes e leva-os, muitas vezes, a restringir o seu uso. Estudos demonstram que as maiores taxas de não adesão aos diuréticos estão relacionadas ao esquecimento e a seus efeitos adversos⁽¹²⁾, bem como aos benefícios e barreiras sobre o seu uso⁽⁶⁾. Soma-se a isso, a piora das condições clínicas e das readmissões hospitalares dos pacientes com IC⁽¹³⁾, sobretudo pelo quadro clínico da forma congestiva de descompensação da IC⁽¹⁴⁾.

Assim, realizou-se este estudo com os objetivos: 1. avaliar a adesão ao uso de diuréticos em pacientes portadores de IC, e 2. explorar fatores relacionados à adesão, como: crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para o uso de diuréticos, e variáveis sociodemográficas e clínicas.

MÉTODO

Este estudo é um corte transversal de um estudo experimental mais amplo, que verificou o efeito de uma intervenção educativa sobre a adesão medicamentosa e não medicamentosa entre pacientes portadores de insuficiência cardíaca em acompanhamento nos ambulatórios de Geriatria e Cardiologia de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo. Para a composição da amostra de 99 pacientes, foram incluídos sujeitos de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 50 anos, faixa etária à partir da qual observa-se aumento expressivo dos casos de IC. Os sujeitos atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1. seguimento ambulatorial há pelo menos três meses (período

mínimo necessário para a realização dos exames de caracterização clínica), 2. em uso contínuo de diuréticos, e 3. capacidade de compreensão e comunicação. Foi adotado como critério de exclusão os pacientes com distúrbios psiquiátricos, e aqueles com história recente de eventos cardiovasculares agudos (infarto do miocárdio ou angina instável nos três meses que antecederam a coleta de dados).

Coleta de dados

O período de coleta de dados compreendeu entre agosto de 2010 e abril de 2011. No dia da consulta médica os pacientes foram convidados a participar do estudo, e esclarecidos sobre o propósito e desenvolvimento da pesquisa. Após obtenção da anuência, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Projeto da Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local.

Após a consulta médica, os pacientes foram entrevistados individualmente, em local reservado. Inicialmente foram obtidas informações sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, renda familiar e presença de sintomas), e posteriormente aplicados sequencialmente os instrumentos: Escala de Adesão de Morisky, Medida de Adesão Medicamentosa e *Beliefs about Medication Compliance Scale*.

Os dados referentes à condição clínica dos pacientes foram extraídos dos prontuários, com respeito a: etiologia da IC, tempo de diagnóstico, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), classe funcional segundo os critérios da *New York Heart Association* (CF NYHA), e comorbidades associadas.

Instrumentos

Escala de Adesão de Morisky, adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil⁽¹⁵⁾. É constituída por quatro questões relativas aos fatores relacionados à não-adesão ao tratamento medicamentoso: esquecimento (item 1), descuido (item 2), interrupção do uso do medicamento pela percepção de melhora (item 3), e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico (item 4). O escore total é a soma dos quatro itens. Na versão utilizada, as respostas aos itens são estruturadas em escala tipo-Likert, com quatro a

cinco opções em cada item, cuja soma gera uma pontuação que varia de 4 a 18: quanto menor o escore, maior a probabilidade de adesão ao tratamento ^(16,17). No estudo atual, a consistência interna, avaliada por meio do alfa de Cronbach, foi de 0,59.

Medida da Adesão Medicamentosa, calculada pela proporção de adesão e pela avaliação global da adesão. Para o cálculo da a proporção de adesão utilizou-se a seguinte fórmula: [(doses prescritas – doses perdidas) x 100 / doses prescritas] ⁽¹⁸⁾, para cada diurético prescrito. Para os sujeitos que faziam uso de classes diferentes de diuréticos, a proporção final da adesão foi calculada pela média das porcentagens de adesão de cada fármaco. Foi considerado como “dose adequada”, quando a dose utilizada era igual ou superior a 80% da dosagem prescrita e “dose insuficiente”, quando a dose utilizada era inferior a 80% da dosagem prescrita ⁽¹⁷⁾. Além da proporção do uso dos medicamentos também foi avaliada a sua posologia, ou seja, o número de medicamentos ingeridos e sua associação com marcadores temporais: jejum, café da manhã, almoço e jantar ⁽¹⁷⁾. Para avaliação global da adesão, os pacientes foram classificados em quatro Grupos (I, II, III e IV. Foram considerados “aderentes” os sujeitos que se enquadravam no Grupo I e “não-aderentes” àqueles pertencentes aos Grupos II, III e IV) (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação dos sujeitos conforme a adesão global à terapêutica diurética.

Aderentes	Não-aderentes		
Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Dose e cuidados adequados à prescrição	Dose adequada e cuidados inadequados	Dose insuficiente e cuidados adequados	Dose e cuidados inadequados

Adaptado de Januzzi (2009)

Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS), adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil ⁽¹⁹⁾. Esta escala é composta por 12 itens com escore de cinco pontos (variação entre 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), e destinada a medir benefícios e barreiras percebidos para a adesão ao uso de medicamentos em sujeitos com IC. Todos os itens relacionam-se à terapia com diuréticos, tendo em vista a atribuição que os pacientes fazem aos efeitos colaterais desta terapia como fator que interfere nas suas atividades de vida diária ^(20,21). Cinco itens medem os benefícios da adesão, e sete itens

medem as barreiras à adesão. Obtém-se um escore total para cada subescala de benefícios e de barreiras, somando-se os escores obtidos nos itens de cada uma delas. A pontuação dos escores da subescala de benefícios pode variar de 6 a 25, quanto maior os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 7 a 35, na qual quanto maior os escores, maior serão as barreiras percebidas. Na versão original apresentou valores de alfa de 0,63 para a sub-escala benefícios e 0,71 para a sub-escala barreiras e teve sua estrutura confirmada pela análise fatorial⁽²¹⁾. No estudo atual, a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou valores $\alpha= 0,45$ para a sub-escala benefícios e $\alpha= 0,36$ para a sub-escala barreiras.

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando-se o programa SAS (*System for Windows Version 9.0*). Para as análises de comparação, associação (correlação) e de regressão logística, a variável adesão foi tratada como variável categórica: Aderente (dose e cuidados adequados) e Não-aderente (dose e/ou cuidados inadequados). Para avaliar as diferenças entre os grupos em relação as variáveis categóricas foi empregado teste qui-quadrado, e para as variáveis contínuas foi utilizado o teste t *Student*. Para as análises de correlação entre adesão, crenças em relação ao uso de diuréticos e as variáveis sociodemográficas e clínicas, a variável adesão foi tratada como um dado contínuo e a variável sexo foi transformada em variável dummy, sendo empregado o coeficiente correlação de Spearman. Na análise de regressão logística, considerou-se como variável dependente “adesão à terapia”. Adotou-se o nível de 5% de significância estatística.

RESULTADOS

A amostra constitui-se por 105 pacientes com IC, com predomínio da raça branca. A média de idade foi 66,1 ($\pm 9,4$) anos. A maioria era casada ou em união consensual (66,7%), aposentada (75,2%), com até quatro anos de estudo (79%), e renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos (82,9%). A principal etiologia da IC foi a hipertensiva, seguida da isquêmica. As comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (77,1%) e o diabetes melito (25,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características Sociodemográficas e Clínicas dos Pacientes com IC (n=105). Sorocaba, 2011.

Características		
Sociodemográficas	Média (dp)	n (%)
Idade (anos)	66,1 (9,4)	
≤ 60		26 (24,8)
> 60 ≤ 75		66 (62,9)
>75		13 (12,4)
Sexo		
Feminino		56 (53,3)
Masculino		49 (46,7)
Cor/etnia		
Branca		80 (76,2)
Não branca		25 (23,8)
Estado Civil		
Casado		70 (66,6)
Não casado		35 (33,3)
Situação de Trabalho		
Aposentado		79 (75,2)
Empregado		12 (11,4)
Sem rendimentos		14 (13,3)
Escolaridade (anos de estudo)	4,1 (3,3)	
Renda (salário mínimo)	1,9 (1,0)	
Clínicas		
Tempo de IC (anos)	9,9 (7,9)	
Etiologia		
Hipertensão Arterial Sistêmica		55 (52,3)
Coronariopatia		29 (27,7)
Doença de Chagas		13 (12,4)
Miocardiopatia		8 (7,6)
Classe Funcional (<i>New York Heart Association</i>)		
CF I		19 (18,1)
CF II		61 (58,1)
CF III/IV		25 (23,8)
Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo	51,0 (13,5)	
Normal (≥ 50 %)		60 (57,1)
Rebaixada (< 50 %)		45 (42,9)
Comorbidades	2,3 (1,8)	
1		54 (51,4)
2		37 (35,2)
≥ 3		14 (13,3)
Diuréticos utilizados		
Furosemida		72 (68,6)
Hidroclorotiazida		46 (43,8)

Espiro lactona		29 (27,6)
Número médio de diuréticos utilizados	1,4 (0,5)	
Disfunção Sistólica		48 (45,7)
Disfunção Diastólica		57 (54,3)

Adesão ao uso de diuréticos

Na avaliação da adesão ao tratamento com diuréticos, verificou-se que os pacientes apresentaram escore total médio da Escala de Adesão de Morisky em torno de 6,0, o que indica alta probabilidade de adesão (Tabela 2). É interessante notar que, embora esta Escala seja tratada por alguns autores como uma medida de adesão, ela é constituída por fatores relacionados à não adesão. Assim, resultados distintos foram observados quando a adesão foi analisada à partir do critério de proporção de tomada do medicamento, ou de sua análise associada ao emprego ou não dos cuidados adequados.

Considerando-se a proporção de adesão, foi observado que 64,8% dos pacientes relatavam utilizar 80,0% ou mais do diurético prescrito. Ao considerar também os cuidados na tomada do medicamento, ou seja, a avaliação global da adesão, observou-se que 35,2% dos pacientes foram classificados no Grupo I (dose e cuidados adequados à prescrição), 39,1% no Grupo II (dose correta e cuidados inadequados), 14,3% no Grupo III (dose insuficiente e cuidados adequados), e 11,4% no Grupo IV (dose e cuidados inadequados). Desta forma, somente 35,2% dos pacientes foram classificados como Aderentes (dose e cuidados adequados), e os demais (64,8%) como Não-aderentes, com emprego inadequado de dose e/ou dos cuidados necessários.

Crenças relativas aos benefícios e barreiras no uso de diuréticos

A Tabela 2 apresenta a variação dos escores das Escalas de Morisky e de Crenças sobre Medicação entre os grupos de adesão (Aderente e Não-aderente). Observa-se que os grupos não foram diferentes no escore total de Morisky e seus itens, com exceção do item 1, relativo ao esquecimento, mais elevado no grupo Não-Aderente.

Achados semelhantes foram observados para as crenças relativas aos benefícios e barreiras. Não houve diferença significativa entre os grupos, exceto no item 5, que avalia

a barreira relacionada ao número de diuréticos ingeridos ao dia, ou seja, os pacientes Não-aderentes concordaram mais com este item do que os pacientes Aderentes (Tabela 2).

Para o grupo como um todo, a média dos escores da sub-escala de benefícios foi mais elevada (20,1) do que a da sub-escala de barreiras (17,0), indicando que os pacientes tendem a concordar mais com os benefícios do uso de diuréticos do que com as barreiras relacionadas à sua utilização. As crenças relacionadas aos benefícios percebidos que apresentaram escore mais elevado foram: melhora da qualidade de vida (4,5), redução das chances de hospitalização (4,1), diminuição do inchaço (4,1) e menor preocupação com a doença (4,0). As crenças das barreiras percebidas com escore mais elevado foram: ter que acordar à noite para ir ao banheiro (3,5), ser difícil para sair de casa (3,4) e ser desagradável (3,0).

Tabela 2 – Escala de Morisky, Benefícios e Barreiras percebidos segundo a Avaliação Global de Adesão. Sorocaba, 2011.

Morisky	Amostra Total (n=105)		Aderente (n=37)		Não-aderente (n=68)		p-valor
	Média (dp)*	Mediana (IQR)	Média (dp)	Mediana (IQR)	Média (dp)	Mediana (IQR)	
Item 1	1,7 (0,76)	2 (1)	1,5 (0,51)	1 (1)	1,7 (0,85)	2 (1)	0,02 [†]
Item 2	1,6 (0,86)	1 (1)	1,7 (0,86)	1 (1)	1,6 (0,87)	1 (1)	0,67
Item 3	1,5 (0,80)	1 (1)	1,5 (0,77)	1 (1)	1,5 (0,82)	1 (1)	0,85
Item 4	1,3 (0,52)	1 (1)	1,3 (0,44)	1 (0)	1,3 (0,56)	1 (1)	0,37
Total	6,0 (1,99)	6 (3)	5,9 (1,51)	6 (3)	6,1 (2,22)	6 (3)	0,41 [†]
BMCS[‡] Benefícios							
Item 1	4,0 (1,55)	5 (1)	4,0 (1,55)	5 (1)	4,0 (1,56)	5 (1)	0,93
Item 2	4,1 (1,23)	5 (2)	3,9 (1,38)	5 (2)	4,2 (1,12)	5 (2)	0,18
Item 7	4,1 (1,38)	5 (1)	4,2 (1,31)	5 (1)	4,0 (1,42)	5 (1)	0,61
Item 10	3,4 (1,50)	3 (2)	3,4 (1,39)	3 (2)	3,4 (1,57)	4 (3)	0,94
Item 11	4,5 (0,83)	5 (1)	4,4 (0,80)	5 (1)	4,5 (0,85)	5 (1)	0,57
Total	20,1 (3,69)	21 (6)	20,0 (4,29)	21 (7)	20,2 (3,34)	20,5 (6)	0,77 [†]
BMCS Barreiras							

Item 3	1,8 (1,45)	1 (1)	1,6 (1,26)	1 (1)	1,9 (1,54)	1 (1)	0,22
Item 4	3,0 (1,78)	4 (4)	3,1 (1,73)	4 (4)	2,9 (1,82)	4 (4)	0,62
Item 5	1,8 (1,38)	1 (1)	1,5 (1,04)	1 (1)	1,9 (1,51)	1 (1)	0,05 †
Item 6	3,4 (1,83)	4 (4)	3,6 (1,79)	5 (4)	3,2 (1,85)	4 (4)	0,25
Item 8	2,0 (1,54)	1 (2)	1,9 (1,50)	1 (1)	2,0 (1,58)	1 (2,25)	0,22
Item 9	1,5 (1,14)	1 (1)	1,8 (1,43)	1 (1)	1,4 (0,93)	1 (0)	0,13†
Item 12	3,5 (1,80)	5 (4)	3,2 (1,82)	4 (4)	3,6 (1,80)	5 (4)	0,31
Total	17,0 (5,03)	18 (7)	16,9 (4,68)	18 (5)	17,1 (5,24)	18 (7)	0,73

*dp: desvio padrão; ** IQR: amplitude inter-quartis; †Estatística t estimada a partir do método de Satterthwaite; ‡ BMCS: *Beliefs about Medication Compliance Scale*.

Na análise de correlação entre as medidas de adesão (Escala de Adesão de Morsiky e avaliação global da adesão) e a escala de crenças para adesão ao uso de diuréticos foi observada correlação positiva entre os escores dos itens 1, 3 e 4 da Escala de Morisky com a sub-escala barreiras, o que mostra que quanto maior a percepção de barreiras para a tomada deste medicamento, mais o paciente concorda que esquece de tomar o diurético ou que interrompe o medicamento quando se sente mal ou se sente bem.

Nenhuma correlação significativa foi encontrada entre a sub-escala benefícios e a Escala de Morisky (Tabela 3).

Tabela 3 - Coeficiente de correlação (e respectivo p-valor) entre as medidas de adesão e crenças em relação ao uso de diuréticos. Sorocaba, 2011.

Escala de Morisky	Aderente	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Total	BMCS * Benefícios
	r **	r	r	r	r	r	r
Item 1	-0,16 (0.1010)						
Item 2	0,06 (0.5282)	0,55 (<.0001)					
Item 3	0,01 (0,99)	0,37 (<.001)	0,32 (<.001)				
Item 4	-0,07 (0,46)	0,28 (<.001)	0,19 (0,05)	0,33 (<.001)			
Total	-0,02 (0,80)	0,73 (<.0001)	0,77 (<.0001)	0,69 (<.0001)	0,51 (<.0001)		
BMCS - Benefícios	-0,00 (0,98)	-0,16 (0,57)	0,03 (0,78)	-0,09 (0,35)	-0,01 (0,93)	-0,10 (0,31)	
BMCS – Barreiras	-0,05 (0,57)	0,25 (0,01)	0,06 (0,52)	0,25 (0,01)	0,23 (0,02)	0,25 (0,25)	-0,04 (0,66)

* BMCS: *Beliefs about Medication Compliance Scale*; **: Coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo p-valor

A correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, e as medidas de adesão medicamentosa é apresentada na Tabela 4. Observou-se correlação positiva entre proporção de adesão e as variáveis renda familiar e número de sintomas, mostrando que quanto maior a renda e o número de sintomas, o paciente tende a ser mais aderente à tomada dos diuréticos. O escore total da Escala de Morisky apresentou correlação positiva somente com a idade. Os itens 1, 2, 3 e 4 apresentaram correlações com variáveis distintas. O item 1 apresentou correlação negativa com renda e número de comorbidades, isto é, quanto maior a renda e o número de comorbidades, o paciente reconhece ser menos esquecido quanto ao uso dos diuréticos. O item 2 apresentou correlação positiva com a idade, ou seja, quanto maior a idade, mais o paciente se percebe descuidado ao tomar o diurético, e o item 3 mostrou correlação positiva com escolaridade, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, mais o paciente reconhece que suspende o diurético quando se sente bem e negativa com sexo e comorbidades. O item 4 apresentou correlação negativa com números de sintomas, o que indica que quanto maior o número de sintomas, o paciente reconhece que interrompe menos de tomar o diurético pela percepção de piora do quadro clínico.

Tabela 4 – Coeficiente de correlação (e respectivo p-valor) entre adesão medicamentosa (proporção de adesão e Escala de Morisky), e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Sorocaba, 2011

	Idade	Escolaridade	Renda	Sexo	Comorbidades	Fração de Ejeção	Sintomas
	r**	r	r	r	r	r	r
Proporção de Adesão	0,05 (0,61)	0,03 (0,75)	0,21 (0,03)	-0,01 (0,91)	-0,03 (0,74)	-0,03 (0,78)	0,18 (0,06)
Morisky							
Item 1	0,16 (0,10)	-0,04 (0,72)	-0,20 (0,04)	-0,08 (0,42)	-0,19 (0,05)	0,11 (0,28)	0,07 (0,48)
Item 2	0,25 (0,01)	0,15 (0,13)	-0,08 (0,43)	-0,07 (0,50)	-0,05 (0,58)	0,01 (0,93)	0,15 (0,12)
Item 3	0,10 (0,32)	0,20 (0,04)	-0,19 (0,06)	-0,25 (0,01)	-0,20 (0,04)	0,06 (0,54)	-0,07 (0,49)
Item 4	0,07 (0,48)	0,08 (0,42)	-0,14 (0,17)	-0,09 (0,36)	-0,02 (0,86)	0,04 (0,67)	-0,24 (0,01)
Total	0,21 (0,03)	0,17 (0,08)	-0,15 (0,14)	-0,18 (0,07)	-0,14 (0,16)	0,10 (0,32)	-0,01 (0,93)

* BMCS: *Beliefs about Medication Compliance Scale*; ** r: Coeficiente de Correlação de Spearman e o respectivo p-valor

A análise dos fatores associados à avaliação global da adesão foi realizada por meio da análise de regressão logística, incluindo-se como variáveis independentes: Escala de benefícios e barreiras, Escala de Adesão de Morisky, sexo, idade, renda, escolaridade, situação de trabalho, tempo de IC, disfunções sistólica e diastólica, comorbidades e sintomas. Nesse modelo não foi considerada a variável score total de Morisky por sua multicolinearidade. Em seu lugar, foram incluídos como variáveis os escores dos itens 1, 2, 3 e 4.

A Tabela 5 mostra o resultado final do modelo logístico, após eliminação das variáveis que não foram significativas (*Stepwise selection*). A análise aponta que o item esquecimento da Escala de Morisky, o sexo e os sintomas influenciaram a adesão medicamentosa, ou seja, o aumento nos escores do comportamento de esquecimento reduz em 0,46 vezes a chance do paciente ser aderente; por outro lado o aumento do número de sintomas aumenta em 1,77 vezes a chance dele em ser aderente à terapêutica com diuréticos. Além disso, os homens apresentam 2,59 vezes mais chance de serem aderentes ao uso do diurético que as mulheres.

Tabela 5 – Análise de regressão logística para avaliação de adesão à terapia diurética (n=105). Sorocaba, 2011.

Variáveis Independentes	p-valor	OR*	Intervalo de confiança 95% para OR	
Escala de Morisky				
Item 1	0,00	0,46	0,221	0,942
Sexo	0,04	2,59	1,001	6,693
Sintomas	0,00	1,77	1,268	2,481

* OR (Odds Ratio): Razão de risco para adesão a terapia diurética (Não-aderente n=68 e Aderente n=37).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada por meio de medidas de auto-relato e manteve-se centrada no uso de diuréticos. Considerando-se a complexidade de avaliação do comportamento de adesão e as limitações das medidas de auto-relato para sua avaliação, as quais tendem a superestimar o grau de adesão ^(7,22), diferentes medidas foram empregadas, visando uma avaliação mais abrangente e possível deste comportamento.

Dessa forma, de modo interessante, observou-se que quando a adesão foi analisada de maneira parcial (somente os fatores relacionados à adesão, pela Escala de Morisky ou proporção de adesão), a proporção de pacientes com alta probabilidade de adesão era majoritária. Entretanto, ao considerar a proporção de tomada dos diuréticos, em relação à dosagem prescrita em associação ao emprego dos cuidados adequados, mais da metade dos pacientes (64,8%) foi classificada como não-aderente. Estes dados ratificam estudo anterior ⁽¹⁷⁾, que apontou para a importância da utilização de mais de uma medida para compreensão mais ampla deste comportamento.

A análise global da adesão revela uma realidade preocupante, uma vez que a maior parte dos pacientes não toma a dose prescrita de diuréticos ou o faz por meio de cuidados inadequados. É descrito na literatura que a não-adesão ao tratamento medicamentoso na IC, principalmente de diuréticos, está associada aos episódios de descompensação da IC, e conseqüentemente à re-hospitalização ⁽²³⁾.

Neste estudo, os pacientes concordaram mais com os benefícios do que com as barreiras em relação ao uso de diuréticos, dados que são consistentes com a literatura na

qual emprega-se a mesma escala de avaliação e observou-se escores mais elevados de crenças relacionadas a benefícios ^(6,11,24).

Investigações progressas apontaram as barreiras percebidas como fortes preditores da não-adesão à terapia medicamentosa ⁽²⁵⁻²⁷⁾. No presente estudo, porém, as barreiras percebidas foram relacionadas somente ao esquecimento, medido pela Escala de Morisky, e não foram preditoras da adesão global.

Os grupos Aderente e Não-aderente não apresentaram diferenças entre si no escore total da Escala de Morisky e nas escalas de crenças sobre benefícios e barreiras para o uso de diuréticos. Na avaliação individual dos itens de cada escala, encontrou-se que os pacientes Não-aderentes apresentaram maior pontuação do que os Aderentes, tanto no item que se refere ao esquecimento na Escala de Morisky, como no item entre as barreiras, que se refere ao número de diuréticos ingeridos diariamente.

A literatura descreve que quanto maior o número e frequência da dose de medicamentos prescritos, maior é a probabilidade de que a tomada de medicamentos seja percebida como barreira para a adesão ⁽²⁸⁾. O grande número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico complexo estão associados à não adesão em portadores de IC ^(10,27), o que reforça a importância da adequação do regime posológico na tentativa de redução da polifarmácia.

O item esquecimento da Escala de Morisky em conjunto com o número de sintomas e o sexo foram as variáveis que, na análise de regressão logística, explicaram a variabilidade geral da adesão, segundo a medida global de adesão empregada neste estudo.

Os pacientes com maior número de sintomas apresentaram 1,7 vezes mais chance de aderir ao uso de diuréticos do que aqueles com menor número de sintomas. Estes achados podem ser justificados pelo efeito favorável dos diuréticos na redução dos sintomas congestivos ⁽²⁹⁾. Além disso, pacientes com conhecimento prévio da IC, e identificação dos sintomas de congestão, mostraram-se mais aderentes ao tratamento ⁽³⁰⁾. Assim, os achados apontam para a importância de reforçar junto aos pacientes sintomáticos a necessidade do uso dos diuréticos e desenvolver estratégias para estimular a adesão ao diurético, mesmo na ausência dos sintomas ou na presença discreta deles. Demonstrar que o uso do diurético é importante não somente para alívio dos sintomas, mas também para

prevenir a descompensação cardíaca que antecede a ocorrência dos sintomas, pode ser útil para motivar os pacientes a tomarem corretamente o medicamento.

Os pacientes que reconheceram esquecimento de tomar o diurético, pela escala de Morisky, por sua vez, tiveram menos chance de serem aderentes do que os que discordaram. O aumento dos escores de esquecimento reduz em 0,46 vezes as chances do paciente ser aderente, o que significa que quanto maior o comportamento de esquecimento, menor é a probabilidade de adesão.

A literatura aponta o esquecimento como um dos fatores à baixa adesão ao uso de diuréticos⁽⁸⁾, principalmente em relação à furosemida⁽¹²⁾ e ao uso de medicamentos cardiovasculares, em geral^(31,32). Na população alvo deste estudo, é importante considerar que a disfunção cognitiva, prevalente em muitos idosos com IC, pode contribuir significativamente para as taxas de não adesão, especialmente quando são frequentes as mudanças no tratamento medicamentoso^(4,11).

A constatação do esquecimento como um fator que influencia a adesão ao diurético aponta para a importância do envolvimento familiar, tanto no apoio emocional, como na operacionalização da administração dos fármacos⁽³³⁾. A separação das drogas conforme os dias da semana/horários ou a confecção de uma tabela com a relação dos medicamentos, e a facilidade de acesso são estratégias que podem minimizar o efeito desse comportamento⁽²⁷⁾.

O sexo foi outra variável que explicou significativamente a variabilidade da adesão. Os homens apresentam 2,6 vezes mais chance de serem aderentes ao uso do diurético que as mulheres. A influência do sexo foi demonstrada em outra investigação na qual as mulheres portadoras de IC, principalmente com idade inferior a 75 anos, tinham menor probabilidade de adesão à terapia⁽⁸⁾. Características psicossociais, como depressão e apoio social têm sido reportadas como importantes contribuidores de baixa adesão em mulheres^(27,34). Nesta pesquisa, entretanto, tais variáveis não foram exploradas.

Esperava-se encontrar associação entre a severidade da doença (avaliada pela classe funcional segundo NYHA, FEVE, disfunções sistólica e diastólica) e as medidas de adesão à terapêutica, conforme é apontado na literatura^(27,35).

Na análise univariada, comparando-se os grupos de adesão, pacientes com FEVE rebaixada e disfunção diastólica foram proporcionalmente mais aderentes do que aqueles com FEVE normal e sem disfunção, embora esta associação não tenha sido estatisticamente significativa ($p= 0,09$ e $p= 0,15$, respectivamente). A falta de associação direta entre FEVE e adesão pode estar relacionada à falta de especificidade da FEVE na determinação dos sintomas de IC. Enquanto pacientes com FEVE normal ou levemente reduzida podem ser sintomáticos, aqueles com FEVE baixa podem ser assintomáticos ⁽³⁶⁾. Como a manifestação de sintomas leva os pacientes a assumir comportamento de maior adesão ⁽²⁹⁾, torna-se compreensível a falta de correlação.

O número de comorbidades, importante fator preditor de hospitalização por IC ⁽⁹⁾, foi outra variável que isoladamente esteve relacionada ao item esquecimento da Escala de Adesão de Morisky. Em outras palavras, quanto maior o número de comorbidades, menos o paciente reconhecia esquecer o uso do diurético. Porém, na análise de regressão, o número de comorbidades não explicou a variabilidade da adesão. É possível que a complexidade do quadro clínico leve o paciente a reconhecer a necessidade do tratamento e assim, não esquecer de tomar os diuréticos. Na literatura, entretanto, estudos apontam que os pacientes com maior número de comorbidades são menos aderentes à terapêutica, sendo justificada a menor adesão pelo elevado número de medicamentos associados para tratar as comorbidades ^(8,27,35). Assim, a influência da presença de múltiplas comorbidades sobre a adesão e os fatores a ela relacionados ainda não é bem explicada.

Outras variáveis também apresentaram relação com as medidas de adesão na análise univariada, deixando de ser significativas no modelo de regressão logística. É possível que estas tenham sido filtradas pelas variáveis retidas no modelo: sexo, número de sintomas e esquecimento. Na avaliação da análise univariada, entretanto, percebe-se que algumas variáveis como idade, renda mensal e escolaridade, devem ser consideradas pelo enfermeiro no planejamento de suas intervenções.

Foi observado que quanto maior a idade, maior a probabilidade para a não adesão e maior a percepção do paciente em ser descuidado na utilização do diurético. Observa-se na atualidade, que pacientes com IC sobrevivem período mais longo, graças à evolução da terapia medicamentosa ⁽³⁷⁾; porém, a disfunção cognitiva tende a aumentar com

a idade, o que pode interferir na capacidade de realizar comportamentos de autocuidado tais como: controle de peso, adesão à dieta apropriada e adesão ao tratamento medicamentoso⁽³⁸⁾. Dessa forma, percebe-se a necessidade de maior atenção a estes aspectos de saúde, com implementação de medidas educacionais que visem a participação ativa do paciente e do familiar no processo de cuidado.

Em relação à renda mensal, constatou-se que quanto menor a renda dos pacientes, maior a percepção de ser esquecido no uso do diurético e menor a proporção de adesão. De fato, na literatura verifica-se que a baixa renda está associada à menor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a maiores riscos de hospitalização.

No que se refere à escolaridade, observou-se que quanto mais alto o grau de escolaridade, mais o paciente reconhece que interrompe o uso do diurético ao perceber melhora do quadro clínico. Geralmente, os estudos têm identificado altas taxas de adesão ao tratamento em pacientes portadores de IC com escolaridade elevada^(11,39), dados que conflitam com o presente achado. É possível que com a escolaridade mais elevada, o paciente apresente maior tendência a assumir o controle de seu tratamento, seguindo menos as orientações prescritas. Assim, em especial nesta parcela de pacientes com IC, ressalta-se a importância de reforçar aos pacientes para interromperem ou reduzirem a dose prescrita da medicação somente após a avaliação pelo profissional de saúde responsável por seu acompanhamento.

Enfim, os achados deste estudo apontam para a necessidade de uma abordagem educacional, considerando múltiplos aspectos relacionados à adesão à terapia diurética por pacientes com IC. Além disso, reforça-se a necessidade de estudos de intervenção, direcionados para otimizar o comportamento de adesão, com atenção especial aos grupos com maior chance de não adesão: mulheres, pacientes com nenhum ou poucos sintomas e que reconhecem esquecer com frequência a tomada do medicamento. Para isso, a educação em saúde tem se revelado um componente-chave para obtenção de resultados positivos⁽⁴⁰⁾.

A consistência interna da Escala de Morisky, abaixo dos critérios considerados satisfatórios, corrobora a de outras pesquisas que mostraram resultados semelhantes^(31,41). O baixo escore obtido, neste estudo, sugere que os itens individuais que compõem a Escala medem diferentes domínios relacionados à adesão. As sub-escalas, benefícios e barreiras

percebidos para adesão ao uso de diuréticos também apresentaram consistência interna abaixo do critério satisfatório ($\alpha = 0,45$ e $\alpha = 0,36$, respectivamente). Estes resultados podem ser justificados pelo fato da sub-escala benefícios ser composta por itens mais homogêneos, uma vez que todos os seus itens refletem o conceito de conhecimento em comparação aos itens da sub-escala barreiras, que representam crenças mais heterogêneas^(19,21). Recomenda-se, assim futuros estudos para explorar estes resultados na população brasileira.

Conclusão

Os achados mostraram que a maioria dos pacientes estudados foi classificada como não-aderente à terapia diurética, ou seja, com uso não adequado da dose, dos cuidados ou de ambos. Constatou-se que as mulheres, os pacientes com menor número de comorbidades e o reconhecimento de ser esquecido no uso dos diuréticos têm maior chance de não adesão. Os pacientes com maior percepção de barreiras reconhecem maior esquecimento no uso desse medicamento.

Diante do exposto, compreende-se que a atuação do enfermeiro como educador pode ser criticamente importante para otimizar a adesão dos pacientes com IC, com desenvolvimento de intervenções para reduzir a percepção de barreiras, e de estratégias para superar o esquecimento no uso dos diuréticos. As intervenções devem privilegiar grupos com maior risco de não-adesão, ou seja, mulheres e pacientes com menor número de comorbidades. O uso de diferentes instrumentos de medida de adesão pode fornecer diferentes ângulos sobre o problema da não-adesão, e auxiliar o enfermeiro a direcionar melhor suas intervenções.

Referências

1. American Heart Association. Heart disease and Stroke statistics: 2005 Update. Dallas, Tex; American Heart Association, 2005.
2. Datasus. Ministério da Saúde. Brasil. Dados de morbidade de 2006. Brasília, [on line]. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0204>. Acesso em 08/10/2011.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(Supl 1):1-71.

4. Ekman I, Andersson G, Boman K. Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-year randomised trial. *Patient Education and Counseling*, 2006; 61:348-353.
5. Van der Wal MHL, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail*. 2005; 7(1):5-17.
6. Bennett SJ, Lane KA, Welch J, et al. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *West J Nurs Res*. 2005; 27:977-993.
7. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. *N Eng J Med*. 2005; 353(5):487-497.
8. Granger BB, Ekman I, Granger CB, et al. Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *Eur J Heart Fail*. 2009; 11:1192-98.
9. Powell LH, Calvin JE, Richardson D, et al. Self-management counseling in patients with heart failure. *JAMA*. 2010; 304(12):1331-38.
10. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*. 2008; 28(5):54-64.
11. Van der Wal ML, Jaarsma T, Moser DK, et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006; 27:434-440.
12. Verena R, Stewart S, Pretorius S, et al. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South Africa: the Heart of Soweto study. *Cardiovasc J Af*. 2010; 21:86-92.
13. Bouvy ML, Heerdink ER, Urquhart J, et al. Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients: a randomized controlled study. *J Cardiac Fail*. 2003; 9(5): 404 -411.
14. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):44-53.
15. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento “Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale”. *Rev Latino-Am Enferm [em submissão]*.
16. Curcio R, Lima MHM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* atendido

em serviço de atenção terciária. Projeto de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq 2007; [Relatório parcial].

17. Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética. [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2008.

18. Loyola Filho A, Uchoa E, Firmo JOA, et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):545-53.

19. Ferreira MC, Gallani MC. Adaptação transcultural dos instrumentos: BMCS-Beliefs about medication compliance scale e BDCS-Beliefs about dietary compliance scale. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, 2005;15 (Supl 13):116-123.

20. Bennett S.J. Beliefs about medication and dietary compliance un people with heart failure: An instrument develop study. *Heart Lung*. 1997; 24(4):177-85.

21. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, et al Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001; 30:177-85.

22. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Rev. Ciênc & Saúde Col*. 2003; 8(3):775-82.

23. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(3): 352-58.

24. Van der Wal ML, Jaarsma T, Moser DK, et al. Unraveling the mechanisms for heart failure patient´s beliefs about compliance. *Heart Lung*. 2007; 36:253-261.

25. Orensky IA, Holdford DA. Predictors of noncompliance with warfarin therapy in an outpatient anticoagulation clinic. *Pharmacotherapy*. 2005; 25: 1801–8.

26. George J, Shalansky, Stephen. Predictors of refill non-adherence inpatients with heart failure. *Br J Clin Pharmacol*. 2006.63(4):188-193.

27. Wu J, Moser DK, Chung FML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Cardiac Fail*. 2008; 14(7):603-614.

28. Simpson Jr RJ. Challenges for improving medication adherence. *JAMA*. 2006; 296 (21):2614-2616 [Editorials]

29. Klein L, O'Connor CM, Gattis WA, et al. Pharmacologic therapy for patients with chronic heart failure and reduced systolic function: review of trials and practical considerations. *Am J Cardiol.* 2003; 91(suppl):18F-40F.
30. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(21):225-31.
31. Shalansky S, Levy AR, Ignaszewski AP. Self-reported morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother.* 2004; 38:1363-8.
32. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Cienc & Saúde Col.* 2008; 13 (Sup):703-10.
33. Simpson SH, Farris KB, Johnson JA, Tsuyuki RT. Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy.* 2000; 20:823e9.
34. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Intern J Nurs Studies.* 2008; 45:1807–1815.
35. Tsuyuki RT, Mckelvie RS, Arnold JM, Avezum AJr, Barretto AC, Carvalho AC, et al. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med.* 2001; 161:2237-42.
36. Maratanz PR, Tobin JN, Wassertheil-Smoller S, et al. The relationship between left ventricular systolic function and congestive heart failure diagnosed by clinical criteria. *Circulation.* 1988; 77(3): 607-612.
37. Silva CP, Bacal F, Pires PV, Mangini S, Issa VS, Moreira SFM, Chizzola PR, Souza GEC, Guimarães GV, Bocchi AE. Perfil do tratamento da insuficiência cardíaca na era dos betabloqueadores. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(4):475-479.
38. Rich MW. Heart Failure in the Oldest Patients: The impact of comorbid conditions. *Am J Geriatr Cardiol.* 2005; 14(3):134-141.2005
39. Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart Lung.* 2001; 30(4): 294-301.
40. Velez M, Westerfeldt B, Rahko OS. Why it pays for hospital to initiate a heart failure disease management program. *Dis Manage Health Outcomes.* 2008;16(3):155-173.
41. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24:67-74.

5.3- Artigo 3 (a ser encaminhado ao periódico da Revista da Escola de Enfermagem da USP)

Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com Insuficiência Cardíaca *

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) representa um desafio para a equipe de saúde, uma vez que, apesar das estratégias de tratamento, configura-se como uma das principais causas de hospitalização no cenário mundial⁽¹⁾. Dentre elas, destacam-se o desconhecimento das medidas não-farmacológicas, a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso, e a incapacidade dos pacientes em identificar os sinais e sintomas preditivos de descompensação da doença.

O prognóstico dos pacientes com IC depende não apenas da terapia medicamentosa, como também de uma abordagem não-medicamentosa⁽²⁾. Sendo assim, a adesão ao tratamento é relevante para o controle dos sintomas e a evolução da doença, diretamente relacionados aos esquemas terapêuticos complexos, e às restrições dietéticas de sal e líquidos. Estudos demonstram que as taxas de não adesão ao tratamento não medicamentoso são altas, variam entre 50% e 80%⁽³⁾, e estão relacionadas às mudanças no estilo de vida como: restrição de líquido e sódio na dieta, controle diário do peso e atividade física⁽⁴⁾.

Uma das maiores dificuldades na adesão refere-se a falta de conhecimento e da associação entre um fato aprendido com o resultado de um comportamento. Em outras palavras, uma dieta com pouco sal é importante, entretanto esta informação nem sempre leva o paciente a relacionar o excesso de sal na dieta à retenção de líquido e ao aumento de peso, o que pode resultar em episódios de descompensação com consequente readmissão hospitalar^(5,4). Variações superiores a 1 kg/dia de peso corporal possivelmente são

* Extraído da Tese de Doutorado intitulada “Educação em Saúde na Adesão ao Tratamento e na Qualidade de Vida em portadores de Insuficiência Cardíaca”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).

atribuídas à retenção de líquido, bem como um ganho de peso rápido e constante (1 kg/dia) pode indicar início de piora da IC ⁽⁶⁾. Dessa forma, o reconhecimento dos benefícios e barreiras percebidos e passíveis de intervenção, associado à auto-monitorização de peso e edema, podem melhorar o comportamento de adesão⁽⁷⁾.

Dentre os comportamentos específicos ao tratamento não medicamentoso, e que devem ser incentivados aos pacientes com IC, recomenda-se: o monitoramento diário do peso e do edema, a atividade física e a restrição de sódio na dieta⁽⁸⁾. Entretanto, dado que a mudança de hábitos representa um desafio na terapêutica recomendada, a motivação para mudar rotinas já estabelecidas pode ser a primeira barreira para alcançar os resultados. Entende-se, assim, que o emprego de estratégias para melhorar a adesão à terapia medicamentosa, bem como a realização de outras atividades de autocuidado são essenciais para estes pacientes⁽⁹⁾.

Considerando que as alterações no peso estão diretamente relacionados à retenção de líquidos e ao uso adequado dos diuréticos prescritos, e que a falta de adesão ao controle desta medida pode descompensar o quadro clínico do paciente com IC, este estudo teve como objetivos avaliar as crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para a adesão à auto-monitorização diária do peso e edema em pacientes com IC, e verificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre estas crenças.

Método

Este estudo é um corte transversal de um estudo experimental mais amplo, que verificou o efeito de uma intervenção educativa sobre a adesão medicamentosa e não medicamentosa entre pacientes portadores de insuficiência cardíaca em acompanhamento nos ambulatórios de Geriatria e Cardiologia de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo. Para a composição da amostra de 99 pacientes, foram incluídos sujeitos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 50 anos, faixa etária à partir da qual observa-se aumento expressivo dos casos de IC. Os sujeitos atenderam aos seguintes critérios de inclusão 1. seguimento ambulatorial há pelo menos três meses (período mínimo necessário para a realização dos exames de caracterização clínica), 2. em uso contínuo de diuréticos, 3. capacidade de compreensão e comunicação. Foi adotado como critério de

exclusão, os pacientes com distúrbios psiquiátricos e aqueles com história recente de eventos cardiovasculares agudos (infarto do miocárdio - IAM ou angina instável nos três meses que antecederam a coleta de dados).

Coleta de dados

A coleta de dados correspondeu ao período de agosto de 2010 a abril de 2011. No dia da consulta médica os pacientes foram convidados a participar do estudo, esclarecidos sobre os objetivos e desenvolvimento da pesquisa. Após a anuência em participar do estudo, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local.

Os dados foram obtidos na data da consulta médica, por meio de entrevista individual, em local privado, na qual foram aplicados os instrumentos descritos a seguir. As informações para a caracterização clínica foram extraídas dos prontuários dos pacientes.

Instrumentos de coleta de dados

Caracterização Sociodemográfica e Clínica: contém informações relativas a: nome, sexo, idade, raça, procedência, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, com quem reside e renda mensal. Contém, ainda, dados de caracterização clínica: tempo de diagnóstico, etiologia da cardiopatia que originou a IC, comorbidades, classe funcional segundo os critérios da *New York Heart Association* (CF NYHA), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), disfunções sistólica e diastólica, sintomas (dispnéia, fadiga, edema, angina e palpitação), acesso à balança de peso corporal e controle de peso.

Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale (BSMCS): adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil⁽¹⁰⁾. Escala composta por 18 itens com escore de cinco pontos (com variação entre 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente). Este instrumento destina-se à medida dos benefícios e das barreiras percebidos à adesão ao comportamento de auto-monitorização diária do peso e do edema. Seis itens medem os benefícios da adesão e doze itens medem as barreiras à adesão. Na análise do instrumento obtém-se um escore total para cada subescala, somando-se os escores obtidos nos itens de cada uma delas. A pontuação dos escores da subescala dos benefícios pode variar de 6 a 30, ou seja, quanto

maior os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 12 a 60, na qual quanto maior os escores, maior serão as barreiras percebidas. A consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou neste estudo, valores $\alpha = 0,70$ para a sub-escala benefícios, e $\alpha = 0,50$ para a sub-escala barreiras.

Análise dos resultados

Os dados foram analisados utilizando-se o programa SAS (*System for Windows Version 9.0*). Todas as variáveis foram submetidas à análise descritiva. O coeficiente de correlação de Spearman foi empregado para a análise de correlação entre a escala de crenças e as variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo a variável sexo transformada em variável dummy. A análise de regressão logística foi utilizada para verificar associação entre a variável dependente (benefícios e barreiras percebidos para auto-monitorização de peso/edema) e o conjunto de variáveis independentes: sociodemográficas e clínicas. Para esta análise a variável dependente foi tratada como variável categórica na qual a variável resposta foi dicotomizada. Adotou-se o nível de 5% de significância estatística.

Resultados

A amostra desse estudo constitui-se por 105 pacientes com insuficiência cardíaca, e predominantemente brancos. A média de idade foi 66,1 (9,4) anos. A maioria era casada ou em união consensual (66,7%), aposentada (75,2%), com até quatro anos de estudo (79%), e renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos (82,9%). A etiologia mais evidenciada foi a hipertensiva (52,3%), seguida da isquêmica (27,7). As comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial severa (77,1%) e o diabetes melito (25,7%). A maioria dos pacientes se encontrava na CF II, segundo os critérios da NYHA (58,1%). Quanto ao controle de peso, grande parte dos pacientes informou verificá-lo somente uma vez por mês (47,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características Sociodemográficas e Clínicas dos Pacientes com IC (n=105). Sorocaba, 2011.

Características		
Sociodemográficas	Média (dp)	n (%)
Idade (anos)	66,1 (9,4)	
≤ 60		26 (24,8)
> 60 ≤ 75		66 (62,9)
>75		13 (12,4)
Sexo		
Feminino		56 (53,3)
Masculino		49 (46,7)
Cor/etnia		
Branca		80 (76,2)
Não branca		25 (23,8)
Estado Civil		
Casado		70 (66,6)
Não casado		35 (33,3)
Situação de Trabalho		
Aposentado		79 (75,2)
Empregado		12 (11,4)
Sem rendimentos		14 (13,3)
Escolaridade (anos de estudo)	4,1 (3,3)	
Renda (salário mínimo)	1,9 (1,0)	
Clínicas		
Tempo de IC (anos)	9,9 (7,9)	
Etiologia		
Hipertensão Arterial Sistêmica		55 (52,3)
Coronariopatia		29 (27,7)
Doença de Chagas		13 (12,4)
Miocardiopatia		8 (7,6)
Classe Funcional (<i>New York Heart Association</i>)		
CF I		19 (18,1)
CF II		61 (58,1)
CF III/IV		25 (23,8)
Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo	51,0 (13,5)	
Normal (≥ 50 %)		60 (57,1)
Rebaixada (< 50 %)		45 (42,9)
Comorbidades	2,3 (1,8)	
1		54 (51,4)
2		37 (35,2)
≥ 3		14 (13,3)
Diuréticos utilizados		
Furosemida		72 (68,6)
Hidroclorotiazida		46 (43,8)
Espiro lactona		29 (27,6)
Número médio de diuréticos utilizados	1,4 (0,5)	
Controle de peso		
1x/semana		14 (13,3)

Até 3x/semana	5 (4,8)
1x/mês	50 (47,6)
Somente na consulta médica	36 (34,6)

Crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para adesão à auto-monitorização diária do peso e edema

A média dos escores da sub-escala benefícios foi 20,2 (dp= 5,7) e da sub-escala barreiras 30,1 (dp=7,1). Este achado indica que os pacientes percebiam poucas barreiras e mais benefícios em relação a auto-monitorização de peso e edema (Tabela 2).

As crenças em relação aos benefícios percebidos, as quais os pacientes mais concordaram foram: “verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas vai me manter saudável”, “verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas irá melhorar minha qualidade de vida”, e “quando eu me peso, não me preocupo muito com minha doença do coração”. Apesar dos pacientes reconhecerem que a verificação do peso diminui as chances de re-internações, quase a metade deles (46,7%) relatou esquecimento desta medida.

As crenças em relação às barreiras percebidas, as quais os pacientes mais concordaram foram: “eu não tenho balança em casa para me pesar”, “verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas é desagradável”, e “esqueço de me pesar todos os dias”.

Tabela 2 – Escores das Sub-escalas Benefícios e Barreiras percebidos sobre auto-monitorização de peso/edema.

BSMCS*	Média (dp) †	Md‡	Mín/Máx§
Benefícios			
3. Pesar todos os dias vai me manter saudável	2,9 (1,6)	3	1 - 5
5. Checar meu peso todos os dias irá melhorar minha qualidade de vida	3,0 (1,7)	3	1 - 5
11. Quando eu me peso, não me preocupo muito com minha doença do coração	3,4 (1,6)	4	1 - 5
15. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas irá melhora minha qualidade de vida	3,6 (1,4)	4	1 - 5
16. Se eu me pesar todos os dias, diminuo minhas chances de ser internado	3,3 (1,5)	3	1 - 5
17. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas vai me manter saudável	3,8 (1,4)	4	1 - 5
Total	20,2 (5,7)	21	6 - 30
Barreiras			

1. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas é desagradável	3,2 (1,7)	4	1 - 5
2. Pesar-me todos os dias toma muito tempo	2,5 (1,6)	2	1 - 5
4. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas toma muito tempo	1,5 (0,9)	1	1 - 5
6. Pesar-me todos os dias me deixa preocupado com minha doença	2,7 (1,7)	2	1 - 5
7. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas todos os dias me deixa preocupado com minha doença	2,9 (1,7)	3	1 - 5
8. Eu não sei como verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas	1,8 (1,3)	1	1 - 5
9. Eu não tenho balança em casa para me pesar	4,3 (1,3)	5	1 - 5
10. Esqueço de me pesar todos os dias	2,5 (1,7)	2	1 - 5
12. Não sei usar a balança para me pesar	1,6 (1,2)	1	1 - 5
13. Esqueço de me pesar todos os dias	3,1 (1,7)	3	1 - 5
14. Não consigo enxergar os números da balança para me pesar	1,6 (1,2)	1	1 - 5
18. Esqueço de verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas todo dia	2,6 (1,7)	2	1 - 5
Total	30,1 (7,1)	29	12 - 60

* BSMCS: *Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale*; †dp: desvio padrão; ‡ Md= Mediana; § Min/Max: variação mínima e máxima

Correlação entre as variáveis sociodemográficas/clínicas e as crenças em saúde

A correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, e as crenças em saúde é apresentada na Tabela 3. Observou-se uma correlação positiva entre a sub-escala benefício e escolaridade, mostrando que quanto maior a escolaridade, mais o paciente percebe os benefícios auto-monitorização de peso e edema.

A sub-escala barreira apresentou correlação positiva com sexo e a verificação do peso. Este achado chama a atenção, uma vez que as mulheres perceberam mais barreiras para o controle de peso e edema. Além disso, os pacientes que verificavam o peso com menor frequência também perceberam mais barreiras para esse autocuidado. Também merece destaque a correlação negativa entre a sub-escala barreira, escolaridade e comorbidade, ou seja, quanto menor a escolaridade e menor o número de comorbidades, mais o paciente percebe como barreira a verificação de peso e edema.

Tabela 3 - Correlação entre a escala de crenças relacionadas à saúde e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

	Idade	Sexo	Escolaridade	Renda	Tempo de IC	Comorbidades	CF#	FEVE§	Sintomas	Controle de peso
BSMCS*	r **	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Benefícios	0,063 (0,26)	0,003 (0,49)	0,221 (0,01)	0,001 (0,49)	0,018 (0,43)	-0,064 (0,26)	0,039 (0,35)	0,049 (0,30)	-0,022 (0,41)	0,019 (0,42)
Barreiras	-0,054 (0,29)	0,158 (0,05)	-0,238 (0,00)	0,047 (0,32)	0,003 (0,49)	-0,190 (0,03)	0,079 (0,20)	0,003 (0,48)	0,079 (0,21)	0,245 (0,00)

* BSMCS: *Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale*; ** r: Coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo p-valor; # CF NYHA: classe funcional segundo New York Heart Association; § FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

A análise dos fatores associados às crenças sobre adesão à auto-monitorização de peso e edema foi realizada por meio da análise de regressão logística, incluindo-se como variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de IC, comorbidades, CF NYHA, FEVE, sintomas e controle de peso. O resultado final do modelo logístico, após eliminação das variáveis que não foram significativas (*Stepwise selection*), apontou como única variável que influenciou o modelo, o controle de peso. Em outras palavras, os pacientes que controlam peso uma vez por mês têm maior chance de apresentarem barreiras para adesão a auto-monitorização de peso e edema (OR= 6,6; IC 95% 1,9-13,8; p=0,01).

Discussão

Este estudo mostrou que grande parte dos pacientes (47,6%) fazia o controle de seu peso somente uma vez por mês, e apenas 4,8% faziam este controle até 3 vezes por semana e 13,3% controlava uma vez por semana. A maioria deles não tinha balança em casa, o que pode ter contribuído pelo baixo comportamento de adesão a esta medida. Além disso, a presença de correlação positiva significativa entre o controle de peso e a sub-escala barreira percebida pode justificar os resultados obtidos. Os pacientes que verificavam o peso com menor frequência também percebiam mais barreiras para este autocuidado.

A presença de balança no domicílio facilita o estabelecimento do controle de peso como rotina⁽¹¹⁻¹⁴⁾, e pode ser, ainda, determinante para o controle de peso diário em pacientes com IC (OR=6,3; IC 95%1,7-14,1; p<0,01)⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, as taxas de adesão ao controle diário de peso apresentam variabilidade elevada, com taxas entre 12% e 42%⁽¹⁶⁾. Grande parcela dos pacientes (77%) não comunicam os médicos sobre o ganho de peso e 50% não consideram importante o aumento súbito de peso⁽¹⁷⁾.

Pequena porcentagem dos pacientes com IC (5%) associam o aumento de peso como sinal para admissão hospitalar, com tolerância média de espera entre três e sete dias, antes de buscar assistência médica⁽¹⁶⁾. Estudo com pacientes que não controlavam o peso regularmente, mostrou maiores taxas de admissão hospitalar, maior permanência no hospital e períodos de readmissões mais breves⁽¹⁵⁾.

Sendo assim, considera-se relevante, nas consultas ambulatoriais, o incentivo como medida para estimular os pacientes a incorporar este controle no dia a dia, compreendendo que aumentos súbitos de peso podem significar um sinal precoce de descompensação da IC⁽¹⁸⁾.

Os pacientes com IC perceberam poucas barreiras e mais benefícios em relação à auto-monitorização de peso e edema. Estes resultados são coerentes com estudo anterior que apresentou média de idade semelhante⁽⁴⁾. Apesar dos pacientes perceberem que a adesão a este comportamento poderia mantê-los saudáveis, melhorar a qualidade de vida e diminuir as chances de re-internações, quase a metade deles (46,7%) relatou esquecimento desta medida.

Além do esquecimento, as barreiras mais relatadas pelos pacientes para a adesão ao controle de peso e edema foram: falta de balança e ser desagradável. Na literatura, a motivação e a falta de conhecimento sobre a necessidade de controlar o peso também são apontadas como causas de baixa adesão para este comportamento^(11,12).

O esquecimento merece destaque pela importância que assume como barreira⁽⁴⁾ e pela evidência de associação significativa entre IC e disfunção cognitiva, como a perda da memória recente e a dificuldade de concentração⁽¹⁹⁾. Além disso, a disfunção cognitiva é prevalente entre os idosos⁽²⁰⁾ e pode ser responsável pelas taxas de não adesão especialmente quando são frequentes as mudanças no tratamento^(12,21).

Dessa forma, os achados apontam para a importância do desenvolvimento de estratégias que minimizem o fator esquecimento, o que pode contribuir para a diminuição das barreiras para o controle de peso e edema.

Destaca-se, ainda, a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com as barreiras para adesão ao controle de peso e edema. As mulheres perceberam mais barreiras para este autocuidado. Além disso, quanto menor a escolaridade e menor o número de comorbidades, mais o paciente percebe como barreira a verificação de peso e edema. Assim, mostra-se relevante a implementação de atividades educacionais, que incluam estratégias específicas para reforçar os benefícios dessa medida, especialmente em pacientes de baixa escolaridade e com menor número de comorbidades.

A contribuição importante deste estudo refere-se à influência da variável controle do peso sobre as barreiras percebidas para adesão. Os pacientes que relataram efetuar a medida do peso uma vez por mês tiveram 6,6 vezes mais chances de perceber como barreira a verificação do peso e edema, configurando-se como não adesão deste comportamento. O controle de peso diário consiste numa medida importante, e diretamente relacionada à retenção de líquidos e à efetividade da dose de diuréticos prescritos. O aumento súbito de peso está frequentemente associado à retenção hídrica e, conseqüentemente, à piora da IC, contudo os pacientes apresentam dificuldade em relacionar o aumento súbito de peso ao aparecimento de alterações relacionadas a piora do quadro clínico⁽¹²⁾, o que constitui uma barreira para a adesão do controle de peso diário. A principal dificuldade é apontada como conhecimento e capacidade para o paciente associar um fato aprendido com o resultado de um comportamento⁽⁵⁾. Assim, mais importante que as estratégias de adesão relacionadas ao controle do peso diário é compreensão pelo paciente do que ele fazer no aumento súbito de peso ou na piora dos sintomas⁽¹²⁾.

As diretrizes para IC orientam que os pacientes sejam informados sobre a importância do peso diário e, em casos de aumento súbito, deva ser alertados para procurar o serviço de emergência⁽⁶⁾.

Os programas de gerenciamento da doença têm sido conduzidos para facilitar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento, por meio da implementação de estratégias para melhorar a adesão e o auto-gerenciamento da doença. Esses programas mostram, ainda,

que a terapêutica baseada nas diretrizes de IC associada à educação sistematizada, o acompanhamento pós-alta nas clínicas especializadas, reduzem as admissões hospitalares, diminuem a morbi-mortalidade e melhoram a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) ^(11,24). Estudo realizado por enfermeiros, em portadores de IC, demonstrou que os pacientes do grupo de intervenção, que receberam orientações de forma intensiva quanto a adesão de medidas não farmacológicas, identificaram e buscaram atendimento no aumento súbito de peso, em relação ao grupo controle que recebeu apenas orientações no momento da consulta com o médico cardiologista (86% e 69%, respectivamente, $p < 0,01$) ⁽²⁵⁾.

Concluindo, programas de educação em saúde, com uso de estratégias que permitam identificar os benefícios e barreiras para o autocuidado, podem facilitar a compreensão de que uma simples prática, como a verificação do peso diário e do edema, poderá alertar quanto aos sinais de descompensação da IC e evitar a hospitalização. Soma-se à esta medida, a contribuição para o bem estar e a qualidade de vida destes pacientes.

Conclusão

Este estudo revelou que os pacientes realizavam controle de peso somente uma vez por mês e percebiam poucas barreiras e mais benefícios em relação a auto-monitorização de peso e edema. Os benefícios mais relatados foram manter-se saudável e melhora da qualidade de vida, enquanto que as barreiras foram o fato de ser desagradável e o esquecimento. O controle de peso foi o principal fator relacionado às barreiras percebidas para adesão às medidas não medicamentosas entre os pacientes com IC, e conseqüentemente, a baixa freqüência de realizar o controle de peso. Destaca-se também falta de uma equipe multiprofissional para o gerenciamento do paciente com IC, nos ambulatórios de atendimento dos sujeitos desta pesquisa, o que pode ter contribuído para maior desinformação sobre a importância dessas medidas.

Nesse sentido, a aplicação sistemática da escala de crenças sobre auto-monitorização de peso e edema, em clínicas de cardiologia, contribuiria para o desenvolvimento de estratégias direcionadas para a diminuição das barreiras, bem como para o aumento dos benefícios desse controle.

Referências

1. American Heart Association. Heart disease and Stroke statistics: 2005 Update. Dallas, Tex; American Heart Association, 2005.
2. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO, Gonzalez SB. Impact of nursing systematic education on disease knowledge and self-care at a heart failure clinic in Brazil: prospective an interventional study. Online Brazilian Journal of Nursing [internet]. 2007;6(3). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.1039/278>
3. Powell LH, Calvin JE, Richardson D, et al. Self-management counseling in patients with heart failure. JAMA. 2010; 304(12):1331-38.
4. Van der Wal ML, Jaarsma T, Moser DK, et al. Unraveling the mechanisms for heart failure patient´s beliefs about compliance. Heart Lung. 2007; 36:253-261.
5. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. Patient Educ Couns. 2002; 46(4):287-95.
6. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldmanmd AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. Circulation. 2001;104:2996–3007.
7. Bennett S.J. Beliefs about medication and dietary compliance un people with heart failure: An instrument develop study. Heart Lung. 1997; 24(4):177-85.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(supl 1):1-71.
9. Evangelista LS, Shinnick MA. What do we know about adherence and self-care? J Cardiol Nurs. 2008; 23(3):250-57.
10. Ferreira MC, Gallani MC. Adaptação transcultural dos instrumentos: BMCS-Beliefs about Medication Compliance Scale e BDCS-Beliefs about Dietary Compliance Scale. Rev Socesp. 2005;15 (Supl 13):116.
11. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. Eur Heart J. 2003;24(11):1014-23.
12. Van der Wal ML, Jaarsma T, Moser DK, et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. Eur Heart J. 2006; 27:434-440.

13. Holst M, Willenheimer R, Martensson J, Lindholm M, Stromberg A. Telephone follow-up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6: 153-159
14. Verena R, Stewart S, Pretorius S, et al. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South Africa: the Heart of Soweto study. *Cardiovasc J Afr,* 2010; 21:86-92.
15. Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster AS, Gamble GD, Pearl A, Whalley GA, et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur J Heart Fail.* 2003; 3:371-380, 2003.
16. Van der Wal MHL, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005; 7(1):5-17.
17. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer Abu-Saad H, Dracup K, Diederiks J, et al. Self-care and quality of life inpatients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung.* 2000; 29(5): 319-330.
18. Strömberg A. Educating nurses and patients to manage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2002; 1: 33-40.
19. Bennett SJ, Sauve MJ. Cognitive deficits in patients with heart failure: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs.* 2003;18:219-42.
20. Zuccala G, Marzetti E, Cesari M, Monaco MR, Antonica L, Cocchi A, et al. Correlates of cognitive impairment among patients with heart failure: results of a multicenter survey. *Am J Med.* 2005;118:496-502.
21. Ekman I, Fagerberg B, Skoog I. The clinical implications of cognitive impairment in elderly patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nursing.* 2001;16(1):47-55.
22. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, et al. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung.* 2001; 30:177-85.
23. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2010, 18(6):1145-51.
24. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Academy Nurse Practitioners.* 2006;18(3):116-23.

25. Van der Wal, M, Jaarsma T. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study). *Eur J Cardiovas Nurs.* 2008; 7(suppl 1):S41.

5.4- Artigo 4 (a ser encaminhado ao periódico Journal of Cardiovascular Nursing)

Educação em Saúde em Portadores de Insuficiência Cardíaca: efeito de um programa de intervenção*

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) apresenta dentre suas características, a cronicidade, e elevada morbimortalidade, apesar dos avanços terapêuticos nas últimas décadas.^{1,2}

A complexidade do tratamento da IC tem levado ao desenvolvimento de programas de gerenciamento da doença (*Disease Management Program* - DMP), e revelado a educação sistemática como componente chave destes programas.³ A literatura aponta que, na educação sistemática, o emprego de estratégias para a manutenção da terapêutica farmacológica, da restrição de sódio, controle de peso, prática de exercícios físicos, e o reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação desta enfermidade têm efeito positivo para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.^{4,5}

Por meio dos DMPs em portadores de IC, é possível observar redução das readmissões hospitalares, queda na morbimortalidade, nos custos, e melhora da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).^{4,6-8} Embora vários Programas tenham-se mostrado efetivos, não há clareza na literatura, sobre os componentes responsáveis pela sua efetividade.⁹

Para os indivíduos com IC, a meta da educação em saúde é promover maior conhecimento sobre a doença e seus sintomas, e incrementar a motivação para o autocuidado,¹⁰ com vistas à redução da morbidade e dos custos gerados pela afecção.^{4,10} Por outro lado, a complexidade do autocuidado, que envolve o seguimento do regime

* Extraído da Tese de Doutorado intitulada “Educação em Saúde na Adesão ao Tratamento e na Qualidade de Vida em portadores de Insuficiência Cardíaca”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).

medicamentoso, da dieta e da monitorização dos sintomas de descompensação pode ser um elemento desencorajador para os pacientes cronicamente doentes,¹¹ o que contribui para a manutenção das elevadas taxas de readmissões.¹²

Recentemente, a Sociedade Americana de IC atribuiu aos enfermeiros, que compõe a equipe de saúde, o papel de educadores primários.² Desta forma, os enfermeiros exercem um papel ativo na avaliação, educação, planejamento do cuidado e implementação de estratégias que incentivem o comportamento de autocuidado do paciente e promovam a adesão ao tratamento medicamentoso.¹³ Muitos DMPs têm sido implementados em clínicas de IC, nos quais compete às enfermeiras especialistas a educação para o autocuidado aos pacientes.^{4,14-16} A ampliação do conhecimento dos pacientes com IC constitui aspecto relevante para a mudança do comportamento e, conseqüentemente, do seu estilo de vida.¹⁷

Diante do exposto, dada a relevância do enfermeiro no emprego de estratégias para a adesão ao tratamento e para o autocuidado do paciente com IC, este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de uma intervenção educativa sobre: 1. o comportamento de adesão à terapêutica diurética, e 2. as crenças relacionadas à adesão ao tratamento com diuréticos e à auto-monitorização de peso/edema.

Método

Desenho e local do estudo

Estudo experimental, controlado e randomizado realizado nos ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de um hospital universitário no interior do Estado de São Paulo. Este estudo foi realizado conforme os princípios da Declaração de Helsinki e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local.

Sujeitos

Participaram do estudo pacientes em seguimento ambulatorial que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 50 anos, faixa etária à partir da qual observa-se aumento expressivo dos casos de IC; ambos os sexos; diagnóstico médico de IC há pelo menos três meses (período mínimo para a realização dos exames de caracterização clínica); uso contínuo de diuréticos; e capacidade de compreensão e

comunicação. Os critérios de exclusão foram: impossibilidade de responder verbalmente os formulários da entrevista; dificuldade para o transporte aos ambulatórios ou domicílio distante; não possuir endereço fixo ou telefone para contato; história recente de eventos cardiovasculares agudos (infarto agudo do miocárdio - IAM ou angina instável nos três meses que antecederam a coleta de dados); transplante, cirurgia cardíaca ou outros procedimentos cirúrgicos que poderiam influenciar no seguimento; e distúrbios psiquiátricos ou portadores de doenças com prognóstico de alta mortalidade. Como critério de descontinuidade do estudo foi considerado os pacientes que não compareceram aos retornos agendados para o desenvolvimento do programa.

O tamanho da amostra deste estudo foi estimado para detectar um tamanho de efeito moderado $d=0,50^{18}$ para a diferença dos escores das escalas sobre adesão à medicação e à auto-monitorização do peso/edema entre os grupos comparados,¹⁹ com poder estatístico de 80%, nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Foi estimado que com aproximadamente 29 pacientes em cada grupo seria possível detectar esta diferença. Visando contornar perdas durante o seguimento, foi adotado um tamanho de amostra em torno de 50 sujeitos por grupo.

Randomização

Após o esclarecimento detalhado do estudo e obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os pacientes foram alocados no grupo controle (GC) e no grupo de intervenção (GI), com randomização por números aleatórios e formação de blocos com número fixo de indivíduos ($n=8$). A randomização foi realizada com o uso de uma lista de seqüência aleatória, gerada pelo software SAS versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary NC, USA, 2002-2003). Os GC e GI foram constituídos por pequenos blocos de oito sujeitos cada, até totalizar o tamanho amostral mínimo estimado ($n=50$). Os sujeitos do GC receberam apenas as orientações médicas efetuadas na consulta pelo médico cardiologista. Nenhum paciente deste grupo recebeu da pesquisadora qualquer orientação e/ou informação relacionada à doença, terapêutica ou cuidados. Os pacientes do GI participaram do Programa de Educação em Saúde efetuado pela pesquisadora, que possui experiência em Enfermagem Cardiológica.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2010 a abril de 2011. Os dados foram obtidos pela consulta aos prontuários dos pacientes e por meio de entrevista individual, em ambiente privado. Para tanto, utilizou-se os seguintes instrumentos: Caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Adesão de Morisky, Medida da Adesão Medicamentosa, *Beliefs about Medication Compliance Scale* (BMCS) e o *Beliefs about Self-monitoring Compliance* (BSMCS).

A coleta de dados foi realizada em dois tempos: na data de ingresso na pesquisa (T₀) e ao final do período de seguimento de três meses (T₃). Nos tempos T₁ a T₄ foi desenvolvido o Programa de Educação em Saúde. As entrevistas foram realizadas na data da consulta médica e ao final do terceiro mês após a data da primeira entrevista. A aplicação dos instrumentos foi efetuada por duas alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC/SP), previamente treinadas e sob supervisão da pesquisadora. Considerando a possível dificuldade de leitura dos instrumentos pelos pacientes, todas as perguntas foram lidas pelas entrevistadoras.

Programa de Educação em Saúde

Estrutura teórica

O Programa de Educação em Saúde baseou-se no Modelo de Crença à Saúde²⁰ e no construto de Auto-eficácia.²¹ De acordo com este Modelo, o desempenho do indivíduo em um comportamento específico de saúde é determinado pela sua crença na susceptibilidade e gravidade da doença, bem como na crença dos benefícios e barreiras para o desempenho deste comportamento.²² Este referencial pressupõe que a ação dos indivíduos estará relacionada à crença de que os obstáculos previstos de um comportamento serão compensados pelos benefícios.

A Auto-eficácia consiste no julgamento do indivíduo sobre a sua capacidade em organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar certos tipos de desempenho²¹. As crenças de auto-eficácia auxiliam a determinar o esforço que as pessoas irão dedicar a

uma atividade, quanto tempo elas serão perseverantes quando confrontarem obstáculos e quanto serão resilientes frente a situações adversas.^{21,23} O aumento no nível da auto-eficácia percebida, a qual possibilita aos pacientes acreditarem na capacidade para executar comportamentos que irão auxiliá-los a vencer barreiras, poderá resultar na melhora da adesão ao tratamento recomendado.

Intervenção

O Programa de Educação em Saúde teve como foco o reconhecimento dos benefícios e das barreiras percebidos pelos pacientes, e das percepções destes sobre suas próprias capacidades (crenças de auto-eficácia) para o uso de diuréticos e controle do peso diário e do edema, com conseqüente mudança de comportamento para o autocuidado. A estratégia utilizada foi o jogo de papéis que permite modificar as crenças desfavoráveis ou negativas, reforçar as crenças positivas e introduzir novas crenças positivas que não compunham o conjunto de crenças do GI. Trata-se de um método de ensino centrado na aprendizagem a partir das experiências, o qual é considerado importante para a aquisição de competências.²⁴ Esta técnica também promove a aquisição de habilidades para o comportamento dos sujeitos frente às dificuldades e barreiras por eles relatadas.²⁵

Este Programa foi composto por quatro fases: duas presenciais (T₁ e T₃) e dois reforços por telefone (T₂ e T₄), com intervalo de 15 dias entre elas. Todas foram efetuadas pela pesquisadora. Nas fases presenciais destacou-se os aspectos positivos e as estratégias que favoreciam a auto-eficácia em relação ao uso de diuréticos e ao controle de peso/edema. A auto-eficácia dos pacientes foi valorizada visando a percepção do quanto eles eram capazes de executar o comportamento de autocuidado para o uso de diuréticos e controle de peso/edema. O conteúdo abordado nos reforços por telefone seguiu um roteiro previamente definido para esta pesquisa.

Instrumentos

Caracterização Sociodemográfica e Clínica: contém as informações: nome, sexo, idade, raça, procedência, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, com quem reside e renda mensal. Na caracterização clínica obteve-se: tempo de diagnóstico, etiologia da cardiopatia

que originou a IC, comorbidades, classe funcional segundo os critérios da *New York Heart Association* (CF NYHA), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), disfunções sistólica e diastólica, sintomas (dispnéia, fadiga, edema, angina e palpitação), controle de peso e número de hospitalizações nos últimos seis meses.²⁶

Escala sobre Adesão Medicamentosa de MORISKY: adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil.²⁷ É constituída por quatro questões relativas aos fatores relacionados a não-adesão ao tratamento medicamentoso, que correspondem a: esquecimento (item 1), descuido (item 2), interrupção do uso do medicamento pela percepção de melhora (item 3), e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico (item 4). O escore total é a soma dos quatro itens. Na versão utilizada, as respostas aos itens são estruturadas em escala tipo Likert, com quatro ou cinco opções em cada item, cuja soma gera uma pontuação que varia de quatro a 18: quanto menor o escore, maior a probabilidade de adesão ao tratamento.^{28,29} No estudo atual, a consistência interna, avaliada por meio do alfa de Cronbach, foi de 0,59.

Avaliação Global da Adesão Medicamentosa: esta medida foi estimada a partir das medidas de proporção de adesão e da avaliação conjunta da adoção ou não dos cuidados necessários na tomada dos medicamentos. Para o cálculo da proporção de adesão utilizou-se a seguinte fórmula: $[(\text{doses prescritas} - \text{doses perdidas}) \times 100 / \text{doses prescritas}]$,³⁰ para cada diurético prescrito. Para os sujeitos que faziam uso acima de um diurético, a proporção final da adesão foi calculada pela média das porcentagens de adesão de cada fármaco. Foi considerado como “dose adequada”, quando a dose utilizada era igual ou superior a 80% da dosagem prescrita e “dose insuficiente”, quando a dose utilizada era inferior a 80% da dosagem prescrita).²⁹ Além da proporção do uso dos medicamentos também foi avaliada a sua posologia, ou seja, o número de medicamentos ingeridos e sua associação com marcadores temporais: jejum, café da manhã, almoço e jantar²⁹. Para avaliação global da adesão, os pacientes foram classificados em quatro Grupos (I, II, III e IV). Foram considerados “aderentes” os sujeitos que se enquadravam no Grupo I e “não-aderentes” àqueles pertencentes aos Grupos II, III e IV (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação dos sujeitos conforme a adesão global à terapêutica diurética.

Aderentes	Não-aderentes		
Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Dose e cuidados adequados à prescrição	Dose adequada e cuidados inadequados	Dose insuficiente e cuidados adequados	Dose e cuidados inadequados

Adaptado de Januzzi (2009)

Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS): adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil.³¹ Esta escala é composta por 12 itens com escore de cinco pontos (variação entre 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), e destinada a medir benefícios e barreiras percebidos para a adesão ao uso de medicamentos em sujeitos com IC. Todos os itens relacionam-se à terapia com diuréticos, tendo em vista a atribuição que os pacientes fazem aos efeitos colaterais desta terapia como fator que interfere nas suas atividades de vida diária.^{32,33} Cinco itens medem os benefícios da adesão, e sete itens medem as barreiras à adesão. Obtém-se um escore total para cada subescala de benefícios e de barreiras, somando-se os escores obtidos nos itens de cada uma delas. A pontuação dos escores da subescala de benefícios pode variar de 5 a 25, quanto maior os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 7 a 35, na qual quanto maior os escores, maior serão as barreiras percebidas. Na versão original apresentou valores de alfa de 0,63 para a sub-escala benefícios e 0,71 para a sub-escala barreiras e teve sua estrutura confirmada pela análise fatorial⁽²¹⁾. No estudo atual, a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou valores $\alpha= 0,45$ para a sub-escala benefícios e $\alpha= 0,36$ para a sub-escala barreiras.

Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale (BSMCS): adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil.³¹ É constituída por 18 itens com escore de cinco pontos (variação entre 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), e destinada medir benefícios e barreiras percebidos para adesão ao comportamento de auto-monitorização diária do peso e do edema em pacientes com IC. Seis itens medem os benefícios da adesão à auto-monitorização, e doze itens medem as barreiras para adesão à auto-monitorização.

A pontuação dos escores da subescala de benefícios pode variar de 6 a 30, no qual quanto maior os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 12 a 60, quanto maior os escores, maior serão as barreiras percebidas. No estudo atual, a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou valores $\alpha = 0,70$ para a sub-escala benefícios e $\alpha = 0,50$ para a sub-escala barreiras.

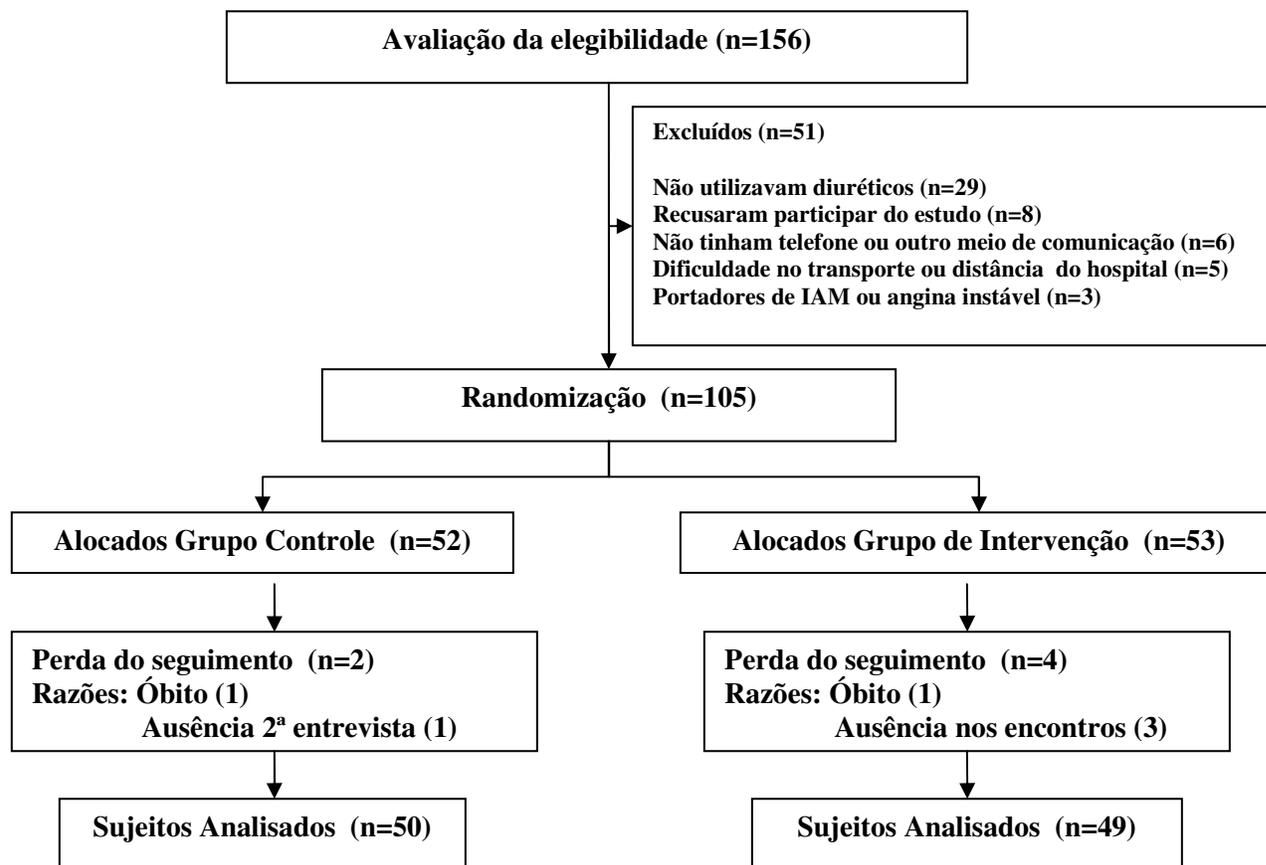
Análise Estatística

A análise estatística utilizou o programa SAS (*System for Windows Version 9.0*), sendo que a estatística descritiva foi realizada para todas as variáveis. Para verificar as associações de variáveis categóricas entre os grupos (controle e intervenção) foi utilizado o teste qui-quadrado. Para comparar as diferenças de variáveis contínuas entre os grupos controle e intervenção foi utilizado o teste *t* de *Student*. Para avaliar as diferenças nos escores, após a intervenção, na relação inter e entre-grupos foi utilizado teste de Mudança de McNemar, teste *t* de *Student* para medidas pareadas e para dois grupos independentes, e o *effect size* considerando os seguintes critérios $d = 0,20$ (magnitude de efeito pequeno ou fraco), $d = 0,50$ (magnitude de efeito moderado) e $d = 0,80$ (magnitude de efeito elevado ou forte).¹⁸ Além disso, realizou-se a análise de regressão linear para avaliar o efeito da intervenção sobre o comportamento de adesão à terapêutica diurética e as crenças em saúde.

Resultados

No período da coleta de dados, 156 pacientes com IC foram atendidos nos ambulatórios de Cardiologia e Geriatria e considerados elegíveis para o estudo. Contudo, 51 foram excluídos devido à presença de pelo menos, um critério de exclusão. Assim, a amostra foi constituída por 105 pacientes dos quais, 52 foram randomizados para o grupo controle (GC), e 53 para o grupo de intervenção (GI). Após a randomização, dois pacientes foram excluídos do GC e 04 do GI (Figura 1). Dessa forma, totalizou-se 99 pacientes, 50 no GC e 49 no GI. Os pacientes do GI participaram do Programa de Educação em Saúde.

Figura 1 - Fluxograma do ensaio clínico



A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas entre os grupos controle e intervenção. Observa-se que os grupos não foram diferentes entre si com exceção ao estado civil, na qual os pacientes do GI a maioria era casada.

Em relação às características clínicas, em ambos os grupos, a principal etiologia da IC foi a hipertensiva seguida da isquêmica. Além disso, predominaram a IC de grau moderado (CF-NYHA II) e FEVE normal. Os pacientes do GI apresentaram maior número de comorbidades associadas e utilizaram o diurético furosemida, em maior proporção comparado ao GC, entretanto esta diferença não foi estatisticamente significativa. Em relação ao controle de peso a maioria dos pacientes, de ambos os grupos, pesava somente uma vez por mês.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com IC dos grupos controle e intervenção em T0. Sorocaba, 2011.

Sociodemográficas	Amostra Total (n=105)	Grupo Controle (n=52)	Grupo Intervenção (n=53)	p-valor
Idade (M, dp)*	66,1 (9,4)	67,2 (11,0)	65,0 (7,4)	0,13 [†]
Sexo (n, %)				
Feminino	56 (53,3)	29 (55,8)	27 (51,0)	0,62 [‡]
Masculino	49 (46,7)	23 (44,2)	26 (49,0)	
Cor/etnia (n, %)				
Branca	80 (76,2)	40 (76,9)	40 (75,5)	0,85 [‡]
Não Branca	25 (23,8)	12 (23,1)	13 (24,5)	
Estado Civil (n, %)				
Casado	70 (66,6)	29 (55,8)	41 (77,4)	0,03[‡]
Não casado	35 (33,3)	23 (42,2)	12 (22,6)	
Escolaridade (anos) (M, dp)*	4,1 (± 3,3)	3,9 (± 3,8)	4,3 (± 2,8)	0,30 [†]
Situação de trabalho (n, %)				
Aposentado	79 (75,2)	42 (80,8)	40 (75,5)	0,75 [‡]
Empregado	12 (11,4)	5 (9,6)	8 (15,0)	
Sem rendimentos	14 (13,3)	5 (9,6)	5 (9,5)	
Renda (SM)[§] (M, dp)*	1,9 (1,0)	1,9 (1,0)	1,7 (0,8)	0,27 [†]
Clínicas				
Tempo de IC (M, dp)*	9,9 (7,9)	10,4 (7,5)	9,4 (8,4)	0,27 [†]
Etiologia (n, %)				
Hipertensão Arterial Sistêmica	55 (52,3)	31 (59,6)	24 (45,3)	0,28 [‡]
Coronariopatia	29 (27,7)	12 (23,1)	15 (28,3)	
Doença de Chagas	13 (12,4)	4 (7,7)	7 (13,2)	
Miocardiopatia	8 (7,6)	5 (9,6)	7 (13,2)	
CF-NYHA** (n, %)				
I	19 (18,1)	11 (21,1)	8 (15,0)	0,66 [‡]
II	61 (58,1)	30 (57,8)	31 (58,5)	
III/IV	25 (23,8)	11 (21,1)	14 (26,5)	
FEVE^{††} (n, %)				
Normal (≥ 50 %)	60 (57,1)	31 (59,6)	29 (54,7)	0,61 [‡]
Rebaixada (< 50 %)	45 (42,9)	21 (40,4)	24 (45,3)	
Disfunção Sistólica (n, %)	48 (45,7)	22 (42,3)	27 (50,9)	0,37 [‡]
Disfunção Diastólica (n, %)	57 (54,3)	26 (50,0)	24 (45,3)	0,30 [‡]
Sintomas habituais (n, %)				
Dispneia	60 (57,2)	31 (59,6)	29 (54,7)	0,84 [‡]
Edema	56 (53,4)	28 (53,9)	28 (52,8)	
Fadiga	63 (60,0)	37 (71,2)	26 (49,0)	
Angina	47 (44,8)	23 (42,3)	24 (45,3)	
Palpitação	55 (52,4)	28 (53,9)	27 (51,0)	
Comorbidades (n, %)				
Hipertensão Arterial Severa	54 (51,4)	42 (80,1)	40 (75,5)	0,33 [‡]
Diabete Melito	37 (35,2)	10 (19,2)	17 (32,0)	
Coronariopatia	14 (13,3)	6 (11,5)	10 (18,9)	
Diuréticos utilizados (n, %)				
Furosemda	72 (68,6)	33 (63,4)	43 (81,2)	0,88 [‡]
Hidroclorotiazida	46 (43,8)	20 (38,4)	27 (50,9)	
Espirilactona	29 (27,6)	14 (26,9)	15 (28,3)	

Controle de peso (n, %)				
Até 3x/semana	19 (18,0)	7 (13,4)	11 (20,7)	0,47‡
1x/mês	50 (47,6)	26 (50,0)	24 (45,2)	
Somente na consulta médica	36 (34,6)	19 (36,6)	18 (34,1)	

* média e desvio padrão; †variáveis contínuas: teste t para duas amostras independentes; ‡variáveis categóricas: teste de qui-quadrado; §SM: salário mínimo; ||IC: insuficiência cardíaca; **CF-NYHA: classe funcional segundo os critérios da New York Heart Association; ††FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

A Tabela 2 mostra o comportamento relacionado à adesão ao tratamento com diuréticos e às medidas de crenças em saúde na relação inter e entre-grupos, após a intervenção.

Tabela 2. Média e desvio padrão das variáveis de adesão ao tratamento diurético e das medidas de crenças em saúde antes da intervenção (T₀) e ao final do período de seguimento (T₅). Sorocaba, 2011.

Variáveis	Grupo Intervenção (n=49)			Grupo Controle (n=50)			Diferença em T ₅ (GI -GC)
	T ₀	T ₅	p-valor"	T ₀	T ₅	p-valor"	
Avaliação Global de Adesão	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		
Aderente	19 (38,7)	28 (57,2)	0,08	19 (38,0)	17 (34,0)	0,06	11^a
Não-Aderente	30 (61,3)	21 (42,8)		31 (62,0)	33 (66,0)		-12^a
Morisky	Média (dp)*	Média (dp)	Diferença (T ₅ -T ₀)	Média (dp)	Média (dp)	Diferença (T ₅ -T ₀)	Diferença em T ₅ (GI -GC)
Total	6,1 (1,9)	5,4 (1,3)	-0,7^{a,}	5,9 (2,1)	6,1 (2,0)	0,2	-0,7^{a,}
Item 1	1,7 (0,7)	1,2 (0,4)	-0,5^{b,†}	1,5 (0,8)	1,6 (0,8)	0,1	-0,4^{b,†}
Item 2	1,6 (0,9)	1,7 (0,7)	0,1	1,6 (0,8)	1,7 (0,9)	0,1	0,0
Item3	1,6 (0,8)	1,4 (0,5)	-0,2	1,5 (0,8)	1,5 (0,8)	0,0	-0,1
Item 4	1,3 (0,5)	1,1 (0,3)	-0,2^{a,}	1,3 (0,6)	1,4 (0,8)	0,1	-0,3^{a,†}
BMCS^{**}							
Benefícios	20,0 (3,7)	22,0 (2,1)	2,0^{b,†}	20,2 (4,3)	19,7 (4,4)	-0,5	2,3^{b,†}
Barreiras	17,1 (4,4)	11,6 (3,3)	-5,5^{b,††}	17,2 (4,5)	15,2 (5,0)	-2,0	-3,6^{b,††}
BSMCS^{***}							
Benefícios	19,7 (3,5)	26,9 (2,4)	7,2^{b,††}	20,5 (4,6)	21,3 (4,6)	0,8	5,6^{b,††}
Barreiras	30,6 (7,0)	21,5 (4,7)	-9,6^{b,††}	30,3 (4,8)	32,5 (5,6)	2,2	-11,0^{b,††}

"teste de Mudança de McNemar ^ap<0.05; *dp: desvio padrão; **BMCS:Beliefs about Medication Compliance Scale; *** BSMCS: Beliefs about Self- monitoring Compliance Scale; Teste t-paired/para grupos independentes ^ap<0.05; ^bp<0.001; Effect Size (Cohen's Conventions): ||fraca, †moderada, ††forte magnitude.

Na **medida de adesão à terapia diurética pela avaliação global da adesão**, observou-se que em T₅ os pacientes do GI apresentaram maior proporção de adesão e os

pacientes do GC apresentaram menor proporção de adesão quando comparados ao valor inicial (T_0), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Quando observada a diferença entre GI e GC em T_5 , entretanto, houve aumento no percentual de adesão nos pacientes do GI quando comparado aos do GC com diferença estatisticamente significativa, o que indica melhora na tomada do diurético (Tabela 2).

Na **medida de adesão avaliada pela escala de Morisky**, observou-se, em T_5 , que o GI apresentou diminuição no escore total, e nos itens 1 e 4 quando comparados ao valor inicial (T_0) com diferença estatisticamente significativa, e *effect size* de fraca a moderada magnitude ($d=0,29$, $d=0,65$ e $d=0,30$, respectivamente), que indica o maior efeito da intervenção neste comportamento. No GC, não foi observada diferença significativa nos escores em T_5 quando comparados ao valor inicial (T_0). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T_5 , houve diminuição no escore total, e nos itens 1 e 4 com diferença estatisticamente significativa, e *effect size* de moderada magnitude especialmente nos itens 1 e 4 ($d=0,63$ e $d=0,50$, respectivamente).

Quanto às **medidas de crenças em saúde**, observou-se em T_5 que a média dos escores de benefícios percebidos para adesão ao diurético do GI aumentou em relação ao valor inicial (T_0) com *effect size* de moderada magnitude ($d=0,44$). Inversamente, os escores das barreiras do GI diminuíram em relação ao valor inicial (T_0) com *effect size* de alta magnitude ($d=0,91$). No GC, não foi observada diferença significativa nos escores após intervenção (T_5) quando comparados ao valor inicial (T_0). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T_5 , houve aumento do escore de benefícios percebidos com moderada magnitude de efeito ($d=0,61$) e diminuição do escore de barreiras percebidas com elevada magnitude de efeito ($d=0,82$), que indicam o efeito da intervenção especialmente na diminuição das barreiras para adesão a terapêutica diurética.

Em relação a auto-monitorização de peso e edema observou-se, em T_5 , que a média do escore dos benefícios percebidos aumentou e a média do escore de barreiras percebidas diminuiu em relação ao valor inicial (T_0), com *effect size* de elevada magnitude ($d=1,21$ e $d=1,08$, respectivamente). No GC, não foi observada diferença significativa nos escores em T_5 quando comparados ao valor inicial (T_0). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T_5 , houve aumento do escore de benefícios percebidos e diminuição

do escore de barreiras percebidas com elevada magnitude de efeito ($d=1,53$ e $d=2,14$, respectivamente), que indicam o efeito positivo da intervenção nestas variáveis.

Para investigar o efeito da intervenção sobre o comportamento de adesão ao tratamento e às medidas de crenças em saúde, foi realizada a análise de regressão linear. A Tabela 3 mostra os dados que indicam que a intervenção teve um efeito sobre todas as variáveis envolvidas no modelo, principalmente na avaliação global de adesão que explicou 50% da variabilidade e nas barreiras para auto-monitorização de peso/edema que explicou 53% da variabilidade. Além disso, observou-se que o coeficiente β padronizado foi significativo para todas as variáveis analisadas, sobretudo nas escalas de crenças que apresentaram valores maiores de β padronizado.

Tabela 3. Regressão linear para análise do efeito da intervenção sobre o comportamento de adesão ao tratamento e às crenças em saúde. Sorocaba, 2011.

Variável dependente	Variável independente	p-valor modelo	R ² modelo	β padronizado (p-valor)
Avaliação global de adesão – T ₅	Grupo	p<0,0001	0,50	0,21(p = 0,002)
	Avaliação global da adesão T ₀			0,69 (p<0,0001)
Morisky Total - T ₅	Grupo	p<0,0001	0,20	0,70 (p=0,01)
	Morisky Total – T ₀			0,36 (p<0,001)
Morisky item 1 – T ₅	Grupo	p<0,0001	0,16	0,46 (p<0,001)
	Morisky item 1 – T ₀			0,08 (p<0,001)
BMCS Benefícios – T ₅	Grupo	p = 0,006	0,10	2,28 (p =0,001)
	BCMS Benefícios T ₀			0,004 (p=0,49)
BMCS Barreiras - T ₅	Grupo	p<0,001	0,15	3,50 (p<0,001)
	BCMS Barreiras T ₀			0,02 (p = 0,42)
BSMCS Benefícios – T ₅	Grupo	p<0,0001	0,37	5,70 (p<0,0001)
	BSMCS Benefícios – T ₀			0,07 (p=0,15)
BSMCS Barreiras - T ₅	Grupo	p<0,0001	0,53	10,9 (p<0,0001)
	BSMCS Barreiras - T ₀			0,07 (p = 0,19)

*BMCS: *Beliefs about Medication Compliance Scale*; **BSMCS: *Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale*

Discussão

No presente estudo, a amostra de pacientes com IC foi constituída predominantemente por idosos, de baixa renda e escolaridade e, portanto, mais vulneráveis aos fatores que contribuem para não adesão ao tratamento.¹²

O aumento dos benefícios e a diminuição das barreiras para adesão à terapêutica diurética, aspecto evidenciado pela análise da magnitude do efeito, de moderada a elevada, revelam nos sujeitos do GI uma melhor percepção destas crenças comparado aos do GC. Soma-se a isso, no GI, o comportamento de maior favorabilidade de adesão à terapêutica, principalmente em relação ao fator esquecimento (item 1 na Escala de Morisky).

Esses achados são relevantes para a adesão ao tratamento medicamentoso, dada a influência do esquecimento como barreira para a adesão,^{34,35} vinculado à associação entre disfunção cognitiva e idade.^{36,37} No presente estudo, acredita-se as mudanças observadas nos benefícios e barreiras, bem como na favorabilidade de adesão, estejam relacionadas à estratégia adotada na intervenção. O aumento da auto-eficácia percebida possibilitou aos pacientes acreditar na sua capacidade de executar comportamentos relacionados à tomada de diuréticos, que auxiliaram na superação das barreiras e, por conseguinte, resultaram na melhora da adesão ao tratamento.

A adesão à terapia diurética é necessária, uma vez que esta classe de fármacos diminui a retenção de sódio e a hipervolemia, e reduz os sintomas de dispnéia e edema.³⁸ Entretanto, os diuréticos aumentam o número de micções, o que dificulta a livre locomoção dos pacientes e leva-os, muitas vezes, a restringir o seu uso. Estudos demonstram que as maiores taxas de não adesão aos diuréticos estão relacionadas ao esquecimento e seus efeitos adversos,^{39,40} bem como vinculados aos benefícios e barreiras sobre o seu uso.³⁵ No entanto, o conhecimento dos efeitos adversos dos medicamentos irá facilitar, aos pacientes, o enfrentamento desta barreira, uma vez que eles desenvolvem uma expectativa apropriada para esta limitação.⁴¹ A crença na adesão à terapêutica farmacológica está relacionada às percepções pessoais sobre a necessidade do medicamento, e a preocupação com os efeitos adversos. Nesse sentido, o paciente será mais favorável à terapêutica se acreditar que os riscos serão compensados pelos benefícios.³⁶ Portanto, a adoção de estratégias que aumentem o conhecimento sobre a terapêutica e os seus benefícios, e que resultem na

diminuição das barreiras na tomada do diurético, mostra-se relevante para a manutenção do efeito terapêutico desejado.

Os escores da escala de crenças para adesão à auto-monitorização de peso/edema revelaram que os pacientes do GI perceberam melhor os benefícios e diminuíram as barreiras, comparado ao GC, com diferenças de elevada magnitude. O controle de peso diário é uma medida importante para a identificação dos sinais de descompensação da IC, além de ser recomendado pelas diretrizes de IC e aceita como benéfico para os pacientes.³⁸ Entretanto, a motivação, o esquecimento e a falta de conhecimento sobre a importância do controle de peso, são fatores de baixa adesão para este comportamento.^{4,36}

Estudos relatam que pacientes com IC apresentam dificuldade em compreender as orientações do tratamento, o que justifica a relevância da avaliação do conhecimento e das crenças pessoais, a fim de identificar as dificuldades, e possibilitar uma intervenção mais efetiva.³⁶ Associada à falta de conhecimento, observa-se nos pacientes limitação na capacidade de associar um fato aprendido com o resultado de um comportamento.⁴² O reforço do comportamento de adesão, a discussão de barreiras pessoais e a utilização de soluções práticas e viáveis são estratégias recomendadas para pacientes com IC.¹²

Neste estudo, a discussão das barreiras e dos benefícios percebidos possibilitou mudança no comportamento de adesão ao controle de peso. Este achado corrobora com o estudo de Sethares et al.⁴³ que utilizou estratégias individualizadas durante a intervenção e obteve queda nas barreiras percebidas para a adesão ao tratamento medicamentoso e à auto-monitorização de peso/edema, bem como o aumento dos benefícios percebidos para este comportamento. Pesquisa realizada com pacientes portadores de IC, acompanhados por 12 meses, demonstrou que a implementação de estratégias de auto-gerenciamento da doença, como o uso de diário para anotar o peso, e a educação sistemática melhoraram o controle do peso e ampliaram o conhecimento do grupo de intervenção.⁴⁴ Outras investigações apresentaram resultados semelhantes, com aumento significativo no controle de peso pelo grupo de intervenção após educação sistemática em pacientes com IC.^{4,45,46} Segundo estes autores, as altas taxas de adesão ao controle de peso foram associadas à presença de balança na residência dos pacientes, o que pode ter facilitado a introdução deste comportamento na rotina diária. Assim, acredita-se que a utilização de diferentes abordagens nas estratégias de

auto-gerenciamento da doença podem ser fundamentais aos programas de educação em saúde na IC.

Os pacientes do GC, que receberam apenas as orientações médicas, não apresentaram mudanças no comportamento de adesão, e tampouco nos benefícios e barreiras percebidos em relação à terapia diurética e auto-monitorização de peso/edema. A consequência deste comportamento é constatada na literatura que aponta em pacientes que não faziam o controle regular de peso maiores taxas de readmissões hospitalares, maior tempo de permanência hospitalar e período mais curto entre as readmissões.

Acredita-se que o efeito obtido no programa de intervenção esteja relacionado à estrutura teórica utilizada neste estudo, a qual esteve embasada no Modelo de Crença à Saúde e nas crenças na auto-eficácia, e possibilitou uma mudança no comportamento de saúde e, conseqüentemente, a adesão dos pacientes com IC. A análise de regressão linear demonstrou que a intervenção educativa de enfermagem foi efetiva para todas as variáveis envolvidas, principalmente para a avaliação global de adesão e relativas às barreiras para auto-monitorização de peso/edema, que explicaram 50% dos resultados. Além disso, o maior efeito observado foi sobre as variáveis das escalas de crenças. Os pacientes conseguiram perceber os benefícios e as barreiras relacionadas à tomada dos diuréticos e ao controle o peso/edema. A percepção da própria capacidade e do compromisso para mudanças possibilitou superar as barreiras e mudar o próprio comportamento, resultando em melhores resultados de adesão ao tratamento.

A intervenção adotada nesta pesquisa permitiu a participação ativa dos sujeitos, ou seja, todos os pacientes mostraram-se envolvidos e motivados a mudar o comportamento. Na literatura observa-se que a baixa auto-eficácia percebida está relacionada com baixo comportamento de autocuidado, como a adesão às recomendações da terapêutica medicamentosa e da dieta.⁴⁷ Quanto maior a auto-eficácia percebida, mais determinado será o esforço, por outro lado, aqueles que apresentam baixo nível de auto-eficácia percebida irão despende menor esforço e estarão mais inclinados a abandonar suas tentativas.⁴⁸ Além disso, a motivação para uma ação é alta e as barreiras são baixas, as ações para o autocuidado serão mais prováveis de serem realizadas.⁴³ A auto-eficácia também é utilizada

para modificar hábitos alimentares⁴⁹ e monitorizar os sintomas de dispnéia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica.⁵⁰

A educação em saúde proporcionou o desenvolvimento de uma estratégia que foi efetiva na mudança de comportamento e no autocuidado para os pacientes com IC. Estudos randomizados descrevem a educação em saúde como componente-chave na busca de melhor adesão ao tratamento da IC.^{5,51} A educação sistemática com o emprego de estratégias para melhorar a adesão constitui-se no recurso mais adequado para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.^{4,5,52} As estratégias adotadas nos programas de IC que implementaram mecanismos para reforçar a importância da adesão, a discussão de barreiras para o autocuidado, e o desenvolvimento de habilidades para a mudança de comportamento mostraram resultados mais efetivos no que diz respeito a: diminuição das readmissões hospitalares, melhora da qualidade de vida, controle de peso, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da IC, e otimização da terapêutica baseada nas diretrizes de IC.^{6,53,55} Os programas mostram, ainda, que a otimização terapêutica para IC, em conjunto com a educação sistematizada, bem como o acompanhamento pós-alta do paciente reduzem as admissões hospitalares, diminuem a morbi-mortalidade e melhoram a QVRS.^{4,6,8} Entretanto, esses dados não foram explorados neste estudo.

Em programas considerados efetivos, os pacientes foram orientados por enfermeiros especialistas,^{4,6,15} por farmacêuticos,⁵⁴ ou por uma equipe multiprofissional.^{8,44,56,57} Nesse contexto, o enfermeiro tem se tornado um componente fundamental dos programas de gerenciamento do cuidado, uma vez que são responsáveis pela educação em saúde do paciente, com respeito a: monitorização dos sintomas e do peso, ajustamento na dose dos diuréticos, aconselhamento e apoio emocional para os pacientes e familiares.³

No modelo de intervenção utilizado nesta pesquisa empregou-se encontros presenciais e contatos telefônicos. A monitorização por telefone constitui uma das estratégias utilizadas para promover a continuidade do cuidado.⁵⁸ Pacientes com IC tratados ambulatoriamente e monitorados por telefone, mostraram melhora de 54% na adesão ao tratamento e reduziu as taxas de mortalidade e hospitalização.⁵⁹ As visitas domiciliares também mostram-se úteis na melhoria do cuidado aos pacientes com dificuldade para

participar dos programas desenvolvidos nos ambulatórios, dado os estágios avançados de IC. 4,7, 10,51

Em síntese, intervenções focadas em crenças de saúde podem ser influenciadas por estratégias de auto-eficácia. Assim, a avaliação dessas crenças mostra-se relevante nos programas de educação em saúde, nos quais a mudança no comportamento é desejável. O incremento do conhecimento do autocuidado pelos pacientes com IC pode contribuir para o aumento dos benefícios dos programas de educação em saúde.

Conclusão e Considerações Finais

Este estudo, conduzido por enfermeira, em pacientes com IC tratados ambulatorialmente, revelou mudanças no comportamento de adesão e nos benefícios e barreiras percebidos ao tratamento diurético e auto-monitorização de peso/edema. Revelou, ainda, a importância da participação efetiva do paciente e do seu comprometimento na mudança do comportamento. A utilização de estratégias para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em programas de educação em saúde são fundamentais para a sua efetividade. Certamente, a participação de uma equipe multiprofissional na implantação de programas de educação em saúde é uma prática desejável e deve ser considerada em futuras intervenções.

Referências

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics: 2005 Update. Dallas, Tex; American Heart Association, 2005.
2. Heart Failure Society of America. Executive summary: HFSA 2006 Comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail.* 2006;12(1):10-38.
3. Velez M, Westerfeldt B, Rahko OS. Why it pays for hospital to initiate a heart failure disease management program. *Dis Manage Health Outcomes.* 2008;16(3):155-173.
4. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. *Eur Heart J.* 2003;24(11):1014-23.
5. Van der Wal MHL, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17.

6. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Academy Nurse Practitioners*. 2006;18(3):116-23.
7. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6:30.
8. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA, et al. A long-term prospective randomized controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: The REMADHE Study. *Circulation: Heart Failure*. 2008;3:1-30.
9. Yu DSF, Thompson DR, Lee DTF. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *Eur Heart J*. 2006;287:596-612.
10. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Diederiks J, et al. Self-care and quality of life inpatients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung*. 2000;29(5): 319-330.
11. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001; 30:351– 9.
12. Van der Wal, M, Jaarsma T. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study). *Eur J Cardiovas Nurs*. 2008; 7(suppl 1):S41.
13. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*. 2008; 28(5):54-64.
14. Shively, M.; Kodiath, M.; Smith, T.L.; Kelly, A.; Bone, P.; Fetterly, L.; et al. Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2005;58:27-34.
15. Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *Ann Intern Med*. 2006;145:273-83.
16. Jaarsma T, Stromberg A, De Geest S, et al. Heart failure management programmes in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006;5(3):197-205.
17. Evangelista LS, Shinnick MA. What do we know about adherence and self-care? *J Cardiol Nurs*. 2008; 23(3):250-57.

18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed, New York: Academic Press, 1988.
19. Machin D, Campbell MJ. The design of studies for medical research. Wiley, Chichester, 2005.
20. Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1974.
21. Bandura A. Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84(2):191-215.
22. Bennett SJ, Hays LM, Embree JL, Arnould M. Heart Messages: A tailored message intervention for improving heart failure outcomes. *J Cardiovasc Nurs*. 2000;14(4):94-105.
23. Albarracin D, Gillette JC, Earl AN, Glasman LR, Durantini MR, Ho M. A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active hiv-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychol Bull*. 2005;131(6):856-897.
24. Barney C, Shea SC. The art of effectively teaching clinical interviewing skills using role-playing: a primer. *Psychiatr Clin N Am*. 2007; 30: e31–e50.
25. Maier HW. Role playing: structures and educational objectives. The international child and youth care network (2002). Disponível em <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0102-roleplay.html>. Acessado em maio de 2010.
26. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure—Brazilian version—in the elderly. *Qual Life Res*. 2007; 16(6):997-105, 2007.
27. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento “Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale”. *Rev Latino-Am Enferm*; [em submissão].
28. Curcio R, Lima MHM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* atendido em serviço de atenção terciária. Projeto de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq 2007; [Relatório parcial].
29. Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética. Campinas, 2009. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).

30. Loyola Filho A, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):545-53.
31. Ferreira MC, Gallani MC. Adaptação transcultural dos instrumentos: BMCS-Beliefs about Medication Compliance Scale e BDCS-Beliefs about Dietary Compliance Scale. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, 2005; 15 (Suppl 13):116-123.
32. Bennett S.J. Beliefs about medication and dietary compliance an people with heart failure: An instrument develop study. *Heart Lung*. 1997; 24(4):177-85.
33. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater DC, Murray MD. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001; 30:177-85.
34. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Westlake C, Hamilton M, Fonarow GC. Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2003; 18(3):197-206.
35. Wu J, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen Y, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2008; 37:8-16.
36. Van der Wal ML, Jaarsma T, Moser DK, et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006; 27:434-440.
37. Ekman I, Fagerberg B, Skoog I. The clinical implications of cognitive impairment in elderly patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nursing*. 2001;16(1):47-55.
38. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldmanmd AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. *Circulation*. 2001;104:2996– 3007.
39. Granger BB, Swedberg K, Ekman I, et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. *Lancet*. 2005; 366(9502):2005-2011.
40. Verena R, Stewart S, Pretorius S, et al. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South África: the Heart of Soweto study. *Cardiovasc J Afr*, 2010; 21:86-92.
41. Bennett SJ, Lane KA, Welch J, Perkins SM, Brater DC, Murray MD. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *West J Nurs Res*. 2005; 27:977-993.
42. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns*. 2002; 46(4):287-95.

43. Sethares KA, Elliott K. The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart Lung*. 2004; 33(4):249-260.
44. Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster AS, Gamble GD, Pearl A, Whalley GA, et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur J Heart Fail*. 2003; 3:371-380, 2003.
45. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO, Gonzalez SB. Impact of nursing systematic education on disease knowledge and self-care at a heart failure clinic in Brazil: prospective an interventional study. *Online Brazilian Journal of Nursing* [internet]. 2007;6(3). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.1039/278>
46. Holst M, Willenheimer R, Martensson J, Lindholm M, Stromberg A. Telephone follow-up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007; 6: 153-159
47. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wisw K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 1999; 159:1613-19.
48. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
49. Luszczynska A, Tryburcy M, Schwarzer R. Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. *Health Educ Res*. 2007;22(5): 630-38.
50. Wong KW, Wong FKY, Chan MF. Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Advanced Nursing*. 2005; 49(21):210-22.
51. Krumhols HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39(1):83-9.
52. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):225-31.
53. Ledwidge M, Ryan E, O'Loughlin C, Ryder M, Travers B, Kieran E, et al. Heart failure care in a hospital unit: a comparison of standard 3-month and extended 6-month programs. *Eur J H Fail*. 2005;7(3):385-391.

54. Bouvy ML, Heerdink ER, Urquhart J, Grobbee DE, Hoe AW, Leufkens HGM. Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients: a randomized controlled study. *J Cardiac Fail.* 2003; 9(5): 404 -411.
55. Brandon AF, Schuessler JB, Ellison KJ, Lazenby RB. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patient with heart failure. *Applied Nurs Res.* 2009; 22:e1-e7.
56. Nguyen V, Ducharme A, White M, Racine N, O'Meara E, Zhang B, et al. Lack of long-term benefits of a 6-month heart failure disease management program. *J Cardiac Fail.* 2007;13(4):287-93.
57. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ.* 2005;173(1):40-45.
58. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns.* 2002; 46(4):287-95.
59. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96(3): 233-239.

5.5- Artigo 5 (a ser encaminhado ao periódico European Journal of Cardiovascular Nursing)

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Adesão ao Tratamento na Insuficiência Cardíaca: o que muda após um programa de educação em saúde*

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC), cuja incidência e prevalência permanecem aumentadas, constitui um problema de saúde pública [1]. Apesar dos avanços terapêuticos, obtidos para esta afecção, as readmissões hospitalares e as taxas de mortalidade permanecem altas [1,2]

Para manter a estabilidade clínica dos pacientes com IC, o tratamento torna-se muitas vezes bastante complexo. O número de medicamentos e as doses diárias, bem como a manutenção do regime medicamentoso, exercem influência direta sobre a adesão ao tratamento [3]. A complexidade do tratamento favorece a não adesão, que pode afetar a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida [4], além de corresponder a fator de risco de hospitalização e readmissão hospitalar por IC [5].

A adesão ao tratamento depende, entre outros fatores, do conhecimento e da compreensão dos pacientes e familiares sobre a doença, bem como sobre a importância da terapêutica [6] e da mudança de comportamento para o autocuidado [7]. Dessa forma, se os pacientes melhoram o autocuidado, por meio da adesão ao tratamento proposto, conseqüentemente eles serão beneficiados pela redução dos sintomas e pela melhora da capacidade funcional [8]. Compreende-se, que o conhecimento da IC, a adesão à terapêutica

* Extraído da Tese de Doutorado intitulada “Educação em Saúde na Adesão ao Tratamento e na Qualidade de Vida em portadores de Insuficiência Cardíaca”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).

e as redes de apoio contribuem positivamente para a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) [9].

As readmissões hospitalares frequentes, a baixa QVRS e o comportamento inadequado de adesão ao tratamento são comuns entre os pacientes com IC. Nessa perspectiva, estratégias de intervenção têm sido implementadas com vistas a facilitar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento e melhorar a adesão e o auto-gerenciamento da doença. Estudos de meta-análise demonstram que, além da terapia farmacológica baseada nas diretrizes de IC, o acompanhamento dos pacientes por uma equipe multidisciplinar reduz as taxas de mortalidade e de re-hospitalizações, e melhora a QVRS [2, 10].

A literatura revela que os programas de gerenciamento da doença (PGD) em pacientes com IC têm efeito positivo na QVRS e no comportamento de adesão ao tratamento [11].

Estudos liderados por enfermeiras especialistas, com implementação de estratégias focadas na mudança do comportamento do autocuidado, com conseqüente melhora da adesão, alcançaram maior efetividade em relação ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e na QVRS [12-17]. A esse respeito, as enfermeiras têm se tornado um componente fundamental dos PGDs, uma vez que são responsáveis pela educação em saúde do paciente e de seu familiar [18].

Entretanto, mudanças no comportamento de autocuidado implicam, muitas vezes, em ajustes consideráveis no estilo de vida do paciente. Nesse sentido, o acompanhamento do paciente nos ambulatórios de IC e contato telefônico mostram resultados efetivos; da mesma forma, que o emprego de técnicas para aumentar a auto-eficácia melhoram o comportamento do autocuidado [16,19].

Nesse contexto, assumindo o pressuposto de que a adesão dos pacientes com IC contribui para uma melhor QVRS, e que os programas de educação em saúde afetam positivamente a QVRS e reforçam as crenças em saúde, este estudo teve como objetivos comparar a QVRS entre os grupos controle e intervenção após a implementação de um programa de educação em saúde; e verificar a associação entre a QVRS, e o comportamento e as crenças relativas à adesão à terapia diurética.

Método

Desenho do estudo

Estudo experimental, controlado e randomizado. Foram selecionados 105 pacientes em seguimento ambulatorial, no período de agosto de 2010 a abril de 2011, de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, faixa etária à partir da qual observa-se aumento expressivo dos casos de IC; de ambos os sexos; diagnóstico médico de IC há pelo menos três meses (período mínimo para a realização dos exames de caracterização clínica); uso contínuo de diuréticos; e capacidade de compreensão e comunicação. Pacientes com impossibilidade de responder verbalmente os formulários da entrevista; dificuldade para o transporte aos ambulatórios ou domicílio distante; não possuir endereço fixo ou telefone para contato; história recente de eventos cardiovasculares agudos (infarto agudo do miocárdio - IAM ou angina instável) nos três meses que antecederam a coleta de dados; transplante, cirurgia cardíaca ou outros procedimentos cirúrgicos que poderiam influenciar no seguimento; e distúrbios psiquiátricos ou portadores de doenças com prognóstico de alta mortalidade, foram excluídos. Pacientes que não compareceram aos retornos agendados para o desenvolvimento do programa foram descontinuados. Este estudo foi realizado conforme os princípios da Declaração de Helsinki e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local.

Após o esclarecimento detalhado do estudo e obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os pacientes foram alocados no grupo controle (GC) e no grupo de intervenção (GI), com randomização por números aleatórios e formação de blocos com número fixo de indivíduos ($n=8$). A randomização foi realizada com o uso de uma lista de seqüência aleatória, gerada pelo software SAS versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary NC, USA, 2002-2003). Os GC e GI foram constituídos por pequenos blocos de oito sujeitos cada, até totalizar o tamanho amostral mínimo estimado ($n=50$). O tamanho da amostra foi estimado para detectar um tamanho de efeito moderado $d=0,5$ [20] para a diferença dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde entre os grupos comparados [21] com poder estatístico de 80%, nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

Inicialmente foi estimado n=35 sujeitos por grupo. Para evitar possíveis perdas durante o seguimento, o tamanho amostral foi ampliado para n=50 sujeitos por grupo.

Os dados foram obtidos pela consulta aos prontuários dos pacientes e por meio de entrevista individual, em ambiente privado. Para tanto, utilizou-se os seguintes instrumentos: Caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Adesão Medicamentosa de Morisky, Avaliação Global da Adesão Medicamentosa, *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (LHFQ) e as Escalas de Crenças em IC. A coleta de dados foi realizada em dois tempos: na data de ingresso na pesquisa (T₀) e ao final do período de seguimento de três meses (T₅). Nos tempos T₁ a T₄ foi desenvolvido o Programa de Educação em Saúde. As entrevistas foram realizadas na data da consulta médica e ao final do terceiro mês após a data da primeira entrevista. A aplicação dos instrumentos foi efetuada por duas alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC/SP), previamente treinadas e sob supervisão da pesquisadora. Considerando a possível dificuldade de leitura dos instrumentos pelos pacientes, todas as perguntas foram lidas pelas entrevistadoras.

Grupo de Intervenção (GI) – Os sujeitos do GI participaram do Programa de Educação em Saúde efetuado pela pesquisadora, que possui experiência em Enfermagem Cardiológica. Este Programa foi composto por quatro fases: duas presenciais e dois reforços por telefone, com intervalo de 15 dias entre elas. Todas as fases foram efetuadas pela pesquisadora. Nas fases presenciais, destacou-se os aspectos positivos e as estratégias que favoreciam a auto-eficácia em relação ao uso de diuréticos e ao controle de peso/edema. A auto-eficácia dos pacientes foi valorizada visando a percepção do quanto eles eram capazes de executar o comportamento de autocuidado para o uso de diuréticos e controle de peso/edema. O conteúdo abordado nos reforços por telefone seguiu um roteiro previamente definido para esta pesquisa.

Grupo Controle (GC) – Os sujeitos do GC receberam apenas as orientações médicas efetuadas na consulta pelo médico cardiologista. Nenhum paciente deste grupo recebeu da pesquisadora qualquer orientação e/ou informação relacionada à doença, terapêutica ou cuidados.

Programa de Educação em Saúde

O Programa de Educação em Saúde teve como foco o reconhecimento dos benefícios e das barreiras percebidos pelos pacientes, e das percepções destes sobre suas próprias capacidades (crenças de auto-eficácia) para o uso de diuréticos e controle do peso diário e do edema, com conseqüente mudança de comportamento para o autocuidado. A estratégia utilizada foi o jogo de papéis que permite modificar as crenças desfavoráveis ou negativas, reforçar as crenças positivas e introduzir novas crenças positivas que não compunham o conjunto de crenças do GI. Trata-se de um método de ensino centrado na aprendizagem a partir das experiências, o qual é considerado importante para a aquisição de competências [22]. Esta técnica também promove a aquisição de habilidades para o comportamento dos sujeitos frente às dificuldades e barreiras por eles relatadas [23].

Instrumentos

Caracterização Sociodemográfica e Clínica: contém as informações: nome, sexo, idade, raça, procedência, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, com quem reside e renda mensal. Na caracterização clínica obteve-se: tempo de diagnóstico, etiologia da cardiopatia que originou a IC, comorbidades, classe funcional segundo os critérios da *New York Heart Association* (CF NYHA), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), disfunções sistólica e diastólica, sintomas (dispnéia, fadiga, edema, angina e palpitação), controle de peso e número de hospitalizações nos últimos seis meses [24].

Escala de Adesão Medicamentosa de MORISKY: adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil [25]. É constituída por quatro questões relativas aos fatores relacionados a não-adesão ao tratamento medicamentoso, que correspondem a: esquecimento (item 1), descuido (item 2), interrupção do uso do medicamento pela percepção de melhora (item 3), e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico (item 4). O escore total é a soma dos quatro itens. Na versão utilizada, as respostas aos itens são estruturadas em escala tipo Likert, com quatro ou cinco opções em cada item, cuja soma gera uma pontuação que varia de quatro a 18: quanto menor o escore, maior a

probabilidade de adesão ao tratamento [26]. No estudo atual, a consistência interna, avaliada por meio do alfa de Cronbach, foi de 0,59.

Avaliação Global da Adesão Medicamentosa: esta medida foi estimada a partir das medidas de proporção de adesão e da avaliação conjunta da adoção ou não dos cuidados necessários na tomada dos medicamentos. Para o cálculo da proporção de adesão utilizou-se a seguinte fórmula: $[(\text{doses prescritas} - \text{doses perdidas}) \times 100 / \text{doses prescritas}]$ [27], para cada diurético prescrito. Para os sujeitos que faziam uso acima de um diurético, a proporção final da adesão foi calculada pela média das porcentagens de adesão de cada fármaco. Foi considerado como “dose adequada”, quando a dose utilizada era igual ou superior a 80% da dosagem prescrita e “dose insuficiente”, quando a dose utilizada era inferior a 80% da dosagem prescrita)[26]. Além da proporção do uso dos medicamentos também foi avaliada a sua posologia, ou seja, o número de medicamentos ingeridos e sua associação com marcadores temporais: jejum, café da manhã, almoço e jantar[26]. Para avaliação global da adesão, os pacientes foram classificados em quatro Grupos (I, II, III e IV). Foram considerados “aderentes” os sujeitos que se enquadravam no Grupo I e “não-aderentes” àqueles pertencentes aos Grupos II, III e IV (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação dos sujeitos conforme a adesão global à terapêutica medicamentosa.

Aderentes	Não-aderentes		
Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Dose e cuidados adequados à prescrição	Dose adequada e cuidados inadequados	Dose insuficiente e cuidados adequados	Dose e cuidados inadequados

Adaptado de Januzzi (2009)

Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire - (LHFQ)[28,29], adaptado culturalmente para a língua portuguesa do Brasil [30]. Este instrumento é composto por 21 itens que avaliam as limitações física, socioeconômica e psicológica resultante dos sintomas de IC que “impede o paciente de viver como gostaria no último mês” [28]. O

questionário é quantificado pela soma das respostas dos 21 itens que correspondem aos escores da dimensão física, da dimensão emocional e escore total. A pontuação alta nos escores indica pior QVRS e a pontuação baixa nos escores indica melhor QVRS. Possui propriedades psicométricas de confiabilidade e validade documentadas na literatura nacional e internacional [24,28]. No estudo atual, a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou valores $\alpha=0,89$ para a dimensão física, $\alpha=0,74$ para a dimensão emocional e $\alpha=0,85$ para o escore total.

Escala de Crenças em IC: adaptadas culturalmente para a língua portuguesa do Brasil [31]. É composta por duas escalas que medem os benefícios e as barreiras sobre medicação (*Beliefs about Medication Compliance Scale - BMCS*) e automonitorização de peso/edema (*Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale - BSMCS*).

A escala BMCS é composta por 12 itens com escore de cinco pontos (variação entre 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), e destinada a medir benefícios e barreiras percebidos para a adesão ao uso de medicamentos em sujeitos com IC. Todos os itens relacionam-se à terapia com diuréticos, tendo em vista a atribuição que os pacientes fazem aos efeitos colaterais desta terapia como fator que interfere nas suas atividades de vida diária [32,33]. Cinco itens medem os benefícios da adesão, e sete itens medem as barreiras à adesão. Obtém-se um escore total para cada subescala de benefícios e de barreiras, somando-se os escores obtidos nos itens de cada uma delas. A pontuação dos escores da subescala de benefícios pode variar de 5 a 25, quanto maior os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 7 a 35, na qual quanto maior os escores, maior serão as barreiras percebidas. Na versão original apresentou valores de alfa de 0,63 para a sub-escala benefícios e 0,71 para a sub-escala barreiras e teve sua estrutura confirmada pela análise fatorial⁽²¹⁾. No estudo atual, a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou valores $\alpha= 0,45$ para a sub-escala benefícios e $\alpha= 0,36$ para a sub-escala barreiras.

A escala BSMCS é constituída por 18 itens com escore de cinco pontos (variação entre 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), e destinada medir benefícios e barreiras percebidos para adesão ao comportamento de auto-monitorização

diária do peso e do edema em pacientes com IC. Seis itens medem os benefícios da adesão à auto-monitorização, e doze itens medem as barreiras para adesão à auto-monitorização. A pontuação dos escores da subescala de benefícios pode variar de 6 a 30, no qual quanto maior os escores, maior a percepção dos benefícios. A pontuação dos escores da subescala de barreiras pode variar de 12 a 60, quanto maior os escores, maior serão as barreiras percebidas. No estudo atual, a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, apresentou valores $\alpha = 0,70$ para a sub-escala benefícios e $\alpha = 0,50$ para a sub-escala barreiras.

Análise Estatística

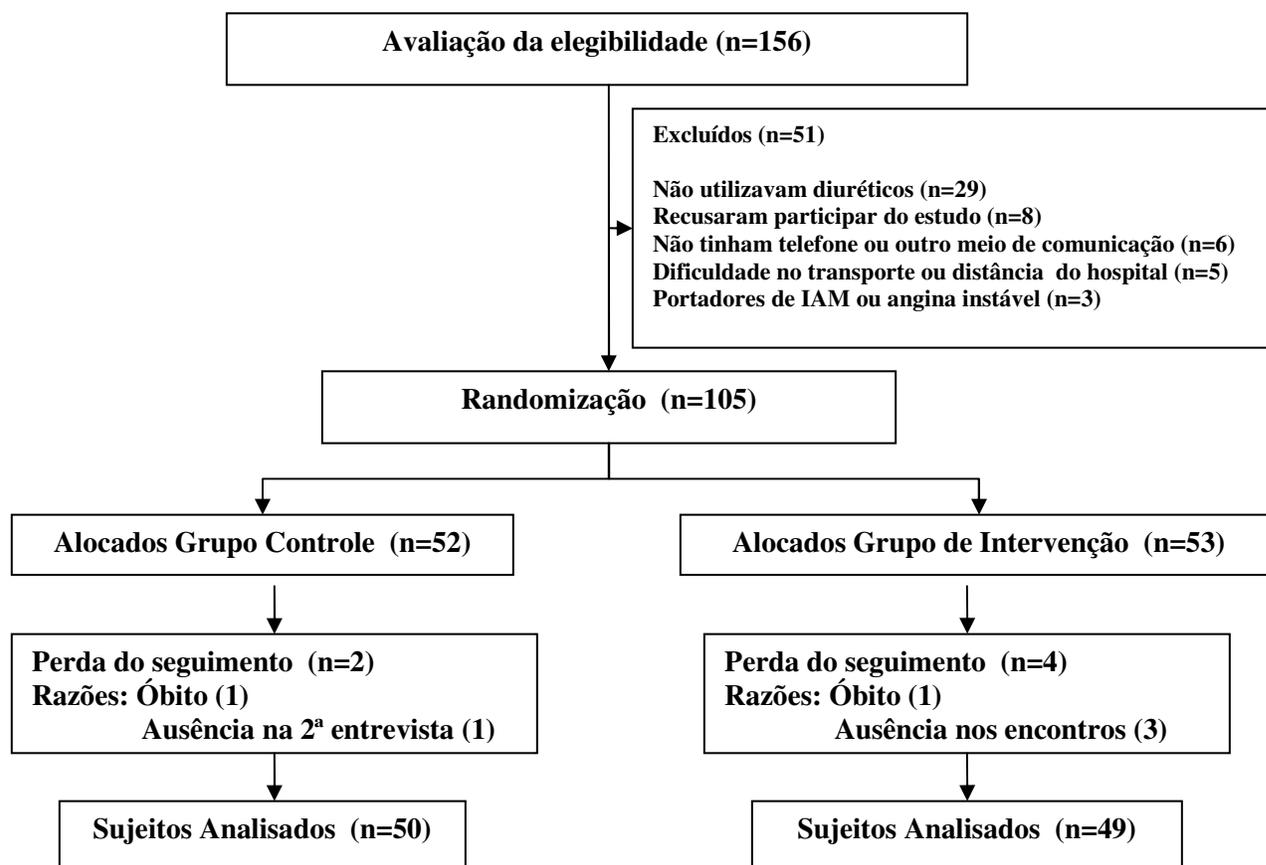
A análise estatística utilizou o programa SAS (*System for Windows Version 9.0*), sendo que a estatística descritiva foi realizada para todas as variáveis. Para comparar as diferenças entre os grupos controle e de intervenção foi utilizado o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste *t* de *Student* para as variáveis contínuas. Na análise das diferenças inter e entre-grupos, antes e após a intervenção, utilizou-se os teste *t* de *Student* para medidas pareadas e para dois grupos independente, e o *effect size*, considerando os seguintes critérios $d = 0,20$ (magnitude de efeito pequeno ou fraco), $d = 0,50$ (magnitude de efeito moderado) e $d = 0,80$ (magnitude de efeito elevado ou forte) [20]. Além disso, realizou-se a análise de regressão linear para avaliar o efeito da intervenção sobre a QVRS. A correlação entre as dimensões do LHFQ, a adesão medicamentosa (proporção de adesão e Escala de Morisky) e as medidas de crenças em saúde foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman.

Resultados

Entre agosto de 2010 e abril de 2011, 156 pacientes com IC, atendidos nos ambulatórios de Cardiologia e Geriatria, foram considerados elegíveis para o estudo. Entre eles, 51 foram excluídos devido a presença de pelo menos um critério de exclusão, totalizando 105 pacientes. Destes, 52 foram randomizados para o grupo controle (GC) e 53 para o grupo de intervenção (GI). Após a randomização, dois pacientes foram excluídos do GC e 04 do GI (Figura 1). Dessa forma, o tamanho amostral foi constituído por 99

pacientes, 50 no GC e 49 no GI. Os pacientes do GI participaram do Programa de Educação em Saúde.

Figura 1 - Fluxograma do Ensaio Clínico



A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas entre os grupos controle e intervenção. Observa-se que os grupos não foram diferentes entre si com exceção ao estado civil, na qual os pacientes do GI a maioria era casada.

Em relação às características clínicas, em ambos os grupos, a principal etiologia da IC foi a hipertensiva seguida da isquêmica. Além disso, predominaram a IC de grau moderado (CF-NYHA II) e FEVE normal. Os pacientes do GI apresentaram maior número de comorbidades associadas e utilizaram o diurético furosemida, em maior proporção comparado ao GC, entretanto esta diferença não foi estatisticamente significativa. Em

relação ao controle de peso, a maioria dos pacientes, de ambos os grupos, pesava somente uma vez por mês.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com IC dos grupos controle e intervenção em T0. Sorocaba, 2011

Sociodemográficas	Amostra Total (n=105)	Grupo Controle (n=52)	Grupo Intervenção (n=53)	p-valor
Idade (M, dp)*	66,1 (9,4)	67,2 (11,0)	65,0 (7,4)	0,13 [†]
Sexo (n, %)				
Feminino	56 (53,3)	29 (55,8)	27 (51,0)	0,62 [‡]
Masculino	49 (46,7)	23 (44,2)	26 (49,0)	
Cor/etnia (n, %)				
Branca	80 (76,2)	40 (76,9)	40 (75,5)	0,85 [‡]
Não Branca	25 (23,8)	12 (23,1)	13 (24,5)	
Estado Civil (n, %)				
Casado	70 (66,6)	29 (55,8)	41 (77,4)	0,03[‡]
Não casado	35 (33,3)	23 (42,2)	12 (22,6)	
Escolaridade (anos) (M, dp)*	4,1 (± 3,3)	3,9 (± 3,8)	4,3 (± 2,8)	0,30 [†]
Situação de trabalho (n, %)				
Aposentado	79 (75,2)	42 (80,8)	40 (75,5)	0,75 [‡]
Empregado	12 (11,4)	5 (9,6)	8 (15,0)	
Sem rendimentos	14 (13,3)	5 (9,6)	5 (9,5)	
Renda (SM)[§] (M, dp)*	1,9 (1,0)	1,9 (1,0)	1,7 (0,8)	0,27 [†]
Clínicas				
Tempo de IC (M, dp)*	9,9 (7,9)	10,4 (7,5)	9,4 (8,4)	0,27 [†]
Etiologia (n, %)				
Hipertensão Arterial Sistêmica	55 (52,3)	31 (59,6)	24 (45,3)	0,28 [‡]
Coronariopatia	29 (27,7)	12 (23,1)	15 (28,3)	
Doença de Chagas	13 (12,4)	4 (7,7)	7 (13,2)	
Miocardiopatia	8 (7,6)	5 (9,6)	7 (13,2)	
CF-NYHA^{**} (n, %)				
I	19 (18,1)	11 (21,1)	8 (15,0)	0,66 [‡]
II	61 (58,1)	30 (57,8)	31 (58,5)	
III/IV	25 (23,8)	11 (21,1)	14 (26,5)	
FEVE^{††} (n, %)				
Normal (≥ 50 %)	60 (57,1)	31 (59,6)	29 (54,7)	0,61 [‡]
Rebaixada (< 50 %)	45 (42,9)	21 (40,4)	24 (45,3)	
Disfunção Sistólica (n, %)	48 (45,7)	22 (42,3)	27 (50,9)	0,37 [‡]
Disfunção Diastólica (n, %)	57 (54,3)	26 (50,0)	24 (45,3)	0,30 [‡]
Sintomas habituais (n, %)				
Dispneia	60 (57,2)	31 (59,6)	29 (54,7)	0,84 [‡]
Edema	56 (53,4)	28 (53,9)	28 (52,8)	
Fadiga	63 (60,0)	37 (71,2)	26 (49,0)	
Angina	47 (44,8)	23 (42,3)	24 (45,3)	
Palpitação	55 (52,4)	28 (53,9)	27 (51,0)	
Comorbidades (n, %)				
Hipertensão Arterial Severa	54 (51,4)	42 (80,1)	40 (75,5)	0,33 [‡]
Diabete Melito	37 (35,2)	10 (19,2)	17 (32,0)	
Coronariopatia	14 (13,3)	6 (11,5)	10 (18,9)	

Diuréticos utilizados (n, %)				
Furosemida	72 (68,6)	33 (63,4)	43 (81,2)	0,88‡
Hidroclorotiazida	46 (43,8)	20 (38,4)	27 (50,9)	
Espiro lactona	29 (27,6)	14 (26,9)	15 (28,3)	
Controle de peso (n, %)				
Até 3x/semana	19 (18,0)	7 (13,4)	11 (20,7)	0,47‡
1x/mês	50 (47,6)	26 (50,0)	24 (45,2)	
Somente na consulta médica	36 (34,6)	19 (36,6)	18 (34,1)	

* média e desvio padrão; †variáveis contínuas: teste *t* para duas amostras independentes; ‡variáveis categóricas: teste de qui-quadrado; §SM: salário mínimo; || IC: insuficiência cardíaca; **CF-NYHA: classe funcional segundo os critérios da New York Heart Association; ††FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

A Tabela 2 mostra a QVRS antes e após a implementação do programa de educação em saúde. Observou-se em T₅ que os pacientes do GI apresentaram diminuição nos escores das dimensões física e total quando comparado ao valor inicial (T₀) com diferenças estatisticamente significativas e *effect size* de fraca magnitude (d=0,40 e d=0,36, respectivamente). No GC, não foi observada diferença significativa nos escores em T₅ quando comparados ao valor inicial (T₀). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T₅, houve diminuição na dimensão física e no escore total com diferença estatisticamente significativa e *effect size* de moderada magnitude (d=0,75 e d=0,54, respectivamente), o que indica a melhora da QVRS nestas dimensões. A dimensão emocional apresentou diminuição no escore após a intervenção (T₅) em relação ao valor inicial (T₀), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Tabela 2. Média e desvio padrão dos escores do LHFQ antes da intervenção (T₀) e após intervenção (T₅). Sorocaba, 2011.

	Grupo Intervenção (n=49)			Grupo Controle (n=50)			
	T₀	T₅	Diferença	T₀	T₅	Diferença	Diferença em
LHFQ*	Média	Média	(T₅-T₀)	Média	Média	(T₅-T₀)	T₅ (GI -GC)
	(dp)**	(dp)		(dp)	(dp)		
Físico	15,7 (11,3)	10,8 (6,9)	-4,9^{a,}	17,6 (8,6)	17,2 (9,8)	-0,4	-6,4^{b,†}
Emocional	6,0 (5,4)	4,5 (4,6)	-1,5	7,6 (5,2)	5,6 (4,6)	-2,0	-1,1
Total	34,9 (21,2)	25,6 (16,3)	-9,3^{a,}	34,7 (19,2)	35,9 (18,2)	1,2	-10,3^{a,†}

*LHFQ: *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*; ** dp: desvio padrão; Teste t-paired/para grupos independentes ^ap<0.05; ^bp<0.001; Effect Size (Cohen's Conventions): || fraco, † moderado, †† forte magnitude

Para investigar o efeito da intervenção sobre a QVRS, foi realizada a análise de regressão linear. A Tabela 3 mostra que a intervenção teve efeito sobre a dimensão física e sobre o escore total. A intervenção explicou 11% da variabilidade do escore da dimensão física e 6 % da variabilidade do escore total do LHFQ.

Tabela 3. Regressão linear para análise do efeito da intervenção sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Sorocaba, 2011.

Variável dependente	Variável independente	p-valor modelo	R ² modelo	β padronizado (p-valor)
LHFQ* – Física T ₅	Grupo	<0,001	0,11	6,43 (p<0,001)
	LHFQ – Física T ₀			0,02 (p= 0,74)
LHFQ – Emocional T ₅	Grupo	0,30	0,00	1,12 (p= 0,23)
	LHFQ – Emocional T ₀			0,08 (p= 0,31)
LHFQ - total T ₅	Grupo	0,02	0,06	10,31 (p= 0,00)
	LHFQ – Total T ₀			0,01 (p= 0,92)

*LHFQ: *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*

Na análise da correlação entre a QVRS e as medidas de adesão medicamentosa, e crenças em saúde, em T₅, foi observada correlação positiva e significativa entre todas as dimensões do LHFQ e o item 3 da Escala de Adesão de Morisky (Tabela 4), o que mostra que quanto pior é a QVRS do paciente, mais ele concorda que interrompe o diurético quando se sente melhor. Além disso, a dimensão física do LHFQ mostrou correlação positiva e significativa com os itens 1,3 e o escore total da Escala Adesão de Morisky, e com as barreiras percebidas para adesão a auto-monitorização de peso/edema, ou seja, quanto pior é a QVRS do paciente nesta dimensão, mais ele concorda que esquece de tomar o diurético, que interrompe de tomar o diurético quando se sente melhor e maior é a sua percepção de barreira para o controle de peso/edema; e correlação negativa e significativa com a proporção de adesão e os benefícios percebidos para adesão a auto-monitorização de peso/edema, indicando que quanto pior é a QVRS do paciente nesta dimensão, menor é a sua adesão a tomada do diurético e menor é a sua percepção dos benefícios para o controle de peso/edema. O escore total do LHFQ apresentou correlação positiva e significativa com

as barreiras percebidas e negativa com os benefícios percebidos para adesão a auto-monitorização de peso e edema, isto é, quanto pior é a QVRS do paciente, maior é a sua percepção de barreiras e menor sua percepção dos benefícios em relação ao controle de peso/edema.

Tabela 4 – Correlação entre as dimensões do LHFQ e adesão medicamentosa (proporção de adesão e Escala de Morisky) e as crenças em saúde em T₅. Sorocaba, 2011.

LHFQ*	Proporção Adesão	Morisky Item 1	Morisky Item 2	Morisky Item 3	Morisky Item 4	Morisky Total	BMCS** Benefício	BMCS Barreira	BSMCS† Benefício	BSMCS Barreira
	r [§]	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Física	-0,22 (0,03)	0,22 (0,03)	0,15 (0,15)	0,20 (0,05)	0,01 (0,90)	0,22 (0,03)	-0,11 (0,24)	0,16 (0,12)	-0,21 (0,04)	0,24 (0,02)
Emocional	-0,01 (0,96)	0,05 (0,63)	0,02 (0,81)	0,23 (0,02)	-0,02 (0,85)	0,12 (0,26)	-0,06 (0,57)	-0,07 (0,48)	-0,06 (0,58)	0,16 (0,11)
Total	-0,18 (0,07)	0,12 (0,22)	0,07 (0,49)	0,25 (0,01)	-0,01 (0,91)	0,16 (0,11)	-0,12 (0,25)	-0,04 (0,72)	-0,19 (0,06)	0,23 (0,02)

*LHFQ: *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*; **BMCS: *Beliefs about Medication Compliance Scale*; †BSMCS: *Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale*; § r: Coeficiente de Correlação de Spearman e o respectivo p-valor

Discussão

As características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos, em ambos os grupos, foram semelhantes. A maioria era branca, aposentada, de baixa escolaridade com média de idade de, aproximadamente, 65 anos. A hipertensão arterial sistêmica revelou ser a principal etiologia da IC, com grau moderado da doença (CF-NYHA I e II) e FEVE normal. Estes resultados coincidem com de outros estudos realizados no Brasil [24,34,35] e retrata a característica da população com IC atendida nos hospitais públicos brasileiros. Nos outros países as características são semelhantes, embora os níveis socioeconômicos e educacionais sejam consideravelmente mais elevados.

O principal achado deste estudo corresponde à dimensão física avaliada pelo LHFQ. Após a implementação do programa de educação em saúde, baseado na diminuição de barreiras à terapia diurética e da auto-monitorização de peso/edema com conseqüente mudança no comportamento de adesão, foi observada diminuição estatisticamente significativa nos escores da QVRS, ou seja quanto menor o escore maior a qualidade de vida, com moderada magnitude de efeito, especialmente na dimensão física. Os pacientes

do GI relataram menor limitação nesta dimensão e, conseqüentemente, menor impacto da doença na QVRS do que os pacientes do GC. Além disso, a análise de regressão linear demonstrou que a intervenção foi efetiva sobre a QVRS na dimensão física do LHFQ, apesar de explicar 11% da variabilidade do escore desta dimensão.

Os resultados deste estudo, na melhora da dimensão física da QVRS, são consistentes com investigações anteriores. Shively et al. [36] demonstraram melhora nesta dimensão em pacientes com IC, cujo foco da intervenção foi na mudança de comportamento em relação as medidas não farmacológicas. Bocchi et al. [37] avaliaram a QVRS, em portadores de IC após a implementação de um PGD a longo prazo, e relataram redução no escore total do LHFQ no grupo de intervenção. Outros autores demonstraram melhora na capacidade física, com redução nos escores da dimensão física do LHFQ [13,17,38]. Medidas genéricas de QVRS que avaliam o impacto de programas educativos na mudança do estilo de vida em portadores de IC, também demonstraram resultados satisfatórios [16,39]. Embora estudos de revisão sistemática apontaram resultados menos conclusivos, pela utilização de diferentes instrumentos de medida, obteve-se melhora da QVRS em pelo menos uma das dimensões dos instrumentos [2,10]. A melhora obtida na dimensão física dos instrumentos de QVRS pode ser justificada pela ênfase das intervenções nos fatores que influenciam as atividades da vida diária, tais como: reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação, restrição de líquidos e atividade física. A preservação ou melhora do funcionamento físico é relevante nos pacientes com IC, para que permaneçam ativos e independentes no desempenho das atividades diárias [40].

A literatura aponta forte associação entre capacidade funcional e QVRS [41]. Na população idosa com IC, a dimensão física da QVRS mostrou-se mais afetada, além disso, pacientes com CF-NYHA mais alta apresentaram maior comprometimento da QVRS nas três dimensões avaliadas pelo LHFQ [42]. A gravidade dos sintomas de IC também influenciou a QVRS, com 54% de variabilidade ($p=0,00$) [35].

A associação entre as dimensões da QVRS e as medidas de adesão medicamentosa, bem como as crenças em saúde, permitiu identificar os fatores que devem ser considerados nos programas de educação em saúde. A correlação positiva entre as

dimensões física e emocional, e o escore total do LHFQ e a Escala de Adesão de Morisky indicou que os pacientes com maior comprometimento da QVRS apresentaram maior favorabilidade ao comportamento de não adesão à terapia diurética. Especificamente, a dimensão física relacionou-se com três fatores de não adesão. Esses achados são relevantes, uma vez que a não adesão à terapia com diuréticos, relacionada a fatores como esquecimento e interrupção do medicamento pela percepção de melhora, associa-se a piora da QVRS na dimensão física que avalia, principalmente, fadiga e dispnéia. O aumento dos sintomas caracteriza o agravamento da IC, o que limita ainda mais a sua QVRS [15]. Dessa forma, a compreensão dos fatores associados às diferentes dimensões da QVRS de portadores de IC pode fornecer subsídios na identificação dos pacientes com risco de menor qualidade de vida e das estratégias para melhorá-la [41].

A análise mostrou correlação positiva entre a dimensão física e as barreiras para adesão a auto-monitorização de peso e edema, na qual os pacientes com pior QVRS apresentaram maiores barreiras a este autocuidado. A correlação negativa apresentada entre a dimensão física e a proporção de adesão, e os benefícios percebidos para adesão a auto-monitorização de peso/edema foram significantes e demonstram que quanto pior a QVRS do paciente nesta dimensão, menor a sua adesão à terapia diurética e menor a sua percepção dos benefícios deste autocuidado.

Os achados desta pesquisa remetem à importância da motivação e envolvimento dos pacientes com IC para assumir o comportamento de adesão ao autocuidado. A não adesão ao comportamento de autocuidado está relacionada à piora dos sintomas da IC e da qualidade de vida, e à altas taxas de hospitalização e mortalidade [15,43]. Assim, o reforço do comportamento de adesão, a discussão de barreiras pessoais, e a utilização de soluções práticas e viáveis são estratégias também recomendadas para pacientes com IC [5]. As diretrizes da IC recomendam o acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar e o envolvimento deles no comportamento do autocuidado, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, prevenir readmissões hospitalares e diminuir os custos[1].

A melhora do comportamento de adesão ao tratamento dos pacientes, e conseqüentemente da sua QVRS, podem estar relacionada à estratégia utilizada na implantação do programa de educação em saúde, cuja ênfase foi a utilização da auto-

eficácia percebida para diminuir as barreiras em relação a tomada dos diuréticos e ao controle o peso/edema. A auto-eficácia é uma estratégia utilizada em estudos para mudança no comportamento de autocuidado. O aumento no nível da auto-eficácia percebida poderá resultar na melhora da adesão ao tratamento recomendado [23]. A baixa auto-eficácia relacionou-se com pior comportamento de autocuidado, como a adesão aos medicamentos prescritos e recomendações da dieta [44]. Entretanto, poucos estudos utilizam a auto-eficácia para mudança no comportamento de autocuidado, em pacientes com IC.

Os PGDs, cujas intervenções são baseadas em estratégias que envolvem uma mudança no comportamento de autocuidado, consequentemente melhoram a adesão ao tratamento e produzem efeitos positivos nos resultados da IC. As intervenções, cujo foco está nos fatores modificáveis, devem ser desenvolvidas e implementadas para melhorar o comportamento de autocuidado e, consequentemente os resultados da IC [16,19]. Pacientes com IC em estágio menos avançado (CF-NYHA I e II) e que receberam intervenção por contato telefônico, mostraram mudança na QVRS mais efetiva do que aqueles mais severamente acometidos pela doença [45]. Por outro lado, pacientes com IC mais severa, que receberam intervenção baseada na motivação para mudança de comportamento, obtiveram melhora dos escores de QVRS [46]. Estes dados indicam que, embora o conteúdo das intervenções seja semelhante, a estratégia utilizada no seu desenvolvimento revelará o principal impacto nos resultados. Assim, em pacientes com doenças cardiovasculares, a avaliação da QVRS em PGDs é utilizada como indicador dos resultados de saúde e dos benefícios da terapêutica [47].

Por outro lado, a literatura aponta controvérsia nos efeitos dos PGD de IC sobre a QVRS [48,49], especialmente naqueles cujos efeitos benéficos não foram sustentados após o seu término [50]. A intervenção conduzida por enfermeiros em portadores de IC em condições estáveis da doença, cujos efeitos sobre a QVRS alcançados em 3 meses não permaneceram após 12 meses, apontam a necessidade de intervenções focadas na necessidade individual de cada paciente [40]. Entretanto, os PGDs que implementaram mecanismos para reforçar a importância da adesão, a discussão de barreiras para o autocuidado e o desenvolvimento de habilidades para a mudança de comportamento, tiveram resultados mais efetivos na qualidade de vida, controle de peso, reconhecimento

dos sinais e sintomas de descompensação da IC, e otimização da terapêutica baseada nas diretrizes de IC [12,13,16,36].

A esse respeito, enfermeiras especialistas têm se tornado um componente fundamental dos PGDs, uma vez que são responsáveis pela educação em saúde dos pacientes por meio da monitorização dos sintomas e do peso, ajuste na dose dos diuréticos, aconselhamento e apoio emocional para os pacientes e familiares [18]. Recentemente, a Sociedade Americana de Insuficiência Cardíaca, nas diretrizes da IC, atribuiu aos enfermeiros o papel de educadores primários para os pacientes [51]. De fato, os enfermeiros exercem um papel ativo na avaliação, educação, planejamento do cuidado e implementação de estratégias que incentivem o comportamento de autocuidado do paciente e promovam a adesão ao tratamento medicamentoso [52]. Os PGDs, cuja equipe multiprofissional é liderada por enfermeiros, têm alcançado resultados satisfatórios em relação à queda das readmissões hospitalares e das taxas de mortalidade, bem como no que diz respeito à melhora da adesão ao tratamento e da QVRS [12,14,15,17,36]. Entretanto, recomenda-se maior clareza nos aspectos metodológicos e conceituais utilizados nos PGDs que empregam intervenções no comportamento de autocuidado com impacto na QVRS [10].

Portanto, é possível afirmar que a avaliação da QVRS de pacientes com IC mostra-se indispensável na prática clínica, uma vez que seu gerenciamento envolve a participação de uma equipe multiprofissional na qual o enfermeiro tem papel de destaque na implementação de ações de educação em saúde que minimizem o efeito dos sintomas sobre a QVRS e melhorem a adesão ao tratamento.

Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo foi em relação aos itens não respondidos (*responses missing*) do LHFQ. As questões não respondidas foram referentes ao trabalho e às atividades sexuais, uma vez que a maioria dos respondentes afirmou que já estava aposentada e/ou não mantinha relações sexuais. Estudo realizado anteriormente demonstrou resultados semelhantes [42]. Pesquisadores recomendam que perguntas dessa natureza

merecem ser revistas para essa população, na qual a sexualidade pode ser vista como um tabu, além de colocar os pacientes numa situação constrangedora para respondê-las [53].

Outra limitação encontrada foi o grau moderado da IC apresentado pelos sujeitos que compuseram a amostra deste estudo. Assim, recomenda-se a avaliação dos efeitos do programa de educação em saúde com pacientes mais severamente acometidos pela IC.

Conclusão

O programa de educação em saúde com adoção de estratégias para melhorar o comportamento de adesão ao tratamento diurético e diminuir às barreiras de adesão à essa terapêutica, bem como ao controle de peso/edema, foi efetivo na melhora da QVRS, em especial na dimensão física.

Neste estudo, a correlação positiva entre a QVRS e a adesão à terapia diurética e as crenças em saúde indicou que os pacientes com maior comprometimento da QVRS apresentaram-se mais favoráveis ao comportamento de não adesão à terapia diurética e maior barreira para adesão a auto- monitorização de peso e edema.

Sendo assim, os programas de educação em saúde com a adoção de estratégias voltadas à mudança no comportamento de autocuidado devem ser incentivados para compreender o seu efeito na QVRS. Além disso, o envolvimento do paciente e de sua família, bem como o respeito às necessidades cognitivas e culturais específicas dessa população são fundamentais para a efetividade dos programas.

Referências

1. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG , et al. 2009 focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of Heart Failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009; 119 (14): 1977-2016. Downloaded from circ.ahajournals.org by on July 2, 2011. *Circulation* is available at <http://circ.ahajournals.org> DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192064
2. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2005;7:1133-44.

3. Van der Wal, MHL, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005; 7(1):5-17.
4. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ.* 2003; 326:348-349.
5. Van der Wal, MHL, Jaarsma T. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study). *Eur J Cardiovas Nurs.* 2008; 7(suppl 1):S41.
6. Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J.* 2006; 27:434-440.
7. Evangelista L, Dracup K, Doering L. A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2000; 15:97-103.
8. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. A Multidisciplinary Intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med.* 1995; 333:1190-95.
9. Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindquist JH, Grambow SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patient's perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging Ment Health.* 2004; 8(1): 83-91.
10. Grady, KL. Self-care and quality of life outcomes in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2008; 23(3):285-292.
11. While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. *British J Community Nursing,* 2009; 14(2):52-59.
12. Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID. Quality of life of individuals with heart failure. A randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Med Care.* 2002; 40(4):271-282.
13. Kasper, EK, Gerstenblith G, Hefter G, Van Anden E, Brinker JÁ, Thiemann DR, et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J Am Coll Cardiol.* 2002; 39(3):471-480.
14. Krumhols, HM; Amatruda, J; Smith GL; Mattera JA; Roumanis SA; Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2002; 39(1):83-9.

15. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. *Eur Heart J*. 2003; 24(11):1014-23.
16. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Academy Nurse Practitioners*. 2006; 18(3):116-23.
17. Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *Ann Intern Med*. 2006; 145:273-83.
18. Velez M, Westerfeldt B, Rahko OS. Why it pays for hospital to initiate a heart failure disease management program. *Dis Manage Health Outcomes*. 2008; 16(3):155-173.
19. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Intern J Nurs Studies*. 2008; 45:1807–1815.
20. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavior sciences*. 2nd ed, New York: Academic Press, 1988.
21. Machin D, Campbell MJ. *The design of studies for medical research*. Wiley, Chichester, 2005.
22. Barney C, Shea SC. The art of effectively teaching clinical interviewing skills using role-playing: a primer. *Psychiatr Clin N Am*. 2007; 30: e31–e50.
23. Maier HW. Role playing: structures and educational objectives. *The International Child and Youth Care Network* (2002). Disponível em <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0102-roleplay.html>. Acessado em maio de 2010.
24. Saccomann CRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure—brazilian version—in the elderly. *Qual Life Res*. 2007; 16(6):997-105.
25. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento “Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale”. *Rev Latino-Am Enferm* [em submissão].
26. Jannuzzi FF. *Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética*. Campinas, 2009. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).

27. Loyola Filho A, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):545-53.
28. Rector TS, Kubo SH, Cohn J. Patient's self-assessment of their congestive heart failure. part 2: content, reliability and validity of a new measure: The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure*. 1987; 3:198-209.
29. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patients outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *Am Heart J*. 1992;124:1017-1025.
30. Carrara, D. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em pacientes com miocardiopatia dilatada submetidos a ventriculectomia parcial esquerda. São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo).
31. Ferreira MC, Gallani MC. Adaptação transcultural dos instrumentos: BMCS-Beliefs about Medication Compliance Scale e BDCS-Beliefs about Dietary Compliance Scale. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, 2005;15 (Suppl 13):116-123.
32. Bennett S.J. Beliefs about medication and dietary compliance an people with heart failure: An instrument develop study. *Heart Lung*. 1997; 24(4):177-85.
33. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater DC, Murray MD. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001; 30:177-85.
34. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence on elderly with heart failure. *Public Health*. 2007;23(11):2705-15.
35. Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AM. Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2011; 19 (3): 451-457.
36. Shively, M.; Kodiath, M.; Smith, T.L.; Kelly, A.; Bone, P.; Fetterly, L.; et al. Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2005; 58:27-34.
37. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA, et al. A long-term prospective randomized controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoirng for adhrence in heart failure outpatients: the REMADHE study. *Circulation: Heart Failure*. 2008; 3:1-30.

38. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ*. 2005; 173(1):40-45.
39. Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001; 30(4): 294-301.
40. Martensson J, Stromberg A, Dahlstron U, Karlsson JE, Fridlund B. Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7:393-403.
41. Leon CFM, Grady KL, Eaton C, Rucker-Whitaker C, Janssen I, Calvin J, Powell LH. Quality of life in a diverse population of heart failure patients: baseline findings from the heart failure Adherence and Retention Trial (HART). *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2009; 29(3): 171–178. doi:10.1097/HCR.0b013e31819a0266.
42. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Quality of life in older adults with heart failure: assessment with a specific instrument. *Acta Paul*, 2011; 24(2):179-84.
43. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad HH, Dracup K, Stappers J, Ree.V. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure. *Eur Heart J*, 1999; 1:151-160.
44. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wisw K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 1999; 159:1613-19.
45. Brandon AF, Schuessler JB, Ellison KJ, Lazenby RB. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Applied Nurs Res*, 2009; 22:e1-e7.
46. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *Inter J Nurs studies*, 2008; 45:489-500.
47. Ski CF, Thompson DR. Quality of life in cardiovascular disease: what is it and why and how should we measure it? *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2010; 9:201-202. Editorial.
48. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:30.
49. Smith B, Forkner E, Zaslow B, Krasuski RA, Stadjuhar K, Kwan M, et al. Disease management produces limited quality-of-life improvements in patients with congestive heart failure: evidence from a randomized trial in community-dwelling patients. *Am J Manag Care*. 2005;11:701-713.

50. Ojeda S, Anguita M, Delgado M, Atienza F, Rus C, Granados AL, et al. Short- and long-term results of a programme for the prevention of readmissions and mortality in patients with heart failure: Are effects maintained after stopping the programme? *Eur J Heart Fail.* 2005;7 (4):921-26
51. Heart Failure Society of America. Comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail.* 2006; 12(1)e1-e122.
52. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse.* 2008; 28(5):54-64.
53. Johansson P, Agnebrink M, Dahlström U, Broström A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective – a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004; 3(1):7-20.

6 - CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste estudo permitem as seguintes conclusões:

1. Quanto à avaliação da adesão ao tratamento diurético por meio das medidas de autorelato:

- A Escala de Adesão de Morisky indicou alto relato de adesão a essa terapêutica. A proporção de adesão revelou que os pacientes utilizavam 80% ou mais da dose dos diuréticos prescritos. Entretanto, na Avaliação Global da Adesão (dose e cuidados relativos à prescrição) a maioria dos pacientes (65%) revelou não adesão a esse tratamento, caracterizada pelas associações: uso adequado da dose e cuidados inadequados, dose insuficiente e cuidados adequados, e dose e cuidados inadequados.
- Os fatores que influenciaram a adesão ao tratamento diurético foram: esquecimento, sintomas e sexo. O item esquecimento da Escala de Morisky, mostrou que o aumento nos escores desse comportamento reduz em 0,46 vezes a chance do paciente ser aderente à terapêutica com diuréticos; o aumento do número de sintomas aumenta em 1,77 vezes a chance dele em ser aderente a essa terapia e, os homens apresentam 2,59 vezes mais chance de serem aderentes ao uso do diurético do que as mulheres.

2. Quanto às crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para adesão ao uso de diuréticos:

- Os pacientes perceberam maiores benefícios do que barreiras em relação ao uso de diuréticos. A média dos escores da sub-escala de benefícios foi alta (20,15) enquanto que a da sub-escala de barreiras foi baixa (17,7).
- Os benefícios percebidos como mais frequentes pelos pacientes foram: melhora da qualidade de vida, menor preocupação com a doença e diminuição do inchaço, embora 32,4% deles não tenham concordado que esses benefícios poderiam reduzir as chances de hospitalização.
- As barreiras percebidas mais frequentes foram: ter que acordar à noite para ir ao banheiro, dificuldade para sair de casa e ser desagradável.

3. Quanto às crenças relativas aos benefícios e barreiras percebidos para adesão à auto-monitorização diária do peso e edema:

- A média dos escores tanto para a sub-escala benefícios percebidos bem como para a sub-escala barreira percebida para adesão ao controle de peso e edema foi baixa (20,2 e 30,1, respectivamente), indicando que os pacientes percebiam poucas barreiras, mas também não reconheciam os benefícios dessa medida.
- Os benefícios percebidos mais freqüentes foram: manter-se saudável, melhoria da qualidade de vida, não preocupação com a doença e diminuição das chances de internação.
- As barreiras percebidas mais freqüentes foram: a falta da balança no domicílio, o fato de ser desagradável e o esquecimento.
- Apesar dos pacientes reconhecerem que a verificação do peso diminui as chances de re-internações, quase a metade deles (46,7%) relatou esquecimento desta medida.
- O controle de peso foi o principal fator relacionado às barreiras percebidas para adesão a auto-monitorização de peso/edema, e conseqüentemente a baixa freqüência em realizar esta medida.

4. Quanto às crenças sobre adesão ao uso dos diuréticos, e aquelas relativas auto-monitorização diária de peso/edema, bem como a adesão medicamentosa entre os pacientes do grupo controle e intervenção antes e após o Programa de Educação em saúde:

- Na medida de adesão à terapia diurética pela avaliação global da adesão observou-se aumento no percentual de adesão nos pacientes do GI, após a intervenção, quando comparado aos do GC com diferença estatisticamente significativa, o que indica melhora na tomada do diurético.
- Na medida de adesão pela Escala de Morisky observou-se, em T₅, que o GI apresentou diminuição no escore total, e nos itens 1 e 4 quando comparados ao valor inicial (T₀) com diferença estatisticamente significativa, e *effect size* de fraca a moderada magnitude, que indica o maior efeito da intervenção neste comportamento. No GC, não foi observada diferença significativa nos escores em

T₅ quando comparados ao valor inicial (T₀). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T₅, houve diminuição no escore total, e nos itens 1 e 4 com diferença estatisticamente significativa, e *effect size* de moderada magnitude especialmente nos itens 1 e 4.

- Nas crenças sobre adesão ao uso do diurético, observou-se em T₅ que a média dos escores de benefícios percebidos para adesão ao diurético do GI aumentou em relação ao valor inicial (T₀) com *effect size* de moderada magnitude. Inversamente, os escores das barreiras do GI diminuíram em relação ao valor inicial (T₀) com *effect size* de alta magnitude. No GC, não foi observada diferença significativa nos escores após intervenção (T₅) quando comparados ao valor inicial (T₀). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T₅, houve aumento do escore de benefícios percebidos com moderada magnitude de efeito e diminuição do escore de barreiras percebidas com elevada magnitude de efeito, que indicam o efeito da intervenção especialmente na diminuição das barreiras para adesão a terapêutica diurética.
- Nas crenças sobre auto-monitorização de peso e edema, observou-se, em T₅, que a média do escore dos benefícios percebidos aumentou e a média do escore de barreiras percebidas diminuiu em relação ao valor inicial (T₀), com *effect size* de elevada magnitude. No GC, não foi observada diferença significativa nos escores em T₂ quando comparados ao valor inicial (T₀). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T₅, houve aumento do escore de benefícios percebidos e diminuição do escore de barreiras percebidas com elevada magnitude de efeito, que indicam o efeito positivo da intervenção nestas variáveis.
- A Educação em Saúde mostrou efeito sobre as crenças de adesão ao uso dos diuréticos e à auto-monitorização diária de peso/edema, bem como sobre a adesão à terapia diurética, principalmente em relação a mudança na avaliação global de adesão que explicou 50% da variabilidade e nas barreiras para auto-monitorização de peso e edema que explicou 53% da variabilidade.

5. Quanto a qualidade de vida relacionada à saúde, medida pelo LHFQ, entre os pacientes do grupo controle e intervenção antes e após o Programa de Educação em saúde:

- Os escores da dimensão física e escore total da QVRS diminuíram com diferenças estatisticamente significativas e *effect size* de moderada a elevada magnitude. A elevada magnitude de efeito observada na dimensão física indicou melhora da QVRS principalmente nesta dimensão. Na dimensão emocional houve diminuição nos escores, entretanto essa diferença não foi estatisticamente significativa. O *effect size* revelou fraca magnitude de efeito nesta dimensão.
- Os pacientes do GI apresentaram diminuição nos escores das dimensões física e total quando comparado ao valor inicial (T_0) com diferenças estatisticamente significativas e *effect size* de fraca magnitude. No GC, não foi observada diferença significativa nos escores em T_5 quando comparados ao valor inicial (T_0). Quando observada a diferença entre os grupos GI e GC, em T_5 , houve diminuição na dimensão física e no escore total com diferença estatisticamente significativa e *effect size* de moderada magnitude, o que indica a melhora da QVRS nestas dimensões. A dimensão emocional apresentou diminuição no escore após a intervenção (T_5) em relação ao valor inicial (T_0), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa.
- A Educação em Saúde mostrou efeito sobre a dimensão física e sobre o escore total. A intervenção explicou 11% da variabilidade do escore da dimensão física e 6 % da variabilidade do escore total do LHFQ.

6. Quanto à associação entre a qualidade de vida, escalas de crenças relacionadas à saúde e adesão à terapia diurética nos pacientes dos grupos controle e intervenção após o Programa de Educação em Saúde:

- As dimensões física e emocional, e o escore total do LHFQ apresentaram correlação positiva e significativa com a Escala de Morisky no item 3, ou seja, quanto pior é a QVRS do paciente, mais ele refere que interrompe o diurético quando se sente melhor. A dimensão física do LHFQ mostrou correlação positiva e significativa com a Escala Adesão de Morisky nos itens 1 e total, e com as barreiras percebidas

para adesão a auto-monitorização de peso e edema, ou seja, quanto pior é a QVRS do paciente nesta dimensão, mais ele concorda que esquece de tomar o diurético e maior é a sua percepção de barreira para o controle de peso e edema.

- A dimensão física apresentou correlação negativa e significativa com a proporção de adesão e os benefícios percebidos para adesão a auto-monitorização de peso e edema, isto é, quanto pior é a QVRS do paciente nesta dimensão, menor é a sua adesão a tomada do diurético e menor é a sua percepção de benefício em relação ao controle de peso e edema.
- O escore total apresentou correlação positiva e significativa com as barreiras percebidas para adesão a auto-monitorização de peso e edema e negativa com benefícios percebidos para esta adesão, isto é, quanto pior é a QVRS do paciente, maior é a sua percepção de barreira e menor a percepção dos benefícios em relação ao controle de peso e edema.

Enfim, esses resultados permitem afirmar que o Programa de Educação em Saúde, conduzido por enfermeira, em pacientes com IC seguidos ambulatorialmente, revelou mudanças no comportamento de adesão ao tratamento diurético, nos benefícios e barreiras percebidos ao uso do diurético e auto-monitorização de peso/edema, e na dimensão física do QVRS. Além disso, a participação efetiva do paciente foi decisiva para a mudança do comportamento de autocuidado e para o efeito positivo do Programa.

Implicações para a prática de enfermagem

Durante a realização desse estudo foi possível identificar a falta de conhecimento do paciente sobre a terapêutica diurética e a importância do controle de peso e edema. Percebeu-se que os pacientes apresentavam algumas barreiras ao tratamento principalmente pela falta de conhecimento e incentivo ao comportamento de autocuidado.

A escolha da estratégia, **jogo de papéis**, foi fundamental para o desenvolvimento do Programa de Educação em Saúde. Esta estratégia possibilitou a aproximação do grupo, bem como a discussão do tema, gerando um espaço de confiança e ampla participação do grupo. Baseado em questões reais, mas com apresentação de forma

simplificada da realidade, permitiu que os pacientes debatessem os benefícios e as barreiras em relação a tomada dos diuréticos e ao controle o peso/edema, e por meio da construção de um conhecimento compartilhado se envolvessem em uma ação coletiva. Além disso, o jogo de papéis é essencial como ferramenta participativa, na qual os participantes encontram suas próprias soluções.

Outra escolha não menos importante para o desenvolvimento deste Programa foi o modelo conceitual. O programa baseado no **Modelo de Crença à Saúde** e as **crenças de auto-eficácia**, permitiu a percepção do paciente em suas próprias capacidades e o por meio do seu compromisso para as mudanças conseguiram modificar seu próprio comportamento.

Sendo assim, a implementação de mecanismos para reforçar a importância da adesão, a discussão de barreiras para o autocuidado e o desenvolvimento de habilidades para a mudança de comportamento foram essenciais para o pacientes com IC. Nesse sentido, os enfermeiros exercem papel fundamental na implantação de estratégias que incentivem o comportamento de autocuidado.

Reforça-se, ainda, que o envolvimento de uma equipe multiprofissional na implantação de programas de educação em saúde é uma prática desejável e deve ser considerada em futuras intervenções.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBARRACIN, D.; GILLETTE, J.C.; EARL, A.N.; GLASMAN, L.R.; DURANTINI, M.R.; HO, M. A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active hiv-prevention interventions since the beginning of the epidemic. **Psychol Bull**, 131(6):856-897, 2005.

ALBERT, N.M. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. **Crit Care Nurse**, 28(5):54-64, 2008.

ALITI, G.B.; RABELO, E.R.; DOMINGUES, F.B.; CLAUSELL, N. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Latino-am Enferm**, 2007; Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acessado em agosto 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart disease and stroke statistics: 2005 Update. Dallas, Tex; American Heart Association, 2005.

ARONOW, W.S. Epidemiology, pathophysiology, prognosis, and treatment of systolic and diastolic heart failure in elderly patients. **Heart Dis**, 5(4): 279-294, 2003.

ASHTON, C.M.; KUYKENDALL, D.H.; JOHNSON, M.L.; WRAY, N.P.; WU, L. The association between the quality of inpatient care and early readmission. **Ann Intern Med**, 122:415-421, 1995.

BANDURA, A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, 25: 729-735, 1989. BANDURA, A. Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84(2):191-215, 1977.

BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, 37(2):122-147, 1982.

BANDURA, A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman; 1997.

BARNEY, C.; SHEA, S.C. The art of effectively teaching clinical interviewing skills using role-playing: a primer. **Psychiatr Clin N Am**, 30: e31-e50, 2007.

BARRETTO, A.C.P.; RAMIRES, J.A.F. Insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, 71(4): 635-642, 1998.

BECKER, M.H. **The Health Belief Model and personal health behavior**. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1974.

BECKER, M.H.; HAEFENER, D.P.; KASL, S.V.; KIRSCHT, J.P.; MAIMAN, L.A.; ROSENSTOCK, I.M. Select Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-Related Behaviors. **Med Care**, 15(5): 27-46, 1977.

BENNETT, S.J. Beliefs about medication and dietary compliance un people with heart failure: An instrument develop study. **Heart Lung**, 24(4):177-85, 1997.

BENNETT, S.J.; HUSTER, G.A.; BAKER, S.L.; MILGROM, L.B.; KIRCHGASSNER, A.; BIRT, J.; PRESSLER, M.L. Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. **Am J Crit Care**, 7(3):168-174, 1998.

BENNETT, S.J.; HAYS, L.M.; EMBREE, J.L.; ARNOULD M. Heart Messages: a tailored message intervention for improving heart failure outcomes. **J Cardiovasc Nurs**, 14(4):94-105, 2000.

BENNETT, S.J.; PERKINS, S.M.; LANE, K.A.; FORTHOFFER, M.A.; BRATER, D.C.; MURRAY, M.D. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. **Heart Lung**, 30:177-85, 2001.

BENNETT, S.J.; OLDRIDGE, N.B.; ECKERT, G.J.; EMBREE, J.L.; BROWNING, S.; HOU, N., et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. **Qual Life Res**, 11:349-359, 2002.

BENNETT, S.J.; SAUVE, M.J. Cognitive deficits in patients with heart failure: a review of the literature. **J Cardiovasc Nurs**, 18:219-42, 2003.

BENNETT, S.J.; LANE, K.A.; WELCH, J.; PERKINS, S.M.; BRATER, D.C.; MURRAY, M.D. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. **West J Nurs Res**, 27:977-993, 2005.

BENNETT, S. Diuretics: use, actions and prescribing rationale. **Nurse Prescribing**, 6(2), 72-77, 2008.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, 67(4):877-80, 1998.

BOCCHI, E.A.; CRUZ, F.; GUIMARÃES, G.; MOREIRA, L.F.P.; ISSA, V.S.; FERREIRA, S.M.A.; et al. a long-term prospective randomized controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE study. **AHA**, 2008; 3:1-30. Disponível em: <http://circheartfailure.ahajournals.org>. Acessado em agosto 2009.

BOSWORTH, H.B.; STEINHAUSER, K.E.; ORR, M.; LINDQUIST, J.H.; GRAMBOW, S.C.; ODDONE, E.Z. Congestive heart failure patient's perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. **Ageing Ment Health**, 8(1): 83-91, 2004.

- BOUVY, M.L.; HEERDINK, E.R.; URQUHART, J.; GROBBEE, D.E.; HOE, A.W.; LEUFKENS, H.G.M. Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients: a randomized controlled study. **J Cardiac Fail**, 9(5): 404 -411, 2003.
- BRANDON, A.F.; SCHUESSLER, J.B.; ELLISON, K.J.; LAZENBY, R.B. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patient with heart failure. **Applied Nurs Res**, 22:e1-e7, 2009.
- BRODIE, D.A.; INOUE, A.; SHAW, D.G. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. **Inter J Nurs Studies**, 45:489-500, 2008.
- CAMARGO, M.E.S.A.C. **Jogo de Papéis (RPG) em diálogo com a educação ambiental: aprendendo a participar da gestão dos recursos hídricos na região metropolitana de São Paulo**. São Paulo, 2006. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo).
- CANDWELL, M.A.; PETERS, K.J.; DRACUP, K.A. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. **Am Heart J**, 150:983.e7 – 983. e12, 2005.
- CARLSON, B.; RIEGEL, B.; MOSER, DK. Self-care abilities of patients with heart failure. **Heart Lung**, 30:351– 9, 2001.
- CARRARA, D. **Avaliação prospectiva da qualidade de vida em pacientes com miocardiopatia dilatada submetidos a ventriculectomia parcial esquerda**. São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo).
- CASTRO, R.A.; ALITI, G.B.; LINHARES, J.C.; RABELO, E.R. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, 31(2):225-31, 2010.
- CHAMPION, V. Beliefs about breast cancer and mammography by behavior stage. **Oncol Nurs Forum**, 21:1009-14, 1994.
- COHEN J. **Statistical power analysis for the behavior sciences**. 2nd ed, New York: Academic Press, 1988.
- COHN, J.N. Physiological variables as markers of symptoms, risk, and interventions in heart failure. **Circulation**, 87(suppl)VII:VIM 10-VII-114, 1993.
- CORNÉLIO, R.C.A.C.; PINTO, A.L.T.; PACE, F.H.L.; MORAES, J.P.; CHEBLI, J.M.F. Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn: prevalência e fatores de risco. **Arq Gastroenterol**, 46(3):183-89, 2009.

CURCIO, R.; LIMA, M.H.M.; GALLANI, M.C.B.J.; COLOMBO, R.C.R. **Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes portadores de Diabetes Mellitus atendido em serviço de atenção terciária.** Projeto de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq 2007; [Relatório parcial].

DARÉ, W. A role-playing game in irrigated system negotiation: between play and reality. **Journal of Artificial Societies and Social Simulation**, 6(3): 54-68, 2003.

DATASUS. Ministério da Saúde. Brasil. Dados de morbidade de 2006. Brasília, [on line]. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0204>. Acesso em 08/10/2011.

DEBUSK, R.F.; MILLER, N.H.; PARKER, K.M.; BANDURA, A.; KRAEMER, A.C.; CHER, D.J.; et al. Care management for low-risk patients with heart failure: a randomized, controlled trial. **Ann Intern Med**, 141:606-613, 2004.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicol, Saúde e Doença**, 2(2):81-100, 2002.

DEWALT, D.A.; MALONE, R.M.; BRYANT, M.E.; KOSNAR, M.C.; CORR, K.E.; ROTHMAN, R.L.; et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial. **BMC Health Services Research**, 2006; Disponível em: <http://biomedcentral.com/1472-6963/6/30>. Acessado em agosto 2009.

DEWULF, N.L.S.; MONTEIRO, R.A.; PASSOS, A.D.C.; VIEIRA, E.M.; TRONCON, L.E.A. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônica acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Rev Bras Cien Farm**, 42(2):595-584, 2006.

DOMINGUES, F.B.; CLAUSELL, N.; ALITI, G.B.; DOMINGUEZ, D.R.; RABELO, E.R. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. **Arq Bras Cardiol**, 96(3): 233-239, 2011.

DUCHARME, A.; DOYON, O.; WHITE, M.; ROULEAU, J.L.; BROPHY, J.M. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. **CMAJ**, 173(1): 40-45, 2005.

EKMAN, I.; ANDERSSON, G.; BOMAN, K. Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-year randomised trial. **Patient Education and Counseling**, 61:348-353, 2006.

ESCOSTEGUY, C.C. Estudos de Intervenção. In: MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. 2ª edição. São Paulo:Editora Atheneu, 2009. p. 251-264.

ESPOSITO L. The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population. **J Adv Nurs**, 21: 935-43, 1995.

ETERNO, F.T.; OLIVEIRA JR, M.T.; BARRETTO, A.C.P. Diuréticos melhoram a capacidade funcional em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Arq Bras Cardiol**, 70 (5): 315-320, 1998.

EVANGELISTA, L.; DRACUP, K.; DOERING, L. A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. **Prog Cardiovasc Nurs**, 15:97-103, 2000.

EVANGELISTA, L.S.; BERG, J.; DRACUP, K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. **Heart Lung**, 30(4): 294-301, 2001.

EVANGELISTA, L.S.; DOERING, L.V.; DRACUP, K.; WESTLAKE, C.; HAMILTON, M.; FONAROW, G.C. Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, 18(3):197-206, 2003.

EVANGELISTA, L.S.; SHINNICK, M.A. What do we know about adherence and self-care? **J Cardiol Nurs**, 23(3):250-57, 2008.

FERREIRA, M.C.S.; GALLANI, M.C.B.J. **Adaptação transcultural dos instrumentos BMCS – Beliefs about Medication Compliance Scale e BDCS – Beliefs about Diet Compliance Scale**. Iniciação Científica. Campinas (SP): FAPESP-UNICAMP; 2004.

FERREIRA, M.C.S.; GALLANI, M.C.B.J. Insuficiência Cardíaca: antiga síndrome, novos conceitos e atuação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, 58(1):70-3, 2005a.

FERREIRA, M.C.S.; GALLANI, M.C.B.J. Adaptação transcultural dos instrumentos: BMCS-Beliefs about Medication Compliance Scale e BDCS-Beliefs about Dietary Compliance Scale. **Rev SOCESP**, 15 (Suppl 13):116-123, 2005b.

FERREIRA, M.C.S.; GALLANI, M.C.B.J. Adaptação transcultural do instrumento “Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale”. *Rev Latino-Am Enferm* [em submissão].

FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p 19-28.

FLETCHER, M.D.; YUSUF, S.; KOBER, L.; et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. **Lancet**, 355:1575-1581, 2000.

GALLOWAY, S. J. Simulation Techniques to Bridge the Gap Between Novice and Competent Healthcare Professionals. **OJIN**, 14 (2), 2009. Disponível em:

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No2May09/Simulation-Techniques.aspx>. Acessado em maio de 2010.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, 10(1):1-11, 1987.

GEORGE, J.; SHALANSKY, S.J. Predictors of refill non-adherence in patients with heart failure. **Br J Clin Pharmacol**, 63(4):488-493, 2006.

GHALI, J.K.; KADAKIA, S.; COOPER, R.; FERLINS, J. Precipitating Factors Leading to Decompensation of Heart Failure. **Arch Intern Med**, 148:2013-2016, 1988.

GONSETH, J.; GUALLAR-CASTILLON, P.; BANAGAS, J.R.; RODRIGUEZ, A.F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital readmission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. **Eur Heart J**, 25:1570-95, 2004.

GOODINSON, S.M.; SINGLETON, J.B.A. Quality of Life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. **J Nurs Stud**, 26(4):327-341, 1989.

GRADY, K.L. Self-care and quality of life outcomes in heart failure patients. **J Cardiovasc Nurs**, 23(3):285-292, 2008.

GRANGER, B.B.; SWEDBERG, K.; EKMAN, I.; et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. **Lancet**, 366(9502):2005-2011, 2005.

GUSMÃO, J.L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, 13(1):23-25, 2006.

GUYATT, G.H.; NAYLOR, D.; JUNIPER, E.; HEYLAND, D.K.; JAESCHKE, R.; COOK, D.J. User's guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. **JAMA**, 277(15):1232-1237, 1997.

HARRISON, M.B.; BROWNE, G.B.; ROBERTS, J.; TUGWELL, P.; GAFNI, A.; GRAHAM, I.D. Quality of life of individuals with heart failure. A randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. **Med Care**, 40:271-282, 2002.

HAYNES, R.B. MCDONALD, H.P. GARG, A.X. Helping patients follow prescribed treatment. clinical applications. **JAMA**, 22(288):2880-83, 2002.

HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA (HFSA). Comprehensive heart failure practice guideline. **J Card Fail**, 12(1)e1-e122, 2006.

HEO, S.; MOSER, D.K.; LENNIE, T.A.; ZAMBROSKI, C.H.; CHUNG, M.L. A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. **Heart Lung**, 36(1):16-24, 2007.

HOFFMEISTER, R.C.; OLIVEIRA, A.P.S.; FERREIRA, C.; et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre. **Ciênc saúde coletiva**, 13:703-710, 2008.

HOLST, M.; WILLENHEIMER, R.; MARTENSSON, J.; LINDHOLM, M.; STROMBERG, A. Telephone follow-up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care. **Eur J Cardiovasc Nurs**, 6: 153-159, 2007.

HUNT, S.A.; BAKER, D.W.; CHIN, M.H.; CINQUEGRANI, M.P.; FELDMANMD, A.M.; FRANCIS, G.S.; et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. **Circulation**, 104:2996– 3007, 2001.

JAARSMA, T.; HALFENS, R.; ABU-SAAD, H.H.; DRACUP, K.; STAPPERS, J.; REE.V. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure. **Eur Heart J**, 1:151-160, 1999.

JAARSMA, T.; HALFENS, R.; TAN, F.; HUIJER ABU-SAAD, H.; DRACUP, K.; DIEDERIKS, J. et al. Self-care and quality of life inpatients with advanced Herat failure: the effect of a supportive educational intervention. **Heart Lung**, 29(5): 319-330, 2000a.

JAARSMA, T.; HUIJER ABU-SAAD, H.; DRACUP, K.; HALFENS, R. Self-care behaviour of patients with heart failure. **J Caring Sci** , 14: 112–119, 2000b.

JAARSMA, T.; STRÖMBERG, A.; MARTENSSON, J.; DRACUP, K. Development and testing of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. **Eur J Heart Fail**, 5:363-7, 2003.

JAARSMA, T.; STROMBERG, A.; DE GEEST, S.; et al. Heart failure management programmes in Europe. **Eur J Cardiovasc Nurs**, 5(3):197-205, 2006.

JAARSMA, T.; VAN DER WAL, M.H.L.; LESMAN-LEEGTE, I.; LUTTIK, M.L.; HOGENHUIS, J.; VEEGERE, N.J. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure. **Arch Intern Med**, 168(3):316-24, 2008.

JANNUZZI, F.F. **Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética**. Campinas, 2009. (Dissertação – Mestrado – Faculdade da Ciências Médicas da UNICAMP).

JANZ, N.K.; BECKER, M.H. The Health Belief Model: a decade later. **Health Educ Q**, 11:1- 47, 1984.

JESSUP, M.; ABRAHAM, W.T.; CASEY, DE FELDMAN, A.M.; FRANCIS, G.S.; GANIATS, T.G. ; et al. Focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009; 119 (14): 1977-2016. Downloaded from circ.ahajournals.org by on July 2, 2011. *Circulation* is available at <http://circ.ahajournals.org> DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192064

JOHANSSON, P.; AGNEBRINK, M.; DAHLSTRÖM, U.; BROSTRÖM, A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective – a review of the literature. **Eur J Cardiovasc Nurs**, 3(1):7-20, 2004.

KASPER, E.K.; GERSTENBLITH, G.; HEFTER, G.; van ANDEN, E.; BRINKER, J.Á.; THIEMANN, D.R.; et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. **J Am Coll Cardiol**, 39(3):471-480, 2002.

KHATIB, R. Diuretics in heart failure part 1: pharmacology and mechanisms. **British J Cardiac Nurs**, 3(7), 310-314, 2008.

KLEIN, L.; O'CONNOR, C.M.; GATTIS, W.A.; ZAMPINO, M.; LUCA, L.; VITARELLI, A.; Fedele, F.; et al. Pharmacologic therapy for patients with chronic heart failure and reduced systolic function: review of trials and practical considerations. **Am J Cardiol**, 91(suppl):18F-40F, 2003.

KODOTCHIGOVA, M.A. Role Play in Teaching Culture: six quick steps for classroom implementation. **TESL Journal**, Vol. VIII, No. 3 (2002). Disponível em: <http://iteslj.org/>. Acessado em maio de 2010.

KRUMHOLZ, H.M; AMATRUDA, J.; SMITH, G.L.; MATTERA, J.A.; ROUMANIS, S.A.; RADFORD, M.J.; et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. **J Am Coll Cardiol**, 39:83-9, 2002.

KUTZLEB J, REINER D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. **J Am Academy Nurse Practitioners**, 18:116-23, 2006.

LEDWIDGE, M.; RYAN, E.; O'LOUGHLIN, C.; RYDER, M.; TRAVERS, B.; KIERAN, E. et al. Heart failure care in a hospital unit: a comparison of standard 3-month and extended 6-month programs. **Eur J H Fail**, 7:385-391, 2005.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Rev. Ciência e Saúde Col**, 8(3):775-82, 2003.

LEON, C.F.M.; GRADY, K.L.; EATON, C.; RUCKER-WHITAKER, C.; JANSSEN, I.; CALVIN, J.; et al. Quality of life in a diverse population of heart failure patients: Baseline findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART). **J Cardiopulm Rehabil Prev.**, 29(3):171–178, 2009. doi:10.1097/HCR.0b013e31819a0266

LINHARES, J.C.; ALITI, G.B.; CASTRO, R.A.; RABELO, E.R. Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, 18(6):1145-51, 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods, critical appraisal and utilization.** 3 ed. St Louis, Mosby-Year-Book, 1994.

LOYOLA FILHO, A.; UCHOA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, 21(2):545-53, 2005.

LUSZCZYNSKA, A.; SCHWARZER, R. Planning and Self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: a longitudinal study on self-regulatory cognitions. **Psychology and Health**, 18(1): 93–108, 2003.

LUSZCZYNSKA, A.; TRYBURCY, M.; SCHWARZER, R. Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. **Health Educ Res**, 22(5): 630-38, 2007.

MACHIN, D.; CAMPBELL, M.J. **The Design of Studies for Medical Research.** Wiley, Chichester, 2005.

MAIER, H.W. Role playing: structures and educational objectives. The International Child and Youth Care Network (2002). Disponível em <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0102-roleplay.html>. Acessado em maio de 2010.

MARATANZ, P.R. ; TOBIN, J.N. ; WASSERTHEIL-SMOLLER, S. ; et al. The relationship between left ventricular systolic function and congestive heart failure diagnosed by clinical criteria. **Circulation**, 77(3): 607-612, 1988.

MARGOTO, G.; COLOMBO, R.C.R.; GALLANI, M.C.B.J. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. **Rev Esc Enferm USP**, 43(1):44-53, 2009.

MARINKER, M.; SHAW, J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. **BMJ**, 326:348-349, 2003.

MARTENSSON, J.; STROMBERG, A.; DAHLSTRON, U.; KARLSSON, J.E.; FRIDLUND, B. Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led

intervention on health-related quality of life and depression. **Eur J Heart Fail**, 7:393-403, 2005.

McALISTER, F.A.; STEWART, S.; FERRUA, S.; McMURRAY, J.J.J.V. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. **JACC**, 44(4):810-19, 2004

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2008;17(4):758-64, 2008.

MESQUITA, E.T.; SÓCRATES, J.; RASSI, S.; VILLACORTA, H.; MADY, C. Insuficiência cardíaca com função sistólica preservada. **Arq. Bras. Cardiol**, 82(5):494-500, 2004.

MOONS, P. Requirements for quality-of-life reports. **Eur J Cardiovasc Nurs**, 9:141-143, 2010, Editorial.

MOONS, P.; VAN DEYK, K.; BUDTS, W.; De GEEST, S. Caliber of quality-of-life assessments in congenital heart disease: a plea for more conceptual and methodological rigor. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 158(11):1062-9, 2004.

MORISKY, D.E.; LEVINE, M.; GREEN, L.W.; SMITH, C.R. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. **Arch Intern Med**, 142 (10): 1835-1838, 1982.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, 24:67-74, 1986.

NESTEL, D.; TIERNEY, T Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. **BMC Medical Education**, 7:3 (2007). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/3>. Acessado em maio de 2010.

NGUYEN, V.; DUCHARME, A.; WHITE, M.; RACINE, N.; O'MEARA, E.; ZHANG, B.; et al. Lack of long-term benefits of a 6-month heart failure disease management program. **J Cardiac Fail**, 13:287-93, 2007.

NI, H.; NAUMAN, D.; BURGESS, D.; WISW, K.; CRISPELL, K.; HERSHBERGER R.E. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. **Arch Intern Med**, 159:1613-19, 1999.

NILSSON, J.G. Concordance in practice. Common objectives for doctors, nurses and pharmacists in Sweden to improve adherence to prescribed medicines. **J Soc Adm Pharm**, 18:81-82, 2001.

OJEDA, S.; ANGUITA, M.; DELGADO, M.; ATIENZA, F.; RUS, C.; GRANADOS A.L.; et al. Short- and long-term results of a programme for the prevention of readmissions and mortality in patients with heart failure: Are effects maintained after stopping the programme? **Eur J Heart Fail**, 7:921-26, 2005.

OPASICH, C.; RAPEZZI, C.; LUCCI, D.; GORINI, M.; POZZAR, F.; ZANELLI, E.; et al. Precipitating factors and decision-making processes of short-term worsening heart failure despite "optimal" treatment. **Am J Cadiol**, 88:382-7, 2001.

ORENSKY, I.A.; HOLDFORD, D.A. Predictors of noncompliance with warfarin therapy in an outpatient anticoagulation clinic. **Pharmacotherapy**. 25:1801-8, 2005.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Drug therapy: adherence to medication. **N Eng J Med**, 353(5): 487-497, 2005.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria Social Cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A. et al. **Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 97-112.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo, 2000 (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

PELEGRINO, V.M.; DANTAS, R.A.S.; CLARK, A.M. Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. **Rev Latino-Am. Enferm**, 19 (3):451-457, 2011.

PEÑARRIETA, R.; BARBAN, V.; FAYSSSE, N.; DUCROT, R. Informações Gerais para elaboração, uso e emprego de Jogos de Papéis em Processos de Apoio a uma Ação Coletiva. (2006). Disponível em: www.negowat.org. Acessado em maio de 2010.

POWELL, L.H.; CALVIN, J.E.; RICHARDSON, D.; JANSSEN, I.; LEON, C.F.M.; FLYNN, K. et al.. Self-management counseling in patients with heart failure. **JAMA**, 304(12):1331-38, 2010.

PRADO JÚNIOR, J.C.; KUPEK, E.; MION JÚNIOR, D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J Hum Hypertens**, 21(7): 579-84, 2007.

RABELO, E.R.; ALITI, G.B.; DOMINGUES, F.B.; RUSCHEL, K.B.; BRUN, A.O.; PEREIRA, F.P. Educação para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: das evidências da literatura às intervenções de enfermagem prática. **Rev Soc. Cardiol. RGS**, 3:1-5, 2005.

RABELO, E.R.; ALITI, G.B.; GOLDRAICH, L.; DOMINGUES, F.B.; CLAUSELL, N.; ROHDE, L.E. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arq Bras Cardiol**, 87(3): 352-58, 2006.

RABELO, E. R.; ALITI, G.B.; DOMINGUES, F.B.; RUSCHEL, K.B.; BRUN, A.O.; GONZALEZ, S.B. Impact of nursing systematic education on disease knowledge and self-care at a heart failure clinic in Brazil: prospective an interventional study. Online Brazilian Journal of Nursing, Vol 6, No 3 (2007). Disponível em: http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676_4285.2007.1039/278. Acessado em agosto de 2009.

RECTOR, T.S.; KUBO, S.H.; COHN, J. Patient's self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Heart Failure**, 3:198-209, 1987.

RECTOR, T.S.; COHN, J.N. Assessment of patients outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. **Am Heart J**, 124:1017-1025, 1992.

REDEKER, N.S. Health beliefs and adherence in chronic illness. **Image**, 20:31-5, 1988.

REMME, W.J.; SWEDBERG, K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. **Eur Heart J**, 22:1527- 60, 2001.

RICH, M.W. Heart failure in the oldest patients: the impact of comorbid conditions. **Am J Geriatr Cardiol**. 14(3):134-141, 2005.

RICH, M.W.; BECKHAM, V.; WITTENBERG, C.; LEVEN, C.L.; FREEDLAND, K.; CARNEY, R.M. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **N Engl J Med**, 333:1190-95, 1995.

RIEGEL B.; CARLSON, b.; GLASER, D.; HOAGLAND, P. Which patients with heart failure respond best to multidisciplinary disease management? **J Cardiac Fail**, 6(4):29099, 2000.

RIEGEL, B.; CARLSON, B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. **Patient Educ Couns**, 46(4):287-95, 2002.

ROCCAFORTE, R.; DEMERS, C.; BALDASSARRE, F.; TEO, K.K.; YUSUF, S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. **Eur J Heart Fail**, 7(7):1133-44, 2005.

ROCHA, C.H.; OLIVEIRA, A.P.S.; FERREIRA, C.; et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Rev. Cienc & Saúde Col**, 13 (sup):703-10, 2008.

ROSAL, M.C.; OCKENE, J.K.; MA, Y.S.; et al. Coronary artery smoking intervention study: 5-year follow-up. **Health Psychol**, 17: 476-78, 1998.

ROSAL, M.C.; WHITE, M.J.; RESTREPO, A.; et al. Design and methods for a randomized clinical trial of a diabetes self-management intervention for low-income Latinos: Latinos in Control 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/9/81>. Acessado em Janeiro de 2011.

SACCOMANN, I.C.R.S. Qualidade de vida em idosos portadores de insuficiência cardíaca: avaliação de um instrumento específico. Campinas, 2006 (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

SACCOMANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure—Brazilian version—in the elderly. **Qual Life Res**, 16(6):997-105, 2007.

SACCOMANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. **São Paulo Med J**, 128(4):192-6, 2010.

SACCOMANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Quality of life in older adults with heart failure: assessment with a specific instrument. **Acta Paul**, 24(2):179-84, 2011.

SANTOS, J.J.A.; PLEWKA, J.E.A.; BROFMAN, P.R.S. Qualidade de vida e indicadores clínicos na insuficiência cardíaca: análise multivariada. **Arq Bras Cardiol**, 93(2):159-66, 2009.

SCATTOLIN, F.A.A.; DIOGO, M.J.D.; COLOMBO, R.C.R. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence on elderly with heart failure. **Public Health**, 23(11):2705-15, 2007.

SCHERER, Y.K.; SCHMIEDER, L.E.; SHIMMEL, S. The effects of education alone and in combination with pulmonary rehabilitation on self-efficacy in patient with COPD. **Rehabil Nurs**, 23:71-77, 1998.

SETHARES, K.A.; ELLIOTT, K. The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. **Heart Lung**, 33(4):249-260, 2004.

SHALANSKY S, LEVY AR, IGNASZEWSKI AP. Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. **Ann Pharmacother**, 38:1363-8, 2004.

SHIVELY, M.; KODIATH, M.; SMITH, T.L.; KELLY, A.; BONE, P.; FETTERLY, L.; et al. Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. **Patient Educ Couns**, 58:27-34, 2005.

SILVA, C.P.; BACAL, F.; PIRES, P.V.; MANGINI, S.; ISSA, V.S.; MOREIRA, S.F.M.; CHIZZOLA, P.R.; SOUZA, G. E.C.; GUIMARÃES, G.V.; BOCCHI, A.E. Perfil do tratamento da insuficiência cardíaca na era dos betabloqueadores. **Arq Bras Cardiol**, 88(4):475-479, 2007.

SIMPSON JR, R.J.; Challenges for improving medication adherence. **JAMA**, 296(21):2614-2616, 2006. Editorials.

SIMPSON, S.H.; FARRIS, K.B.; JOHNSON, J.A.; TSUYUKI, R.T. Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. **Pharmacotherapy**, 20:823e9, 2000.

SISK, J.E.; HEBERT, P.L.; HOROWITZ, C.R.; MCLAUGHLIN, M.A.; WANG, J.J.; CHASSIN, M.R. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. **Ann Intern Med**, 145:273-83, 2006.

SKI, C.F.; THOMPSON, D.R. Quality of life in cardiovascular disease: what is it and why and how should we measure it? **Eur J Cardiovasc Nurs**, 9:201–202, 2010, Editorial.

SMITH, B.; FORKNER, E.; ZASLOW, B.; KRASUSKI, R.A.; STADJUCHAR, K.; KWAN, M.; et al. Disease management produces limited quality-of-life improvements in patients with congestive heart failure: evidence from a randomized trial in community-dwelling patients. **Am J Manag Care**, 11:701-713, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. **Arq Bras Cardiol**, 93(Supl 1):1-71, 2009.

STELER, C.B.; MORSI, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J.; et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nurs Reserch**, 11(4):195-206, 1998.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. A Influência do conhecimentos sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, 81(4):343-8, 2003.

STRÖMBERG, A. Educating nurses and patients to manage heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs**, 1: 33-40, 2002.

STROMBERG, A. The crucial role of patient education in heart failure. **Eur Heart J**, 7:363–9, 2005.

STROMBERG, A.; MARTENSSON, J.; FRIDLUND, B.; LEVIN, L.A.; KARLSSON, J.E.; DAHLSTROM, U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. **Eur Heart J**, 24:1014-23, 2003.

TSUYUKI, R.T.; McKELVIE, R.S.; ARNOLD, J.M.; AVEZUM, A.Jr.; BARRETTO, A.C.; CARVALHO, A.C.; et al. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. **Arch Intern Med**, 161:2237-42, 2001.

VAN DER WAL, M.H.L.; JAARSMA, T.; van VELDHUISEN, D.J. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? **Eur J Heart Fail**, 7(1):5-17, 2005.

VAN DER WAL, M.L.; JAARSMA T.; MOSER, D.K.; VEEGER, J.G.M.; van GILST W.H.; van VELDHUISEN, D.J. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. **Eur Heart J**, 27:434-440, 2006.

VAN DER WAL, M.L.; JAARSMA, T.; MOSER, D.K.; et al. Unraveling the mechanisms for heart failure patient's beliefs about compliance. **Heart Lung**, 36:253-261, 2007.

VAN DER WAL, M.H.L.; JAARSMA T. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study). **Eur J Cardiovas Nurs**,7(suppl 1):S41, 2008.

VAN MENTS M. **The Effective use of Role Play: a handbook for teachers and trainers**. New York: Nichols Publishing, 1989.

VELEZ, M.; WESTERFELDT, B.; RAHKO, O.S. Why it pays for hospital to initiate a heart failure disease management program. **Dis Manage Health Outcomes**, 16(3):155-173, 2008.

VERENA, R.; STEWART, S.; PRETORIUS, S.; KUBHEKA, M.; LAUTENSCHLÄGER, C.; PRESEK, P.; SLIWA, K. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South Africa: the Heart of Soweto study. **Cardiovasc J Af**, 21:86-92, 2010.

VINCENT, A.; SHEPHERD, J. Experiences in teaching middle east politics via internet-based role-play simulations. (1998). Disponível em: <http://www-jime.open.ac.uk/98/11/vincent-98-11-02.html>. Acessado em maio de 2010.

WELCH, J.; BENNETT, S.J.; DELP, R.L.; AGARWAL, R. Benefits and barriers to dietary sodium adherence. **West J Nurs Res**, 28(2): 162-180, 2006.

WHELLAN, D.J.; GAULDEN, L.; GATTIS, W.A.; GRANGER, B.; RUSSELL, S.; BLASING, M.A.; et al. The benefit of implementing a heart failure disease management program. **Arch Intern Med**, 16(8):2223-28, 2001.

WHILE, A.; KIEK F. Chronic heart failure: promoting quality of life. **Br J Community Nurs**, 14(2):54-9, 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, 52(5):546-53, 2005.

WONG, K.W.; WONG, F.K.Y.; CHAN, M.F. Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. **J Advanced Nursing**, 49(21):210-22, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Disponível em: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherencereport.pdf. Acesso em agosto de 2009.

WRIGHT, S.P.; WALSH, H.; INGLEBY, K.M.; MUNCASTER, A.S.; GAMBLE, G.D.; PEARL, A.; WHALLEY, G.A.; et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. **Eur J Heart Fail**, 3:371-380, 2003.

WU, J.; MOSER, D.K.; CHUNG, F.M.L.; LENNIE, T.A. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. **J Cardiac Fail**, 14(7):603-614, 2008.

YU, D.S.F.; THOMPSON, D.R.; LEE, D.T.F. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve pos-discharge outcomes. **Eur Heart J**, 287:596-612, 2006.

ZUCCALA, G.; MARZETTI, E.; CESARI, M.; MONACO, M.R.; ANTONICA, L.; COCCHI, A.; et al. Correlates of cognitive impairment among patients with heart failure: results of a multicenter survey. **Am J Med**, 118:496-502, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO POR TELEFONE

(baseado no conceito de auto-eficácia de Bandura, 1977)

1- Avaliação da experiência pessoal na realização das atividades propostas quanto uso de diuréticos e auto-monitorização de peso/edema.

- Como o Sr (a) está tomando o seu diurético? Quantas vezes por dia? Em quais os horários? (T₂ - reforço por telefone, 15 dias após T₁)

- Como o Sr (a) está realizando o seu controle de peso e inchaço nos pés e pernas? Quantas vezes por dia? Em quais os horários? (T₄ - reforço por telefone, 15 dias após T₃)

2- Elogios e encorajamento dos esforços individuais (capacidade de autocuidado) quanto ao uso de diurético e ao controle de peso/edema.

- Tente se lembrar de uma situação que o Sr(a) decidiu que tomaria o diurético mesmo tendo que sair de casa. (T₂ - reforço por telefone, 15 dias após T₁)

- Tente se lembrar de uma situação que o Sr(a) decidiu que realizaria o controle de peso/edema. (T₄ - reforço por telefone, 15 dias após T₃)

Para ambas situações, foi realizado um reforço para o paciente com elogios e encorajamento (reforço positivo) de quanto ele pode ter ficado orgulhoso de si mesmo e sentir que foi bem sucedido nesta decisão.

APÊNDICE 2
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Data da entrevista: ___/___/___

I. Identificação

Nome: _____ Registro: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome e endereço de um amigo ou familiar: _____

Telefone (amigo/familiar): _____

II. Perfil sociodemográfico

1- **Sexo:** (1) Masculino (2) Feminino

2- **Data de Nascimento:** ___/___/___ **Idade:** _____

3- **Cor/etnia:** (1) Cor Branca (2) Cor Preta (3) Cor Parda (4) Cor Amarela
(5) Raça/Etnia Indígena

4- **Procedência:** (1) Cidade de Sorocaba (2) Região de Sorocaba
(3) Outras Cidades do estado de São Paulo. Qual? _____
(4) Cidades de Outros Estados. Qual? _____

5- **Estado Civil:** (1) Casado(a) (2) Solteiro(a) (3) Viúvo(a) (4) em união consensual
(5) separado(a)

6- **Escolaridade:** _____ anos

7- **Situação de trabalho:** (1) Empregado (2) Desempregado (3) Auxílio-doença
(4) Aposentado por invalidez (5) Aposentado compulsoriamente (6) aposentado e trabalha
(7) do lar

8- **Com quem mora:** (1) esposa(o) (2) filhos (3) netos (4) bisnetos (5) irmão (6) amigos (7)
sozinho (8) instituição (9) esposa+filhos

9- **Acompanhante** (presença): (1) sim (2) não

10- **Cuidador** (presença): (1) sim (2) não

11- **Renda familiar (mensal): R\$ _____ Conversão para sal.mín. _____**

Conversão para dólar: US\$ _____

12- O Idoso é a principal renda da família? (1) sim (2) não

III. Caracterização clínica

1- Tempo de diagnóstico da IC: _____ meses

2- Etiologia da Insuficiência Cardíaca:

HAS (1) sim (2) não

Coronariopatia (1) sim (2) não

Valvopatia (1) sim (2) não

Chagas (1) sim (2) não

Miocardiopatia (1) sim (2) não

Desconhecida (1) sim (2) não

3- Comorbidades:

HAS (1) sim (2) não

DM (1) sim (2) não

Coronariopatia (1) sim (2) não

Insuf. Renal (1) sim (2) não

AV Encefálico (1) sim (2) não

Outras: _____

4- Classe funcional (NYHA): (1) I (2) II (3) III (4) IV

5- Ecocardiogra:

Fração de Ejeção: _____% Método: (1) Eco-Cubo (2) Eco-Teicholtz (3) Cintilografia (4)

Cateterismo

Disfunção sistólica: (1) sim (2) não

Considerar SIM, se assinalado pelo menos 1 destes 4 itens

() Acinesia

() Hipocinesia

() Discinesia

() FE rebaixada

Disfunção diastólica: (1) sim (2) não

Considerar registro no laudo

6- Sinais e Sintomas	Hoje	Habitualmente
(1)Dispnéia (falta de ar) (1=sim; 2=não)		

(2) Edema (inchaço) (1=sim; 2=não)		
(3) Fadiga (peso nas pernas) (1=sim; 2=não)		
(4) Angina (dor no peito) (1=sim; 2=não)		
(5) Palpitação/arritmia (batedeira) (1=sim; 2=não)		

7- Peso: _____ Kg Altura: _____ m

8- Facilidade de acesso à balança (1) sim (2) não
 (1) em casa (2) farmácia (3) Posto de saúde (4) hospital

9- Quantas vezes consegue pesar-se?

- (1) uma vez/dia
- (2) uma vez por semana
- (3) duas vezes por semana
- (4) ≥ 3 vezes por semana
- (5) uma vez por mês
- (6) somente na consulta médica
- (7) nunca

9- N° de hospitalizações nos últimos seis meses: _____

APÊNDICE 3 – CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

PROJETO: Educação em Saúde na Adesão ao Tratamento e na Qualidade de Vida em Portadores de Insuficiência Cardíaca

RESPONSÁVEL: Izabel Cristina Ribeiro da Silva Saccomann. Tel: (15) 34118500.

Eu, _____ idade _____,

RG, _____ residente à _____

_____ cidade _____,

concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por finalidade avaliar o efeito de um programa de educação em saúde na adesão ao tratamento e na qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Estou ciente que:

1- Serei submetido a uma entrevista oral, que será registrada (anotada) pela pesquisadora, com duração de aproximadamente 30 minutos;

2- Participarei de um programa de educação em saúde que consta de dois encontros mensais;

3- Receberei resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados à pesquisa pela pesquisadora;

4-Caso não concorde em participar da pesquisa não terei prejuízo do atendimento, ou cuidados ou tratamento dispensados pela equipe;

5-Tenho garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei à pesquisa;

6-Estou ciente do número do telefone do **Conjunto Hospitalar de Sorocaba**(15) 32341400, para proceder a eventual reclamação.

7-Estou ciente sobre a ausência de riscos e os benefícios que serão obtidos com esse estudo. Esses benefícios referem-se à importância da adesão ao tratamento e a sua repercussão na melhora da qualidade de vida dessa população.

Este é um documento em duas vias, uma pertence ao Sr. (a) e a outra fica arquivada com a pesquisadora.

Paciente: _____

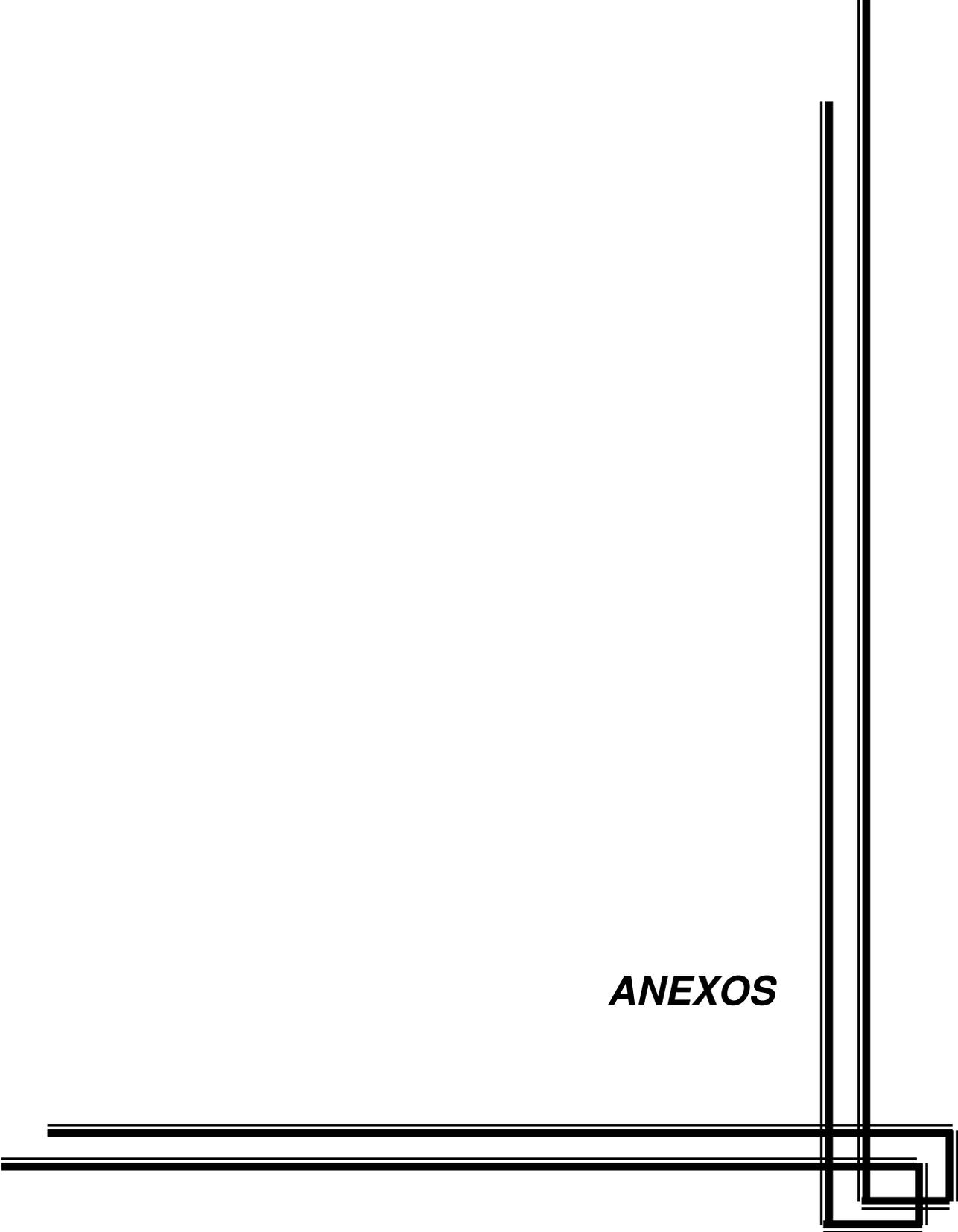
Testemunha: _____

Pesquisadora: _____

Data: ____/____/____

1ª via paciente
2ª via pesquisador

ANEXOS



ANEXO 1 - Escala de Adesão de Morisky

(Tradução adaptada para a língua Portuguesa do Brasil, Ferreira e Gallani, 2007)

DIURÉTICOS

Considerando o **diurético** que você toma para o tratamento da sua doença (IC):

1. Você se esquece de tomar seu (s) remédio (s)? (1) Nunca (2) Algumas vezes no mês (3) 1 a 2 vezes na semana (4) 3 ou mais vezes na semana (5) Diariamente
2. Você é descuidado no que se refere a tomar seu (s) remédio (s)? (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes no mês (4) Algumas vezes na semana (5) Sempre
3. Quando você se sente melhor, você pára de tomar seu (s) remédio (s)? (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Sempre
4. Quando você se sente pior ao tomar algum remédio, você pára de tomá-lo? (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Sempre

Escore total = _____

ANEXO 2 – Medida da Adesão Medicamentosa
(Curcio et al., 2007; Jannuzzi, 2009)*

1-Descrição de todos os medicamentos de uso contínuo conforme prescrição médica:

Medicamento	Prescrito		
	Dose (mg/dia)	Posologia (frequência/dia)	Modo de usar
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Total de medicamentos/dia: _____

DIURÉTICOS

2. Considerando o **dia de ontem**, como o(a) senhor(a) tomou o(s) diurético (s) ? Qual horário? Quantos miligramas ou quantos comprimidos em cada tomada? *(as perguntas serão reforçadas para cada medicamento acima identificado e específico para o tratamento da insuficiência cardíaca)*

Medicamento	Prescrito		
	Dose (mg/dia)	Posologia (frequência/dia)	Modo de usar
1			
2			
3			

3. **Na última semana**, o(a) senhor(a) tomou todos os comprimidos de diuréticos como costuma fazer ou houve alguma alteração? Se **Sim**, qual alteração?

Medicamento	Prescrito		
	Dose (mg/dia)	Posologia (frequência/dia)	Modo de usar
1			
2			
3			

4. Considerando **o último mês**, o(a) senhor(a) tomou todos os comprimidos de diuréticos como costuma fazer ou houve alguma alteração? Se **Sim**, qual alteração?

Medicamento	Prescrito		
	Dose (mg/dia)	Posologia (frequência/dia)	Modo de usar
1			
2			
3			

* Instrumento adaptado para o presente estudo

ANEXO 3- Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS)
 (Tradução adaptada para a língua Portuguesa do Brasil, Ferreira e Gallani 2005)

Nº de identificação: _____ Data: _____ Dados obtidos por: _____

CRENÇAS SOBRE MEDICAÇÕES

INSTRUÇÕES: Estas são perguntas sobre coisas boas e ruins de tomar comprimidos, principalmente os diuréticos. À medida que eu for lendo cada frase para você, por favor, escolha o número que melhor descreva o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Escolha o número 1 se você discorda totalmente, o número 2 se você discorda, 3 se você estiver indeciso, 4 se você concorda e 5 se você concorda totalmente com as sentenças. Vamos lá.

- 1 = Discordo Totalmente (DT)
 2 = Discordo (D)
 3 = Indeciso (I)
 4 = Concordo (C)
 5 = Concordo Totalmente (CT)

	DT	D	I	C	CT
1. Quando tomo meu diurético, não me preocupo tanto com minha doença do coração.	1	2	3	4	5
2. Se eu tomar meu diurético, diminuo minha chance de ser internado (a) no hospital.	1	2	3	4	5
3. É difícil lembrar de tomar o diurético.	1	2	3	4	5
4. Tomar diuréticos é desagradável.	1	2	3	4	5
5. Tenho que tomar muitos comprimidos de diurético por dia.	1	2	3	4	5
6. Fica difícil sair de casa quando se toma diuréticos.	1	2	3	4	5
7. Tomar diuréticos diminui meu inchaço.	1	2	3	4	5
8. Eu esqueço de tomar meu diurético.	1	2	3	4	5
9. Tomar diuréticos me deixa preocupado(a) com minha doença do coração.	1	2	3	4	5
10. Tomar diuréticos me ajuda a respirar melhor.	1	2	3	4	5
11. Tomar o remédio melhora minha qualidade de vida.	1	2	3	4	5
12. Tomar diuréticos faz com que eu acorde à noite para ir ao banheiro.	1	2	3	4	5

ANEXO 4 – Beliefs about Self-monitoring Compliance Scale (BSMCS)

(Tradução adaptada para a língua Portuguesa do Brasil, Ferreira e Gallani 2005)

Nº de identificação: _____ Data: _____ Dados obtidos por: _____

CRENÇAS SOBRE O AUTO-MONITORIZAÇÃO

INSTRUÇÕES: Estas são perguntas sobre coisas boas e ruins em relação a você se pesar e verificar seu inchaço. À medida que eu for lendo cada frase para você, por favor, escolha o número que melhor descreva o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Escolha o número 1 se você discorda totalmente, o número 2 se você discorda, 3 se você estiver indeciso, 4 se você concorda e 5 se você concorda totalmente com as frases. Vamos lá.

- 1 = Discordo Totalmente (DT)
2 = Discordo (D)
3 = Indeciso (I)
4 = Concordo (C)
5 = Concordo Totalmente (CT)

	DT	D	I	C	CT
1. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas é desagradável.	1	2	3	4	5
2. Pesar-me todos os dias toma muito tempo.	1	2	3	4	5
3. Pesar-me todos os dias vai me manter saudável.	1	2	3	4	5
4. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas toma muito tempo.	1	2	3	4	5
5. Checar meu peso todos os dias irá melhorar minha qualidade de vida.	1	2	3	4	5
6. Pesar-me todos os dias me deixa preocupado(a) com a minha doença do coração.	1	2	3	4	5
7. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas me deixa preocupado(a) com a minha doença do coração.	1	2	3	4	5
8. Eu não sei como verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas.	1	2	3	4	5
9. Eu não tenho balança em casa para me pesar.	1	2	3	4	5
10. Pesar-me é desagradável.	1	2	3	4	5
11. Quando eu me peso, não me preocupo muito com minha doença do coração.	1	2	3	4	5
12. Não sei usar a balança para me pesar.	1	2	3	4	5
13. Esqueço de me pesar todos os dias.	1	2	3	4	5
14. Não consigo enxergar os números da balança para me pesar.	1	2	3	4	5
15. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas irá melhorar minha qualidade de vida.	1	2	3	4	5
16. Se eu me pesar todos os dias, diminuo minhas chances de ser internado.	1	2	3	4	5
17. Verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas vai me manter saudável.	1	2	3	4	5
18. Esqueço de verificar o inchaço de meus pés e minhas pernas todo dia.	1	2	3	4	5

ANEXO 5 - MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE

(LHFQ) (Tradução adaptada para a língua Portuguesa do Brasil, Carrara, 2001)

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria por quê?

	Não	muito			Demais	
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	()	()	()	()	()	()
3. Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil	()	()	()	()	()	()
4. Tornando seu trabalho doméstico difícil	()	()	()	()	()	()
5. Tornando suas saídas de casa difícil	()	()	()	()	()	()
6. Tornando difícil dormir bem a noite	()	()	()	()	()	()
7. Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil	()	()	()	()	()	()
8. Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil	()	()	()	()	()	()
9. Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil	()	()	()	()	()	()
10. Tornando sua atividade sexual difícil	()	()	()	()	()	()
11. Fazendo você comer menos as comidas que você gosta	()	()	()	()	()	()
12. Causando falta de ar	()	()	()	()	()	()
13. Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia	()	()	()	()	()	()
14. Obrigando você a ficar hospitalizado	()	()	()	()	()	()
15. Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos	()	()	()	()	()	()
16. Causando a você efeitos colaterais das medicações	()	()	()	()	()	()
17. Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos	()	()	()	()	()	()
18. Fazendo você sentir uma falta de auto controle na sua vida	()	()	()	()	()	()
19. Fazendo você se preocupar	()	()	()	()	()	()
20. Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas	()	()	()	()	()	()
21. Fazendo você sentir-se deprimido	()	()	()	()	()	()

ANEXO 6 – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290
CEP: 18030-095 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-9900
Telefax (015) 3212-9879
Caixa Postal 1570



Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57
CEP – 18030-210 – Sorocaba – SP
Fone/Fax: (015) 3212-9900/9837/9935
Caixa Postal 1570
www.sorocaba.pucsp.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Sorocaba, 27 de julho de 2010.

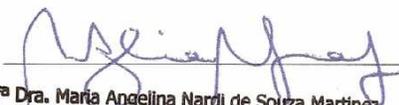
Ilma. Sra.
Prof^ª. Dra. Izabel Ribeiro da Silva Saccomann
Pesquisador responsável

Ref: **APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba-PUC/SP informa que **aprovou** em reunião ordinária realizada em **27.07.10**.

Projeto de pesquisa: “Educação em saúde na adesão ao tratamento e na qualidade de vida em portadores de insuficiência cardíaca”, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e o parecer do relator.

Atenciosamente.



Prof^ª Dra. Maria Angelina Nardi de Souza Martinez
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP