**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA PAULA DA CONCEIÇÃO

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DE
ADULTOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: ESTUDO PILOTO**

**SÃO PAULO
2020**

ANA PAULA DA CONCEIÇÃO

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DE
ADULTOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: ESTUDO PILOTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde do adulto da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutora em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do
Adulto

Orientadora: Profª Drª Diná de Almeida Lopes
Monteiro da Cruz

SÃO PAULO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Conceição, Ana Paula da

Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: estudo piloto/ Ana Paula da Conceição. São Paulo, 2020. 357 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto. Autocuidado. 2. Insuficiência cardíaca. 3. Enfermagem. I. Título

Nome: Ana Paula da Conceição

Título: Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: estudo piloto

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À minha família por estar presente em todos os momentos. Gratidão por tê-la em minha vida.

A todas as pessoas com insuficiência cardíaca. Espero que os resultados desta pesquisa as auxiliem no autocuidado.

Agradecimentos Especiais

À Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz por sua consistente orientação e pelo apoio e incentivo ao longo desses anos. Obrigada pela enorme disponibilidade e valiosas (e pertinentes) observações. Você é uma mentora incrível! Obrigada por acreditar neste estudo, por confiar que eu seria capaz. Sem você, não teríamos esses resultados. Obrigada por semear em mim o amor pela pesquisa.

Aos meus filhos, Lucas Vinícius e Ana Beatriz, que me fazem ter vontade de ser cada dia melhor. Foram muitos momentos de ausência, mas também muitos momentos presentes e serão muitos que estaremos cada vez mais unidos. Todo esforço tem sua recompensa. Espero que possam se espelhar em sua mãe.

Ao meu amado esposo, Flavio Luis, agradeço o companheirismo, sem seu apoio, não teria conseguido. Esta conquista é nossa!

À minha mãe e à minha irmã, agradeço por acreditarem que conseguiria. Toda energia e mensagens carinhosas que me enviaram foram importantes para mim.

À minha sogra, Aparecida Guimarães, agradeço por cuidar dos meus filhos durante os momentos mais críticos. Foi imprescindível o período que eles ficaram com você. Sei que não foi fácil, a turminha deu trabalho, né?

À Dra. Vera Regina Maria agradeço por me ensinar a arte da enfermagem. Todo amor pela enfermagem veio do seu exemplo de profissional. Você foi meu espelho. Grata por todo conhecimento compartilhado.

À Dra. Célia Shiotsu agradeço por todos os ensinamentos e pelo apoio ao longo desses 18 anos. Grata por tudo que você fez por mim.

Agradecimentos

Felizmente, tenho tanto para agradecer!

Às Profas. Dras. Marina de Góes Salvetti, Leidy Johanna Rueda Diaz, Rita de Cássia Gengo e Silva Butcher, meu reconhecimento pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Michele Nakahara Melo, que tive o prazer de conhecer no grupo de pesquisa, e que se tornou uma grande amiga e companheira do doutorado. Muito obrigada por todas as contribuições, pelos incentivos e pela parceria.

Aos amigos Cleusinha, Daniel, Mirângela, Mara e César Augusto pela amizade e constante incentivo.

À minha amiga Gabriela Nunes, agradeço por todo apoio e carinho, foi essencial ao longo dessa jornada.

À enfermeira Neusa Eli, chefe de enfermagem do ambulatório do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, e à sua equipe de enfermeiros e oficiais administrativos. Obrigada pelo acolhimento e apoio durante o período de coleta de dados.

À Dra. Edileide, médica competente e apaixonada por sua profissão pelo entusiasmo com a perspectiva dos resultados deste estudo e pelo acolhimento e apoio durante esse processo.

À Selma Rossi, companheira de trabalho e amiga, que ganhei nesse último ano. Agradeço sua compreensão em todos os momentos; sei que não foi fácil conviver comigo nos momentos mais estressantes.

Aos enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, oficiais administrativos da unidade de internação do 4º andar pela convivência carinhosa e pela dedicação e competência com que realizam a assistência de enfermagem, e pela compreensão nos momentos de minha ausência. Orgulho de todos vocês.

Às queridas colegas Fernanda Calçado e Luciana Bueno agradeço o companheirismo e incentivo.

Aos Diretores de Enfermagem Andrea Cotait Ayoub, Maria Helena Almeida, Cesar Augusto Guimarães Marcelino pelo apoio e incentivo.

À Diretora de Enfermagem Rika Kobayashi, pelo incentivo.

À Erika Guedes pela valiosa contribuição neste estudo. Obrigada por nos ajudar de tão longe.

Aos integrantes do grupo de Pesquisa em Diagnóstico, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DIREnf) pelas valiosas contribuições.

A todos os pacientes e seus familiares, razão desta pesquisa.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”. Antoine de Saint-Exupéry

CONCEIÇÃO, AP. Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: estudo piloto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: a insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome que afeta número crescente de indivíduos em todo o mundo e tem desfechos ruins que podem ser limitados com autocuidado adequado. **Objetivos:** este estudo teve como objetivos desenvolver uma intervenção educativa para o autocuidado na IC e avaliar a aceitabilidade, a viabilidade e o potencial de efeito da intervenção desenvolvida no conhecimento e autocuidado na IC e na frequência de uso não planejado dos serviços de saúde em pessoas com IC. **Método:** a intervenção foi delineada com base no referencial metodológico de Sidani e Braden, (2011), na teoria da situação específica do autocuidado da IC e na terminologia da classificação das intervenções de enfermagem. Ensaio clínico randomizado paralelo foi realizado para avaliar a intervenção. A amostra foi constituída por 30 pacientes em tratamento ambulatorial por IC (sexo masculino=53,3%, idade média=69,9 anos; etnia parda=40% tempo médio de estudo=7,5 anos; CF-NYHA III-IV=53,3%; FEVE média=36,4%; cardiomiopatia como etiologia=33,3%; tempo médio de experiência com a IC=110,5 meses). Os participantes foram aleatorizados para o grupo experimental (n=15), que recebeu a intervenção junto com o tratamento usual, e, para o grupo controle (n=15), que recebeu o tratamento usual. O grupo que recebeu a intervenção compôs a amostra para a avaliação da aceitabilidade e da viabilidade da intervenção, realizada por abordagem qualitativa. **Resultados:** foi desenvolvido o Programa de Ensino do Autocuidado na IC (PEAC-IC) destinado a pessoas com IC em acompanhamento ambulatorial, realizado em uma sessão presencial (face-a-face) e cinco sessões semanais por telefone, com foco na promoção do autocuidado. O PEAC-IC teve bons indicadores de viabilidade: taxa de recrutamento de 62,5%; taxa de retenção 90% e taxa de atrito de 11%; e bons indicadores de aceitabilidade, em geral a frequência de adesão ao programa foi de 71,7%. A intervenção mostrou bons resultados preliminares de eficácia, com os seguintes tamanhos de efeitos (f-Cohen): autocuidado de manutenção (f=0,55); autocuidado de gerenciamento (f=1,01) e na confiança no autocuidado (f=0,42). O efeito sobre o conhecimento na IC foi desprezível (f=0,02). Durante o período de acompanhamento do PEAC-IC, a busca por atendimento médico de urgência foi mais frequente no GC (21,4%), por descompensação clínica da IC, em comparação ao GI (15,4%) por causas não relacionadas à IC. Internação hospitalar foi presente apenas no GC (n=1), por descompensação clínica da IC. **Conclusão:** este estudo piloto disponibiliza uma intervenção educativa para o autocuidado na IC, com evidências de viabilidade, de aceitabilidade e potencialidade de eficácia para melhorar o autocuidado na IC.

Palavras-chave: Autocuidado; Insuficiência Cardíaca; Enfermagem

CONCEICAO, AP. Educational intervention for self-care of adults with heart failure: pilot study [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) is a syndrome that affects an increasing number of individuals around the world and has adverse outcomes that can be limited by proper self-care. **Objectives:** The objectives of this study were to develop an educational intervention for self-care in HF, and to evaluate the acceptability, feasibility and potential effect of the intervention developed on the knowledge and self-care in HF, and the frequency of unplanned use of health services in people with HF. **Method:** The intervention was designed based on Sidani and Braden's methodological framework, the situation-specific theory of HF self-care, and the terminology of the nursing interventions classification. A parallel randomized clinical trial was conducted to evaluate the intervention. The sample consisted of 30 patients in outpatient treatment for HF (male gender=53.3%, mean age=69.9 years; brown ethnicity=40% schooling=7.5 years; CF-NYHA III-IV=53.3%; mean LVEF=36.4%; cardiomyopathy as etiology=33.3%; mean time of experience with HF=110.5 months). Participants were randomized to the experimental group (n=15), which received the intervention along with the usual treatment, and to the control group (n=15), which received the usual treatment. The group that received the intervention composed the sample for the evaluation of the acceptability and feasibility of the intervention, performed by qualitative approach. **Results:** The Program for Teaching Self-Care in HF (*PEAC-IC*) was developed for people with HF in outpatient care, held in one presential (face-to-face) session and five weekly telephone sessions, focusing on the promotion of self-care. The *PEAC-IC* had good indicators of feasibility: recruitment rate of 62.5%; retention rate of 90% and attrition rate of 11%; and good indicators of acceptability, with a general frequency of adherence to the program of 71.7%. The intervention showed good preliminary efficacy results, with the following effect sizes (f-Cohen): self-care maintenance (f=0.55); self-care management (f=1.01) and confidence in self-care (f=0.42). The effect on knowledge in HF was negligible (f=0.02). During the follow-up period of the *PEAC-IC*, the search for emergency medical care was more frequent in the CG (21.4%), due to clinical decompensation of HF, compared to IG (15.4%) for causes unrelated to HF. Hospitalization was present only at the CG (n=1), due to clinical decompensation of HF. **Conclusion:** This pilot study provides an educational intervention for self-care in HF, with evidence of feasibility, acceptability and potential effectiveness for improving self-care in HF.

Keywords: Self-care; Heart Failure; Nursing

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação da IC.....	28
Quadro 2- Classificação funcional da IC.....	29
Quadro 3- Classificação da IC por estágios.....	30
Quadro 4 - Escore do Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) em amostra de pacientes com IC	41
Quadro 5 - Escore da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScBS) em amostra de pacientes com IC	42
Quadro 6 - Variáveis e instrumentos utilizados para caracterização	56
Quadro 7- Teoria do autocuidado inadequado na IC.....	78
Quadro 8 - Síntese dos resultados das revisões sistemáticas de estudos de eficácia de intervenções para o AC em IC	81
Quadro 9 - Principais ingredientes ativos, modo de entrega e dose das intervenções, segundo revisão de literatura.....	104
Quadro 10 - Categorização dos elementos específicos e inespecíficos de intervenções para a promoção do AC.....	107
Quadro 11 - Intervenções e atividades da NIC pertinentes à promoção do autocuidado na IC.....	110
Quadro 12 - Teoria do Programa de Ensino do Autocuidado na.....	124
Quadro 13 - Fatores que podem influenciar a obtenção dos resultados do PEAC-IC, segundo estrutura, processos e resultados	125
Quadro 14 - Procedimentos do protocolo para o teste do PEAC-IC.....	127
Quadro 15 - Roteiro para sessões telefônicas.....	189
Quadro 16 - Síntese das manifestações dos pacientes sobre o programa	210
Quadro 17 - Síntese da percepção dos pacientes sobre o PEAC-IC por meio do grupo focal.	215

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação das características demográficas entre os grupos intervenção e controle na linha de base do estudo	194
Tabela 2 - Comparação das características clínicas entre os grupos na linha de base	195
Tabela 3 - Comparação das principais comorbidades entre os grupos na linha de base	197
Tabela 4 - Duração das intervenções telefônicas	203
Tabela 5- Frequência de itens (conteúdos) analisados segundo as sessões telefônicas do PEAC-IC	205
Tabela 6 - Frequências de conformidade dos conteúdos das sessões	205
Tabela 7 - e/ou adotar as orientações do PEAC-IC no cotidiano, no decorrer das sessões.....	208
Tabela 8 - Variação do peso dos participantes do GI durante o período de acompanhamento do PEAC-IC. São Paulo, 2020.....	209
Tabela 9 - Comparação das proporções de acertos no Questionário de Conhecimento sobre a IC,	218
Tabela 10 - Comparação dos Comportamentos de Autocuidado, na primeira e segunda avaliações, entre o GI e GC.....	218
Tabela 11 - Comparação da pontuação do autocuidado nas fases pré e pós intervenção, Grupo Intervenção.....	219
Tabela 12 - Comparação da pontuação do autocuidado nas fases pré e.....	220
Tabela 13- Modelo de efeitos mistos para a variável conhecimento sobre a doença e o tratamento.....	220
Tabela 14 - Modelo de efeitos mistos para o autocuidado de manutenção	221
Tabela 15 - Modelo de efeitos mistos para o autocuidado de gerenciamento	221
Tabela 16 - Modelo de efeitos mistos para a confiança no autocuidado	222
Tabela 17- Análise do tamanho do efeito do PEAC-IC sobre o conhecimento acerca da IC, autocuidado de manutenção, gerenciamento e confiança no autocuidado.....	223

Tabela 18 - Correlações do conhecimento sobre a doença e tratamento e do autocuidado com variáveis selecionadas, na amostra total do estudo, na avaliação de linha de base.....	223
Tabela 19 - Associação entre sintomas depressivos e comportamento de autocuidado	224
Tabela 20 - Resultados (p-valores) dos testes de associação das variáveis demográficas e clínicas com conhecimento sobre a IC e com autocuidado na IC.....	226

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo teórico retratando o processo de autocuidado na IC	36
Figura 2- Teoria revisada da situação-específica do autocuidado	36
Figura 3- Ligações entre as características situacionais, os fatores que influenciam a tomada de decisão naturalística e as ações de autocuidado	38
Figura 4 - Fluxograma da composição dos grupos de intervenção e	70
Figura 5 - Fluxograma de identificação, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão dos artigos	80
Figura 6- Diagrama de fluxo dos participantes da pesquisa. São Paulo,	199
Figura 7- Efeitos do PEAC no conhecimento sobre a IC e autocuidado	222
Figura 8 - Correlação entre sintomas depressivos (CES-D) e autocuidado	225

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	ESTUDOS DE ACEITABILIDADE E VIABILIDADE DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA SAÚDE	21
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	HIPÓTESES PRINCIPAIS	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	28
3.1	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	28
3.2	Definição de insuficiência cardíaca (IC).....	28
3.3	Epidemiologia da IC.....	30
3.4	Etiologia da IC	31
3.5	Diagnóstico da IC.....	32
3.6	Tratamento da IC.....	33
3.7	Autocuidado na presença de IC.....	34
3.8	INSTRUMENTOS PARA MENSURAÇÃO DO AUTOCUIDADO	39
4	MÉTODOS.....	46
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	46
4.2	Desenvolvimento da intervenção	47
4.3	Compreensão do problema.....	47
4.4	Delineamento da Intervenção.....	48
4.5	Revisão da literatura sobre as intervenções.....	48
4.6	Teoria da Intervenção.....	51
4.7	AValiação da Intervenção.....	51
4.8	Local do estudo	51
4.9	População e amostra.....	52
4.10	Crítérios de inclusão e exclusão.....	52
4.11	Tamanho da amostra e grupos de tratamento.....	52

4.12	Variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra	53
4.13	Variáveis de viabilidade da intervenção	59
4.14	Variáveis de aceitabilidade da intervenção	63
4.15	Variáveis de avaliação preliminar do efeito da intervenção	65
4.16	PROCEDIMENTOS.....	68
4.17	Recrutamento, seleção e inclusão dos participantes	68
4.18	Randomização e alocação.....	69
4.19	Coleta dos dados	71
4.20	Protocolo da intervenção	72
4.21	ANÁLISE DOS DADOS	73
4.22	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	75
5	RESULTADOS	77
5.1	PROGRAMA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (PEAC-IC)	77
5.2	RESULTADOS DE VIABILIDADE E ACEITABILIDADE DA INTERVENÇÃO	194
5.2.1	Caracterização da amostra	194
5.2.2	Viabilidade da internençao	198
5.2.3	Aceitabilidade da internençao	209
5.3	RESULTADOS PRELIMINARES DE EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO	218
6	DISCUSSÃO	229
7	CONCLUSÃO.....	252
	REFERÊNCIAS	253
	APÊNDICES.....	276
	ANEXOS.....	337

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome crônica e debilitante que afeta um número cada vez maior de indivíduos em todo o mundo devido ao envelhecimento da população e otimização do tratamento de doenças que acometem o coração, como o infarto do miocárdio (Benjamin et al. 2017; Tomasoni et al. 2019; Coats 2019; D. F. Fernandes et al. 2019).

No Brasil, dados de estudo que estimou a prevalência da IC e verificou a associação com a saúde autorreferida, em uma amostra de 59.655 adultos, a prevalência de IC foi de 1,1%, com maior preponderância nas regiões Sul/Sudeste/Centro-Oeste (Daniel et al. 2019). Em estudo que analisou dados epidemiológicos da IC no Brasil, do período compreendido entre 2008 e 2017, a IC foi a principal causa cardiovascular de hospitalizações no Brasil, com 2 380 133 casos (21%), correspondendo a 2,25% de todas as causas de internações, com taxa de mortalidade por de 14,0/100 000 ($\pm 0,53$) casos no Brasil (D. F. Fernandes et al. 2019).

Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, diversas pesquisas associam desfechos ruins à IC, como diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), frequentes re-hospitalizações e atendimentos em serviços de emergências, altas taxas de mortalidade, além de elevado custo socioeconômico (Scolari 2020; Pancani et al. 2018; Paz et al. 2019; Mangini et al. 2013; Sousa et al. 2017).

A história natural da IC é caracterizada por episódios agudos de descompensação clínica e frequentes re-hospitalizações, que são preditores de mortalidade, cujo risco aumenta significativamente a cada hospitalização (Akita et al. 2019). A IC cursa com vários sintomas debilitantes, como fadiga e edema. No entanto, a falta de ar pode ser considerada o sintoma mais debilitante, que impacta negativamente a QVRS dos pacientes. Congestão é uma das principais causas de hospitalização por IC (Mesquita et al. 2019).

Entre os fatores precipitantes das exacerbações de IC, a ingestão excessiva de sódio e líquidos e a baixa adesão à terapia medicamentosa têm sido descritas como os mais frequentes (Rabelo-Silva et al. 2018; Wu et al. 2016; Diaz et al. 2011). Esses resultados mostram a necessidade de ajustes no estilo de vida das pessoas com IC, como, por exemplo, ingestão controlada de sódio e líquidos, uso diário de medicamentos, para evitar o agravamento da enfermidade.

Há evidências de que a adoção e a manutenção de determinados comportamentos e atitudes de autocuidado pelas pessoas com IC reduzem a mortalidade e as taxas de readmissão hospitalar e melhoram a qualidade de vida, razão pela qual são recomendadas como parte do tratamento da IC em diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento da IC (Son et al., 2020; Zhao et al., 2020 ; Jaarsma et al., 2020) ; Boyde et al., 2018 ; Rohde et al., 2018; Yancy et al., 2017).

Revisão sistemática de estudos randomizados que focou especificamente intervenções para capacitar pacientes com IC para assumir o manejo da doença, mostrou impacto positivo, das intervenções lideradas por enfermeiros (oito estudos com 1.979 pacientes), na redução do risco de readmissão por IC de todas as causas (40% 25,2% respectivamente), redução na mortalidade por IC (13,3%) e todas as causas (29,4%) (Son et al., 2020).

Embora o autocuidado adequado seja benéfico, a literatura aponta que a frequência de indivíduos com IC com autocuidado inadequado é elevada (Koirala et al. 2020 ; Pape 2019; Flores 2019; Conceição et al. 2015). Diversos fatores influenciam a capacidade para o autocuidado, como idade, sexo, QVRS, nível de escolaridade, sintomas depressivos, fração de ejeção ventricular (FEV) (Sedlar et al., 2017), déficits cognitivos (Uchmanowicz et al., 2017a), assim como também o conhecimento sobre a síndrome da IC e seu tratamento (Seid et al., 2019; Liu et al., 2014).

Promover o conhecimento sobre a IC e seu tratamento é tema principal das intervenções para o manejo do paciente com IC (Melin et al., 2018; Cajita et al., 2016; Clark et al., 2016). Pacientes com IC necessitam compreender a natureza da exacerbação dessa síndrome, aprender a identificar e gerenciar os sintomas agravados da IC e a procurar assistência médica em tempo hábil (Jaarsma et al., 2020).

Estudos que avaliaram o nível de conhecimento dos pacientes sobre a síndrome da IC, em diferentes países, como Jordânia (Tawalbeh, 2018a) ; Vietnã (Dinh et al., 2018); Austrália (Boyde et al., 2017); Espanha (Salvadó-Hernández et al. 2018)(Boyde et al. 2017); China (Mei et al., 2019) e Brasil (Löbel et al., 2020), demonstraram conhecimento insuficiente e autocuidado inadequado. Esses pacientes eram em sua maioria do sexo masculino, idosos, com menor escolaridade e baixa

condição socioeconômica, características comuns dos pacientes com IC na população Brasileira (De Freitas e Püschel, 2013; Bonin et al., 2014). Esses dados corroboram a importância de implementação de programas direcionados para melhorar as habilidades para o autocuidado de pacientes com IC e o fato de que o conhecimento da pessoa com IC sobre a síndrome tem papel fundamental na aquisição dessas habilidades (Deek et al., 2017).

Estudos apontam o conhecimento da IC e seu tratamento como precursores de comportamentos de autocuidado (Seid 2019; Tawalbeh 2018; Boyde et al. 2018; Albert 2016) e melhora da QVRS (Al-Sutari e Ahmad 2017). Diversos estudos têm procurado identificar melhores estratégias para fortalecer o autocuidado de indivíduos com IC, como monitoramento telefônico (Inglis et al. 2015b), terapia comportamental cognitiva (Freedland et al., 2016), diário de sintomas (Jurgens et al., 2013), intervenção motivacional (Masterson Creber et al., 2016), visita domiciliar (Mussi et al., 2013), multimídia (Boyde et al., 2017) e todos esses estudos incluíram atividades de educação sobre a síndrome da IC em suas intervenções.

Os programas para promover a autogestão da saúde são amplamente implementados para pacientes com IC. Em uma revisão sistemática qualitativa cujo objetivo foi identificar os principais mecanismos dos programas para promover a autogestão da saúde, para pacientes com insuficiência cardíaca, os autores demonstraram que os mais eficazes eram aqueles que tinham intervenções voltadas para o aumento da compreensão da síndrome da IC e de seu tratamento e da autoeficácia, bem como para maior envolvimento de familiares e outros cuidadores, apoio dos profissionais de saúde, além do uso de tecnologias para promoção do autogerenciamento da saúde (Clark et al. 2016b; Cajita et al. 2017).

Para o adequado autocuidado, é primordial que os pacientes se adaptem à condição de cronicidade da síndrome e que os profissionais de saúde proporcionem meios para que eles compreendam e aprendam a conviver com a IC (Albert 2016). Intervenções implementadas por equipe multidisciplinar, com médico e enfermeiro experiente no cuidado a pacientes com IC; com duração superior a seis meses e que abordam temas como conhecimento sobre tratamento, monitoramento de sinais e sintomas de descompensação, uso de diário de autocuidado, aspectos psicossociais, foram associadas à redução de re-hospitalização e de mortalidade (Oyanguren et al., 2016).

Tanto a IC como seu tratamento são complexos, necessitam de abordagem multidisciplinar especializada para que o paciente e seus familiares apresentem um adequado manejo do autocuidado (Montes-Muñoz et al., 2012). Diretrizes baseadas em evidências destacam a importância da implementação de programas de educação liderados por enfermeiros com foco na promoção de comportamentos de autocuidado para pacientes com IC (Koirala et al. 2020; Rohde et al. 2018; Baptiste et al. 2016).

Revisão sistemática que avaliou as evidências sobre a eficácia de programas de educação para o autocuidado na IC liderados por enfermeiros demonstrou impacto positivo para mortalidade e readmissão hospitalar por IC e todas as causas e melhora significativa do autocuidado dos participantes que participaram do programa (Son et al. 2020).

Existe uma quantidade significativa de pesquisas internacionais sobre implementações de intervenções educativas, com diferentes abordagens e estratégias. Entre estas, conteúdos educacionais sobre a patogênese da IC, recomendações para atividades de autocuidado, incluindo monitoramento do peso, adesão a regime medicamentoso, dieta pobre em sal, automonitoramento dos sintomas, exercícios, suporte emocional, acompanhamento regular com profissionais ((Chen et al. 2019; Health et al. 2019; Van Spall et al. 2019).

No Brasil, poucos estudos de intervenção educativa em população com IC foram publicados. Em pesquisa realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BSV), no mês de outubro de 2020, utilizando na busca o descritor “autocuidado”; assunto “insuficiência cardíaca” e “enfermagem”; filtro: “título, resumo, assunto”; tipo de estudo “ensaio clínico controlado”; idioma “inglês, português e espanhol”; sem limite de tempo, encontraram-se apenas seis citações de estudos brasileiros. Destas, uma citação estava duplicada. Sendo assim, restaram cinco estudos que abordavam algum tipo de intervenção educativa. As estratégias adotadas nesses estudos foram o telemonitoramento (Oliveira et al. 2017; Domingues et al. 2011), visita domiciliar com reforço por telefone (Souza et al., 2014); visita domiciliar (Mussi et al., 2013) e participação em grupo multidisciplinar (Arruda et al., 2018).

Importante ressaltar que três desses estudos foram realizados em um mesmo estado, Rio Grande do Sul.

Apesar de não se terem dados disponíveis, possivelmente pequena parcela da população brasileira com IC que é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem acesso a programas estruturados de gestão para o autocuidado. Isso reforça a

importância de desenvolvimento e avaliação de programas educativos para promover o autocuidado na IC com populações de diferentes regiões para a geração de evidências em saúde que favoreçam o manejo de pacientes com IC no Brasil.

Embora existam diferentes intervenções educativas para o autocuidado, muitas vezes é difícil comparar ou replicar tais intervenções, porque a maioria dos artigos não apresenta uma descrição precisa do programa, com discriminação dos ingredientes ativos, dose, modo de entrega, análise da fidelidade da intervenção (Cajita et al., 2017; Albert, 2016; Clark et al., 2016; Albano et al., 2014). Outro aspecto que deve ser considerado é que, embora existam publicações de estudos de intervenções não farmacológicas em saúde para o autocuidado de pessoas com IC no Brasil, é escasso o número de investigações que avaliaram a aceitabilidade e viabilidade das intervenções, antes da avaliação de eficácia ou efetividade das mesmas, pela população-alvo.

Avaliação da viabilidade e aceitabilidade das intervenções é etapa primordial na pesquisa de intervenções em saúde e antecede os testes de eficácia, de efetividade e a implementação na prática clínica (Craig et al., 2013 ;Diepeveen et al., 2013;Sidani e Braden, 2011). Muitas intervenções de saúde são complexas; ou seja, envolvem a interação de dois ou mais componentes, como, por exemplo, componentes cognitivos e comportamentais. E, para a implementação bem-sucedida de uma intervenção, é importante bons índices de sua aceitabilidade tanto pelos pacientes como pelos profissionais de saúde que irão introduzi-la na prática clínica (Craig et al., 2013 ; Diepeveen et al.,2013; Sidani e Braden, 2011)

1.1 ESTUDOS DE ACEITABILIDADE E VIABILIDADE DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA SAÚDE

Para a implementação de uma intervenção de enfermagem, segundo Sidani e Braden (2011), é necessária a realização de um processo composto de cinco fases sequenciadas, de maneira que os resultados de cada fase sejam utilizados para direcionar o trabalho da fase seguinte: 1. Compreensão aprofundada do problema que requer uma intervenção, estabelecendo a natureza do problema, seus indicadores específicos e fatores determinantes e suas possíveis consequências; 2. Elaboração da teoria do problema; 3. Elaboração da intervenção com foco nos elementos essenciais e componentes ativos que a constituem; 4. Desenvolvimento e apropriação

da teoria que orienta a intervenção, com foco na descrição das condições que influenciam a implementação da intervenção e seus resultados, bem como para determinar os mecanismos responsáveis por seus efeitos; 5. Avaliação da intervenção.

A primeira etapa da avaliação de uma intervenção é a avaliação da aceitabilidade e viabilidade, preferencialmente por meio de um estudo piloto (Sidani e Braden, 2011). Estudos de aceitabilidade e viabilidade são realizados com o objetivo de avaliar intervenções recém-desenvolvidas; intervenções reconceituadas ou refinadas em termos de conteúdo, modo de entrega ou dose; ou intervenções implementadas em uma população e/ou cenário diferente da proposta original (Sidani e Braden, 2011).

A aceitabilidade refere-se à visão dos pacientes e dos profissionais sobre a intervenção que está sendo proposta, refletindo as atitudes dos pacientes em relação à intervenção, como o julgamento da adequação dos procedimentos da intervenção. A aceitabilidade de uma intervenção pelos pacientes pode influenciar a absorção, implementação, aderência à intervenção e, conseqüentemente, os efeitos da intervenção.

Da mesma forma, as percepções dos intervencionistas influenciam seu julgamento sobre o tratamento e, subsequentemente, sua implementação; intervencionistas (tanto pesquisadores quanto profissionais na prática clínica) que consideram uma intervenção desfavorável tenderão a evitá-la (Sidani e Braden, 2011).

É importante que os pacientes tenham compreensão clara e precisa de cada etapa da intervenção antes de avaliar sua aceitabilidade. Os intervencionistas devem levar em consideração que as crenças e valores dos pacientes sobre seu problema de saúde e tratamento poderão influenciar diretamente a aceitabilidade de uma intervenção.

Para Sidani e Braden (2011), a compreensão da intervenção refere-se ao conhecimento dos objetivos da intervenção, à natureza de seus componentes e atividades, ao modo de entrega, à dose, aos benefícios ou à eficácia na abordagem do problema apresentado e / ou na melhoria do funcionamento geral ou da saúde e aos riscos ou efeitos colaterais. Esse entendimento contribui para a avaliação da aceitabilidade da intervenção, que pode ser feita em relação a várias propriedades da intervenção, sendo classificadas em cinco categorias:

1. Adequação na abordagem do problema apresentado: envolve a percepção dos clientes sobre o propósito geral da intervenção para o gerenciamento do problema;
2. Conveniência: implica o julgamento dos pacientes sobre a facilidade para aplicar as recomendações da intervenção no dia a dia, quanto tempo leva para implementá-la, o quanto ela interfere na vida cotidiana ou se é adequada para o estilo de vida da pessoa.
3. Eficácia: refere-se à percepção dos pacientes sobre até que ponto a intervenção é útil para o problema em curto e longo prazo.
4. Riscos: os riscos consistem na percepção dos pacientes sobre o nível de gravidade das reações adversas ou efeitos colaterais da intervenção.
5. Aderência: envolve a avaliação dos pacientes sobre o grau com que eles estão dispostos a seguir o tratamento.

A avaliação da aceitabilidade e das preferências dos clientes pelo tratamento e o fornecimento de tratamento consistente com as suas preferências têm vários benefícios documentados nos contextos de prática e pesquisa. Na prática, a avaliação da aceitabilidade do tratamento e a provisão do tratamento de escolha constituem os elementos essenciais que caracterizam o cuidado centrado na pessoa (Bakas et al. 2009).

Testes de aceitabilidade de uma intervenção podem ser explorados sistematicamente em diferentes fases do processo de concepção, avaliação e implementação de uma intervenção (Bakas et al. 2009). Neste estudo, avaliar-se-á a aceitabilidade na fase do desenvolvimento da intervenção, a fim de obter informações dos pacientes e intervencionistas relacionadas à relevância e à adequação das intervenções e de usar esse *feedback* para orientar o refinamento da intervenção.

A viabilidade refere-se à praticidade de aplicar um tratamento, à adequação dos recursos e procedimentos necessários para a entrega da intervenção, como número de pacientes potencialmente elegíveis e número de pacientes que aceitaram participar do estudo, à capacidade de reter o paciente no estudo, à aderência ao tratamento, à variabilidade estimada de uma medida de desfecho na população de interesse, ao tempo estimado para medidas de efeito (dose), à aderência dos intervencionistas ao protocolo de intervenção (Richards e Hallberg 2015).

Os estudos de viabilidade visam à determinação da capacidade de realizar os componentes da intervenção conforme planejado e à identificação de dificuldades na aplicação de qualquer aspecto da intervenção que possa interferir na implementação

da intervenção, tais como problemas de disponibilidade, qualidade e habilidades dos recursos humanos; na disponibilidade e no bom funcionamento dos recursos materiais; no contexto físico e / ou social e na clareza do protocolo de tratamento, (Sidani e Braden, 2011). Identificar as dificuldades na implementação de uma intervenção nos estágios iniciais de seu desenvolvimento é um pré-requisito para o refinamento da intervenção, o que, por sua vez, pode melhorar a fidelidade de sua implementação e, conseqüentemente, seus efeitos sobre os desfechos de interesse.

O exame da aceitabilidade e viabilidade de uma intervenção pode ser realizado em estudos-piloto, agregando o exame da viabilidade de um estudo com poder adequado para avaliar a eficácia da intervenção (Sidani e Braden, 2011). Esta pesquisa é um estudo-piloto, nos moldes de um ensaio clínico em que o objeto central foi a aceitabilidade e a viabilidade de uma intervenção educativa para a promoção do autocuidado na IC.

Testar diferentes meios para promover o autocuidado produz evidências de quais estratégias são mais eficazes para a melhora e manutenção dos comportamentos relacionados à saúde, objetivando a prevenção de complicações durante o curso da IC, bem como o preparo do paciente e familiares para a finitude da vida. Além disso, os resultados de estudos que testam intervenções para melhorar o autocuidado na IC podem auxiliar na formação de novos profissionais, que se beneficiariam com a disponibilidade de evidências que fundamentem o planejamento de intervenções para o cuidado desses pacientes.

Diante do exposto e considerando uma amostra de população de pessoas com IC tratadas em uma instituição brasileira, formularam-se as seguintes questões de investigação:

1. Qual é a aceitabilidade de um programa educativo para o manejo da IC?
2. Qual é a viabilidade de um programa educativo para o manejo da IC?
3. Qual o efeito preliminar de um programa educativo para o manejo da IC comparado ao cuidado usual nos seguintes desfechos:
 - a) Comportamentos de autocuidado;
 - b) Conhecimento sobre a IC;
 - c) Número de internações por IC;
 - d) Número de internações por todas as causas;
 - e) Busca por serviço de emergência por IC;
 - f) Busca por serviço de emergência por todas as causas.

Objetivos

2 OBJETIVOS

- Construir um protocolo de um Programa Educativo para o Autocuidado de pessoas adultas com IC (PEAC-IC);
- Avaliar a aceitabilidade dos pacientes em relação ao PEAC- IC;
- Avaliar indicadores de viabilidade do PEAC-IC;
- Avaliar o conhecimento do paciente com IC sobre a síndrome da IC e seu tratamento;
- Avaliar o autocuidado de pacientes com IC;
- Avaliar estimativas de eficácia do PEAC- IC em relação ao:
 - Autocuidado;
 - Conhecimento sobre a síndrome da IC;
 - Número de internações por IC durante o período de acompanhamento do PEAC-IC (seis semanas);
 - Número de internações por todas as causas; durante o período de acompanhamento do PEAC-IC (seis semanas);
 - Busca por serviço de emergência por IC durante o período de acompanhamento do PEAC-IC (seis semanas);
 - Busca por serviço de emergência por todas as causas durante o período de acompanhamento do PEAC-IC (seis semanas).
- Explorar possíveis associações entre:
 - Conhecimento e autocuidado;
 - Conhecimento e comprometimento cognitivo;
 - Autocuidado e comprometimento cognitivo; e
 - Autocuidado e sintomas depressivos.

2.1 HIPÓTESES PRINCIPAIS

- Intervenção educativa para o autocuidado de pacientes ambulatoriais com IC terá indicadores positivos de aceitabilidade e viabilidade.
- Pacientes com IC que receberem intervenção educativa sobre a IC e seu tratamento apresentarão melhores escores de autocuidado e de conhecimento sobre a IC e menores frequências de internações / atendimentos em serviços de emergências por descompensação clínica da IC que pacientes que não receberem a intervenção.

Revisão de literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

3.2 Definição de insuficiência cardíaca (IC)

A IC é definida como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (Rohde et al., 2018). Do ponto de vista fisiológico, a IC pode ser caracterizada como um débito cardíaco inadequado para atender demandas metabólicas ou débito cardíaco adequado secundário a mecanismos compensatórios, por meio de ativação de hormônios neuroendócrinos que inclui o sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, juntamente com o sistema nervoso simpático (Savarese e Lund, 2017).

Essa síndrome pode ser ocasionada por um comprometimento funcional ou estrutural do coração, que resulta em um débito cardíaco reduzido e / ou aumento das pressões de enchimento, tanto durante exercício como também em uma condição de repouso (Rohde et al., 2018).

A principal categorização utilizada para descrever a IC baseia-se no valor da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), que tem papel fundamental na fenotipagem e orientação da terapia de pacientes com IC crônica. Até recentemente, dois tipos de pessoas com IC eram clinicamente diferenciadas com base na avaliação da FEVE, compreendendo aquelas com IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) e aquelas com IC com fração de ejeção preservada (ICFEp) (Rohde et al., 2018).

A partir de 2016, a Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) reconheceu um novo fenótipo de IC, caracterizado por uma FEVE intermediária, entre 40% e 49%, sendo então introduzida, em 2018, na nova diretriz brasileira sobre IC aguda e crônica, como um novo fenótipo clínico. Dessa forma, a IC é classificada em três tipos, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1- Classificação da IC

IC com fração de ejeção preservada (ICFEp)	IC com fração de ejeção intermediária (ICFEi)	IC com fração de ejeção reduzida (ICFER)
FEVE $\geq 50\%$	FEVE entre 40 e 49%,	FEVE $< 40\%$

Fonte: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, 2018.

A diferenciação dos pacientes de acordo com a FEVE é relevante, uma vez que eles diferem em relação às suas principais etiologias, comorbidades associadas e, sobretudo, à resposta à terapêutica (Mesquita et al. 2019). A maioria dos estudos clínicos diferenciam sua população de acordo com a FEVE e, até o momento, somente pacientes com ICFeR têm demonstrado de fato redução consistente da morbimortalidade com o tratamento farmacológico instituído.

A IC também pode ser classificada pela gravidade dos sinais e sintomas, seguindo a Classificação Funcional da *New York Heart Association* (CF-NYHA), sendo a mais utilizada para descrever e classificar a gravidade dos sintomas, a partir do grau de tolerância ao exercício e varia desde a ausência de sintomas até a presença de sintomas mesmo em repouso, como apresentado no Quadro 2:

Quadro 2- Classificação funcional da IC

Classe Funcional	Definição	Descrição geral
I	Ausência de sintomas	Assintomático
II	Atividades físicas habituais causam sintomas. Limitação leve	Sintomas leves
III	Atividades físicas menos intensas que as habituais causam sintomas. Limitação importante, porém, confortável no repouso	Sintomas moderados
IV	Incapacidade para realizar qualquer atividade sem apresentar desconforto. Sintomas no repouso	Sintomas graves

Fonte: Diretriz Brasileira de IC crônica e aguda- 2018

A CF-NYHA é uma escala subjetiva e pode variar de acordo com as condições clínicas do paciente. A classificação por estágios da IC proposta pela *American College of Cardiology/American Heart Association* enfatiza o desenvolvimento e a progressão da doença (Quadro 3). Uma vez que o paciente se move para um estágio superior, o paciente permanece nesse estágio e não pode regredir.

Quadro 3- Classificação da IC por estágios

Estágio	Descrição	Abordagens possíveis
A	Risco de desenvolver IC. Sem doença estrutural ou sintomas de IC	Controle de fatores de risco para IC: tabagismo, dislipidemia, hipertensão, etilismo, diabetes e obesidade. Monitoramento da cardiotoxicidade
B	Doença estrutural cardíaca presente. Sem sintomas de IC	Considerar IECA, betabloqueador e antagonistas mineralocorticoides
C	Doença estrutural cardíaca presente. Sintomas prévios ou atuais de IC	Tratamento clínico otimizado. Medidas adicionais. Considerar TRC, CDI e tratamento cirúrgico e manejo por equipe multidisciplinar
D	IC refratária ao tratamento clínico. Requer intervenção especializada	Todas as medidas acima. Considerar transplante cardíaco e dispositivos de assistência ventricular

IC: Insuficiência cardíaca; CDI: cardiodesfibrilador implantável; IECA: inibidor da enzima conversora de angiotensina; TRC: terapia de ressincronização cardíaca. Fonte: Diretriz Brasileira de IC crônica e aguda- 2018

3.3 Epidemiologia da IC

A IC é uma pandemia global que afeta aproximadamente 26 milhões de pessoas em todo o mundo (Savarese e Lund, 2017). Estima-se que cerca de 6,5 milhões de pessoas nos Estados Unidos têm IC, com projeções para 2030 de que mais de 8 milhões de pessoas terão essa condição, representando um aumento de 46% na prevalência (Savarese e Lund, 2017). A IC também é um importante problema de saúde na Ásia e sua prevalência varia entre 1,3% e 6,7% e, na América do Sul, a prevalência de IC é de 1% (Savarese e Lund, 2017).

No Brasil, estudo que pesquisou a prevalência de IC, por meio de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, com 59.655 adultos (≥ 18 anos), estimou que cerca de 1,7 milhão de indivíduos na população brasileira têm IC (Daniel et al. 2019). No país, o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca a IC como causa mais frequente de internação por Doença Cardiovascular (DCV). Segundo Bocchi (2013), a IC é a principal causa de internação hospitalar, apontando que, apenas no ano de 2012, houve 26.694 óbitos por IC no Brasil. Para o mesmo ano, de 1.137.572 internações por doenças do aparelho circulatório, em torno de 21% foram devidas a essa síndrome (Albuquerque et al. 2015).

Estudos apontam que o aumento na prevalência de IC observado em todo o mundo pode não estar ligado a uma elevação na incidência de IC, mas pode ser explicado pelo envelhecimento da população, em conjunto com melhora na sobrevida de IC, devido ao avanço da tecnologia de diagnóstico e tratamento precoce, como a revascularização do miocárdio, assim como investimento em programas de prevenção para redução dos fatores de risco (hipertensão, obesidade, diabetes) (Savarese e Lund, 2017).

Cabe ressaltar que, apesar dos avanços no conhecimento e no tratamento farmacológico e não farmacológico da IC, essa síndrome ainda contribui para os elevados índices de morbimortalidade no mundo todo.

3.4 Etiologia da IC

Uma ampla gama de condições cardíacas, defeitos hereditários e doenças sistêmicas podem favorecer a ocorrência de IC. Pessoas com IC podem ter etiologias mistas, que não são mutuamente exclusivas, e as etiologias da IC variam consideravelmente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento (Ziaeian e Fonarow 2016).

A IC pode apresentar até 17 etiologias primárias. Entretanto, mais de dois terços de todos os casos de IC podem ser atribuídos a quatro condições subjacentes: cardiopatia isquêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatia hipertensiva e cardiopatia reumática (Ziaeian e Fonarow 2016).

As pessoas das regiões de alta renda são desproporcionalmente afetadas pela cardiopatia isquêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica em comparação com as

peessoas das regiões de baixa renda, que, por sua vez, são afetadas principalmente por cardiopatia hipertensiva, cardiopatia reumática, cardiomiopatia e miocardite (Ziaeeian e Fonarow 2016).

No Brasil, segundo dados do Primeiro Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (BREATHE, do inglês Brazilian Registry of Acute Heart Failure), as principais etiologias da IC, na análise por região, mostram predomínio de etiologia isquêmica nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste (33,6%, 32,6%, 31,9% respectivamente); hipertensiva nas regiões Norte e Sul (37,2%, 32,6% respectivamente e Chagásica (42,4%) na região do Centro-Oeste (Albuquerque et al.,c 2015).

3.5 Diagnóstico da IC

O diagnóstico correto de IC e sua etiologia é muito importante e pode ser um desafio em parte devido aos sinais e sintomas inespecíficos iniciais da IC, que podem estar presentes em doenças de origem não cardíaca (Dunlay et al., 2017). Para o diagnóstico de IC em uma das três categorias, é importante uma avaliação criteriosa da história clínica, bem como o exame físico (Mentz e O'Connor, 2016; Rohde et al., 2018), devendo ser avaliada desde a presença dos sinais e sintomas típicos até os mais específicos para IC, como a falta de ar/dispneia, pressão venosa jugular elevada, ortopneia, refluxo hepatojugular, dispneia paroxística noturna, terceira bulha cardíaca, fadiga/cansaço, impulso apical desviado para esquerda e intolerância a exercício (Mentz e O'Connor -2016; Rohde et al. - 2018). De forma mais complementar, os exames como eletrocardiograma e radiografia de tórax são importantes meios para avaliar presença de sinais de hipertrofia, infarto do miocárdio prévio ou distúrbios do ritmo.

Evidências apoiam o uso de biomarcadores de peptídeo natriurético (peptídeo natriurético tipo B (BNP) e fração amino terminal do proBNP (NT-proBNP) para auxiliar no diagnóstico ou na exclusão de IC no contexto de IC ambulatorial crônica ou no cenário de aguda, no cuidado com a IC descompensada, especialmente quando a causa da dispneia não é clara (Yancy et al. 2017b).

O BNP é um polipeptídeo liberado pelos miócitos ventriculares, em resposta à sobrecarga de volume, à sobrecarga de pressão e ao aumento da tensão parietal. O BNP pode estar elevado na ausência de IC, em condições como hipertensão arterial sistêmica (HAS), valvulopatias, isquemia miocárdica, hipertrofia ventricular esquerda

e embolia pulmonar (Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D 2012).

De acordo com a Diretriz Brasileira de IC (2018), valores de BNP < 35 pg/mL ou NT-proBNP < 125 pg/mL excluem o diagnóstico de IC. Valores acima desses cortes indicam necessidade de avaliação clínica e complementar com ecocardiografia para confirmar o diagnóstico, caso haja dúvidas pela avaliação clínica isolada (Rohde et al. 2018b).

Os achados clínicos, eletrocardiograma (ECG) anormal ou níveis elevados de peptídeos natriuréticos típicos de B não são o suficiente para diagnosticar a IC. O exame de ecocardiograma fornece informações sobre a anatomia e a função do coração, juntamente com a função valvar e estimativa da FEVE, que é o indicador objetivo de quão bem o coração é capaz de bombear o sangue por todo o corpo, e também é um importante marcador de prognóstico (Rohde et al. 2018b).

3.6 Tratamento da IC

O tratamento farmacológico da IC é direcionado segundo a classificação da FEVE, mencionada anteriormente. De maneira geral, recomenda-se o uso de inibidor de enzima conversora de angiotensina (IECA), betabloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRAs), antagonista da aldosterona, betabloqueador, inibidor da neprilisina e do receptor de angiotensina (INRA), ibravadina, nitrato, vasodilatador, diuréticos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários e de antiarrítmicos (Rohde et al. 2018b).

O tratamento não farmacológico é considerado tão importante quanto o farmacológico. Diretrizes nacionais e internacionais recomendam a participação em programas multidisciplinares para o autocuidado, o que engloba mudanças no estilo de vida, como a realização de atividade física, a cessação do tabagismo e drogas ilícitas, ingestão saudável de sal (menos de sete gramas de sal por dia) e controle do peso. Também é recomendada a vacinação anual contra influenza e pneumonia.

Há ainda a indicação da cessação de tabagismo e drogas ilícitas, preferencialmente com o auxílio de serviços especializados em que podem ser utilizadas terapias de reposição de nicotina e/ou fármacos moduladores, de acordo com recomendações universalmente aceitas. Além do combate ao tabagismo, deve ser aconselhado abstinência completa de bebidas alcoólicas, principalmente para pessoas com IC de origem alcoólica, o que, se alcançado, está associado à melhora clínica significativa.

Consumir volumes de álcool maiores que os aceitáveis pelas diretrizes de manejo da IC (duas unidades por dia para homens e uma unidade para mulheres) está associado ao desenvolvimento de IC. Portanto é recomendado que esse nível de ingestão de álcool não seja excedido.

Outro ponto relevante é a restrição da ingestão de líquidos. Existem poucos estudos que avaliaram o efeito da restrição de ingestão de líquidos em pacientes com IC, e os resultados são inconsistentes para mortalidade e hospitalização. Sendo assim, não é possível o estabelecimento de recomendações específicas e detalhadas sobre o emprego de restrição hídrica em pacientes com IC crônica (Rohde et al. 2018b). Diretrizes internacionais sugerem que os pacientes devem limitar a ingestão de líquidos quando portadores de IC grave para aliviar os sintomas (Jaarsma, 2020).

O tratamento cirúrgico inclui cirurgia valvar, revascularização do miocárdio e, ainda, o transplante cardíaco nos casos graves, refratários à terapêutica. O uso de dispositivos implantáveis (TRC e CDI) pode ser necessário em alguns casos (Rohde et al. 2018b).

3.7 Autocuidado na presença de IC

O autocuidado é definido como o processo de tomada de decisão naturalística que influencia ações das pessoas com IC para manter a estabilidade fisiológica (autocuidado de manutenção), facilitar a percepção dos sintomas, direcionando a tomada de decisões frente a esses sintomas (autocuidado de manejo) (Riegel et al., 2016). Sendo assim, o autocuidado nas pessoas com IC engloba um conjunto de comportamentos de saúde associados a melhores resultados (Riegel et al., 2017), o que compreende a escolha de comportamentos e atividades para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Riegel et al., 2016).

A tomada de decisão naturalística é uma teoria que ajuda a explicar como indivíduos tomam decisões em ambientes reais que são significativos e familiares para eles (Lipshitz et al., 2001). Quatro características descrevem essa teoria: 1) foco no processo em vez do resultado; 2) uso de regras de decisão que correspondem à situação e à ação; 3) influência do contexto na tomada de decisão e 4) decisões práticas são baseadas nas informações empíricas disponíveis no momento. Nesse modelo de tomada de decisão, utiliza-se mais da experiência para simular

mentalmente uma ação e antecipar como uma determinada ação irá acontecer e menos em modelos normativos de comportamento racional (Coccchieri et al., 2014).

A teoria da situação específica do autocuidado na IC foi desenvolvida em 2004, a partir das teorias do déficit de autocuidado e da agência de autocuidado de Orem (Riegel e Dickson 2008), e inicialmente foi pensada para fins de construção de um instrumento para avaliação do autocuidado de pessoas com IC, denominado *Self-Care Heart Failure Index* (SCHFI). Nesse trabalho inicial, o autocuidado foi definido como um processo racional, que envolve escolhas e comportamentos intencionais, reflete o conhecimento e o pensamento, tendo como conceitos-chave a manutenção e a gestão de tais comportamentos (Riegel e Dickson, 2008). O ponto-chave da teoria do autocuidado na IC é o reconhecimento do sintoma, para proporcionar a tomada de decisão naturalística (Riegel et al. 2016).

O modelo inicial da teoria da situação específica do autocuidado na IC reconhecia este como um processo que era iniciado pelo autocuidado de manutenção, transições em ação com o autocuidado de gerenciamento e influenciado pela confiança da pessoa com IC em sua capacidade para o autocuidado.

O autocuidado de manutenção correspondia aos comportamentos usados pelas pessoas com IC para manter a estabilidade fisiológica, a partir da adesão ao tratamento. O autocuidado de gerenciamento, por sua vez, correspondia a um processo decisório em resposta aos sintomas quando eles ocorriam, sendo descritas cinco etapas essenciais para esse gerenciamento: reconhecimento da mudança de status (por exemplo, novo inchaço), avaliação da mudança no status e decisão de agir, implementação de uma estratégia de tratamento (por exemplo, tomar uma dose extra de diurético) e avaliação do tratamento implementado (Riegel et al. 2004).

O modelo teórico também ilustra o contexto da confiança no autocuidado e seu papel no processo geral de autocuidado. O efeito modificador da confiança no autocuidado nos resultados é duplo, ora como mediador, ora como moderador (Riegel e Dickson, 2008). O autocuidado de manutenção e o de gerenciamento bem-sucedidos podem aumentar a confiança no autocuidado e vice-versa.

Na Figura 1, apresenta-se um esquema dos processos que compõem a teoria da situação-específica do autocuidado na IC e a relação destes com a confiança do autocuidado.

Figura 1- Modelo teórico retratando o processo de autocuidado na IC

Fonte: Adaptado de Riegel e Dickson, 2008.

Desde sua publicação, a teoria da situação-específica do autocuidado na IC e o SCHFI foram frequentemente utilizados em diversos estudos no mundo todo. Com a revisão em 2016, os conceitos-chave da teoria da situação-específica do autocuidado na IC passaram a ser: autocuidado de manutenção, percepção dos sintomas e autocuidado de gerenciamento. Nessa nova configuração, os três processos são interligados e uma fase depende da fase anterior (Figura 2).

Figura 2- Teoria revisada da situação-específica do autocuidado na IC

Fonte: Adaptada de Riegel et al. (2016)

O primeiro processo é o autocuidado de manutenção, que diz respeito à adesão ao tratamento e aos comportamentos saudáveis, como, por exemplo, tomar medicamentos, fazer exercícios e seguir uma dieta com restrição de sal. O segundo processo é a percepção dos sintomas, que envolve tanto a detecção de sensações físicas quanto a acurada interpretação dos seus significados. Os sintomas individuais e as interações entre eles influenciam o significado atribuído à experiência do sintoma

(Riegel et al., 2016). As autoras dessa teoria exemplificam esse processo de percepção com a noção de um paciente de que um anel está ficando apertado em seu dedo e associar isso à retenção de líquidos no organismo.

O terceiro processo, o de autocuidado de manejo, dá-se a partir da percepção dos sintomas seguida da resposta adequada quando eles ocorrem. Utilizando o exemplo da percepção de que se está retendo líquidos, pelo fato de o anel ficar “apertado no dedo”, o autocuidado de manejo é o processo pelo qual esse paciente toma a decisão de restringir a ingestão de líquidos ou tomar um diurético a mais (Riegel et al., 2016).

Outra revisão importante na teoria foi a articulação de uma distinção entre comportamentos de autocuidado autônomo e consultivo. Alguns comportamentos de autocuidado são decisões completamente independentes, tomadas pelas próprias pessoas com IC, enquanto outras são escolhidas em consulta com um cuidador ou um provedor (profissional de saúde) (Riegel et al., 2016). As autoras citam como exemplo de decisão autônoma um indivíduo com IC que apresenta falta de ar e opta por deixar de comer alimentos salgados, para evitar retenção de líquidos, e/ou busca auxílio de um profissional (médico ou enfermeiro) para receber orientação do uso de uma dose extra de diurético (decisão consultiva).

Todos os processos de autocuidado possuem elementos consultivos e autônomos simultaneamente. O processo de tomada de decisão naturalística exerce forte influência nos processos de autocuidado de manutenção, percepção de sintomas e manejo.

As decisões enfrentadas diariamente pelas pessoas com IC são influenciadas pela interação entre a pessoa, o problema e o ambiente. A tomada de decisão naturalística reconhece que as decisões são feitas sob condições de incerteza, restrições de tempo e contextos variados. Portanto, uma situação semelhante pode gerar uma decisão diferente se o cenário e as informações disponíveis forem diferentes (Riegel, 2016).

A experiência com a síndrome, o conhecimento, a habilidade para manter a estabilidade fisiológica, os valores e as crenças são fatores que podem afetar os processos de decisão para o autocuidado (Figura 3) (Tawalbeh, 2018b; Riegel et al., 2016; Hwang et al., 2020).

Figura 3- Ligações entre as características situacionais, os fatores que influenciam a tomada de decisão naturalística e as ações de autocuidado

Fonte: Adaptada de (Riegel et al. 2016).

Fatores relacionados à pessoa, como etnia, sexo, nível de escolaridade, condições socioeconômicas, também influenciam o autocuidado, assim como a presença de problemas de saúde, como multicomorbidades, capacidade funcional prejudicada, declínio cognitivo e fragilidades no suporte social e emocional (Ling et al., 2020; Prochota et al., 2019; Fivecoat et al., 2018; Dellafiore et al., 2018).

Os pressupostos delineados com a revisão da teoria da situação específica do autocuidado na IC foram: 1) Seres humanos almejam ser saudáveis, fisicamente e mentalmente; 2) Pessoas com cognição preservada são responsáveis pela sua própria saúde; 3) Todo comportamento de autocuidado envolve tomada de decisão, e pessoas que não apresentam autocuidado escolheram não realizá-lo; 4) O autocuidado pode ser aprendido; 5) Quando há interação de fatores da pessoa, problema e ambiente, cada um contribui de maneira única para o autocuidado (Riegel et al. 2016).

Além desses pressupostos, oito proposições foram construídas, a saber: 1) Comportamentos específicos de manutenção do autocuidado são influenciados por fatores únicos; 2) Conjunto de sintomas físicos e emocionais influencia o autocuidado de forma única e importante; 3) Decisões sobre o autocuidado podem ser conscientes

e inconscientes; ambas refletem escolhas orientadas pela interação dos fatores relacionados à pessoa, ao problema e ao ambiente; 4) Comorbidades prejudicam as habilidades das pessoas com IC em diferenciar a origem de sua sintomatologia e prejudicam a confiança (autoeficácia) no autocuidado; 5) A confiança (autoeficácia) no autocuidado medeia e/ou modera a relação entre preditores de autocuidado, nos comportamentos de autocuidado de manutenção, percepção dos sintomas e de autocuidado de manejo e seus desfechos (maior confiança no autocuidado está associada a melhor autocuidado e melhores desfechos da IC); 6) Autocuidado moderado a alto é necessário para melhorar os desfechos na IC; 7) Quanto melhor a confiança no autocuidado (autoeficácia), melhor o comportamento de autocuidado; 8) O autocuidado parece ser um processo linear, no qual o domínio do autocuidado de manutenção precede o domínio da percepção dos sintomas que antecede o autocuidado de manejo. Ou seja, para desempenhar esse último processo, exige-se mais experiência, conhecimento e habilidade (Riegel et al. 2016).

A teoria da situação-específica do autocuidado na IC é uma estrutura aplicável a ser integrada neste estudo. O projeto conceitual da teoria é congruente com o foco desta pesquisa, tanto para o desenvolvimento quanto para o teste de aceitabilidade e viabilidade de uma intervenção educativa para o autocuidado de pessoas com IC, visto que a teoria pressupõe que as atividades de autocuidado de manutenção, percepção dos sintomas melhoram o autocuidado de gerenciamento.

3.8 INSTRUMENTOS PARA MENSURAÇÃO DO AUTOCUIDADO NA IC

Diversos instrumentos para mensuração do autocuidado em pacientes com IC são descritos na literatura. No entanto, apenas dois foram submetidos a testes psicométricos rigorosos e foram validados para uso no Brasil. São eles: *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* (EHFScBS) e SCHFI (Avila et al., 2013; Cameron et al., 2009). Ambos avaliam comportamentos importantes do autocuidado, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e a tomada de decisão na ocorrência desses sintomas. O SCHFI, no entanto, avalia, adicionalmente, os aspectos relacionados a quanto o indivíduo se sente confiante (autoeficácia) para executar as atividades relacionadas ao autocuidado

Existe na literatura uma variedade de estudos sobre o autocuidado de pacientes com IC que utilizaram esses dois instrumentos, evidenciando um autocuidado inadequado nessa população, como demonstrado nos quadros 4 e 5 apresentados a seguir. Para o instrumento SCHFI, considera-se adequado autocuidado quando se obtêm pontuações ≥ 70 pontos (Riegel et al., 2011), e, para o EHFSBS, a pontuação varia (9-45 pontos; 12-60 pontos e 0-100 pontos) conforme a versão da Escala e a interpretação, em todas as versões, é de que quanto menor a pontuação melhor o autocuidado do paciente. Para a EHFSBS, não há um ponto de corte definido.

Quadro 4 - Escore do Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) em amostra de pacientes com IC

Autor/ ano	Origem	População	N	Manutenção do AC Média/DP	Gerenciamento do AC Média/DP	Confiança no AC Média/DP
Reid et al. (2019)	EUA	hospitalizado	30	67,2 (18,6)	69,3 (21,6)	58,95 (23,9)
Ma (2019)	China	hospitalizado	74	51 ,7 (23 ,1)	59 ,7 (2 6 ,2)	5 3 ,3 (2 4 .0)
Graven et al. (2019)	EUA	hospitalizado	107	59,7 (16,2)	57,2 (20,1)	64,1 (15,5)
Leng Chow et al. (2019)	Singapura	hospitalizado	127	49,7 (18,4)	39,7 (13,1)	35,9 (15,3)
Awoke et al. (2019)	EUA	hospitalizado	29	64,6 (17,7)	55,9 (15,6)	71,6 (16,6)
Mathew e Thukha (2018)	EUA	hospitalizado	26	63,2(21,1)	27,69 (18,2)	35,0 (19,8)
Lee et al. (2018a)	Itália	ambulatorial	1192	51,8 (14,9)	38,7 (12,7)	47,6 (15,3)
Sezgin et al. (2017)	Turquia	ambulatorial	45	40,5 (11,9)	27,2 (16,6)	43,6(14,8)
Zou et al. (2017)	China	hospitalizado	321	48,4 (15,9)	54,3 (19,3)	57,1 (13,4)
Navidian et al. (2017)	Nigéria	hospitalizado	82	52,9 (10,6)	52,1(10,7)	51,2 (10,6)
Tawalbeh (2017)	Jordânia	ambulatorial	236	53,9 (29,7)	57,6 (29,1)	45,1 (35,6)
Medeiros e Medeiros (2017)	Brasil	hospitalizado	57	43,3 (2,5)	37,5(3,1)	54,3(2,8)
Chamberlain (2017)	EUA	hospitalizado	121	63,2 (18,3)	57,2 (25,0)	66,0 (22,4)
Baptiste et al. (2016)	Brasil	hospitalizado	41	58,5(15,0)	35,7(20,6)	53,0(21,1)
Conceição et al. (2015)	Brasil	ambulatorial	409	53,2 (14,3)	50,0(20,3)	52,6 (22,7)

Fonte: Próprio autor

Quadro 5 - Escore da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScBS) em amostra de pacientes com IC

Autor/ ano	Origem	Variação da Pontuação da escala	População	N	Escore EHFScBS
Prochota et al. (2019)	Polônia	9-45	hospitalizado	100	22,7 (8,5)
Rezamand et al. (2019)	Iran	12- 60	hospitalizado	36	29,5 (3,7)
Salvado-Hernandez et al. (2018)	Espanha	12-60	ambulatorial	295	28,6 (8,2)
Melin et al. (2018)	Suécia	12-60	hospitalizado	40	25,5 (14,5)
Son, Y.-J., & Won, M. H. (2018).	Coreia	9-45	ambulatorial	270	22,7 (5,6)
Wagenaar et al. (2019)	Netherlands	0-100	ambulatorial	450	70,6 (14,6)
Giezeman et al. (2017)	Suécia	9-45	ambulatorial	155	29,0 (6,0)
Leon-Gonzalez et al. (2018)	Espanha	9-45	hospitalizado	556	32,1 (7,2)
Sousa et al. (2018)	Brasil	12-60	ambulatorial	100	35,2(7,8)
Dang et al. (2017)	EUA	12-60	ambulatorial	36	24,0 (8,2)
Uchmanowicz et al. (2017b)	Polonia	9-45	ambulatorial	270	50,4(25,4)
Lee et al. (2018b)	EUA	9-45	ambulatorial	571	21,8 (7,1)
Linn et al. (2016)	Brasil	12-60	hospitalizado	82	33,3(6,2)
Kato et al. (2016)	Japão	12-60	hospitalizado	32	36,6 (9,5)
Stut et al. (2015)	Netherlands	9-45	hospitalizado	101	27,6 (7,1)

Fonte: Próprio autor

Estudo brasileiro, realizado com 409 pacientes ambulatoriais no Estado de São Paulo demonstrou autocuidado inadequado em todas as subescalas: manutenção (49,3 (DP=14,2), gerenciamento (média= 40,9 DP= 20,6) e confiança no autocuidado (56,5 DP= 21,6). Nos testes de associação, inadequado autocuidado de manutenção e baixa confiança no autocuidado foram associados à qualidade de vida relacionada à saúde e, na análise multivariada, inadequada confiança no autocuidado foi independentemente associada à baixa qualidade de vida relacionada à saúde (Conceição, 2014).

O gerenciamento da IC é um grande desafio, não só para os profissionais de saúde, mas também para os próprios pacientes, principalmente para aqueles que vivenciam piora dos sintomas, descompensação clínica e hospitalizações frequentes (Buck et al., 2012; Davis et al., 2012).

Segundo Riegel et al. (2016), aprender a realizar o autocuidado exige mais do que uma breve discussão com um profissional, além da ação instrutiva do “faça isso, faça aquilo”, sendo urgente a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que identifiquem a melhor forma de auxiliar paciente e familiares a se tornarem especialistas em cuidar de si mesmos.

Após o diagnóstico inicial de IC, as pessoas precisam aprender a controlar sua doença, a conservar sua qualidade de vida e também a limitar e prevenir a exacerbação de sintomas graves e potencialmente fatais (Leppin et al., 2014). Para gerenciar adequadamente, os pacientes devem aprender a desenvolver habilidades e implementar ativamente comportamentos de autocuidado (Ensign e Hawkins, 2017).

Evidências na literatura corroboram a importância do conhecimento sobre a doença e seu tratamento e das habilidades de autocuidado para a efetivação do autocuidado em pacientes com IC (van der Wal et al., 2006; Siabani et al., 2013). Uma revisão sistemática identificou idade, sexo, nível educacional, gravidade dos sintomas, fragilidade, sintomas depressivos e alfabetização em saúde como fatores importantes relacionados aos comportamentos de autocuidado em pacientes com IC (Sedlar et al. 2017).

É, portanto, necessário levar em conta uma variedade considerável de variáveis nos estudos sobre o autocuidado na IC; em especial nos estudos sobre intervenções para o autocuidado. Uma das questões que têm desafiado os pesquisadores na área

do autocuidado na IC é se grupos específicos de pacientes respondem de formas diferentes às intervenções para a promoção do autocuidado na IC. Em uma metanálise de dados individuais de pacientes, os autores verificaram se a efetividade de intervenções para o autocuidado na IC variava conforme subgrupos de pacientes (por sexo, faixa etária, fração de ejeção, classe funcional, comorbidades, depressão, escolaridade, entre outros) (Jonkman et al., 2016).

Os resultados não apoiaram qualquer limitação às intervenções para o autocuidado na IC em função de características dos pacientes. No entanto, a observação de mortalidade aumentada em pacientes com depressão justifica cautela no uso de intervenções para autocuidado na IC para esses pacientes (Jonkman et al., 2016) , o que já havia sido considerado a partir dos resultados de outro estudo (Jaarsma et al. 2010).

Neste estudo, foi desenvolvida e avaliada, em termos de aceitabilidade e viabilidade, uma intervenção educativa para promover o autocuidado de pessoas com IC. Os seus resultados apoiarão o refinamento da intervenção para que sua eficácia seja testada em outro estudo. Justificam este estudo as evidências de efeitos positivos de intervenções para o autocuidado na IC em vários desfechos dos pacientes; o peso da síndrome em termos de saúde pública; a relativa escassez de estudos brasileiros sobre essas intervenções e a necessidade de refinar o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas na saúde.

Método

4 METODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo teve como objetivos desenvolver e avaliar a aceitabilidade, a viabilidade e o potencial de eficácia de uma intervenção educativa para melhorar o autocuidado de pessoas com IC. Para atender a esses objetivos, utilizaram-se abordagens qualitativas e quantitativas. Apresenta-se a seguir uma síntese dos métodos que, na sequência, estão detalhados.

Desenvolvimento da intervenção: a intervenção se baseou nas recomendações de Sidani e Braden (2011) e incluiu a construção de um manual da intervenção.

Avaliação da aceitabilidade e da viabilidade da intervenção desenvolvida: foi utilizada abordagem qualitativa, por meio de entrevista e grupo focal, incluindo avaliação da fidelidade da entrega da intervenção. Um grupo de pacientes com IC que recebeu a intervenção compôs a amostra para a avaliação da aceitabilidade e da viabilidade da intervenção. A fidelidade da entrega da intervenção foi avaliada pela observação direta não participativa de um auxiliar de pesquisa e pela verificação, por dois avaliadores independentes, de áudios gravados, dependendo da fase da intervenção. O manual da intervenção foi usado na avaliação de fidelidade.

Avaliação do potencial de eficácia da intervenção: foi realizado delineamento experimental, do tipo Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC), paralelo, unicêntrico. O grupo experimental recebeu a intervenção associada ao tratamento usual e o grupo controle somente o tratamento usual. Nesse tipo de pesquisa, o investigador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos selecionados, sendo utilizados a alocação aleatória, que pode eliminar a influência de variáveis confundidoras, e o cegamento, que limita a possibilidade de os efeitos observados serem explicados por diferenças no uso de cointervenção nos grupos de tratamento e controle (Hulley, Cummings, Browner, 2015). Neste estudo, não foi possível fazer o cegamento. Na avaliação preliminar dos efeitos da intervenção, utilizaram-se as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para a descrição dos métodos e resultados (Schulz et al., 2010).

4.2 Desenvolvimento da intervenção

Para o desenvolvimento da intervenção, foram usados quatro referenciais: o modelo de Intervenções Complexas - “Design, evaluation and Translation of Nursing Interventions”, de Sidani e Braden (2011); a teoria substantiva do autocuidado na IC (Riegel et al., 2016); a classificação de intervenções de enfermagem – NIC (Bulechek et al., 2016) (Bulechek e Butcher 2016) e as diretrizes para o tratamento da IC (Rohde et al., 2018; Ponikowski et al., 2016).

Seguindo o modelo de Sidani e Braden (2011), o desenvolvimento da intervenção envolveu três fases: compreensão do problema, delineamento da intervenção e desenvolvimento da teoria de intervenção.

4.3 Compreensão do problema

Essa primeira etapa envolve delinear a natureza do problema a ser tratado pela intervenção e as características da população que está enfrentando o problema (Sidani e Braden, 2011). Para a compreensão do problema, foram usados os resultados de estudos descritivos sobre o autocuidado na IC conforme já apresentado no capítulo de revisão de literatura. Considerando a teoria específica do autocuidado na IC (Riegel et al., 2016), para sumarizar a compreensão do problema, foi esboçado em esquema do autocuidado inadequado (teoria do problema).

Importante ressaltar que estudo anterior, realizado no mesmo cenário da presente pesquisa, com uma amostra de 409 pessoas com IC, em tratamento ambulatorial, verificou que o autocuidado, avaliado por meio do SCHFI 6.2, foi inadequado em todos os seus domínios (pontuações abaixo de 70), com as seguintes pontuações: autocuidado de manutenção 49,3 (dp=14,2); autocuidado de gerenciamento 40,9 (dp=20,6) e confiança no autocuidado 56,5 (dp=21,6). Apenas 6,4% da amostra apresentou autocuidado de manutenção adequado; 10,2% autocuidado de gerenciamento adequado e 21,5% confiança no autocuidado adequada (Conceição, 2014).

4.4 Delineamento da Intervenção

Diante da compreensão do problema, a etapa seguinte foi o delineamento da intervenção. Nessa fase, foram definidos e integrados os elementos específicos (ingredientes ativos) e inespecíficos da intervenção, o modo de entrega e a dose para atingir os desfechos pretendidos.

Considerando que a teoria específica do autocuidado na IC é consistente com a natureza do problema de interesse, ela orientou a elaboração da intervenção, segundo os conceitos de autocuidado de manutenção, de autocuidado de monitoramento, autocuidado de gerenciamento e de confiança no autocuidado (Riegel et al., 2016). A *Nursing Interventions Classification* (NIC) forneceu a terminologia para descrever as intervenções e atividades da intervenção em desenvolvimento. Nessa fase, os elementos específicos da intervenção e os elementos não específicos foram elucidados.

Os elementos específicos são os ingredientes ativos da intervenção; caracterizam uma determinada intervenção e a diferenciam de outras intervenções (Sidani, 2015). Elementos inespecíficos, também designados de elementos comuns, são atividades ou estratégias que facilitam a entrega dos elementos específicos da intervenção. Assume-se que os elementos inespecíficos não têm efeito sobre o problema em questão (Sidani, 2015), mas são ingredientes importantes para a maioria das intervenções de caráter interpessoal, independentemente de seu conteúdo, como, por exemplo, empatia e escuta ativa (Hart, 2009).

Para identificar os elementos específicos e inespecíficos, foi realizada revisão de literatura, cujo objetivo foi identificar quais intervenções têm sido investigadas para melhorar o autocuidado de indivíduos com IC. Para diferenciar essa revisão de literatura da que foi apresentada nos capítulos iniciais deste relatório, ela será designada de revisão de literatura sobre as intervenções.

4.5 Revisão da literatura sobre as intervenções

A revisão de literatura sobre as intervenções teve a finalidade de identificar quais as principais intervenções para melhorar o autocuidado entre pessoas com IC e reunir suas características.

A seguinte questão norteou a busca na literatura: Quais os tipos, ingredientes ativos, modo de entrega e duração de intervenções não farmacológicas que apresentaram resultados positivos para o autocuidado de adultos com IC?

Foram adotados como critérios de inclusão: estudos de revisão sistemática de efeito de intervenções para promoção do autocuidado de pacientes com IC, incluindo ou não familiares, publicadas nos últimos cinco anos. Esse período foi definido a fim de incluir estudos publicados após a revisão da teoria específica do autocuidado em IC (Riegel et al., 2016) e para refletir o manejo contemporâneo da IC, conforme recomendações das diretrizes atuais para o tratamento da IC.

A busca foi realizada na MEDLINE via PubMed, utilizando a estratégia “Heart Failure AND Self-Care”, em agosto de 2019. Para este relatório, essa busca foi atualizada em setembro de 2020. Foi utilizado filtro para tipo de artigo (Systematic Review), idioma (inglês, português e espanhol) e tempo (5 anos). Os registros obtidos foram avaliados quanto aos critérios de inclusão pela leitura de título e resumo pela pesquisadora, que leu e extraiu os dados dos textos completos daqueles registros que atenderam aos critérios de inclusão.

Os dados extraídos do material selecionado foram os seguintes: autor, título, ano da publicação, período da revisão, número de estudos primários, tamanho da amostra, país de origem dos estudos primários, objetivos das revisões, desfecho de interesse da revisão, características dos participantes, características dos interventores e principais resultados de interesse para este estudo, particularmente, as características das intervenções. Do material extraído, foram identificados os elementos específicos e inespecíficos das intervenções e esses elementos foram mapeados nas intervenções da NIC (Bulechek et al., 2016).

As intervenções de enfermagem, segundo a NIC, são tratamentos, terapias, procedimentos ou ações implementadas pelos enfermeiros para os usuários do sistema de saúde, com objetivo de alcançar resultados específicos (Bulechek et al., 2016). O uso de vocabulário padronizado para as intervenções em saúde é importante para descrever a prática e contribuir para a qualidade da assistência prestada aos pacientes (Lucena e Barros, 2005; A. Rutherford, 2008; Thoroddsen e Ehnfors, 2007).

A NIC é uma classificação abrangente que pode ser utilizada em todas as áreas da prática de enfermagem, senão da saúde, pois contempla aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano; pode ainda ser associada a qualquer terminologia diagnóstica e a qualquer referencial teórico (Bulechek et al., 2016). A NIC integra o

corpo de conhecimento da enfermagem em relação às intervenções, sendo útil para o planejamento de cuidados, a comunicação sobre cuidado entre diferentes áreas, a integração de dados em sistemas informatizados. Além disso, serve como fonte de dados para pesquisas, para aferição de produtividade, avaliação de competência e subsídio de pagamentos por serviços (planos e seguros-saúde) e estruturação de currículos para o ensino da prática de enfermagem (Bulechek et al., 2016). Cada intervenção da NIC inclui uma definição e uma lista de atividades relacionadas à intervenção.

Identificar quais intervenções para o autocuidado de pessoas com IC documentadas na literatura correspondem às intervenções propostas pela NIC pode facilitar a integração de estudos sobre tais intervenções, além de favorecer o refinamento da classificação (Alves et al., 2017). Por essa razão, foi realizado mapeamento cruzado entre os elementos específicos e inespecíficos encontrados nas revisões e as intervenções da NIC.

O mapeamento cruzado é um método útil nas pesquisas sobre linguagens padronizadas, que permite realizar comparações entre termos de forma sistematizada e passível de validação, incluindo a comparação entre a linguagem padronizada e a não padronizada e entre linguagens padronizadas ou não padronizadas entre si (Morais et al., 2018).

Para realização do mapeamento cruzado neste estudo, foram utilizadas regras adaptadas, baseadas em Lucena e Barros (2005) e descritas a seguir:

- a) Uso da “palavra-chave” dos elementos específicos e inespecíficos;
- b) Consideração do significado do ingrediente específico e inespecífico, não apenas as palavras;
- c) Identificação da intervenção NIC cuja definição fosse compatível com o significado do ingrediente;
- d) Ligação da intervenção NIC ao respectivo ingrediente, procurando usar primeiro o título, depois buscando na lista de atividades as mais apropriadas;
- e) Garantia da consistência entre a definição da intervenção NIC e o ingrediente ativo a ser ligado;
- f) Uso do verbo "avaliar" para denominar ações que envolvessem monitoramento; do verbo "ensinar" para atividades de ensino; selecionar

intervenções cujos títulos tivessem o verbo "ensinar", quando ensinar fosse a atividade preponderante.

Outros componentes da intervenção, como modo de entrega e dose, foram definidos também com base na literatura, considerando o contexto em que a intervenção seria feita, a população que a receberia e a experiência da pesquisadora que realizaria a intervenção. Os resultados da revisão de literatura sobre as intervenções foram organizados e apresentados em tabelas e de forma narrativa.

4.6 Teoria da Intervenção

A teoria da intervenção descreve as condições que influenciam sua implementação e os resultados esperados, incluindo as mudanças necessárias para se chegar aos resultados e à forma de avaliação. A teoria da intervenção foi organizada em termos de processo, estrutura e resultados e o seu conteúdo teve como fonte a literatura analisada, considerou a experiência da pesquisadora no cuidado a pessoas com IC e o contexto em que a aceitabilidade e a viabilidade da intervenção seriam testadas. Na teoria da intervenção, foram descritas as características dos pacientes que recebem a intervenção, do intervencionista e do ambiente em que ela deve ocorrer (Sidani e Braden, 2011).

4.7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.8 Local do estudo

A avaliação da intervenção foi realizada no ambulatório de Miocardiopatias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Trata-se de uma instituição pública governamental de nível terciário, situada na cidade de São Paulo. A escolha por esse local decorreu do fato de ser um serviço especializado em atendimento cardiovascular, que atende a pessoas oriundas de todo o Estado de São Paulo e de outros estados do Brasil, e local de atuação laboral da pesquisadora principal.

Esse ambulatório é constituído por equipe multiprofissional que atende pacientes estáveis clinicamente para acompanhamento da IC e funciona de segunda a sexta-feira, com atendimentos das 7h às 18h. Os prontuários são solicitados no dia

anterior à consulta ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) e dispostos nos ambulatórios no dia da consulta. Diariamente são realizadas aproximadamente 70 consultas médicas.

4.9 População e amostra

A população de interesse deste estudo foi de adultos com IC em seguimento ambulatorial. A amostra foi selecionada segundo os critérios de inclusão e exclusão aplicados a todos os pacientes que estavam agendados para consultas médicas ou de enfermagem nos dias de recrutamento, o que ocorreu em janeiro e fevereiro de 2020.

4.10 Critérios de inclusão e exclusão

Nesta investigação, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no ambulatório do IDPC; ter idade igual ou maior a 18 anos; ter diagnóstico confirmado de IC, independente da classe funcional; possuir condições clínicas que permitam participar de entrevistas; não apresentar problema funcional que impeça a fala ou escrita; possuir contato telefônico residencial ou celular e disponibilidade para o acompanhamento.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: pacientes em pós-operatório recente (até 60 dias de pós-operatório) de qualquer intervenção cirúrgica que possa aumentar e diversificar as demandas de autocuidado e pacientes com diagnósticos psiquiátricos, documentados no prontuário e/ou relatados pelo paciente ou familiar/cuidador, que impossibilitassem a compreensão da intervenção.

4.11 Tamanho da amostra e grupos de tratamento

A amostra foi constituída por 30 participantes, considerando que se trata de um estudo piloto e que esse total é viável para os limites de tempo e recursos do estudo. De acordo com Julius (2005), em um estudo piloto, uma amostra de 12 participantes por grupo é apropriada e sua justificativa é pautada pela viabilidade e precisão em torno das estimativas a serem usadas para projetar estudos futuros. Os 30 participantes foram distribuídos em dois grupos com 15 participantes em cada um:

- A. Grupo Intervenção (GI): os pacientes do GI receberam a intervenção, entregue pela pesquisadora, que possui especialização, na modalidade de residência, em enfermagem cardiovascular, pelo IDPC e experiência clínica de 16 anos no atendimento de pacientes com doenças cardiovasculares, incluindo a IC.
- B. Grupo Controle (GC): os pacientes do GC receberam o cuidado usual do atendimento ambulatorial, que é composto por consultas médicas. Apenas passam por consulta de enfermagem pacientes que necessitam de otimização terapêutica ou aqueles nos quais a equipe médica identifica dificuldades de adesão, direcionando-os para atendimento com enfermeiro. Na primeira consulta com o enfermeiro, é entregue um folheto com informações sobre a IC. Neste estudo piloto, todos os pacientes do GC receberam o folheto informativo sobre a IC, que fica disponível na instituição, após a coleta de dados da linha de base, pelo pesquisador principal ou assistente de pesquisa (Anexo 1).

4.12 Variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Sexo: indicado como feminino ou masculino, de acordo com a aparência do paciente observada pelo pesquisador, ou de acordo com a referência que o paciente fez de si mesmo. Foi tratado como variável nominal (masculino/feminino).

Etnia: foi considerada a etnia relatada pelo paciente ou registrada em seu prontuário, segundo as categorias descritas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Branca, preta, parda, amarela, indígena). Essa variável foi tratada como variável nominal.

Idade: informada pelo paciente no dia da entrevista em anos completos e foi considerada como variável quantitativa discreta.

Convivência marital: informação prestada pelo paciente referente à existência de convivência marital ou não. A variável foi tratada como nominal (sim/não).

Situação socioeconômica: informação prestada pelo paciente referente à percepção de sua situação econômica (não tem condições; suficiente para medicamentos; suficiente e um pouco mais ou abundante). Foi tratada como variável nominal.

Tempo de estudo: número de anos que frequentou a escola informado pelo paciente. Foi tratado como variável quantitativa discreta.

Situação trabalhista: informação prestada pelo paciente referente à situação de trabalho atual, categorizada em: empregado/autônomo, aposentado/pensionista/ auxílio-doença, desempregado/estudante/do lar. A variável foi tratada como nominal: ativo para “empregado/autônomo”; “aposentado/pensionista”, e inativo para “desempregado/estudante/do lar”.

Peso: foi considerado o peso corporal do participante do dia da coleta de dados de linha de base, conforme registrado em prontuário ou referido pelo paciente, em quilogramas. Foi tratado como variável quantitativa discreta.

Etiologia da IC: considerou-se o diagnóstico médico registrado no prontuário do paciente. Essa variável foi tratada como variável nominal.

Classe Funcional da IC: classe funcional da IC definida pela New York Heart Association – NYHA (Rohde et al., 2018a). O dado foi obtido do último registro em prontuário. Foi tratada como variável qualitativa ordinal (Classe funcional I, II, III e IV).

Fração de ejeção ventricular esquerda: por meio de consulta ao prontuário, foi obtido o resultado mais próximo da época do ingresso do paciente no estudo. Foi tratada como variável quantitativa contínua.

Tempo de experiência com a doença: informação prestada pelo participante referente ao tempo em meses de descoberta e início do tratamento da IC e/ou consulta ao prontuário, sendo considerada a data do primeiro registro do diagnóstico de IC. Foi tratado como variável quantitativa discreta.

Terapia medicamentosa: relato do paciente de todos os medicamentos que usou na última semana e confirmado pela prescrição em receituário médico que o paciente portava. Nos casos em que o paciente não se lembrava dos medicamentos ou não portava a receita médica, essa informação foi extraída do prontuário.

As medicações foram categorizadas em: inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA), diuréticos, bloqueadores do canal de cálcio, betabloqueadores, vasodilatadores, digitálicos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, hormônio tireoidiano, hipoglicemiantes orais, insulina, antiácidos, antiarrítmicos e outros. Tratado como variável quantitativa discreta.

Número de medicamentos em uso: número de medicamentos que o participante usou na última semana e confirmado pela prescrição em receituário médico que o paciente portava. Tratado como variável quantitativa discreta.

Número de dose/ dia: relato do paciente do número de doses diárias dos medicamentos na última semana, confirmado pela prescrição em receituário médico que o paciente portava. Foi tratado como variável quantitativa discreta.

Número de comorbidades: número de diagnósticos médicos relatados pelo paciente e/ou registrados em seu prontuário. Essa variável foi tratada como quantitativa discreta.

Comprometimento cognitivo: foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM foi elaborado por Folstein et al., (1975). Tem sido usado em ambientes clínicos para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento.

Desde a sua criação, suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na sua versão original quanto nas inúmeras traduções/adaptações para vários idiomas e países (Hill et al., 1993; Bertolucci et al., 1994 ;Lindesay et al., 1997). O MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (cinco pontos), orientação para local (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), lembrança das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos e quanto mais alto o escore, melhor o estado cognitivo. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos.

O MEEM foi traduzido por Bertolucci e col. (1994), que observaram que seu escore total dependia do nível educacional dos 530 indivíduos avaliados na triagem médica de um hospital-escola de São Paulo (Bertolucci et al., 1994) Em 2013, Brucki et al. (2013) propuseram adaptação do teste para o uso em ambiente hospitalar, consultório ou estudos populacionais.

Os pontos de corte utilizados no estudo foram 20 pontos para analfabetos, 25 para indivíduos com 1-4 anos de estudo, 26 para indivíduos com 5-8 anos de estudo, 28 para indivíduos com 9-11 anos de estudo e 29 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos (Brucki et al., 2003). Esses foram os cortes usados neste estudo.

Sintomas depressivos: foi utilizada a Escala de Depressão CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), elaborada pelo National Institute of Mental Health. Essa escala é autoaplicável, composta de 20 itens desenvolvidos para mensurar os sintomas depressivos em populações comunitárias.

Os entrevistados avaliam os itens com base nos acontecimentos da semana anterior à avaliação, utilizando uma escala de respostas de quatro pontos (Batistoni et al., 2010). As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (0 = raramente ou nunca; 1 = durante pouco ou algum tempo; 2 = ocasionalmente ou durante um tempo moderado; e 3 = durante a maior parte do tempo ou todo o tempo).

Os itens incluem questões sobre humor, sintomas somáticos, interações com outras pessoas, funcionamento motor. O escore total varia entre zero e 60 pontos. No Brasil, esse instrumento foi validado para a língua portuguesa e obteve bons índices de validade interna ($\alpha=0,860$), sensibilidade (74,6%) e especificidade (73,6%) (Batistoni et al., 2010).

O ponto de corte para identificar presença de sintomas depressivos é ≥ 16 pontos. O interesse neste estudo não é fazer diagnóstico de depressão, mas avaliar a presença de sintomas depressivos. O CES-D tem sido usado para essa finalidade em vários estudos na área da enfermagem (Gonçalves e Fagulha 2004).

A seguir, apresenta-se o Quadro 6 que mostra uma síntese das variáveis deste estudo.

Quadro 6 - Variáveis e instrumentos utilizados para caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Variável	Forma de mensuração ou fonte	Categorias de respostas / Tipo de Variável
Caracterização Sociodemográfica		
Sexo	Autorrelato	Masculino ou feminino Variável nominal
Idade	Autorrelato	Anos completos no dia da entrevista Variável quantitativa discreta.
Etnia	Autorrelato	Branca, preta, parda, amarela, indígena, segundo as categorias descritas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
Tempo de estudo	Autorrelato	Número de anos que frequentou a escola. Variável quantitativa discreta.
Convivência marital	Autorrelato	Convivência marital ou não Variável nominal (sim/não).

Situação socioeconômica	Autorrelato	Não tem condições; suficiente para medicamentos; suficiente e um pouco mais ou abundante. Variável nominal.
Situação trabalhista	Autorrelato	Empregado/autônomo, aposentado/pensionista/ auxílio-doença, desempregado/estudante/dol. Variável nominal
Caracterização Clínica		
Peso	Prontuário/autorrelato	Peso no dia da coleta de dados, registrado em prontuário ou referido pelo paciente, em quilogramas. Variável quantitativa discreta
Etiologia da IC	Prontuário	Considerado o diagnóstico médico registrado no prontuário do paciente. Variável nominal.
Classe Funcional da IC	Prontuário New York Heart Association (NYHA)	Classe I: ausência de sintomas; Classe II – sintomas desencadeados por atividades físicas diárias; Classe III – sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as diárias ou pequenos esforços; Classe IV – sintomas no repouso. Variável qualitativa ordinal
Fração de Ejeção Ventricular Esquerda (FEVE)	Prontuário	Porcentagem Variável quantitativa contínua
Tempo de experiência com a doença	Autorrelato e/ou prontuário	Meses decorridos a partir do diagnóstico e início do tratamento da IC. Variável quantitativa discreta
Terapia medicamentosa	Prontuário/ receita médica ou autorrelato	As medicações foram categorizadas em: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA), diuréticos, bloqueadores do canal de

		cálcio, betabloqueadores, vasodilatadores, digitálicos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, hormônio tireoidiano, hipoglicemiantes orais, insulina, antiácidos, antiarrítmicos e outros. Variável quantitativa discreta.
Número de medicamentos em uso	Prontuário/ receita médica ou autorrelato	Número de medicamentos que usou na última semana. Variável quantitativa discreta.
Número de dose/ dia	Prontuário/ receita médica ou autorrelato	Número de doses diária de medicamentos. Variável quantitativa discreta.
Número de comorbidades	Autorrelato e/ou prontuário	Número de diagnósticos médicos relatados pelos pacientes e/ou registrados no prontuário do paciente. Variável quantitativa discreta.
Cognição	Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	Os pontos de corte utilizados no estudo foram 20 pontos para analfabetos, 25 para indivíduos com 1-4 anos de estudo, 26 para indivíduos com 5-8 anos de estudo, 28 para indivíduos com 9-11 anos de estudo e 29 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos (Brucki et al., 2003). Variável quantitativa discreta.
Sintomas depressivos	Escala de Depressão CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	O ponto de corte para identificar sintomas depressivos é ≥ 16 pontos.

4.13 Variáveis de viabilidade da intervenção

A viabilidade da intervenção, neste estudo piloto, refere-se ao grau com que os participantes foram recrutados, permaneceram no estudo até o final e aderiram à intervenção, seguindo o referencial de Cole e Dendukuri (2004). Outro aspecto de viabilidade da intervenção refere-se à sua exequibilidade e se relaciona com o grau com que as atividades envolvidas na intervenção foram realizadas como planejadas, em relação ao modo de entrega e dose da intervenção (fidelidade da intervenção) (Sidani e Braden, 2011).

Taxa de recrutamento: refere-se à proporção de pacientes elegíveis, que aceitaram participar do estudo em relação ao número total de pacientes elegíveis que foram convidados a participar (Sidani e Braden, 2011). A equação a seguir representa como foi tratada a taxa de recrutamento.

Taxa de recrutamento:

$$\frac{\text{Número de pacientes elegíveis, convidados e que aceitaram o estudo}}{\text{Número de pacientes elegíveis convidados para o estudo}} \times 100$$

Foram considerados elegíveis todos os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão, agendados para consulta médica ou de enfermagem nos dias de recrutamento para este estudo piloto.

Essa variável foi tratada como variável quantitativa discreta. Os motivos da recusa foram listados e posteriormente categorizados, sendo tratada como variável qualitativa nominal.

Taxa de atrito: (também conhecida como taxa de abandono) é a relação percentual de participantes que não concluíram o estudo, a qualquer momento, em relação ao número total de participantes que concluíram o estudo (Sidani e Braden, 2011).

$$\text{Taxa de atrito} = \frac{\text{Número de participantes que não concluíram o estudo}}{\text{Número total de pacientes que concluíram o estudo}} \times 100$$

A taxa de atrito foi avaliada pelo número de participantes que não concluíram o estudo, independentemente do motivo, em relação ao número de participantes que concluíram o estudo. Essa variável foi tratada como variável quantitativa discreta.

Os motivos de não conclusão do estudo foram listados e posteriormente categorizados. Essa variável foi tratada como variável qualitativa.

Taxa de retenção: é a razão entre o número de participantes que concluíram o programa de intervenção em relação ao número total de participantes que iniciaram a participação no estudo (Sidani e Braden, 2011).

Taxa de retenção:

$$\frac{\text{Número de participantes que completaram o estudo}}{\text{Número total de pacientes que iniciaram o estudo}} \times 100$$

Essa variável foi tratada como variável quantitativa discreta.

Adesão à intervenção: definida como aprovação e adoção pelos pacientes dos ingredientes ativos da intervenção na dose previamente definida (Sidani e Braden, 2011). Foi avaliada por meio de um instrumento (Apêndice A) desenvolvido pela pesquisadora, com as opções de respostas (sim ou não), para evidências de implementação no dia a dia das recomendações de atividades para o autocuidado, durante o período da intervenção.

Fidelidade da implementação da intervenção: a fidelidade da implementação da intervenção neste estudo foi entendida como o oferecimento da intervenção conforme o planejado, segundo o Manual da Intervenção (Dumas et al., 2001). A avaliação da fidelidade da fase presencial da intervenção foi realizada por uma pesquisadora da equipe de pesquisa do presente estudo, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), do Programa de Enfermagem na Saúde do Adulto (Proesa).

A avaliadora verificou o seguimento do Manual do interventor por meio de observação direta das sessões presenciais da intervenção, realizando anotações no diário de campo e, posteriormente, gerou um relatório de conformidade do PEAC-IC oferecido com os conteúdos previstos (fidelidade).

Como a intervenção teve sessões telefônicas, a fidelidade dessas sessões, que foram gravadas, foi avaliada por duas enfermeiras doutoras, com experiência em estudos de fidelidade de intervenções, que não participaram da entrega do PEAC-IC e nem da avaliação de fidelidade da fase presencial.

Os áudios das sessões foram enviados para as avaliadoras pela pesquisadora, que aleatoriamente escolheu três áudios de cada uma das cinco sessões. Também foi enviada uma lista descrevendo o que cada sessão deveria conter. Para avaliação da fidelidade das sessões telefônicas, adotaram-se os seguintes procedimentos:

- a. Elaboração de lista de unidades de conteúdo que deveriam ser trabalhadas em cada sessão (elementos específicos) e dos elementos inespecíficos da intervenção.
- b. Adaptação do *Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool* (NIFE Tool) para as sessões telefônicas do PEAC-IC. O NIFE Tool foi desenvolvido para avaliar a fidelidade de intervenções psicoeducativas oferecidas por telefone por meio da observação dos comportamentos verbais dos interventores (Guedes, 2017).
- c. Ajuste dos itens do NIFE Tool para os elementos específicos e inespecíficos de cada sessão telefônica do PEAC-IC. Cada item correspondia a um elemento, específico ou inespecífico.
- d. Organização dos itens do NIFE Tool adaptados em formulários no Google Forms®, um para cada sessão telefônica (Apêndice B).

Alguns excertos dos formulários estão apresentados a seguir para facilitar a apresentação desses resultados.

E1. Apresentar o objetivo da sessão.

☐ ADEQUADO. "Em cada ligação iremos reforçar o conteúdo que conversamos na primeira sessão, ver..."

☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...

☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...

☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

Ex. Elemento inespecífico, comum a todas as sessões:

Ex. Elemento específico: Primeira Sessão

E4. Explicar o funcionamento do coração.

- ☐ ADEQUADO. "Como falamos na semana passada, o coração funciona como uma bomba para fazer ...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

NIFE Tool - PEAC-IC - Sessão Telefônica 3

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência

Identificação do avaliador:

Texto de resposta curta

- e. Teste e ajuste dos formulários com cinco áudios que não compuseram os 15 avaliados;
- f. Avaliação independente pelas duas avaliadoras dos 15 áudios;
- g. Cômputo e análise das discordâncias;
- h. Criação de consenso nas discordâncias;
- i. Relatório de concordância simples entre pares
- j. Relatório de conformidade das sessões telefônicas do PEAC-IC com os conteúdos previstos (fidelidade)

A fidelidade da intervenção das sessões presenciais foi tratada como variável qualitativa e a fidelidade da intervenção das sessões telefônicas foi tratada como variável quantitativa.

4.14 Variáveis de aceitabilidade da intervenção

A aceitabilidade da intervenção corresponde ao grau no qual os participantes percebem a intervenção como positiva (Sidani, 2015). A aceitabilidade foi avaliada por meio de entrevistas e grupos focais realizados ao término da intervenção.

Percepção dos participantes sobre a intervenção - Entrevista: foi realizada por contato telefônico, por um assistente de pesquisa que não participou das etapas anteriores. Durante a entrevista, foi aplicado um questionário composto de 12 questões abertas, desenvolvido pela pesquisadora (Apêndice C), abordando as seguintes pontos: 1) A intervenção educativa para o autocuidado ajudou o(a) Sr(a)? 2) O que o(a) motivou a permanecer no estudo? 3) Quais foram as dificuldades que o(a) Sr(a) encontrou na execução do programa? 4) O tempo utilizado no primeiro encontro foi adequado? 5) A abordagem da enfermeira pesquisadora foi adequada? 6) Houve dificuldades na adaptação das orientações no seu dia a dia; 7) A frequência dos contatos telefônicos e a duração de cada ligação foram adequadas? 8) O livro de educação do paciente foi adequado? Ajudou a sanar dúvidas sobre a IC? 9) O(a) Sr(a) pretende manter o seguimento do programa? 10) O(a) Sr(a) recomendaria que outras pessoas com IC participassem da intervenção educativa? 11) Quais são os pontos positivos do programa educativo para o autocuidado na IC? e 12) O que o(a) Sr(a) mudaria na intervenção educativa que recebe?

Os participantes foram estimulados a falar mais sobre cada item e apontar os pontos positivos da intervenção e pontos em que a intervenção precisava melhorar. Também foram estimulados a propor sugestões e críticas sobre a implementação da intervenção na realidade do serviço de saúde. As respostas dos participantes foram categorizadas conforme similaridade de conteúdo.

Percepção dos participantes sobre a intervenção - Grupo focal: é uma técnica de pesquisa que coleta informações por meio das interações grupais, com o objetivo de captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações (Wong, 2008).

Trata-se de técnica dinâmica de pesquisa que utiliza estratégias para fomentar e sustentar discussões em grupo, que permitam o intercâmbio de saberes e experiências entre os participantes, podendo, a partir do conceito do outro, obter formação de ideias novas e originais (Ressel et al., 2008). A técnica de grupo focal deve ser aplicada mediante um roteiro que vai do objetivo geral ao específico, em

ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de fomentar a participação e fazer emergir o ponto de vista de todos os participantes (Minayo, 2014).

O planejamento dessa técnica de pesquisa deve considerar um conjunto de elementos que garantam seu pleno desenvolvimento, como: recursos necessários, com destaque especial para os moderadores do grupo; definição do número de participantes e de grupos a serem realizados; perfil dos participantes; e tempo de duração (Trad, 2009). Neste estudo, foram planejados três grupos focais, compostos por pacientes e seus familiares do GI.

Os grupos focais foram realizados em uma sala de aula, localizada no ambulatório do IDPC, próximo ao ambulatório de Miocardiopatias, local reservado, livre de ruídos e interrupções externas, com controle de temperatura local e boa iluminação, com disposição de cadeiras em forma circular, para permitir a interação dos participantes e favorecer a horizontalidade das opiniões.

A coordenação dos grupos foi realizada pela pesquisadora, como moderadora, e dois observadores, pesquisadores assistentes. Tanto a moderadora como os observadores eram experientes na condução de grupo focal.

Durante os grupos focais, foram realizadas anotações em diários de campo, os quais consistiram em instrumentos pessoais para anotações pela moderadora e pelos observadores sobre os dados subjetivos (comunicação não verbal), percepções, sentimentos e impressões pessoais antes e depois da sessão do grupo focal, bem como durante. Foi planejada uma duração de cerca de 60 minutos para cada grupo focal. Os temas explanados eram relacionados à aceitabilidade da intervenção realizada. As discussões seguiram um roteiro, que foi composto das questões norteadoras: a intervenção educativa para o autocuidado o(a) ajudou no seu autocuidado? Foi solicitado que cada participante relatasse suas percepções sobre as perguntas.

A temática foi aprofundada com outras perguntas elaboradas a partir dos requisitos da teoria da intervenção, para avaliação da aceitabilidade: motivos que levaram o participante a permanecer no estudo; dificuldades encontradas para a execução do programa; tempo utilizado nas sessões da intervenção; abordagem do interventor; dificuldades para implementação da orientações no dia a dia; acompanhamento telefônico; utilidade do livro de educação do paciente; pretensão em continuar seguindo as orientações; pontos positivos e pontos de necessidade de melhorias da intervenção.

Não foi definido um tempo de resposta, garantindo aos pacientes e familiares, livre interação e explanação de suas ideias até a homogeneidade e saturação das respostas.

Caso houvesse necessidade, a moderadora poderia intervir, para manter e/ou retomar o foco das discussões e promover as trocas de saberes no grupo, especialmente quando algum participante tentasse dominar a discussão.

Ao final de cada encontro, a moderadora elaborou, em conjunto com o grupo, a síntese e a validação das informações e confirmou os pontos de vista apresentados. Cabe destacar que os observadores do estudo auxiliaram na organização e na condução dos encontros e realizaram um relatório com a síntese das discussões. As respostas dos participantes foram categorizadas por similaridade de seus conteúdos.

4.15 Variáveis de avaliação preliminar do efeito da intervenção

Variável independente: A variável independente neste estudo foi a intervenção que o grupo intervenção (GI) recebeu junto com o tratamento usual.

Variáveis dependentes

Comportamento de autocuidado: foi avaliado por meio da versão adaptada e validada para o Brasil do *Self-Care of Heart Failure Index V 6. 2* (SCHFI), denominada de Escala de Autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAC-IC) (Avila et al., 2013). Embora a versão brasileira tenha sido denominada EAC-IC, internacionalmente a escala é conhecida como SCHFI versão brasileira. Portanto, neste estudo, adotou-se a denominação original da escala, para fins de comparabilidade com estudos internacionais. A SCHFI versão brasileira é uma medida de autocuidado composta de 22 itens, divididos em três subescalas: (1) autocuidado de manutenção, composta de dez itens; (2) autocuidado de manejo, composta de seis itens e (3) confiança no autocuidado, composta de seis itens.

As respostas para cada item variam de nunca/raramente a sempre/diariamente para o domínio manutenção do autocuidado; pouco provável a muito provável para o domínio autocuidado de manejo e não confiante a extremamente confiante para o domínio confiança no autocuidado. Os escores para cada domínio variam de 0-100 pontos estimados a partir de transformação dos escores puros.

Pontuações mais altas refletem um autocuidado superior e um autocuidado adequado é considerado quando o escore para cada subescala é igual ou superior a 70 pontos (Avila et al., 2013). Uma melhoria de oito pontos é considerada clinicamente

significativa (Riegel et al., 2009). Na análise psicométrica do estudo de adaptação (Avila et al., 2013), a escala apresentou bons índices de validade e confiabilidade, expressa pelo alfa de Cronbach de 0,40; 0,82 e 0,93 para as escalas de autocuidado de manutenção, do autocuidado de manejo e confiança no autocuidado respectivamente.

A validade de face e a validade de conteúdo foram usadas como indicativas de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual. A validade convergente foi demonstrada por uma correlação significativa, embora moderada ($r = -0,51$) na comparação com os escores de questões equivalentes da escala europeia de comportamento de autocuidado para insuficiência cardíaca previamente validada (Feijó et al., 2012).

A análise fatorial confirmatória apoiou o modelo original de três fatores como tendo o melhor ajuste, embora resultados semelhantes tenham sido obtidos para índices de ajuste inadequados (Avila et al., 2013). Neste estudo, o comportamento de autocuidado foi tratado como variável quantitativa contínua.

Conhecimento sobre insuficiência cardíaca: conhecimento sobre IC foi avaliado por meio do questionário sobre o conhecimento da insuficiência cardíaca, validado para uso no Brasil por Rabelo et al. (2011). O questionário original foi desenvolvido por Artinian et al. (2002), no idioma inglês (*Heart Failure Knowledge Test*), para uso nos Estados Unidos da América (EUA).

O instrumento é composto por questões que versam sobre o conhecimento da doença e do autocuidado, engloba questões relacionadas a dieta (duas questões), líquidos e peso (duas questões), informações gerais de IC (duas questões), tratamento (sete questões), IC terminal (uma questão) e motivos de reinternação (uma questão), totalizando 15 questões.

Em sua versão adaptada e validada para o Brasil, a avaliação foi pautada em questões relacionadas a dieta (uma questão), líquidos e peso (três questões), informações gerais de IC (duas questões), medicamentos (cinco questões), atividade física (uma questão), medidas que melhoram a IC (uma questão) e motivos de reinternação (uma questão), totalizando 14 questões. Treze questões são de múltipla escolha, com apenas uma alternativa correta e uma questão de múltipla escolha com três alternativas corretas (questão 13) (Rabelo et al., 2011).

No estudo de validação, o instrumento foi testado com 153 pacientes de um ambulatório de IC, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Na adaptação do instrumento, foi necessária a retirada de três questões. A primeira questão relacionava-se à quantidade de sal contida em um vidro de pimenta em conserva; a segunda relacionava-se a IC terminal, decisões, ou diretivas antecipadas de vontade (testamento vital) quando o paciente não tem condições de tomar decisões por conta própria; e a terceira referia-se aos efeitos colaterais da furosemida.

Em substituição às três questões, foram acrescentadas uma questão sobre atividade física e uma sobre ingestão hídrica. Em algumas questões (como sobre uso de medicamentos), foi acrescida a expressão “não se aplica”. Além disso, o número de alternativas para resposta foi reduzido de cinco para quatro opções, pois os pacientes apresentaram dificuldade para memorizar cinco opções de respostas por pergunta (Rabelo et al., 2011).

Considerando que o instrumento adaptado possui 14 questões e que, para a questão correta, o paciente ganha um ponto, a pontuação do instrumento poderia variar de zero a 14 pontos. Como o instrumento possui opções de resposta “não se aplica”, neste estudo, a pontuação se refere ao percentual de respostas corretas. Dessa forma, o somatório de acertos poderia variar de 0% a 100% e, quanto maior o escore melhor o conhecimento sobre a doença (Rabelo et al., 2011).

Na versão original, não foi estabelecido um ponto de corte, mas, em estudo realizado por um dos autores do instrumento validado, foi considerado satisfatório o ponto de corte de 70% de acertos nas questões (Azzolin, 2011). No presente estudo, a variável foi usada como contínua.

Número de dias de internação / busca por serviço de emergência: o número de dias de internação ou número de buscas por serviço de emergência/urgência foi obtido pelo relato do paciente ou familiar de ocorrências de internações hospitalares ou busca por atendimento em serviços de urgência/emergência por descompensação da IC dentro de um determinado período. Essa variável foi tratada como variável quantitativa discreta

4.16 PROCEDIMENTOS

O estudo foi realizado no período de janeiro a março de 2020. Esse período compreendeu desde o ingresso dos participantes no estudo até a fase pós-intervenção, incluindo a coleta de dados dos desfechos. Participaram dos procedimentos a pesquisadora, dois assistentes de pesquisa, a orientadora desta tese e o estatístico.

Antes de iniciar o recrutamento, foi realizada reunião para apresentar os objetivos da pesquisa com médico e enfermeiro responsáveis pelo ambulatório de Miocardiopatia/IC e com a enfermeira assistencial, que realiza as consultas de enfermagem no serviço.

Por iniciativa da chefia médica, a equipe médica e residentes médicos foram orientados que, ao final da consulta médica, os pacientes com IC seriam informados sobre a pesquisa e direcionados aos pesquisadores, para que estes realizassem o convite para a pesquisa. Da mesma forma, a enfermeira também informava os pacientes sobre a realização do estudo e os direcionava aos pesquisadores.

4.17 Recrutamento, seleção e inclusão dos participantes

No ambulatório de miocardiopatias, na época do recrutamento, eram realizadas cerca de 70 consultas diariamente, sendo aproximadamente 35 pacientes por período (7-12 horas e 13-18 horas). Do total de agendamento diário, 70% eram pacientes com IC. O recrutamento foi realizado nos períodos da manhã e/ou tarde.

Para recrutamento, seleção e inclusão de participantes no estudo, a pesquisadora e assistente de pesquisa consultavam os prontuários dos pacientes que seriam atendidos naquele dia e convidavam os pacientes, preferencialmente, após a consulta médica ou de enfermagem, evitando, dessa forma, que os procedimentos do estudo fossem interrompidos para a consulta.

Nessa ocasião, a pesquisadora ou assistente de pesquisa preenchia o instrumento para seleção dos participantes da pesquisa (Apêndice D), que permitiu identificar se o paciente atendia aos critérios de inclusão do estudo. Se o paciente atendesse aos critérios de inclusão, ele era convidado a participar do estudo, sendo a ele apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Os

objetivos e procedimentos do estudo eram apresentados ao paciente, que era consultado sobre seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa, destacando a possibilidade de fazer parte do grupo controle ou do grupo intervenção. No caso de recusa do paciente em participar, os motivos da recusa eram registrados em diário de campo. No caso de aceite do paciente, era solicitada a assinatura no TCLE e realizada a coleta dos dados da linha de base pela pesquisadora ou assistente de pesquisa.

4.18 Randomização e alocação

A técnica utilizada nesta pesquisa foi a randomização restrita por grupos a partir do balanceamento das variáveis sexo e idade, de forma a equilibrar o quantitativo e homogeneizar as características dos participantes entre os grupos, a fim de manter sua comparabilidade (Hulley, Cummings, Browner, 2015). O *software* R Core versão 3.5 foi usado para geração de uma lista aleatória de 30 pacientes, para alocá-los nos grupos (controle e intervenção).

Após a coleta dos dados da linha de base, a pesquisadora ou assistente de pesquisa informava o nome, RGH, idade e sexo do paciente para um profissional estatístico, por meio de mensagens via aplicativo *WhatsApp*, e o estatístico gerava a randomização do paciente, informando prontamente o grupo em que o mesmo foi alocado. Se alocado no grupo intervenção, a pesquisadora ou assistente de pesquisa conduzia o paciente e seu familiar, se presente, para um consultório, para a primeira sessão da intervenção, que foi totalmente implementada pela pesquisadora. A pesquisadora possui especialização, na modalidade de residência, em enfermagem cardiovascular, pelo IDPC, experiência clínica de 16 anos no atendimento de pacientes com doenças cardiovasculares, incluindo a IC e experiência em pesquisa na área. Se o paciente fosse alocado no grupo controle, a pesquisadora ou assistente de pesquisa fornecia o folheto de informação sobre a IC, usualmente entregue aos pacientes, e agendava a data para a coleta dos dados dos desfechos.

Para explicar o processo de randomização e alocação, foi construído um fluxograma da composição dos grupos de intervenção e controle, apresentado na Figura 7.

Figura 4 - Fluxograma da composição dos grupos de intervenção e controle

Cegamento

O cegamento é um aspecto importante na condução de um ECR. Sua finalidade principal é minimizar os vieses de coleta dos desfechos e consiste na omissão de informações que permitem que os participantes ou avaliadores consigam decifrar em

qual grupo o indivíduo foi alocado (Hulley, Cummings, Browner, 2015). Entretanto, em alguns casos, o cegamento é difícil e inviável, seja por motivos técnicos, seja de ordem ética.

Na presente pesquisa, não foi possível cegar a pesquisadora responsável pelos componentes da intervenção e os participantes, por se tratar de uma intervenção educativa. As avaliações dos desfechos foram realizadas por um assistente de pesquisa que não participou do oferecimento da intervenção, no intuito de diminuir o risco de viés de avaliação. No entanto, a necessidade de incluir perguntas de aceitabilidade junto com a avaliação dos desfechos impediu o cegamento do avaliador. Inadvertidamente, a indicação dos grupos de cada participante não foi omitida nos dados enviados para análise estatística. Portanto, não houve cegamento estatístico.

4.19 Coleta dos dados

A coleta dos dados da linha de base foi efetuada por entrevista estruturada, no dia da consulta médica ou de enfermagem, na sala de espera do ambulatório, pela pesquisadora responsável e pesquisadora assistente, com experiência em pesquisas com pacientes com IC, aluna do Programa de Doutorado, do Departamento de Enfermagem na Saúde do Adulto (Proesa) da EEUSP.

A coleta das variáveis de desfecho foi realizada por entrevista estruturada, por telefone, por uma assistente de pesquisa treinada, aluna de iniciação científica, enfermeira pela EEUSP. Para aproveitar a oportunidade do telefonema, essa mesma assistente realizou a entrevista de avaliação da aceitabilidade da intervenção com os participantes do GI. Importante ressaltar que essa assistente de pesquisa não participou da realização da intervenção.

Conforme já descrito, a aceitabilidade da intervenção foi também investigada entre os participantes do GI, por meio de grupo focal, que ocorreu depois das entrevistas para avaliação dos desfechos.

4.20 Protocolo da intervenção

Os procedimentos da intervenção avaliada estão apresentados no capítulo de resultados. Considerando que o desenvolvimento da intervenção foi um dos objetivos deste estudo, havia duas alternativas quanto ao melhor local para apresentá-la: colocar a descrição da intervenção (conteúdo de resultados) junto com os métodos do seu desenvolvimento ou apresentar os seus procedimentos (parte de métodos) junto com a sua descrição no capítulo de resultados. Optou-se pela segunda alternativa.

Os pacientes alocados nos grupos foram então submetidos aos procedimentos em três fases que compõem esta investigação, sendo a primeira a entrega da intervenção; a segunda avaliação dos desfechos por meio de entrevista e terceira fase a realização de grupo focal, com os participantes do GI, para avaliação da aceitabilidade.

Procedimento para os contatos telefônicos

Os contatos telefônicos tiveram início na Fase 1 para os pacientes do GI e ocorreram semanalmente, no decorrer de cinco semanas. Durante as sessões telefônicas, era verificado com o paciente/ familiar o melhor dia da semana (segunda a sexta-feira) e horário para as ligações das sessões subsequentes, respeitando o contrato de uma ligação por semana.

Foram considerados como descontinuidade do estudo os pacientes que não atenderam ao contato após cinco tentativas sem sucesso, em cinco dias consecutivos e em horários alternados, levando em consideração que o programa de reforço da intervenção foi semanal e particionado em temas diferentes a cada sessão. Hospitalização por IC ou todas as causas e óbito também foram considerados como descontinuidade do estudo.

Foram considerados desistentes aqueles que cancelaram até cinco agendamentos consecutivos a partir da segunda sessão ou aqueles que manifestaram desejo de se retirar do estudo.

As ligações foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora principal, via celular, mediante acordo de dia e horário entre paciente e interventor, com início na semana seguinte à primeira sessão do PEAC-IC e realizadas semanalmente durante

cinco semanas. Foi utilizado o aplicativo cube ACR (Cube Systems) - gravador de chamadas gratuito disponível no sistema Android, para a gravação da entrega da intervenção, com objetivo de avaliar, posteriormente, a sua fidelidade.

Na abordagem telefônica realizada pelo interventor, houve o preenchimento do instrumento denominado Manual para o monitoramento telefônico (Apêndice E), instrumento desenvolvido para o estudo a fim de auxiliar na condução das ligações telefônicas, construído com base na III Diretriz Brasileira de IC atualizada (Rohde et al., 2018).

Nas ligações telefônicas, foram fornecidos reforços dos conteúdos abordados na primeira sessão e verificado se o paciente estava realizando o monitoramento do peso, de sinais e sintomas de descompensação da IC, e se houve necessidade de atendimento médico não planejado e/ou internação hospitalar, por IC ou por outras causas na semana anterior. Para o grupo controle, foram considerados descontinuidade do estudo hospitalização por IC e todas as causas e óbito. Foram considerados desistentes aqueles que manifestaram desejo de se retirar do estudo ou que não responderam ao contato telefônico, após cinco tentativas sem sucesso, em cinco dias consecutivos e em horários alternados, na oitava semana após início do estudo.

4.21 ANÁLISE DOS DADOS

Dados qualitativos

A análise dos dados qualitativos obtidos por entrevista e grupos focais foi realizada pela técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2006), que se caracteriza como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que tem por finalidade obter inferências a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo permite compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou a pesquisa, por meio das seguintes etapas: ordenação dos dados; classificação e análise dos resultados (Minayo, 2014).

Para análise das entrevistas, foram adotadas as seguintes etapas: 1) Preparação do material a partir da anotação das principais falas dos participantes ou transcrição das entrevistas gravadas, quando fosse o caso; 2) Categorização –

destaque de assuntos por relevância e/ou por repetição, transformando dados brutos em categorias; 3) Apresentação dos resultados – de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, preparando o resultado para discussão, inferência e interpretação (Bardin, 2006).

A análise dos dados provenientes das anotações dos grupos focais percorreu as seguintes etapas: 1) Preparação do material – transcrição das anotações das duas observadoras; 2) Categorização – destaque de assuntos por relevância e/ou por repetição, transformando dados brutos em organizados; 3) Apresentação dos resultados – de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, preparando o resultado para discussão, inferência e interpretação (Bardin, 2006). Os dados das entrevistas e grupos focais, além de categorizados, foram submetidos à análise descritiva (distribuição de frequência).

Dados quantitativos

Foi desenvolvido um banco de dados no programa *Microsoft Office 2010*, seguindo os itens codificados dos instrumentos de coleta de dados. Os dados obtidos foram digitados com dupla entrada realizada pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa, de forma a garantir a validação dos dados consolidados no banco de dados por meio da comparação das planilhas e correção das possíveis divergências. Os dados foram encaminhados para um profissional estatístico para análises descritivas e inferenciais. Os testes e análises usados foram:

- Média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e máximo e intervalo interquartil: estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas.
- Número absoluto e porcentagem: estatísticas descritivas para as variáveis qualitativas.
- Kolmogorov-Smirnov: usado para avaliar a distribuição das variáveis contínuas. Algumas variáveis tiveram distribuição normal, mas decidiu-se por testes não paramétricos na maioria dos casos, considerando que a amostra é de tamanho pequeno.
- Qui-Quadrado de Pearson: usado para testar associações de variáveis qualitativas com os grupos (GI e GC).
- Mann-Whitney: para testar se o conhecimento sobre a IC e o autocuidado na IC foram diferentes entre os grupos (GI e GC), tanto antes quanto depois da intervenção; entre os sexos (feminino e masculino) e entre as categorias de convivência marital (sim e não).

- One-way ANOVA e Kruskal-Wallis: para testar se o conhecimento sobre a IC e o autocuidado na IC foram diferentes entre etnias e entre condições econômicas.
- Correlação de Pearson: para analisar correlação de variáveis quantitativas (idade, tempo de estudo, FEVE, número de medicamentos, doses por dia, comorbidades e cognição) com conhecimento sobre a IC e com autocuidado na IC.
- Correlação de Kendall: para analisar correlação de variáveis quantitativas (classe funcional da IC, frequência de atendimento no pronto socorro e dias de internação) com conhecimento sobre a IC e autocuidado na IC. Para interpretação dos resultados de correlação, foram utilizadas as seguintes classificações: $r = 0,10$ (pequena); $r = 0,30$ (média); $r = 0,50$ (grande) e $r \geq 0,70$ (muito grande) (Kraemer et al., 2003).
- Análise de variância para medidas repetidas (ANOVA): para testar possíveis diferenças entre os grupos (GI vs. GC) em relação à variação, pré e pós intervenção, do conhecimento sobre a IC e com referência à variação do autocuidado na IC.
- Tamanho do efeito: análise indicada para avaliar o efeito de intervenções em amostras inferiores a 20 sujeitos, para verificar a relação dose-resposta, pois a análise de diferenças estatísticas em pequenas amostras por meio do p-valor pode não refletir de forma real a importância clínica dos dados (Cohen, 1992).

Dessa forma, a análise da variabilidade do autocuidado na IC e do conhecimento sobre a IC, na passagem da fase pré para a fase pós, foi realizada por meio do Teste de Cohen (f- Cohen).

Embora não haja consenso sobre qual magnitude do efeito é necessária para estabelecer a significância clínica, as diretrizes de Cohen (1992) para interpretar o tamanho do efeito são as seguintes: $f = 0,40$ = forte; $f = 0,25$ = moderado e $f = 0,10$ = fraco (Cohen, 1992). Em todos os casos, adotou-se como nível de significância um valor de $p \leq 0,05$. Os cálculos estatísticos foram realizados por profissional estatístico, com auxílio do *software* R 4.0.3

4.22 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

As diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) para as pesquisas que envolvem seres humanos foram observadas e respeitadas em todas as etapas da pesquisa. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, após anuência da chefia de enfermagem da Divisão de Enfermagem, chefia médica do Ambulatório de Miocardiopatia e diretor-geral do respectivo instituto, sendo aprovado em 26/11/2019, sob número de parecer 3.725.374, CAAE: 22667119.4.0000.5462 (ANEXO 3).

Resultados

5 RESULTADOS

Os objetivos principais deste estudo foram construir e avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de uma intervenção educativa para o conhecimento e o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca, além de obter avaliação preliminar do efeito da intervenção em desfechos selecionados.

Os resultados serão apresentados em partes, conforme os objetivos do estudo. Na primeira parte, será apresentada a intervenção desenvolvida; na segunda parte, serão apresentadas as características demográficas e clínicas dos participantes do estudo, os resultados de viabilidade e aceitabilidade da intervenção e, finalmente, na terceira parte, serão apresentadas as estimativas de eficácia da intervenção.

5.1 PROGRAMA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (PEAC-IC)

O autocuidado na IC é um conceito abrangente formado por três conceitos-chave: manutenção do autocuidado (por exemplo, tomar ou ajustar a medicação prescrita, praticar atividade física e aderir a uma dieta saudável); autocuidado de monitoramento (por exemplo, pesagem regular) e autocuidado de gerenciamento (por exemplo, alteração da dose de diurético em resposta aos sintomas).

A maioria das diretrizes para o manejo de pessoas com IC apresenta recomendações gerais relacionadas aos comportamentos de autocuidado (Rohde et al., 2018; Ponikowski et al., 2016). No entanto, cada pessoa pode necessitar de intervenções em diferentes componentes do autocuidado, como, por exemplo, pode apresentar comportamento adequado do autocuidado de manutenção, mas necessitar de intervenções para melhorar o autocuidado de gerenciamento. Dessa forma, organizar as intervenções segundo os conceitos de autocuidado pode fornecer orientações práticas para profissionais de saúde que cuidam de pessoas com IC, direcionadas para as necessidades individuais dos pacientes.

A intervenção desenvolvida foi idealizada para promover comportamentos de autocuidado por meio do ensino de adultos com IC sobre a síndrome da IC e seu manejo. Seus objetivos são melhorar os comportamentos de autocuidado das pessoas com IC e melhorar os conhecimentos sobre a IC, a fim de limitar o número de internações e de busca por atendimento em serviço de urgência e emergência por descompensação da IC.

A) Compreensão do problema

Com base nos resultados de pesquisas que descrevem o autocuidado de pessoas com IC apresentadas anteriormente nos Quadros 4 e 5, desenvolveu-se a teoria do autocuidado inadequado, para este estudo piloto, como a síntese da compreensão do problema, que é a primeira etapa na construção da intervenção, conforme o referencial adotado (Sidani e Braden, 2011). Essa síntese explana a natureza do problema, suas manifestações, gravidade, determinantes e consequências (Quadro 8).

Quadro 7- Teoria do autocuidado inadequado na IC

TEORIA DO AUTOCUIDADO INADEQUADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	
Natureza	É a situação em que a pessoa com IC falha em seguir as recomendações do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como a presença de barreiras para ações de manutenção da estabilidade fisiológica, percepção dos sintomas e gerenciamento dos sinais de piora clínica.
Manifestações	Dificuldade de aderir às recomendações do tratamento medicamentoso e não medicamentoso; dificuldade de identificar sinais e sintomas de descompensação da IC; ausência ou adiamento na tomada de decisão para implementar uma ação que auxilie na melhora dos sintomas ou atraso para procurar por atendimento em serviço de saúde.
Gravidade	Pontuações inferiores a 70 obtidas pela aplicação da versão brasileira do SCHFI v.6.2. As pontuações variam de zero a 100, sendo que escore menor ou igual a 70 em qualquer subescala reflete autocuidado adequado.
Determinantes	1) Características da pessoa: pouca experiência com a IC, conhecimento insuficiente sobre a síndrome da IC, falta de habilidades requeridas para

TEORIA DO AUTOCUIDADO INADEQUADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	
	o autocuidado, idade superior a 60 anos, sexo masculino, situação econômica vulnerável, baixa escolaridade, fatores psicológicos como depressão e reduzido senso de autoconfiança no autocuidado.
Consequências	Instabilidade clínica, agravamento dos sinais e sintomas, prejuízos na QVRS, re-hospitalização e mortalidade.

Fonte: Próprio autor

B) Delineamento da intervenção

Com base na compreensão do problema, a intervenção foi projetada para atender a todos os componentes do autocuidado de manutenção, autocuidado de monitoramento, autocuidado de gerenciamento e confiança no autocuidado, que, embora não seja um comportamento de autocuidado em si, influencia as decisões e ações de autocuidado das pessoas com IC.

C) Revisão de literatura sobre as intervenções

A revisão de literatura sobre as intervenções foi a fonte de busca dos componentes da intervenção (elementos específicos, elementos inespecíficos, estratégias, modo de entrega e dose). A questão que orientou a revisão foi: quais os tipos, ingredientes ativos, modo de entrega e duração de intervenções não farmacológicas com resultados positivos para o autocuidado de adultos com IC? A busca desta revisão, realizada em agosto de 2019, foi atualizada em setembro de 2020.

Foram identificados 77 registros que tiveram seus títulos e objetivos presentes nos resumos lidos, para avaliar se o artigo atendia ou não aos critérios de inclusão. Desse total, foram excluídos dois, por serem repetidos; 53 pelos motivos que constam na Figura 5, restando um total de 18 artigos que foram lidos na íntegra. Tais procedimentos de identificação, triagem, avaliação de elegibilidade (motivos para

exclusão) e inclusão constam no diagrama de fluxo segundo o PRISMA (Moher et al. 2009).

Figura 5 - Fluxograma de identificação, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão dos artigos

Adaptado de Moher et al. (2009)

Quadro 8 - Síntese dos resultados das revisões sistemáticas de estudos de eficácia de intervenções para o AC em IC

Nº 1				
Primeiro autor e ano (Świątoniowska-Lonc et al. 2020)		Título: The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2010-2019 Nº estudos: 17 N= 3.567 Origem dos estudos primários: 12 países (Não informa quais)	A) Objetivos Determinar o papel da educação em saúde no tratamento da IC e seu impacto nos desfechos em pacientes com IC crônica. B) Desfechos QVRS Adesão Autocuidado Hospitalização Conhecimento	Enfermeiras de IC (4) Enfermeiro cardiovascular (1) Enfermeiro (1) Médico da família (1) Médico (1) Enfermeira IC e cardiologista (1) Enfermeiro, dentista e farmacêutico (2) Provedores de cuidado em saúde (1) Profissionais da prática (1) Não informado (3) Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção	Cenário: Hospital e ambulatório Masculino=57,5% Idade= 66,9 anos (DP=13,2 anos) CF-NYHA= I-IV FEVE = < 45,0%	Intervenção educativa para o autocuidado Telemonitoramento
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Educação sobre a IC Educação para o autocuidado na IC (dieta, restrição hídrica, exercícios, tratamento medicamentoso) Sistema de lembrete	Sessão presencial individual Visita domiciliar Programas de computador; Telefonema Materiais educacionais: material escrito/ DVD	Duração: 2 semanas a 22 meses. Acompanhamento: 3, 6, e 12 meses	1. Impacto positivo da intervenção no conhecimento sobre a doença; 2. Impacto positivo da intervenção na adesão ao tratamento; 3. Evidências significativas de melhora no autocuidado;	

Avaliações físicas, psicossociais e ambientais (sociais) Sessões de exercício Estabelecimento de metas Telemonitoramento (diálogos predefinidos e perguntas sobre seus sintomas, conhecimento e comportamento de AC) Telemonitoramento eletrônico (informações sobre a contagem de passos, frequência cardíaca e minutos de exercício)		4. Nenhum impacto da educação na qualidade de vida relacionada à saúde; 5. Devido à falta de dados completos, uma metanálise não pôde ser realizada para avaliar o impacto na readmissão hospitalar.		
Nº 2	Primeiro autor e ano (Son et al. 2020a)	Título: Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2000 a 2019 Nº estudos: 8 N= 1.979 Origem dos estudos primários: EUA (3); Austrália (2), Brasil (1); Espanha (1) Reino Unido (1)	A) Objetivos Descrever as características da intervenção, Examinar os efeitos das intervenções lideradas por enfermeiras nos resultados de saúde dos pacientes B) Desfechos Mortalidade por todas as causas Readmissões, atendimento em serviços de urgência e emergência QRVS Autocuidado	Enfermeiro especialista em IC Enfermeiro especialista em cardiologia Enfermeiro Educador Enfermeiro	Cenário: Hospital Idade Média = 64,0 a 7,0 anos Masculino = 59,0 % FEVE: < 40,0% (71,0%)	Intervenção Educativa para o AC Intervenção Educativa para o AC
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	

Educação sobre a IC (fisiopatologia da IC, adesão aos medicamentos, dieta, sinais e sintomas da IC, cessação do tabagismo) Justificativa para terapia medicamentosa Estabelecimento de metas Monitoramento de sintomas Lembretes semanais para a administração de medicamentos e mensuração do peso Controle da pressão arterial, frequência cardíaca Eletrocardiograma Técnica de relaxamento Exercícios	Sessão presencial individual Sessão presencial e reforço por telefone; Visita domiciliar e telefone (reforço) Sessão presencial individual e discussão individual e apresentação de vídeo (DVD) Sessão presencial e visita domiciliar e telefone (reforço) Sessão presencial e visita domiciliar e telefone (reforço) e avaliação clínica Materiais educacionais: folhetos informativos, manuais, diretrizes e DVDs	Duração :1 dia a 4 meses Acompanhamento: 3, 6 e 12 meses	<ol style="list-style-type: none">1. Redução de 25,2% no risco de readmissão por todas as causas no GI comparado ao grupo controle (RR = 0,748, IC 95% = 0,656–0,852).2. Redução de 40,0% na readmissão por IC no GI comparado ao GC (RR = 0,600, IC de 95% = 0,421-0,854).3. Redução de 13,3% no risco de mortalidade por todas as causas para o GI em comparação ao GC. (RR = 0,867, IC 95% = 0,610-1,231).4. Redução de 29,4% no risco de mortalidade por todas as causas ou readmissão no GI em comparação ao GC. (RR = 0,706, IC 95% = 0,607 a 0,820).5. Intervenções de educação para o autocuidado da insuficiência cardíaca lideradas por enfermeiras não tiveram efeito significativo na qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca6. Resultados inconsistentes sobre o efeito do Conhecimento no Autocuidado com dois estudos relatando melhorias significativas do conhecimento sobre AC, enquanto o outro estudo não demonstrou nenhum efeito significativo.7. Os autores indicam a necessidade da adaptação das intervenções às necessidades e ao contexto sociocultural dos envolvidos e identificar quais os recursos são mais eficazes nas intervenções que envolvem telefone (individuais ou combinados) para melhorar os resultados clínicos	
Nº 3	Referência e ano (Zhao et al., 2020)	Título: Effects of self-management interventions on heart failure: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção

Período da revisão: 1995 a 2018 Nº estudos:15 N= 2.630 Origem dos estudos primários EUA (5); Alemanha (3); Japão (1); Austrália (1); Holanda (1); Suíça (1);Irã (1); Itália (1)	A) Objetivos Determinar os efeitos das intervenções de autocuidado no conhecimento da IC, na qualidade de vida e hospitalizações relacionadas à IC em pacientes com IC. B) Desfechos Hospitalizações Conhecimento da IC Qualidade de vida relacionada à saúde	Não descreve	Cenário: Hospital e Clínica Idade média= 67,1 anos Masculino= 61,9% FEVE= 38,3% CF-NYHA II= 46,1%	Intervenção educativa para o AC ntervenção educativa sobre IC
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Intervenções de autogestão baseadas na teoria de autoeficácia; Terapia cognitivo- comportamental Gestão de doenças Autogestão Ensino para autocuidado	Sessão presencial individual Telefone e sessão presencial individual Sessão presencial individual, telefone e website Materiais educacionais: Não descreve	Duração: 2, 3 e 6 semanas. 2, 3, 6 e 12 meses	Intervenções de autogerenciamento melhoraram: 1. Conhecimento sobre a IC (0,61[(IC) 0,27-0,95, p = 0,0004]) 2. Qualidade de vida [(0,20, IC 95% 0,02-0,38, p = 0,03)], 3. Hospitalização relacionada à insuficiência cardíaca [(OR 0,40, IC 95% 0,29-0,55, p <0,00001)] em pacientes com IC.	
Nº 4	Referência e ano (Kalogirou et al. 2020)	Título: Heart failure disease management: a systematic review of effectiveness in heart failure with preserved ejection fraction.		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2008 a 2018 Nº estudos:18	A) Objetivos Determinar evidências de que os programas de gerenciamento de	Enfermeiros = 11 Equipe multidisciplinar = 6 Não descreve= 1	Cenário: não descreve Idade média = 60,0 a 75,0 anos Masculino = 63,0% CF-NYHA= II e III	Intervenção Educativa para o AC

<p>N= 5.435</p> <p>Origem dos estudos primários</p> <p>EUA (6); Espanha (2); Taiwan (2); China (1); Japão (1); Israel (1); Rússia (1); Holanda (1); Tailândia (1); Suíça (1); Austrália (1)</p>	<p>doenças melhoraram os resultados para pacientes com ICFEp</p> <p>B) Desfechos</p> <p>Hospitalização e mortalidade por IC</p> <p>Hospitalização e mortalidade por todas as causas</p> <p>QVRS</p> <p>Conhecimento sobre a IC</p> <p>Autocuidado</p> <p>Ansiedade</p> <p>Depressão</p> <p>Qualidade do sono e sonolência diurna</p>	<p>Estudos realizaram treinamento dos enfermeiros= 11</p> <p>Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção</p>	
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo
<p>Ensino sobre a IC: anatomia e fisiologia e função do coração, tratamento, medicamentos e suas complicações, dieta, atividade e repouso, a gestão de sinais e sintomas e cuidados relacionados com a doença.</p> <p>Suporte para o autocuidado</p> <p>Abordagem baseada na terapia cognitiva</p>	<p>Sessão presencial individual, telefone</p> <p>Sessão presencial individual e visita domiciliar</p> <p>Materiais educacionais:</p> <p>Não descreve</p>	<p>Duração: 12 semanas</p> <p>3 , 6 e 12 meses</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efeito positivo das intervenções na redução de hospitalizações por IC e todas as causas; 2. Efeito positivo das intervenções na redução de mortalidade por IC e todas as causas; 3. Efeito positivo das intervenções na qualidade de vida relacionada à saúde 4. Terapia cognitiva associada a um programa de educação apresentou efeito positivo na ansiedade, depressão e qualidade do sono; 5. Um estudo apresentou efeito positivo do programa de gerenciamento da doença na qualidade do sono e na sonolência diurna; 6. Seis estudos com intervenções lideradas principalmente por enfermeiros tiveram melhores resultados relacionados à mortalidade e / ou hospitalização; 7. Três estudos conduzidos por enfermeiros que avaliaram a QVRS relataram melhora na QVRS no grupo de intervenção em comparação com o controle;

<p>8. A maioria dos estudos conduzidos por enfermeiros que avaliaram as mudanças de autocuidado alcançaram um resultado significativamente positivo pelo menos uma vez durante o acompanhamento (incluindo resultados ajustados) ao comparar a intervenção com o grupo de controle;</p> <p>9. Três de cinco estudos conduzidos por enfermeiros, o grupo de intervenção apresentou resultados superiores em relação à ansiedade e / ou depressão</p> <p>10. Cinco estudos empregaram uma abordagem multidisciplinar em sua intervenção: dois reduziram mortalidade e / ou hospitalização no grupo de intervenção vs. grupo controle; um melhorou a QVRS em comparação com o grupo controle;</p> <p>11. Três estudos que avaliaram depressão e / ou ansiedade tiveram melhores resultados no grupo de intervenção a esse respeito.</p> <p>12. Nenhum dos estudos multidisciplinares avaliou o autocuidado.</p> <p>13. Intervenção que foi realizada por terapeutas comportamentais e foi mais eficaz na melhoria da qualidade de vida na IC, ansiedade e depressão.</p>				
Nº 5	(Allida et al., 2020)	Título: mHealth education interventions in heart failure.		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
<p>Período da revisão: 2015 a 2019</p> <p>Nº estudos :5</p> <p>N= 512</p> <p>Origem dos estudos primários:</p> <p>Austrália, China, Irã, Suécia e Holanda</p>	<p>A) Objetivos</p> <p>Revisar e quantificar sistematicamente os benefícios e danos potenciais da educação fornecida por mHealth para pessoas com IC</p> <p>B) Desfechos</p> <p>Hospitalização e mortalidade por IC</p> <p>Autoeficácia</p> <p>Conhecimento sobre a IC</p>	Não descreve	<p>Idade média= 60,0 a 75,0 anos</p> <p>Masculino= (63,0%)</p> <p>CF II e III</p>	<p>Intervenção educativa para o AC</p> <p>Autogerenciamento por meio de sistema de intervenção domiciliar</p> <p>Intervenção psicossocial para o autocuidado</p>

Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Conhecimento sobre IC: anatomia e fisiologia e função do coração, tratamento, medicamentos e suas complicações, dieta, atividade física e repouso Ensino do autocuidado: gestão de sinais e sintomas e cuidados relacionados com a doença.	Texto e multimídia Telefonia Software especializado (conectado sem fio a uma balança) Aplicativo para Smartphone Website Materiais educacionais: Não descreve	3 meses a dois anos ≥12 meses	<ol style="list-style-type: none">1. Programas educacionais fornecidos por mHealth não mostraram diferença estatisticamente significativa no conhecimento sobre IC em comparação com os cuidados habituais.2. Um estudo que avaliou a autoeficácia relatou incerteza nas evidências de educação fornecida por mHealth em comparação com os cuidados habituais.3. Três estudos utilizaram diferentes escalas para avaliação do autocuidado, impossibilitando a união dos dados para avaliar a eficácia das intervenções no AC4. Devido à heterogeneidade dos dados, os resultados foram inconclusivos para efeito do mHealth para a QVRS em comparação com o cuidado usual.5. O uso de educação fornecida por mHealth pode resultar em pouca ou nenhuma diferença na hospitalização relacionada à IC.	
Nº 6	(Son et al., 2020b)	Título: Effectiveness of Mobile Phone-Based Interventions for Improving Health Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2000 a 2019 Nº estudos:8 N= 2.534 Origem dos estudos primários: EUA (3), Austrália (2) China (1); Alemanha (1), Canadá (1)	A) Objetivos Estimar os efeitos da intervenção na IC baseada em telefones celulares, voltada para a melhoria do autocuidado, nos resultados de saúde. B) Desfechos Mortalidade por todas as causas Readmissões, atendimento em serviços de urgência e emergência Tempo de internação	Enfermeiro = 2 Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção	Idade Média = 52,3 a 74,6 anos Masculino = 1444 (57,0%) CF- NYHA: III-IV=68,0%	Intervenção Educativa para o AC baseado em telefone

QRVS Autocuidado				
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Educação sobre a IC (fisiopatologia da IC, adesão aos medicamentos, dieta, sinais e sintomas da IC, cessação do tabagismo) Justificativa para terapia medicamentosa Estabelecimento de metas Monitoramento de sintomas Lembretes semanais para a administração de remédios e mensuração do peso Controle da pressão arterial, frequência cardíaca Eletrocardiograma Técnica de relaxamento Exercícios	Sessão por chamada de voz Telemonitoramento Envio de mensagem curta	Duração: 1 a 24 meses Acompanhamento: 3 a 12 meses	<ol style="list-style-type: none">1. Um estudo demonstrou melhora significativa nos comportamentos de autocuidado;2. Dois estudos não apresentaram melhora significativa na adesão aos medicamentos;3. Um melhorou a capacidade funcional;4. Três estudos avaliaram as readmissões, dois estudos demonstraram que não houve diferença estatística significativa (DP= O, 212, 95% IC=- 0,641 a 0,217). Dois estudos avaliaram a busca por atendimento em serviços de urgência e emergência, e os resultados não demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos (DP=0,090, 95% IC= -0,283 a 0,103).5. Dois estudos mensuraram a QVRS pelo MLHFQ, um deles apresentou que o grupo que recebe a intervenção apresentou melhora da QVRS com o passar do tempo.	
Nº 7	(Peng et al. 2019)	Título: Efficacy of cognitive behavioral therapy for heart failure: a meta-analysis of randomized controlled studies		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2010 a 2017 Nº estudos :8 N= 470 Não descreve os países de origem dos estudos	A) Objetivos Avaliar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental no alívio da depressão para pacientes com insuficiência cardíaca B) Desfechos Depressão	Enfermeiros = 2 Terapeutas com experiência em TCC= 1 Não descrevem= 5 Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção	Cenário: Hospital (1) Não descrevem (7) Masculino = 80,0% Idade média = 56,2 a 68,0 anos CF-NYHA= (III)	Terapia cognitiva comportamental para o autocuidado

	QRVS Autocuidado Distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos			
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Educação sobre a IC; Automonitoramento Treinamento de habilidades Reestruturação cognitiva Desenvolvimento espiritual Treinamento cognitivo Exercícios cognitivos auditivos destinados a aumentar a velocidade e precisão de processamento auditivo	Sessão presencial Sessão por Internet Materiais educacionais: Não descreve	Duração: 1 a 12 semanas	1. A terapia cognitiva comportamental foi efetiva na redução da depressão (DP= -0,27; IC= -0,47 a - 0,06; p= 0,01), mas sem melhora na qualidade de vida (DP= 0,21; IC= -0,01 a 0,42; p = 0,06); 2. Efetiva para melhora dos escores de autocuidado (DP= 0,12; IC= -0,18 a 34 0,42; p= 0,44; 3. Efetiva para aumento da distância no teste de caminhada de seis minutos (DP = 0; IC= -0,28 a 0,28; p= 0,99).	
Nº 8	(Hickman et al., 2020)	Título: Key elements of interventions for heart failure patients with mild cognitive impairment or dementia: a systematic review		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 205 a 2017 Nº estudos :6 N= 595 Origem dos estudos primários EUA (4) Itália (1) Suécia (1)	A) Objetivos Examinar os efeitos das intervenções para comprometimento cognitivo leve e demência, na função cognitiva, memória, memória de trabalho, atividades instrumentais da vida diária, conhecimento sobre IC, autocuidado, qualidade de vida e depressão; e (b) identificar os elementos de sucesso dessas estratégias	Enfermeiros =3 Gerente de caso= 1 Equipe multidisciplinar =1 Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção	Cenário: Ambulatório (1) Não descreve (5) Masculino (58% a 85%) Idade Média= 68 anos (58 a 77 anos) CF-NYHA (II -IV) FEVE (28,0% a 34%)	Intervenção educativa para o AC com suporte telefônico individualizado Intervenção educativa para AC com por meio de treinamento cognitivo simples Intervenção educativa para AC com por meio de treinamento cognitivo computadorizado

para pacientes com IC com comprometimento cognitivo leve ou demência.				
B) Desfechos Cognição; Memória, memória de trabalho; Atividades instrumentais da vida diária Conhecimento sobre IC, Autocuidado Qualidade de vida Depressão Teste de caminhada de seis minutos				
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Ensino sobre IC Ensino sobre AC	Sessão presencial e acompanhamento telefônico Sessão por telefone Materiais educacionais: Não descreve	Duração: 72 horas a 12 semanas	1. A função cognitiva não apresentou diferenças significantes entre os grupos; em relação às atividades de vida diária, os estudos apresentaram resultados contraditórios; 2. Dois estudos observaram melhora no conhecimento sobre a IC a partir de intervenções educativas utilizando os princípios de treinamento cognitivo e o atendimento liderado por enfermeiros; 3. Um estudo que avaliou o autocuidado obteve melhora significativa (p<0,05) na QVRS; o estudo que avaliou este desfecho obteve melhora em ambos os grupos (p=0,029); 4. Um estudo encontrou redução significativa na readmissão por IC (p=0,007).	
Nº 9	(Sokalski et al., 2020)	Título: Motivational interviewing and self-care practices in adult patients with heart failure: a systematic review and narrative synthesis		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção

Período da revisão: Não descreve	A) Objetivos Examinar a eficácia da entrevista motivacional sobre as práticas de autocuidado na população adulta com IC.	Enfermeiros formados em Entrevista motivacional (6)	Cenário: Ambulatório Hospital I	Intervenção educativa para o autocuidado por meio da entrevista motivacional
Nº estudos :7 N= 595		Avaliação da fidelidade da intervenção (3), sendo:	Não descrevem= 5	
Origem dos estudos primários	B) Desfechos	Duas por gravação de áudio das sessões	Masculino (58,0% a 80,0%)	Intervenção educativa para o autocuidado por meio de entrevista motivacional com exercício estruturado
EUA (3)	Autocuidado	Uma <i>feedback</i> de especialistas.	Idade Média=68,0 anos (58 a 77 anos)	
Canadá (1)	Conhecimento do AC		CF-NYHA (II -IV)	
Reino Unido (1)	QVRS		FEVE (28,0% a 34,0%)	
China (1)	Autoeficácia			
Irã (1)				
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Ensino sobre IC	Sessão presencial	Duração: 4 dias a 5 meses	A entrevista motivacional foi eficaz na adesão ao autocuidado, atividade física e no conhecimento de autocuidado quando utilizado isoladamente ou em combinação com exercícios estruturados.	
Ensino sobre AC	Sessão presencial por telefone			
	Materiais educacionais:			
	Não descreve			
Nº 10	(Jiang et al., 2018)	Título: The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure- a systematic review and metaanalysis		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2006 a 2016	A) Objetivos	Enfermeiro =16	Cenário:	Intervenções psicológicas para o autocuidado
Nº estudos: 25	Revisar as evidências para determinar os efeitos das intervenções psicológicas no autocuidado e nos resultados psicológicos e de saúde em pacientes com IC	Psicólogo=2	Masculino=58%	Entrevista motivacional
N= 3.837		Pesquisador=2	Idade Média = 56,2 anos	Terapia cognitivo- comportamental
Origem dos estudos primários		Outros profissionais= 5		Intervenções multicomponentes
		Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção		

EUA (14), China (4) Irã (1), Canadá (1) Reino Unido (1) Filipinas (1), Suécia (1) Holanda (1), Alemanha (1)	B) Desfechos Autocuidado Ansiedade Depressão QRVS Capacidade funcional			
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Ensino sobre a doença Manejo do estresse e reestruturação do ambiente Estratégias de suporte social Autocuidado Exercícios gerenciamento de sintomas	Sessão presencial individual e telefone Sessão presencial individual Sessão por telefone Grupo e sessão presencial individual Grupo, sessão presencial individual e telefone	Duração: 3 a 6 meses Acompanhamento: 6 a 12 meses	As intervenções psicológicas tiveram efeitos benéficos no autocuidado e na QRVS, em pessoas com IC com ou sem depressão e comprometimento cognitivo.	
Nº 11	(Buck et al., 2018)	Título: Systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2000 a 2016 Nº estudos:12 N= 1459 Origem dos estudos primários EUA (7) Suécia (2) Irã (1) Tailândia (1) Nova Zelândia (1)	A) Objetivos Examinar os componentes, o contexto e os resultados das intervenções diádicas de autocuidado. B) Desfechos Componentes, contextos e desfechos das intervenções para o autocuidado da díade	Sem descrição	Cenário: Hospitais e clínicas Sem descrição das características da amostra	Intervenção educativa para o autocuidado com suporte estruturado. Componentes: cognitivos, comportamentais, afetivos e utilização de serviços de saúde
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	

Ensino Comunicação estruturada	Sessão presencial Telefone Telessaúde	Estudos não foram homogêneos, impossibilitando síntese dessa variável.	1. Os componentes da intervenção eram semelhantes (educação, apoio e orientação) ainda heterogêneo o suficiente em termos de intervenção, alocação de tempo e modos de entrega, tornando-o difícil atribuir resultados positivos ou nulos à intervenção.	
Suporte psicoeducativo	Visita domiciliar Materiais educacionais: Folhetos, vídeos			
Nº 12 (Bryant et al., 2017) Título: Systematic review of provider involvement in heart failure self-care interventions				
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
<ul style="list-style-type: none">Período da revisão: 2005 a 2016Nº estudos: 29N= 4.684	A) Objetivos Revisar as intervenções de autocuidado para adultos com IC e descrever o envolvimento direto do provedor <i>versus</i> nenhum envolvimento direto do provedor nos comportamentos de autocuidado do paciente B) Desfechos Autocuidado.	Enfermeiro Enfermeiro especialista em cardiologia Médico	Cenários: Ambulatoriais, centros de saúde acadêmicos e domicílio Idade média (18,0 a 93,0 anos)	Intervenção educativa para o autocuidado Intervenção educativa para o autocuidado com suporte estruturado
Origem dos estudos primários		Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção		
EUA (15); Colômbia (2); Taiwan (2); Suécia (2); Irã (1); Austrália (1); Canadá (1); Reino Unido (1); Espanha (1); Reino Unido (1); Espanha (1), Holanda (1) Brasil (1).				
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Ensino sobre a doença Desenvolvimento de habilidades para o AC Estratégias de suporte social	Sessão presencial Telefone Telessaúde Visita domiciliar educação em grupo	Não foram descritos	1. Dos 29 estudos avaliados, somente quatro tiveram envolvimento ativo do profissional de saúde responsável pelo paciente na intervenção educativa, sendo que, em três desses estudos, os pacientes apresentaram melhora no autocuidado.	

Empoderamento e a motivação Envolvimento direto do profissional de saúde na intervenção educativa Comunicação sobre o autocuidado com o paciente e como pesquisador durante ao período da intervenção	Materiais educacionais folhetos, DVD, apostilas, CD	2. No geral, os estudos incluídos nesta revisão sistemática apresentaram dados faltantes e de baixa qualidade metodológica, apresentando intervenções heterogêneas, o que limitou a comparação das variáveis que impactam o desfecho de autocuidado.		
Nº 13				
(Cajita et al., 2016)		Título: A systematic review of mHealth - based heart failure interventions		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2005 a 2016 Nº estudos: 9 N= 1.777 Origem dos estudos primários EUA (3) Austrália (3) Alemanha (1) Polônia (1) Canadá (1)	A) Objetivos Examinar o impacto das intervenções de gestão da IC com base na saúde móvel nos resultados da IC. Objetivos específicos: (1) descrever as intervenções atuais de IC baseadas em saúde móvel e (2) discutir o impacto dessas intervenções nos resultados da IC B) Desfechos Autocuidado QRVS Mortalidade por todas as causas Mortalidade por eventos cardiovasculares hospitalizações relacionadas à IC	Enfermeiro= 2 Demais não descreveram Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção	Ambulatórios, centros de saúde acadêmicos e domicílio Idade média (61,3 anos) Branco (68,0%) Masculino (81,1) FEVE Média (29,15) CF- NYHA III (53,7%)	Intervenção educativa para o autocuidado Suporte estruturado Número de componentes variou de 2 a 6.

Tempo de internação				
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Ensino sobre a doença Monitoramento PA, peso, ECG Suporte social Ensino tratamento farmacológico Suporte psicológico	Telemonitoramento Envio de mensagem curta	Duração: de 4 semanas a 24 meses	1. Os resultados dessa revisão foram inconsistentes para os desfechos de internações, duração da internação, QRVS e autocuidado. 2. Três estudos avaliaram o autocuidado, um ERC não encontrou diferenças significativas entre os grupos, o outro ECR encontrou melhora significativa no GI e um estudo quase-experimental identificou melhor no autocuidado de manutenção e manejo no GI.	
Nº 14				
(Srisuk et al., 2016)		Título: Heart failure family-based education: a systematic review		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2005 a 2015 Nº estudos: 6 N= 430 díade Origem dos estudos primários EUA (2) Suécia (2) Irã (2)	A) Objetivos Verificar evidências da eficácia da educação familiar para pacientes e cuidadores com IC B) Desfechos Conhecimento sobre a IC Autocuidado QRVS, Depressão Controle percebido Readmissões entre pessoas com IC	Enfermeiros = 3 Equipe multidisciplinar =2 Enfermeiro e nutricionista = 1 Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção	Média idade (69,0 a 76,0 anos) Maioria masculino CF- NYHA (III) FEVE>30%	Orientados por uma Teoria da Intervenção (2) Intervenção educativa para o autocuidado com díade.
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Ensino sobre a doença Ensino sobre AC	Sessão presencial Telefone Grupo	Duração: 5 semanas a 24 meses	1. Os mecanismos de suporte dos profissionais de saúde melhoraram o autocuidado. As intervenções para a compreensão da IC que	

Habilidades de resolução de problemas Reconhecimento de fatores contribuintes para estresse físico e emocional, sessões Elementos Inespecíficos feedback individual sobre dieta, adesão medicamentosa	Envio mensagem de texto Materiais educacionais livreto educacional	incluíram somente o componente conhecimento são insuficientes para promover um autocuidado efetivo. 2. Intervenções que envolveram cuidadores e familiares apresentaram efetividade quando a pessoa com IC percebeu apoio e cuidado prestado por cuidadores e familiares; 3. As intervenções individualizadas foram efetivas quando atenderam as preferências e necessidades dos envolvidos; e, por último, as intervenções que utilizaram de tecnologia foram efetivas quando não foram “complicadas” para as pessoas e possuíam suporte e portabilidade para os usuários.		
Nº 15 (Clark et al., 2016) Título: A systematic review of the main mechanisms of heart failure disease management interventions				
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 1995 a 2014 Nº estudos: 33 N= 3.355 Origem dos estudos primários Não descreve	A) Objetivos Identificar os principais mecanismos de programas de gestão da IC baseados em hospitais, residências ou na comunidade. B) Desfechos <ul style="list-style-type: none">Comportamento de autocuidadoConhecimento sobre a IC	Não foi descrito	Idade (65,0 anos 65,0% masculino CF- NYHA (III) FEVE>30%	Intervenção Educativa para o autocuidado
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	

Ensino IC Ensino AC Suporte profissionais de saúde Promoção do bem-estar psicológico Definição de metas individuais Apoio social Envolvimento do cuidador familiar no autocuidado	Sessão presencial individualizada Telefone Sessão em Grupo Envio mensagem de texto Intervenções com suporte tecnológico Cuidado centrado no paciente	Não foram descritos	A maioria dos estudos evidenciou que quanto maior envolvimento dos profissionais de saúde, maior a eficácia da intervenção. A eficácia da intervenção foi reduzida quando os profissionais de saúde se concentraram demais em simplesmente transmitir informações durante as consultas, ou priorizaram excessivamente os objetivos do tratamento em relação aos objetivos / valores do paciente ou crenças e práticas culturais. Intervenções eficazes para aumentar a compreensão da natureza e complexidade da IC e seu autocuidado enfatizaram as ligações entre os sintomas e as tarefas do autocuidado, por meio de materiais educacionais que incorporaram técnicas de áudio e vídeo, que exigiam atenção, que eram especialmente realistas ou possuíam conteúdos que permitiam aos pacientes compreender melhor as ligações entre a função do coração e o funcionamento do corpo. Intervenções com envolvimento de familiares ou outras pessoas foram eficazes para o comportamento de autocuidado. Intervenções centradas nas necessidades individuais dos pacientes foram percebidas como mais eficazes. Intervenções que utilizaram tecnologia simples, com suporte estruturado, foram mais eficazes para o autocuidado.		
Nº 16		(Poudel et al., 2020)	Título: Motivational Interviewing as a Strategy to Impact Outcomes in Heart Failure Patients: A Systematic Review		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção	
Período da revisão: 1990 a 2019 Nº estudos: 9 N= 578	A) Objetivos Avaliar o efeito do suporte telefônico estruturado ou	Médico, enfermeiros Três estudos relataram treinamento dos intervencionistas em	Idade média (58,0-79,0 anos) FEVE <40% = 8 estudos	Intervenção educativa para o autocuidado por meio de Entrevista Motivacional	

Origem dos estudos primários	telemonitoramento domiciliar não invasivo em comparação com a prática padrão para pessoas com IC	Entrevista motivacional (um a dois dias) Três estudos relataram avaliação da fidelidade do interventor		
EUA (3); Reino Unido (2); China (1); Irã (1); França (1); Canadá (1); China (1)	B) Desfechos <ul style="list-style-type: none">▪ Autocuidado▪ Hospitalização por IC▪ Hospitalização por todas as causas			
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo	
Adaptação aos estágios de mudança; Identificação e resolução de ambivalências em relação a aspectos específicos do autocuidado Ensino da atividade física, gasto energético e educação para o autocuidado	Sessão presencial individual Sessão por telefone	Duração: 1 a 19 meses	<ol style="list-style-type: none">1. Os resultados sugeriram que entrevista motivacional melhorou o autocuidado nas três dimensões (manutenção, gestão e confiança).2. Três estudos com impacto estatisticamente significativo da EM em todos os resultados psicossociais.3. Não houve evidências estatisticamente significativas da EM na prevenção de hospitalização, exceto para hospitalização não relacionada com IC.	
Nº 17	(Oyanguren et al., 2016)	Título: Effectiveness and Factors Determining the Success of Management Programs for Patients With Heart Failure: A Systematic Review		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 1990 a 2019 Nº estudos: 66 N= 1.535	A) Objetivos Atualizar a compreensão da eficácia dos programas de gestão de	Equipe multidisciplinar= 83,33%	Idade média (73,0 anos) Masculino (prevalente em todos os estudos)	Intervenção educativa para o autocuidado por meio de entrevista motivacional

<p>Origem dos estudos primários</p> <p>Europa 29 (43,9%); EUA 23 (34,8%); Canadá 4 (6,1%) América do Sul 2 (3%) Ásia 3 (4,5 %) Austrália- Nova Zelândia 5 (7,6%)</p>	<p>HF que não usam monitoramento remoto. Descrever o tipo de paciente, a organização e o conteúdo da intervenção, e sua capacidade de reduzir a mortalidade e readmissões, para identificar os determinantes do sucesso do programa.</p> <p>B) Desfechos Autocuidado Mortalidade por IC e todas as causas Hospitalização por IC e todas as causas</p>	<p>Enfermeiro especialista em IC ou experiência em Clínica de IC=48,48% Líder da equipe- Enfermeira= 59,09% Sem dados sobre avaliação da fidelidade da intervenção</p>	<p>FEVE 55% n= 22 (33,3) CF-NYHA III-IV n= 46 (69,7%) Declínio cognitivo n=10 (15,2%) Depressão n=5 (7,6%)</p>
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo
<p>Otimização de drogas Monitoramento clínico Suporte telefônico Apoio do cuidador familiar Avaliação psicossocial e apoio Educação sobre a IC Educação sobre Sinais e sintomas Educação, tratamento, medicamentos Estilo de vida e hábitos de saúde,</p>	<p>Grupo Presencial individual Telefone</p>	<p>Até 3 meses 23 (34,84%) Até 6 meses 20 (30,30%) Mais de 6 meses 23 (34,84%)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de gerenciamento da IC foram significativos para redução de mortalidade por todas as causas (GC 16,7% (IC 95%, 14,3% - 19,2%) em comparação ao GI (13,7% (IC 95%, 11,4% -15,9%) (p <0,0004); 2. Programas de gerenciamento da IC foi significativo para redução de hospitalização por todas as causas (GC =49,5%) (IC 95%, 45,1% - 51,3%); GI =44,5% (IC 95%, 37,9% -51,1%); 3. Impacto positivo do programa na hospitalização por IC (GC= 30%) (IC 95%, 24% -35,9%) e GI (23,5%) (IC 95%, 18,9%); 4. As principais características dos programas de gestão da IC significativamente associada à redução da mortalidade e / ou redução das admissões por IC e todas as causas foram: o número de membros da equipe multidisciplinar, cardiologista e enfermeiro especialista em IC e duração do programa > 6 meses 5. Número de componentes da intervenção foi associado a menores taxas de hospitalização e mortalidade por IC e todas as causas,

incluindo atividade sexual Dieta / dieta com baixo teor de sódio Restrição / equilíbrio de fluidos Aconselhamento de exercício / descanso Apoio psicossocial Monitoramento de sinais e sintomas Tratamento com regime diurético flexível (quando sinais de retenção de líquidos) Ensino de como e quando procurar ajuda Monitoramento de peso diário Monitoramento da Frequência cardíaca Pressão arterial Diário de autocuidado Uso de balança Fornecimento de caixa de comprimidos		incluindo conteúdos (monitoramento dos sintomas, tratamento precoce da deterioração clínica, busca precoce por atendimento médico, uso de diário de autocuidado, compreensão do tratamento, avaliação adequada do autocuidado e conhecimento sobre a IC e inclusão do cuidador familiar no programa de gerenciamento da IC.		
Nº 18	(Inglis et al., 2015)	Título: Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure		
Dados da Revisão	Objetivos e Desfechos de interesse da intervenção	Interventor/ estudo	Características dos pacientes dos estudos primários	Tipo de Intervenção
Período da revisão: 2008 a 2015 Nº estudos: 41 N= 2.363	A) Objetivos Avaliar o efeito do suporte telefônico estruturado ou	Não descreveu	Suporte telefônico estruturado (n=25) Masculino (63,0%) Idade média/ mediana (45,0 a 75,0 anos) Maioria	Intervenção educativa para o autocuidado por meio de Suporte telefônico estruturado e

Origem dos estudos primários	telemonitoramento domiciliar não invasivo em comparação com a prática padrão para pessoas com IC	CF-NYHA (II - III) Telemonitoramento doméstico não invasivo (n = 18) Idade média/mediana(55,0 a 78,0 anos) Masculino (72,0%) Maioria CF- NYHA III	telemonitoramento não invasivo
EUA (17), Austrália (1), Argentina (2), Brasil (2), Canadá (3), Alemanha (2), Índia (1), Irã (1), Itália (4) , Bélgica (1), Finlândia (1), França (1), Suécia (1), Holanda (1), Reino Unido (1) e 2 estudos envolveram vários países europeus (Alemanha, Holanda, Reino Unido, Polônia, Itália).	B) Desfechos Mortalidade e hospitalização por IC Mortalidade e hospitalização por todas as causas Custo QVRS		
Ingredientes ativos	Modo de entrega	Duração/ Acompanhamento	Principais resultados de interesse para este estudo
Ensino IC Ensino AC	Telefone Telemonitoramento	Suporte telefônico estruturado (66% inferior a seis meses) Telemonitoramento não invasivo estruturado (38% inferior a seis meses)	1. Suporte telefônico estruturado e programas de telemonitoramento domiciliar não invasivo para pessoas com IC reduzem a mortalidade por todas as causas em 13% (IC de 95%, 0,77 a 0,98) e 20% (IC 95% 0,68 a 0,94), respectivamente, e reduzem a hospitalização relacionada à insuficiência cardíaca em 15% (IC 95% 0,77 a 0,93) e 29% (IC 95% 0,60 a 0,83), respectivamente, mas não fornecem evidências de um efeito importante nas hospitalizações por todas as causas. 2. Boas evidências de custo-efetividade para suporte telefônico estruturado. 3. Evidências fortes também estão emergindo para o efeito de suporte telefônico estruturado e telemonitoramento para melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde, conhecimento sobre insuficiência cardíaca e comportamentos de autocuidado.

O Quadro 8 mostra que a população dos estudos foi composta predominantemente por pessoas do sexo masculino, com idade média entre 52,2 anos a 93 anos, CF-NYHA III- IV e FEVE < 40%. O cenário foi misto, tanto hospitalar quanto ambulatorial.

Na maioria dos estudos, os provedores das intervenções foram enfermeiros, com experiência clínica em IC e cardiologia. Estudos com intervenções lideradas principalmente por enfermeiros tiveram melhores resultados relacionados à diminuição de mortalidade e / ou hospitalização (Kalogirou et al., 2020).

Em relação aos desfechos de interesse das revisões incluídas, foram comuns hospitalização por IC e todas as causas, mortalidade por IC e todas as causas, autocuidado, conhecimento e qualidade de vida relacionada à saúde. Quatro revisões observaram efeito positivo da intervenção educativa na redução de hospitalização por IC e todas as causas (Inglis et al., 2015; Oyanguren et al., 2016; Kalogirou et al., 2020; Son et al., 2020a) e três observaram efeito positivo da intervenção educativa na redução da mortalidade por IC e todas as causas (Oyanguren et al., 2016; Kalogirou et al., 2020; Son et al., 2020a).

A maioria das revisões observou efeito positivo da intervenção educativa, uni ou multicomponente, no autocuidado das pessoas com IC (Srisuk et al., 2016; Poudel et al., 2020; Sokalski et al., 2020; Son et al., 2020b; Świątoniowska-Lonc et al., 2020; Hickman et al., 2020).

Duas revisões descreveram que as intervenções para a compreensão da IC que incluíram somente o componente conhecimento foram insuficientes para promover um autocuidado efetivo (Clark et al., 2016; Srisuk et al., 2016). Cinco revisões demonstraram efeito positivo das intervenções no conhecimento sobre a IC (Buck et al., 2018; Peng et al., 2019; Hickman et al., 2020; Sokalski et al., 2020; Zhao et al., 2020). Para o desfecho QVRS, quatro revisões apontaram melhores resultados nos pacientes que participaram de programas educativos para o autocuidado (Kalogirou et al., 2020; Son et al., 2020a; Zhao et al., 2020; Son et al., 2020b).

Apoio familiar favoreceu o autocuidado de pessoas com IC, reforçando o envolvimento dos familiares nos programas de gerenciamento da IC (Clark et al., 2016; Oyanguren et al., 2016; Buck et al., 2018). Avaliar a fidelidade da intervenção é um componente importante nos estudos de intervenção (Sidani e Braden, 2011). No entanto, apenas duas revisões relataram dados de fidelidade da intervenção (Poudel et al., 2020; Sokalski et al., 2020).

Quanto ao período de intervenção, algumas revisões não relataram o tempo de duração das intervenções, referindo apenas o período de acompanhamento, sendo os mais frequentes três, seis e 12 meses. A maioria das revisões citou a utilização de algum material escrito para auxiliar na educação do paciente.

Outro aspecto que chama atenção é a baixa frequência de estudos brasileiros que testaram intervenções para o autocuidado de pessoas com IC (três estudos), todos realizados na região sul do Brasil (Domingues et al., 2011; Bento, 2009; De Souza, 2014), reforçando a relevância de estudos de intervenção para o autocuidado de pessoas com IC, em diferentes regiões do Brasil.

As revisões sistemáticas de intervenções para o autocuidado, envolvendo sessões educacionais presenciais, chamadas telefônicas, telemonitoramento, visitas domiciliares, acompanhamento em clínicas, que foram analisadas, mostraram resultados inconsistentes. Porém, notou-se que o componente educacional foi comum em todas as revisões, assim como a liderança de enfermeiros nas intervenções não farmacológicas para ensino e autocuidado de pessoas com IC.

Os componentes de intervenções para o autocuidado na IC identificados na revisão de literatura sobre as intervenções estão sintetizados no Quadro 9 a seguir. Eles foram usados para compor a intervenção deste estudo.

Quadro 9 - Principais ingredientes ativos, modo de entrega e dose das intervenções, segundo revisão de literatura

Elementos específicos (ingredientes ativos)	Fontes
Adaptação aos estágios de mudança	Poudel et al. (2019)
Apoio psicossocial	Clark et al. (2016)
Autogerenciamento	Peng Yan (2019); Zhao et al. (2020).
Automonitoramento de sinais e sintomas	YJ Son et al. (2020a); Son et al. (2020b); Peng Yan (2019); Jiang Yal et al. (2018); Oyanguren et al. (2016); Cajita et al. (2016).
Diário de autocuidado	Oyanguren et al. (2016).
Educação sobre Sinais e sintomas	Oyanguren et al. (2016).
Empoderamento e motivação	Bryant R et al. (2017)
Ensino sobre atividade física/exercícios	Świątoniowska et al. (2020); YJ Son et al. (2020a); Son et al. (2020b); Poudel et al. (2019); Jiang Yal et al. (2018); Oyanguren et al. (2016).
Ensino sobre dieta	Oyanguren et al. (2016).
Ensino gasto energético/ energia	Poudel et al. (2019)
Ensino sobre a IC e seu tratamento	Świątoniowska et al. (2020); YJ Son et al. (2020); Kalogirou et al. (2020); Allida et al. (2020); Son et al. (2020); Peng Yan (2019); Hickman et al. (2019); Jiang Yal et al. (2018).
Ensino sobre autocuidado na IC	Kalogirou et al. (2020); Zhao et al. (2020); Allida et al. (2020); Świątoniowska et al. (2020); Hickman et al. (2019); Sokalskiet et al. (2019); Buck et al. (2017); Bryant R et al. (2017); Srisuk et al. (2016); Clark et al. (2016); Oyanguren et al. (2016); Inglis et al (2016); Cajita et al. (2016).
Ensino tratamento farmacológico	YJ Son et al. (2020); Son et al. (2020); Oyanguren et al. (2016); Cajita et al. (2016).
Envolvimento do cuidador familiar no autocuidado	Clark et al. (2016); Oyanguren et al. (2016).
Estabelecimento de metas	Świątoniowska et al. (2020); YJ Son et al. (2020); Son et al. (2020); Clark et al. (2016).
Habilidades de resolução de problemas	Srisuk et al. (2016)
Monitoramento de peso diário	Son et al. (2020); YJ Son et al.(2020); Oyanguren et al. (2016); Cajita et al. (2016).
Monitoramento dos sinais e sintomas	Zhao et al. (2020); Peng Yan et al. (2019).
Promoção do bem-estar psicológico	Clark et al. (2016).

Reconhecimento/manejo do estresse e reestruturação do ambiente	Jiang Yal et al. (2018); Srisuk et al.(2016).
Ensino sobre como e quando procurar ajuda	Oyanguren et al. (2016).
Sistema de lembrete para adesão ao tratamento	Świątoniowska et al. (2020);YJ Son et al. (2020);Son et al. (2020)
Suporte para o autocuidado	Kalogirou et al.(2020);Clark et al. (2016).
Suporte psicológico	Cajita et al. (2016);Buck et al.(2017).
Suporte social	Jiang Yal et al. (2018).
Suporte telefônico	Oyanguren et al. (2016).
Técnica de relaxamento	YJ Son et al.(2020);Son et al.(2020)
Telemonitoramento	YJ Son et al. (2020);Son et al.(2020; Świątoniowska et al.(2020; Oyanguren et al. (2016)
Terapia Cognitivo-Comportamental	Zhao et al. (2020; Kalogirou et al. (2020)
Treinamento cognitivo	Peng et al. (2019)
Treinamento de habilidades para o AC	Peng et al. (2019)
Elementos inespecíficos das Intervenções	Fontes
<i>Feedback</i> individual	Srisuk et al. (2016)
Envolvimento direto do profissional de saúde na intervenção educativa	Bryant et al. (2017)
Comunicação estruturada	Buck et al. (2017).
Modo de Entrega	Fontes
Sessão presencial individual	Świątoniowska et al. (2020); YJ Son et al. (2020);Zhao et al. (2020);Peng Yan. (2019);Sokalskiet et al. (2019);Jiang Yal et al. (2018);Buck et al. (2017);Bryant et al. (2017);Srisuk et al. (2016);Clark et al. (2016); Poudel et al. (2019); Oyanguren et al. (2016).
Sessão em Grupo	Bryant R et al. (2017); Srisuk et al. (2016); Clark et al. (2016); Oyanguren et al. (2016).
Presencial e telefonema	YJ Son et al. (2020);.Zhao et al. (2020); Kalogirou et al. (2020); Hickman et al. (2019);Sokalskiet et al. (2019);Jiang Yal et al. (2018).
Presencial, telefonema e visita domiciliar	YJ Son et al. (2020).
Telefone	Świątoniowska et al. (2020); Zhao et al. (2020); Allida et al. (2020); Hickman et al. (2019);Jiang Yal et al. (2018);Buck et al. (2017); Bryant R et al.

	(2017);Srisuk et al. (2016);Clark et al. (2016); Poudel et al. (2019);Oyanguren et al. (2016); Inglis et al. (2016); Son et al. (2020)
Visita domiciliar	Świątoniowska et al.,(2020);YJ Son et al., (2020);Buck et al., (2017);Bryant R et al.,(2017)
Aplicativo para <i>Smartphone</i>	Allida et al.,(2020)
Envio de mensagem curta	Son et al., (2020); Cajita, et al. et al.,(2016); Srisuk et al.,(2016);Clark et al.,(2016).
Programas de computador	Clark et al. (2016); Peng et al. (2019); Sokalski et al. (2020)
Telemonitoramento	Allida et al., (2020); Son et al.,2020; Buck et al.,2017;.Bryant R et al.,2017;Cajita, et al. et al.,2016;Inglis et al et al.,2016).
Sessão presencial individual, telefone e <i>website</i>	Zhao et al.,(2020)
Texto e multimídia	Allida et al. 2020; Son et al. (2020a)
<i>Website</i>	Allida et al., (2020);Peng et al.,(2019)
Dose/ Acompanhamento	Fontes
Um dia a 12 semanas	Świątoniowska et al.,(2020) ;YJ Son et al., (2020);Kalogirou et al.,(2020); Peng Yan, (2019);Hickman et al,(2019).
Dois a 12 meses	Świątoniowska et al.,(2020);YJ Son et al.,(2020).; Zhao et al.,(2020);Zhao et al., (2020).;Kalogirou et al.,(2020).;Son et al., (2020);Jiang Yal et al.,(2018).
Superior a 12 meses	Allida et al, (2020); Son et al. ,(2020); Cajita, et al. et al.,(2016);Srisuk et al.,(2016).;Poudel et al, (2019)

Todas as revisões incluíram estudos primários com componentes educacionais entre os principais ingredientes ativos da intervenção e a maioria das intervenções foi realizada em sessões presenciais e acompanhamento telefônico ou visita domiciliar e telemonitoramento (Quadro 9).

Os elementos específicos e inespecíficos do Quadro 9 foram agrupados de acordo com os conceitos de autocuidado, conforme o Quadro 10 a seguir.

Quadro 10 - Categorização dos elementos específicos e inespecíficos de intervenções para a promoção do autocuidado na IC

Autocuidado na IC	Elementos Específicos e inespecíficos de intervenções para promoção do autocuidado encontrados na literatura	Fontes
Autocuidado de Manutenção Envolve os comportamentos adotados para manter a estabilidade fisiológica, a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, como o uso correto dos medicamentos e a adoção dos hábitos de vida saudáveis, como a prática de exercício e a restrição salina.	Ensino Atividade física/Exercícios Ensino Dieta Ensino gasto energético/ energia Ensino sobre a IC e seu tratamento Ensino sobre autocuidado na IC Ensino tratamento farmacológico Ensino de sistema de lembrete para adesão ao tratamento Monitoramento de peso diário	Świątoniowska et al. (2020); YJ Son et al. (2020); Son et al. (2020); Poudel et al (2019); Jiang Yal et al (2018); Oyanguren et al (2016); Kalogirou et al. (2020); Allida et al (2020); Hickman et al (2019); Zhao et al. (2020).; Sokalskiet al et al (2019); Buck et al (2017); Bryant R et al (2017); Srisuk et al(2016); Clark et al. (2016); Inglis et al et al (2016); Cajita, et al. et al (2016).
Percepção dos Sintomas Envolve o reconhecimento e interpretação das alterações físicas, decorrentes da descompensação da IC	Ensino de estratégias para o autogerenciamento Ensino de estratégias para o automonitoramento de sinais e sintomas Ensino uso de diário de autocuidado Ensino sobre sinais e sintomas	Peng Yan (2019); Zhao et al. (2020). YJ Son et al. (2020); Jiang Yal et al (2018); Oyanguren et al (2016); Cajita, et al. et al (2016); Oyanguren et al (2016).
Autocuidado de gerenciamento Está diretamente ligado ao processo anterior, de percepção dos sintomas, uma vez que trata da tomada de decisão	Ensino gerenciamento de sinais e sintomas Ensino sobre autocuidado Ensino de técnica de relaxamento Habilidades de resolução de problemas	Peng Yan (2019); Zhao et al. (2020).; (2019); Jiang Yal et al (2018); Oyanguren et al (2016); Cajita, et al. 2016).

<p>frente ao aparecimento de sinais e sintomas da IC. Envolve o reconhecimento da sintomatologia de descompensação da IC, avaliação das mudanças (melhora ou agravamento), tomada de decisão para implementar alguma medida de alívio/tratamento e, por último, a avaliação da ação empregada, se foi efetiva ou não.</p>	<p>Treinamento de habilidades para o AC Ensino uso de diário de autocuidado Ensino autogerenciamento Ensino automonitoramento de sinais e sintomas Ensino como e quando procurar ajuda Ensino sobre o Autocuidado na IC Ensino sobre gasto energético/ conservação de energia ELEMENTOS INESPECÍFICOS Estabelecimento de metas individuais</p>	<p>Świątoniowska et al. (2020); Son et al. (2020);Clark et al. (2016). Srisuk et al. (2016);Kalogirou et al. (2020);,;Allida et al (2020);;Hickman et al (2019);Sokalskiet al et al (2019);Buck et al (2017); Bryant R et al (2016);Inglis et al et al (2016);Poudel et al (2019)</p>
<p>Confiança no autocuidado Refere-se à percepção de autoeficácia das pessoas com IC em desempenhar os comportamentos de autocuidado, mesmo diante de obstáculos.</p>	<p>Treinamento de habilidades para o AC Empoderamento e a motivação Ensino do cuidador familiar para o autocuidado Adaptação aos estágios de mudança Habilidades de resolução de problemas ELEMENTOS INESPECÍFICOS <i>Feedback</i> individual Envolvimento direto do profissional de saúde na intervenção educativa Estabelecimento de metas individuais Apoio psicossocial</p>	<p>Clark et al. (2016); Oyanguren et al (2016). Srisuk et al. (2016); Bryant R et al (2017); Poudel et al (2019); Świątoniowska et al. (2020);YJ Son et al. (2020);Son et al. (2020);</p>

Os elementos específicos e inespecíficos foram mapeados, de acordo com o significado da palavra ou expressão, nos rótulos das intervenções da NIC, conforme as definições das mesmas. Cada intervenção e seu respectivo conjunto de atividades foi analisado para derivar o que poderia ser o objetivo e o ingrediente ativo de uma intervenção educativa para pessoas adultas em acompanhamento ambulatorial.

O Quadro 11 apresenta as intervenções e atividades da NIC pertinentes à promoção do autocuidado na IC, conforme as intervenções presentes na literatura. No mesmo Quadro estão os objetivos, os resultados esperados e os ingredientes conforme o(s) componente(s) da teoria do autocuidado na IC a que cada intervenção NIC corresponde.

Quadro 11 - Intervenções e atividades da NIC pertinentes à promoção do autocuidado na IC

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
Intervenções para melhorar a Confiança no Autocuidado			
Estabelecimento de metas individuais	4410 Estabelecimento de Metas Mútuas Definição: colaboração com o paciente para identificar e priorizar as metas de cuidados e, em seguida, desenvolver um plano para atingir essas metas	-Auxiliar o paciente a identificar metas atingíveis e realistas; -Identificar com o paciente as metas de cuidado; - Explorar com o paciente as maneiras de melhor alcançar os objetivos; -Auxiliar o paciente a desenvolver um plano para cumprir as metas	Espera-se como resultado dessa intervenção a Motivação , definida com impulso interior que se move ou incita um indivíduo a ações positivas; Comportamento de aceitação , definido como ações pessoais de seguimento das recomendações de um profissional de saúde para uma condição de saúde específica e Comportamento de adesão , definido como: ações autoiniciadas para promover o bem-estar ideal, recuperação e reabilitação
Adaptação aos estágios de mudança Empoderamento e a motivação Desenvolvimento de habilidades para o AC Habilidades de resolução de problemas Envolvimento do cuidador familiar no autocuidado Suporte para o autocuidado	5395 Melhora da autoeficácia Definição: fortalecimento da confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um comportamento de saúde	-Explorar a percepção do paciente e familiar quanto à sua capacidade de realizar o comportamento desejado -Explorar a percepção do paciente e familiar quanto aos benefícios alcançados ao executar o comportamento desejado -Identificar a percepção do paciente e familiar quanto aos riscos implicados em não	

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
<p>Envolvimento direto do profissional de saúde na intervenção educativa</p> <p><i>Feedback</i> individual</p> <p>Treinamento de habilidades para o AC</p> <p>Apoio psicossocial</p>		<p>executar o comportamento desejado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as barreiras à mudança de comportamento - Fornecer informação acerca do comportamento desejado - Auxiliar o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar de comportamento - Reforçar a confiança na adoção de mudanças de comportamento e tomada de atitude - Proporcionar um ambiente de apoio ao aprendizado do conhecimento e das habilidades necessárias para realizar o comportamento -Fornecer reforço positivo e apoio emocional durante o processo de aprendizagem e na implementação do comportamento - Encorajar a interação com outros indivíduos que estão tendo sucesso com a mudança 	

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
		de comportamento (p. ex., participação em grupo de apoio ou grupo educacional)	
Intervenções educativas para o Autocuidado de Manutenção e Percepção dos Sintomas			
Envolvimento do cuidador familiar no autocuidado	7110- Promoção do Envolvimento familiar. Definição: facilitando o envolvimento de familiares nos cuidados emocional e físico do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um relacionamento pessoal com o paciente e seus familiares envolvidos no cuidado; - Identificar as capacidades dos familiares de se envolverem no cuidado do paciente; - Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do principal cuidador; - Identificar as preferências dos familiares no envolvimento com o paciente; - Identificar as expectativas dos familiares em relação ao paciente; - Incentivar os familiares e o paciente a ajudar no desenvolvimento de um plano de cuidado, incluindo resultados 	Espera-se como resultado dessa intervenção o Desempenho do cuidador: cuidados diretos , definidos como prestação de cuidados pessoais e de saúde adequados a um membro da família por um provedor de cuidados da família e o Desempenho do cuidador: cuidados indiretos , definidos como: arranjo e supervisão pelo prestador de cuidados familiar, de cuidados adequados para o membro da família,

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
		<p>previstos e a execução do plano de cuidado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a compreensão dos aspectos médicos e do estado do paciente para os familiares; - Fornecer o apoio necessário para que a família esteja informada ao tomar decisões; - Identificar a percepção dos familiares da situação, eventos precipitantes os sentimentos e o comportamento do paciente; - Identificar os sintomas físicos dos familiares relacionados ao estresse (p. ex., olhos mareados, náuseas, vômito, distração) - Determinar o nível de dependência do paciente aos familiares, conforme indicado para a idade ou doença; - Identificar com os familiares as dificuldades em lidar com a situação do paciente. 	

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
Ensino sobre a IC e seu tratamento	<p>5602 Ensino: Processo da Doença</p> <p>Definição: assistência ao paciente para que compreenda informações relativas a um processo da doença específico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível atual de conhecimento do paciente / familiar relacionado; - Explicar ao paciente e familiar o significado do termo “insuficiência cardíaca”, utilizando linguagem adequada para o nível educacional do paciente e familiar; - Explicar ao paciente e familiar, de forma clara e de acordo com o nível educacional do paciente, os possíveis fatores etiológicos da IC, enfatizando o(s) apresentados pelo paciente; - Explicar aos pacientes e seus familiares os sinais e sintomas mais comuns da IC, correlacionando aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente; - Explicar aos pacientes e seus familiares como a insuficiência cardíaca é diagnosticada; - Explicar aos pacientes e seus familiares as causas mais 	<p>Espera-se como resultado dessa intervenção em curto prazo:</p> <p>Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca, definido como extensão da compreensão sobre a insuficiência cardíaca, seu tratamento e prevenção da progressão e complicações da doença.</p>

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
		frequentemente de internação hospitalar por IC; - Explicar aos pacientes e seus familiares os tipos de tratamento da IC.	
Ensino tratamento farmacológico Sistema de lembrete para adesão ao tratamento	5616 Ensino: medicamentos prescritos Definição: preparo do paciente para tomar com segurança medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos	- Avaliar a capacidade do paciente para autoadministrar medicamentos; - Explicar ao paciente e familiar sobre a finalidade e a ação de cada medicamento prescrito pelo médico; - Orientar o paciente e familiar sobre a dose, a via e a duração de cada medicamento; - Revisar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos; - Informar ao paciente e familiar o que fazer se uma dose de medicamento for esquecida; - Informar ao paciente e familiar sobre as consequências de não tomar ou interromper	Em médio e longo prazo, esperam-se os seguintes resultados: Comportamento de aceitação: Medicamento prescrito (ações pessoais de administração segura de medicamentos de modo a alcançar efeitos terapêuticos para uma condição específica, conforme recomendado por um profissional de saúde);

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
		abruptamente o uso do(s) medicamento(s); -Orientar o paciente e familiar sobre os possíveis efeitos adversos de cada medicamento; -Orientar o paciente e familiar sobre as medidas apropriadas a serem tomadas se ocorrerem efeitos adversos; - Orientar o paciente e familiar como armazenar corretamente os medicamentos; - Alertar o paciente e familiar sobre os riscos associados à ingestão de medicamento com prazo de validade vencido;	
Ensino Dieta com baixo teor de sódio	5614 Ensino: dieta prescrita Definição: preparo de paciente para seguir corretamente uma dieta prescrita	- Avaliar o nível atual de conhecimento do paciente sobre a dieta prescrita; -Explicar o propósito da adesão à dieta para a saúde em geral; -Orientar o paciente e familiar sobre a importância da redução do consumo de sódio -Orientar paciente e familiar sobre os alimentos permitidos e proibidos;	Comportamento de aceitação: dieta prescrita (ações pessoais de seguimento de ingestão de alimentos e líquidos recomendados por um profissional de saúde para uma condição de saúde específica);

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
		<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o paciente na substituição de ingredientes; - Orientar o paciente sobre como ler os rótulos e escolher os alimentos apropriados; - Reforçar as informações oferecidas por outros membros da equipe multidisciplinar de saúde; - Encaminhar o paciente ao nutricionista, se apropriado 	<p>Equilíbrio hídrico: (o equilíbrio da água nos compartimentos intra e extracelulares do corpo);</p>
<p>Ensino sobre IC e seu tratamento</p> <p>Ensino sobre autocuidado na IC</p>	<p>4120 Controle hídrico Definição: promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar paciente e familiar a distribuir a ingestão de líquidos nas 24 horas; - Orientar paciente e familiar sobre os alimentos que contêm líquidos e métodos de controle do volume de líquido ingerido; - Orientar paciente e familiar quanto aos sinais de retenção hídrica; - Orientar paciente e familiar quanto aos sinais de desidratação; - Orientar paciente a pesar-se diariamente 	

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
		- Orientar meios para o controle da sede	
Ensino Atividade física/Exercícios	5612 Ensino: exercício prescrito Definição: preparo do paciente para atingir ou manter um nível de exercício prescrito	<ul style="list-style-type: none"> - Informar ao paciente e familiar sobre a finalidade e os benefícios do exercício; - Auxiliar o paciente e familiar para o estabelecimento de metas para o aumento gradual do exercício; - Orientar o paciente e familiar sobre quais atividades são apropriadas com base na condição física; - Orientar o paciente e familiar sobre monitorar a tolerância ao exercício; - Encaminhar o paciente ao fisioterapeuta ou educador físico ou terapeuta ocupacional conforme apropriado; 	Comportamento de aceitação: atividade prescrita (ações pessoais de seguimento das atividades físicas diárias recomendadas por um profissional de saúde para uma condição de saúde específica).
Ensino gasto energético/ energia	1260- Controle de energia Definição: regulação do gasto energético para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de funções	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente e familiar sobre os métodos de conservação de energia, se apropriado; - Encorajar o paciente a alternância entre períodos de repouso e atividade; 	Conservação de energia (Ações pessoais para controlar a energia para iniciar e manter uma atividade)

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
		<ul style="list-style-type: none"> - Discutir com paciente maneira de conservar energia durante atividade sexual; - Organizar atividades físicas que reduzam competição por suprimento de oxigênio às funções vitais do corpo (ex. evitar atividades físicas imediatamente depois de comer). 	
	<p>4040 Cuidados cardíacos Definição: limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio ao miocárdio para pacientes com sintomas de função cardíaca prejudicada</p>	<p>Discutir modificações na atividade sexual com paciente e pessoa significativa</p> <p>*Discutir com paciente sobre atividade sexual em classes funcionais I a II da NYHA sobre atividade sexual e doença cardiovascular</p> <p>*- Orientar que, em casos de descompensação da IC, a atividade sexual não é recomendada, até que sua condição esteja estabilizada</p>	<p>Espera-se como resultado dessa intervenção o Controle dos Sintomas, definido como: ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas na função física e emocional</p>
Monitoramento diário do peso	<p>1260- Controle do Peso Definição: facilitação da manutenção do peso e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir com paciente e familiares as condições médicas que podem afetar o peso; 	<p>Peso: Massa corporal Extensão na qual peso corporal, músculo e gordura</p>

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
	percentual de gordura corporal adequados	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água; -Encorajar o paciente e familiar a manter um registro diário do peso; - Discutir com o paciente a relação entre ingestão de alimento, exercício, ganho e perda de peso. 	são coerentes com a altura, a compleição, o sexo ea idade.
Ensino sobre autocuidado na IC	4490 Assistência para parar de fumar Definição: auxílio a outra pessoa a parar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer aconselhamento claro e consistente para parar de fumar; -Encaminhar paciente para grupos de apoio à cessação do tabagismo; 	Comportamento de cessação do tabagismo (ações pessoais para eliminar o uso do tabaco);
Ensino sobre autocuidado na IC	6530 Controle de imunização/ vacinação Definição: monitoramento do estado de imunização, facilitação do acesso à imunização e fornecimento de imunizações para evitar doenças transmissíveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Informar ao paciente e familiar sobre a recomendação da vacinação anual contra influenza - Informar ao paciente e familiar sobre a recomendação da vacinação para vacinação para pneumococos. 	Comportamento de Comportamento de promoção da saúde (Ações pessoais para manter ou aumentar o bem-estar)

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
Intervenções Educativas para o Autocuidado de Gerenciamento			
Educação sobre sinais e sintomas	5602 Ensino: processo da Doença Definição: assistência ao paciente para que compreenda informações relativas a um processo da doença específico	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar ao paciente e familiar, de forma clara e de acordo com o nível educacional do paciente, os sinais e sintomas de agravamento da doença; - Orientar o paciente e familiar sobre as medidas para controlar/ minimizar os sintomas, conforme apropriado; - Orientar paciente quanto à importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito; 	Espera-se como resultado dessa intervenção o Controle dos Sintomas , definido como: ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas na função física e emocional
Autogerenciamento Automonitoramento de sinais e sintomas Diário de autocuidado Educação sobre sinais e sintomas Saber como e quando procurar ajuda Estabelecimento de metas individuais Ensino gerenciamento de sinais e sintomas Ensino sobre autocuidado Ensino de técnica de relaxamento Habilidades de resolução de problemas	4040 Cuidados cardíacos Definição: limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio ao miocárdio para pacientes com sintomas de função cardíaca prejudicada		

Ingrediente ativo descrito na literatura	Intervenções de enfermagem NIC (Bulechek; Butcher; Dochterman et al., 2016)	Atividades NIC (Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM et al., 2016)	Objetivo/ Resultados Esperados (Moorhead, Johnson, Mass et al., 2016)
Treinamento de habilidades para o AC			
Envolvimento direto do profissional de saúde na intervenção educativa Suporte para o autocuidado Envolvimento do cuidador familiar no autocuidado	7400 Orientação quanto ao Sistema de Saúde Definição: facilitação da localização do paciente e o uso apropriado dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o paciente como acessar os serviços de emergências - Incentivar o paciente a procurar pronto atendimento, se apropriado - Incentivar a consulta com outros profissionais, conforme apropriado - Dar seguimento ao contato com o paciente, conforme apropriado 	Espera-se como resultado dessa intervenção o Controle dos Sintomas , definido como: ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas na função física e emocional

Os resultados da análise da revisão de literatura das intervenções para o autocuidado na IC orientaram a teoria da intervenção em desenvolvimento.

Teoria da intervenção

A teoria da intervenção foi organizada em termos de processo, estrutura e resultados e o seu conteúdo teve como fontes a compreensão do problema, os resultados da revisão de literatura sobre a intervenção, a experiência da pesquisadora no cuidado a pessoas com IC e o contexto em que a aceitabilidade e viabilidade da intervenção seriam testadas. Nela foram descritas as características dos pacientes que recebem a intervenção, do intervencionista e do ambiente em que ela ocorreria (Sidani e Braden, 2011).

A intervenção desenvolvida recebeu o nome de Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (PEAC-IC). O PEAC-IC é uma intervenção projetada para auxiliar o paciente com IC a melhorar comportamentos de autocuidado: manutenção, percepção de sintomas, gerenciamento e confiança no autocuidado. Ele foca o ensino do paciente para a compreensão de sua enfermidade, como conceito da IC, sinais e sintomas mais comuns, tratamento, reconhecimento dos sinais e sintomas associados à exacerbação da doença, monitoramento e gerenciamento dos sintomas, visando ao envolvimento do paciente para o melhor autocontrole possível da síndrome. Espera-se que o paciente compreenda seu papel no autocontrole da doença, por meio de abordagens educativas direcionadas a fatores relacionados ao autocuidado na IC.

O Quadro 12 apresenta os componentes da teoria do PEAC-IC organizados em estrutura, processo e resultados, conforme sugerido por Sidani e Braden (Sidani; Braden, 2011).

Quadro 12 - Teoria do Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

ESTRUTURA	
Características	Participante (s): pessoas adultas com o diagnóstico de IC em qualquer classe funcional segundo NYHA, com ou sem um cuidador, e que apresentam autocuidado inadequado; pouco conhecimento sobre a IC; com capacidade para se comunicarem verbalmente.
	Interventor (es): enfermeiro devidamente treinado, preferencialmente com experiência em atendimento a pacientes com IC, doenças cardiovasculares; com habilidade na comunicação verbal e não verbal, postura empática; comprometido com o PEAC-IC.
	Contexto: ambulatorial, em sala de consultório, com iluminação e temperatura ambiente adequada; acomodação para quatro pessoas, mesa para apoio dos materiais a serem utilizados na sessão, livre de ruídos externos, próximo ao banheiro e consultório médico.
PROCESSOS	
Componentes e atividades	Específicos/ingredientes ativos – o ensino sobre: 1) IC e o seu tratamento; 2) O papel do autocuidado para o controle da síndrome; 3) Controle diário do peso; 4) Uso de métodos para reconhecimento e manejo de sinais e sintomas de descompensação da IC; 5) Uso de diário de peso e sintomas; 5) Ensino de metas de autocuidado (manutenção, percepção dos sintomas, manejo).
	Inespecíficos: 1) Comunicação estruturada; 2) <i>Feedback</i> individual; 3) Envolvimento direto do profissional de saúde na intervenção educativa
Modo de entrega	Formato: oral, via exposição dialogada; e escrito, por meio de um manual de orientação. São usadas imagens e um modelo anatômico do coração para auxiliar no ensino e é oferecida uma cartilha denominada Livro de Educação do Paciente, com síntese do conteúdo discutido e com o “Diário de Peso e Sintomas” para auxiliar o paciente no reconhecimento e acompanhamento de sinais de descompensação.
	Abordagem: componentes e atividades previamente padronizados, sendo adaptável a necessidades, características e/ou preferências dos participantes.
Dose	

	<p>Quantidade: a primeira sessão, que é presencial, tem duração aproximada de 60 minutos. Para as sessões telefônicas, o tempo médio é de 10 a 15 minutos por sessão.</p> <p>Frequência: uma sessão por semana.</p> <p>Duração: seis semanas.</p>
RESULTADOS	
Imediatos	Melhora no comportamento do autocuidado e conhecimento sobre a IC.
Finais	Redução do número de internações por IC e busca por serviço de urgência e emergência por IC.

Fonte: Próprio autor

O Quadro 13 mostra as condições que podem influenciar a implementação e os resultados do PEAC-IC.

Quadro 13 - Fatores que podem influenciar a obtenção dos resultados do PEAC-IC, segundo estrutura, processos e resultados

ESTRUTURA	
Características	<p>Participantes: autocuidado adequado; presença sintomas depressivos moderados a intensos; comprometimento cognitivo grave; baixa autoconfiança no autocuidado; pouca experiência com a síndrome; pouca ou desvalorização da intervenção; crenças e valores incompatíveis com o autocuidado; baixa escolaridade; condições econômicas de vulnerabilidade; multicomorbidade; percepção suporte social precário; dificuldades de comunicação oral.</p> <p>Interventor(es): déficit de conhecimento sobre o autocuidado na IC ou sobre a síndrome; déficit de conhecimento sobre o ensino de adultos; pouca experiência clínica; poucas habilidades de comunicação eficaz e empatia; pouco conhecimento do paciente; dificuldade em seguir o programa previsto ou em adaptá-lo adequadamente às peculiaridades do paciente; crenças pessoais incompatíveis com a intervenção.</p>

	Contexto: local da intervenção inadequado; falta de acesso a telefone; tratamento farmacológico inadequado; desvalorização da intervenção por outros membros da equipe de saúde; falta de recursos materiais requeridos pela intervenção (livro do paciente, modelo anatômico).
PROCESSOS	
Componentes e atividades; modo de entrega; dose	Abordagem de questões estranhas às finalidades da intervenção; inclusão de elementos não previstos no manual da intervenção; ocorrência de eventos significativos com o paciente no decorrer do período da intervenção; intervenção não ajustada para as peculiaridades da enfermidade do paciente; redução nas doses ou frequência da intervenção.
RESULTADOS	
Forma de avaliação dos resultados	Uso de métodos de avaliação com baixa validade ou confiabilidade.

Fonte: Próprio autor

Ao desenvolver uma intervenção, é importante definir os seus componentes, que podem ser específicos ou inespecíficos. Os componentes específicos refletem os ingredientes ativos ou os elementos que caracterizam a intervenção. Os componentes não específicos são aqueles que acompanham a intervenção e / ou sua implementação; porém, eles não são os responsáveis pelas mudanças esperadas no problema identificado (Sidani e Braden, 2011).

No presente estudo, os elementos específicos (ingredientes ativos) do PEAC-IC consistem em: (1) Ensino sobre a insuficiência cardíaca e tratamento; (2) Ensino sobre o papel do autocuidado para o controle da doença; (3) Ensino do uso de métodos para reconhecimento e manejo de sinais e sintomas de descompensação da IC; (4) Ensino do uso de diário de peso e sintomas; (5) Estabelecimento de metas de autocuidado (manutenção, percepção dos sintomas, gerenciamento) entre o paciente e o enfermeiro. Os elementos inespecíficos consistem em: 1) Comunicação estruturada; 2) *Feedback* individual; 3) Envolvimento direto do profissional de saúde na intervenção educativa.

Quanto ao modo de entrega, a intervenção foi realizada em uma sessão presencial (face a face) e cinco sessões por telefone, com o paciente ou paciente e familiar. A intervenção foi oral, por exposição dialogada, e escrita, por manual de orientação. Foram utilizadas imagens e modelo anatômico do coração para ajudar no ensino e oferecido um “Diário de Peso e Sintomas” para auxiliar o paciente no reconhecimento e acompanhamento de sinais de descompensação da doença. O objetivo das sessões telefônicas foi reforçar o conteúdo apresentado na sessão presencial, estimular a adesão às orientações, monitorar o controle do peso e sanar possíveis dúvidas em relação ao programa. Quanto à dose, a intervenção durou seis semanas, com frequência semanal.

A primeira sessão do PEAC-IC (presencial) deve durar aproximadamente 60 minutos. Para as sessões telefônicas, o tempo médio estimado é de 10 a 15 minutos por sessão. Cada sessão aborda um tema específico, além de esclarecer possíveis dúvidas da sessão anterior.

Apresenta-se, no Quadro 14 a síntese do PEAC-IC integrado à síntese do protocolo para testá-lo.

Quadro 14 - Procedimentos do protocolo para o teste do PEAC-IC

Fase 0 - Coleta de dados de linha de base	
De todos os participantes do estudo foram coletados os dados de caracterização sociodemográfica e clínica e os dados dos desfechos. Depois da coleta dos dados de linha de base, os participantes foram randomizados e alocados em Grupo Intervenção e Grupo Controle.	
Fase 1 Intervenção	
<u>Grupo intervenção</u>	
Os pacientes do grupo intervenção receberam a intervenção educativa, particionada entre seis sessões, conforme descritas a seguir:	
<i>Primeira Sessão</i>	

Os pacientes do grupo intervenção receberam a primeira sessão da intervenção com ou sem seu acompanhante familiar, conforme sua preferência, no mesmo dia em que foram alocados no grupo.

A sessão foi iniciada com o acolhimento do paciente e envolvimento do (s) membro (s) da família (se disponíveis) e foi perguntado quais sintomas o paciente estava experimentando que mais influenciavam a sua saúde e vida diária, e o que ele precisava saber sobre como se cuidar na IC. Posteriormente, por exposição dialogada, foi explicado sobre o autocuidado na IC, funcionamento do coração, com uso de um modelo anatômico do coração para auxiliar na compreensão, fisiopatologia da IC, suas etiologias (focando a etiologia do paciente), sinais e sintomas (ênfatizando os vivenciados pelo paciente), tratamentos medicamentosos (ênfatizando os receitados para o paciente), restrição salina e restrição hídrica (se indicação), controle do peso e da sede, atividade física e conservação de energia, atividade sexual, tabagismo e bebidas alcoólicas, vacinação, sentimentos comuns na IC, sinais de alerta de descompensação clínica. Ensinado como se pesar, como identificar sinais de retenção de líquidos. Realizado orientação sobre como proceder com os registros nos diários de peso e sinais e sintomas, junto com a entrega do livro “Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – Livro de Educação do Paciente” com todas as informações. Foi utilizado o método *teach-back*, para verificar a compreensão do participante antes de passar para o próximo tópico e, se necessário, o conteúdo era reforçado.

Nessa sessão, também foi orientado sobre a importância do registro semanal do peso e dos sinais e sintomas apresentados e sobre como proceder nas observações e registros. Também foi encorajado o paciente (e seu familiar se presente) a aderir às recomendações de tratamento. Ao final da sessão, foi verificado o melhor dia e horário para a próxima. A duração prevista dessa sessão foi de 60 minutos.

Segunda Sessão

Realizada por telefone, por meio de exposição dialogada de reforço sobre os conteúdos referentes ao autocuidado na IC, adesão do uso da medicação e restrição salina; verificação sobre controle diário do peso; verificação se foram realizados os registros diários de peso e os sinais e sintomas que ocorreram na semana anterior e se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana.

Ao final, foi agendada a data e hora da terceira sessão. Foi previsto que essa sessão teria a duração de 15 a 20 minutos.

Terceira sessão:

Realizada por telefone, por meio de exposição dialogada de reforço sobre os conteúdos de restrição hídrica, controle do peso e controle da sede; verificação sobre controle diário do peso; verificação se foram realizados os registros de peso e sintomas que ocorreram na semana anterior, sendo questionado, se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana. Ao final, era agendada a data da quarta sessão. Foi previsto que essa sessão teria a duração de 10 a 15 minutos.

Quarta sessão:

Foi realizada por telefone, por meio de exposição dialogada de reforço sobre os conteúdos de atividade física e conservação de energia. Foram verificados o controle diário do peso; os registros de peso e sintomas que ocorreram na semana anterior e o paciente era questionado se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana. Ao final, era agendada a data da quinta sessão. Foi previsto que essa sessão teria a duração de 10 a 15 minutos.

Quinta sessão:

Foi realizada por telefone, por meio de exposição dialogada de reforço sobre os conteúdos autocuidado de gerenciamento, abordando os temas: sinais e sintomas de descompensação clínica e ações para manejo. Foram verificados o controle diário do peso, os registros de peso e sintomas que ocorreram na semana anterior e o paciente era questionado se houve necessidade de procura por serviço médico (pronto socorro ou internação hospitalar) na última semana. Foi agendada a data da sexta sessão. Foi previsto que essa sessão teria a duração de 10 a 15 minutos.

Sexta sessão:

Foi realizada por telefone e nela foram reforçados os conteúdos sobre vacinação e cessação de tabagismo (se tabagista). Foram verificados o controle diário do peso, os registros de peso e sintomas que ocorreram na semana anterior e o paciente era questionado se houve necessidade de procura por serviço médico (pronto socorro ou

internação hospitalar) na última semana. Foi agendada a data a sétima sessão, para coleta das variáveis de desfecho e agendamento do grupo focal. Foi previsto que essa sessão teria a duração de 10 minutos.

Grupo Controle

Os pacientes do grupo controle receberam os cuidados habituais fornecidos pelo médico e/ou enfermeiro e pela pesquisadora ou assistente de pesquisa, com duração média de 20 minutos, que incluem: acompanhamento de rotina, exames físicos e laboratoriais e orientação geral, focando a adesão ao tratamento medicamento e entrega de um folheto com orientações gerais sobre a IC. Como o serviço não realiza acompanhamento telefônico de rotina, o grupo controle não recebeu contatos telefônicos. Foi agendado um contato, por meio de telefonema, na oitava semana, depois início do estudo, para coleta das variáveis de desfecho

Fase 2: (Avaliação dos desfechos)

Grupo intervenção	<p>- Foi realizada coleta das variáveis de desfecho, na sétima semana, após o início do PEAC-IC, por contato telefônico, para grupo intervenção, por um assistente de pesquisa, que não participou da entrega do PEAC-IC.</p> <p>Na oitava semana do início do PEAC-IC, foi realizado um encontro presencial, para realização de grupo focal com os participantes do grupo intervenção, para avaliação de aceitabilidade e viabilidade da intervenção, com duração média de 60 minutos.</p>
Grupo controle	<p>A coleta das variáveis de desfecho foi realizada na oitava semana, após o início do estudo, por telefone, por pesquisador assistente de pesquisa, que não participou das etapas anteriores.</p>

Fonte: Próprio autor

Foi desenvolvido o manual da intervenção para o profissional que aplica a intervenção presencial (o intervencionista), um roteiro para as sessões telefônicas e o livro de educação do paciente.

Manual da intervenção

O manual da intervenção descreve todos os procedimentos a serem realizados pelo intervencionista, incluindo objetivos, atividades, estratégias e conteúdo de cada uma das sessões do PEAC-IC, como apresentado a seguir:

Programa Educativo para o Autocuidado em Insuficiência Cardíaca- PEAC- IC

MANUAL DO INTERVENTOR

Ana Paula da Conceição - Diná Monteiro da Cruz

INTRODUÇÃO

Este Manual tem por objetivo detalhar o oferecimento do Programa Educativo para o Autocuidado em Insuficiência Cardíaca (PEAC-IC) proposto para pacientes com IC, com ou sem seus cuidadores, que participarão do estudo “**Intervenção educativa para autocuidado de pacientes com IC - Estudo piloto**”. O Manual é destinado às enfermeiras que farão os procedimentos aqui descritos. São complementares a este Manual: o Livro de Educação do Paciente, contendo o Diário do Paciente, e a Ficha para Registro das Sessões Telefônicas.

O Livro de Educação do Paciente foi desenvolvido para os pacientes e seus familiares/ cuidadores, como material de reforço das orientações recebidas nas sessões de intervenção, para que pudessem consultar em caso de dúvidas. O Diário do Paciente que integra esse material foi desenvolvido para os pacientes registrarem seu peso diário, percepção de ganho ou perda de peso, ingestão de líquidos, ingestão de sal, sintomas de falta de ar, inchaço nas pernas e adesão aos medicamentos.

A Ficha para Registro das Sessões da Intervenção foi desenvolvida para anotações de campo e registro do pesquisador do resumo do reforço da intervenção de cada sessão que deverá incluir: data, horário de início e fim da sessão, registro das dúvidas manifestas pelo paciente/cuidador em relação ao tema da sessão, relato de sinais e sintomas de descompensação da doença, procura por serviço médico e/ou internação hospitalar por descompensação clínica da IC e dificuldades e facilidades no decorrer da sessão.

VISÃO GERAL DO PEAC-IC

Nome da intervenção: Programa Educativo para o Autocuidado em Insuficiência Cardíaca (PEAC-IC)

Meta da intervenção

Promover comportamentos adequados de autocuidado relativos à manutenção da saúde, percepção de sintomas, gerenciamento dos sintomas e a crença de autoconfiança na capacidade de autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca (IC).

OBJETIVOS

Espera-se que as pessoas que receberem a intervenção:

- demonstrem conhecimento satisfatório sobre a IC e seu tratamento;
- relatem monitoramento sistemático dos sintomas de descompensação da doença;
- adotem estratégias para gerenciar os sintomas e o tratamento da IC;
- manifestem senso de autoeficácia no autocuidado de manutenção da saúde, de monitoramento dos sintomas e do manejo da IC e de seu tratamento.

POPULAÇÃO-ALVO

Pacientes com insuficiência cardíaca, com ou sem seus cuidadores-familiares.

MODO DE ENTREGA

A intervenção será por exposição dialogada com apoio de modelo anatômico do coração e do Livro de Educação do Paciente. A primeira sessão será presencial e as demais sessões serão por telefone. Todas as sessões têm a mesma estrutura: 1) Introdução; 2) Desenvolvimento do conteúdo da sessão; 3) Resumo da sessão; 4) Esclarecimento de dúvidas relacionadas ao autocuidado e 5) Encerramento da sessão.

DOSE DA INTERVENÇÃO

O Programa compreende seis sessões semanais com o paciente ou paciente e familiar; a primeira sessão é presencial (face a face), com duração média de 60 minutos, e as demais (cinco) por telefone, com duração média de 20 minutos por sessão.

RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Primeira sessão:

A) Recursos Humanos (Interventor)

Profissional enfermeiro que possua as seguintes características:
Experiência clínica de pelo menos um ano no atendimento de pessoas com insuficiência cardíaca;
Conhecimento da teoria do autocuidado na IC e das diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento da IC;
Habilidade de comunicação;
Empatia.

B) Recursos materiais

Ambiente:

- i. Sala de tamanho médio que permita assentos para a interventora, a pessoa com IC e seu familiar-cuidador, se presente;
- ii. Uma mesa de apoio;
- iii. Boa iluminação para facilitar a leitura de informações escritas;
- iv. Temperatura confortável; e
- v. Ruído externo mínimo para facilitar a comunicação, principalmente para clientes com problemas auditivos, e reduzir a distração.

Materiais:

- i. Livro de educação do paciente;
- ii. Modelo anatômico do coração;
- iii. Ficha para registro da sessão.

Segunda à sexta sessão:

A- Recursos Humanos (Interventor)

Profissional enfermeiro que possua as seguintes características:

Experiência clínica de pelo menos um ano no atendimento de pessoas com insuficiência cardíaca;

Conhecimento da teoria do autocuidado na IC e das diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento da IC;

Habilidade de comunicação;

Empatia.

B) Recursos materiais

Ambiente:

- i. Sala de tamanho que permita assento para a interventora;
- ii. Uma mesa de apoio;
- iii. Boa iluminação para facilitar o registro dos dados de monitoramento;
- iv. Temperatura confortável; e
- v. Ruído externo mínimo para facilitar a comunicação.

Materiais:

- i. Telefone móvel com aplicativo de gravação da ligação;
- ii. Roteiro da intervenção a ser entregue na respectiva sessão;
- iii. Ficha de acompanhamento telefônico, para registro dos dados de interesse.

COMPONENTES, ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS

PEAC-IC - Primeira Sessão

Modo de entrega

Intervenção presencial, individual ou em conjunto com cuidador-familiar.

Exposição dialogada com apoio de modelo anatômico do coração e o Livro de Educação do Paciente.

- Apresentação escrita: entregue o Livro de Educação do Paciente, que resume o conteúdo referente às instruções de educação sobre o autocuidado de pessoas com IC, para que o participante acompanhe durante a apresentação verbal e para referência futura.
- Exposição dialogada: use termos simples para transmitir as instruções para o autocuidado na IC; incentive o paciente (e seu familiar se presente) a relatar suas experiências com a insuficiência cardíaca; explore questões de adesão; faça perguntas ao participante (e seu familiar, se presente), para que ele reflita sobre suas crenças e comportamentos para manter a saúde e o que ele pode fazer para mudar hábitos; ajude o participante (e seu familiar, se presente) a adaptar as instruções ao seu contexto pessoal; e forneça *feedback* para reforçar as necessidades de mudanças nos comportamentos de autocuidado.

Dose da sessão: Duração média de 60 minutos.

Antes de iniciar a sessão com o paciente:

Consulte o prontuário dele para obter as informações relevantes sobre sua doença e tratamento, tais como: etiologia da IC, tempo de doença, tratamentos farmacológicos ou não farmacológicos prévios, tratamentos atuais, previsão de

intervenções futuras, comorbidades, frequência ao ambulatório, procura de serviços de emergências no último ano, internações no último ano por causa da IC e por outras causas. Registre os dados relevantes na Ficha para Registro das Sessões da Intervenção.

INTRODUÇÃO: ABORDAGEM AO PACIENTE

Cumprimente o paciente (e seu familiar, se presente) e apresente-se: “Bom dia / boa tarde (nome do paciente e/ou familiar). Sou (nome do interventor). Eu sou enfermeira e faço parte da equipe de pesquisa que conversou com você no Ambulatório do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia”.

Agradeça a participação do paciente (e seu familiar, se presente) e apresente os objetivos do programa. Em itálico estão as sugestões de falas a apresentar: “Obrigado(a) por aceitar participar do Programa de Educação para o Autocuidado na IC. Esse programa tem o objetivo de auxiliá-lo(a) a compreender melhor sua doença para ter um melhor controle da IC. Isso poderá ajudar você no controle dos sintomas, no reconhecimento de sinais de piora e fornecer dicas para ajudá-lo(a) a tomar decisões que podem melhorar sua qualidade de vida.

O PEAC-IC contará com mais cinco sessões, todas por telefone, uma sessão por semana, para reforço das orientações sobre as quais vamos conversar hoje. Nós vamos combinar os dias e horários dos telefonemas conforme for melhor para você. Também lhe entregaremos um livreto com o resumo do que conversaremos hoje, que você poderá consultar sempre que surgir alguma dúvida. No final desse livreto, há espaços previstos para você registrar seu peso e os sintomas que estiver apresentando, para ajudá-lo(a) a perceber as mensagens do seu corpo. Isto é, perceber se há sinais de melhora ou de piora.

Você gostaria de fazer alguma pergunta sobre o Programa de intervenção?”

[No caso de manifestação de dúvida, sanar com o paciente e documentar na Ficha para Registro das Sessões da Intervenção. Se não houver dúvidas, inicie as orientações].

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO

Componente: autocuidado

Estabelecer o contexto do ensino sobre a IC.

Vamos conversar sobre o autocuidado na insuficiência cardíaca?

Inicie a sessão, perguntando ao paciente sobre o que ele entende por autocuidado.

Autocuidado é um termo muito utilizado quando falamos das doenças crônicas, como a diabetes, pressão alta e a insuficiência cardíaca. Você poderia me falar o que essa palavra significa para você?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, explique o conceito de autocuidado na IC].

O autocuidado se refere às ações que você e sua família realizam para manter a sua saúde, incluindo:

- *Uso correto de remédios que seu médico receitou para você, alimentação saudável, realização de atividade física e outras atividades;*
- *Acompanhamento diário do seu peso e dos sinais e sintomas que seu corpo emite, como inchaço, dificuldade para respirar;*
- *Reconhecimento de sinais e sintomas de piora da sua doença;*
- *E as ações que você e sua família realizam para o restabelecimento da sua saúde quando ocorre piora dos sintomas.*

Como você avalia o seu autocuidado?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar reforce que o objetivo do programa é aumentar a capacidade do autocuidado].

COMPONENTE: DOENÇA CRÔNICA - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Explore o conhecimento do paciente sobre a magnitude da IC no mundo:

Você sabia que a insuficiência cardíaca é uma doença crônica que acomete muitas pessoas no mundo inteiro?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras e dar seguimento ao conteúdo].

A insuficiência cardíaca é uma doença comum que atinge cerca de 23 milhões de pessoas no mundo, sendo uma das principais causas de internação hospitalar. Os sintomas dessa doença prejudicam muito a qualidade de vida por causar limitações na capacidade de executar as atividades do dia a dia, principalmente devido à falta de ar e cansaço.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso ele/ela manifeste alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

Como você pode ver, muitas pessoas no mundo têm a mesma doença que você, e a melhor forma de lidar com a IC é conhecendo um pouco mais sobre ela, para ajudar no autocuidado.

Você poderia me dizer o que já sabe sobre a insuficiência cardíaca?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando sua fala, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce conceitos corretos, como “Muito bem, isso mesmo”, e dê continuidade, explicando o funcionamento do

coração; caso o paciente e/ou familiar não saiba(m) informar, diga: “Não tem problema, um dos objetivos do nosso programa é exatamente aprender mais sobre a IC”].

Para entender melhor a insuficiência cardíaca, primeiro vamos falar sobre a função do coração.

Você saberia me falar qual a função do coração?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando sua fala, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce conceitos corretos, como “Muito bem, isso mesmo”, e dê continuidade, explicando o funcionamento do coração; caso o paciente e/ou familiar não saiba(m) informar, diga: “Não tem problema, explicarei para você”, e esclareça o funcionamento do coração].

O coração é responsável por enviar sangue para todo o nosso corpo, para levar nutrientes (oxigênio) para nosso organismo. Ele é dividido em dois lados (lado direito e lado esquerdo) e funciona como uma bomba. O lado direito do coração recebe todo o sangue das veias do nosso corpo e envia esse sangue para os pulmões, para o sangue receber oxigênio. Depois que ele recebe o oxigênio dos pulmões, o sangue vai para o lado esquerdo do coração, e o coração envia esse sangue, rico em oxigênio e nutrientes, para todo o corpo. Quando o coração vai perdendo a capacidade de “bombear o sangue”, essa condição é chamada de insuficiência cardíaca.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Embora pareça assustador, isso não significa que seu coração vai parar de funcionar de repente. Pelo contrário, o termo “insuficiência cardíaca” descreve uma condição em que seu coração fica enfraquecido e que precisa trabalhar cada vez mais para manter o sangue correndo por todo o seu corpo.

A insuficiência cardíaca é uma doença crônica progressiva, ou seja, ela é uma doença que não tem cura. Apesar disso, aprendendo o autocuidado, você e seus familiares podem controlar os sintomas dessa doença para evitar episódios de descompensação, que causam muito desconforto, como dificuldade para respirar, cansaço frequente, mesmo quando está em repouso, dificuldade para realizar suas atividades diárias, inchaço nas pernas.

[Recurso: use o modelo anatômico para mostrar um coração saudável e explique como ele funciona].

Na sua opinião, quais as possíveis causas da IC?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando sua fala, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce conceitos

corretos, como “Muito bem, isso mesmo”, e dê continuidade, explicando as possíveis causas da IC; caso o paciente e/ou familiar não saiba(m) informar, diga: “Não se preocupe, explicarei para você”, e esclareça as possíveis causas da IC].

Diversas doenças do coração podem causar a insuficiência cardíaca, como:

1- Infarto. Quando uma pessoa tem um infarto (também chamado de ataque cardíaco), parte do músculo do coração fica com uma cicatriz por falta do sangue que leva o oxigênio para o coração (nutriente). Como uma parte do músculo não funciona bem por causa do infarto, essa condição deixa o coração fraco, dificultando sua função de bombeamento do sangue, podendo levar à insuficiência cardíaca. O infarto é uma das principais causas da insuficiência cardíaca.

2- Cardiomiopatia. A cardiomiopatia é uma doença do músculo do coração. Essa doença pode ser devida à doença de Chagas, ao alto consumo de álcool, pode ser de origem genética ou também pode ter causa desconhecida. Quando uma pessoa tem miocardiopatia, ou doença do músculo do coração, o coração precisa trabalhar mais na tentativa de suprir as necessidades do organismo. Dessa forma, ele aumenta seu tamanho e começa a trabalhar com maior pressão, o que faz com que o coração diminua sua capacidade de bombeamento, tornando-se enfraquecido.

3- Hipertensão arterial em longo prazo. O aumento da pressão arterial dificulta o trabalho do coração, que precisa bombear com mais força para poder enviar o sangue para o corpo.

4- Anormalidade das válvulas cardíacas. As válvulas são estruturas que controlam o fluxo de sangue dentro do coração. Quando essas válvulas apresentam algum problema, como o estreitamento ou relaxamento, o sangue tem dificuldade para sair do coração. Isso fará o coração trabalhar mais, causando aumento do seu tamanho, o que ele não aguenta por muito tempo e o deixa mais enfraquecido.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Às vezes, a causa exata da insuficiência cardíaca não é conhecida. Cardiomiopatia dilatada idiopática é um termo médico utilizado para esse tipo de insuficiência cardíaca. Então, como vimos até o momento, a insuficiência cardíaca pode ter diversas causas. Ela pode começar de modo abrupto, repentino, como no caso do infarto agudo do miocárdio (IAM); pode ter início mais lento e gradual, como nas doenças da válvula, ou na doença de Chagas; ou pode ser hereditária, conforme acontece em várias doenças genéticas.

Na sua opinião, quais são os sintomas dessa doença?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando sua fala, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce conceitos

corretos, como “*Muito bem*” ou “*isso mesmo*”, “esse sintoma é comum da IC”, e dê continuidade, explicando os sintomas da IC; caso o paciente e /ou familiar não sabia(m) informar, diga: “*Não tem problema, explicarei para você*”, e dê continuidade, esclarecendo os sintomas da IC].

Um coração insuficiente bombeia menos sangue para o corpo a cada batimento. Como resultado, o sangue retorna para os pulmões e para todo o corpo. Menor quantidade de sangue irá circular (se mover) no corpo. Isso significa que todos os tecidos e órgãos do corpo receberão menos oxigênio, o que pode resultar em sintomas por todo o corpo.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

Os sintomas da insuficiência cardíaca variam muito conforme o estágio da doença. No início, a pessoa pode não ter nenhum sintoma, pois o coração nessa fase está tentando compensar essa anormalidade, trabalhando muito mais. Com o passar do tempo, o corpo começa a mostrar que algo não está bem.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

“Um dos sinais que o corpo mostra geralmente é a falta de ar quando a pessoa realiza alguma atividade, como, por exemplo, ao varrer a casa, tomar banho, caminhar em passos mais rápidos, subir escadas, e quando fica em repouso (sentada ou deitada) a falta de ar melhora”.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

A pessoa também pode apresentar inchaço (edema) nas pernas, nos pés ou tornozelos, devido ao acúmulo de líquidos no corpo, causado pela dificuldade do coração em bombear o sangue. Outros sinais que podem aparecer são o aumento do peso, devido à retenção de líquidos, e um batimento cardíaco acelerado, mesmo enquanto a pessoa descansa.

Esses são os sintomas mais comuns, mas também é possível que outros sintomas se apresentem, como tosse seca (pigarro) e chiado no peito, náusea, perda de apetite, confusão ou pensamento prejudicado e aumento do batimento do coração (frequência cardíaca).

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

Quando a doença está mais avançada, esses sintomas se intensificam, podendo surgir um cansaço constante, mesmo quando não está fazendo nenhuma atividade, que parece uma sensação constante de falta de energia, também chamada de fadiga.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

Piora da falta de ar, dificuldade de ficar na posição deitada, fazendo com que as pessoas só consigam dormir sentadas ou com o apoio de vários travesseiros ou almofadas. O pulmão também pode ficar encharcado de líquidos, de forma súbita, dificultando muito a respiração.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

O inchaço nas pernas fica mais evidente e ocorre também a diminuição do volume de urina (as pessoas fazem menos xixi). As veias do pescoço podem ficar bem dilatadas (cheias).

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

Todos esses sinais mostram a dificuldade de o coração fazer sua função de bombear o sangue para o corpo, fazendo com que acumule líquidos no organismo. Esses sintomas são uma mensagem do nosso corpo falando que algo não está bem.

Acompanhar os sintomas e ser capaz de reconhecer e relatar sintomas de agravamento (descompensação) da insuficiência cardíaca aos profissionais de saúde é essencial para evitar o surgimento de problemas mais sérios e de difícil controle.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

COMPONENTE: TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Na sua opinião, como a insuficiência cardíaca pode ser tratada?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce conceitos corretos, como “Muito bem” ou “isso mesmo”, e dê continuidade, explicando o tratamento medicamentoso da IC; Caso o paciente e /ou familiar não saiba(m) informar, diga: “Não tem problema, explicarei para você”, e dê continuidade, esclarecendo o tratamento medicamentoso da IC].

O objetivo do tratamento da insuficiência cardíaca é reduzir a sobrecarga de trabalho do coração e ajudá-lo a trabalhar com mais eficiência. Existem muitas opções de tratamento para insuficiência cardíaca. Entre estas, incluem-se: uso de remédios, modificações no estilo de vida, desfibrilador cardíaco interno (CDI) ou terapia de ressincronização cardíaca (TRC). Entre as opções cirúrgicas, quando indicado, citam-se: ponte de safena ou correção das válvulas do coração.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

Tratamento com remédios: *os remédios receitados pelo médico irão ajudá-lo a viver uma vida mais longa e saudável. Cada medicação ajuda o coração de uma maneira diferente. A medicação e a dosagem variam dependendo das necessidades e condições de cada pessoa. É comum ter mudanças de medicação e dosagem durante o tratamento inicial e o acompanhamento contínuo é essencial para o sucesso do tratamento.*

Iremos conversar sobre os medicamentos de que você está fazendo uso no momento. Caso seu médico modifique sua receita, no acompanhamento telefônico, poderemos conversar sobre os novos remédios.

Os medicamentos mais comuns para o tratamento da IC são:

[Observação: explique apenas os medicamentos de que o paciente faz uso].

1- Digitálicos (Digoxina): *ajudam o coração a bombear sangue com mais eficiência e também a melhorar o fluxo de sangue para todo o corpo.*

Principais efeitos colaterais

Os principais efeitos colaterais desse remédio são: perda do apetite ou ter náuseas (enjoo), dores de cabeça, visão turva ou amarelada.

Caso tenha esses sintomas, comunique o médico ou enfermeiro.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família

manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

2. Diurético (Furosemida; hidroclorotiazida; espironolactona): *ajudam os rins a eliminar o excesso de líquidos e de sal retido no organismo, diminuindo o trabalho do coração, melhorando assim os sintomas da doença.*

Ao tomar esse tipo de remédio, você irá sentir vontade de urinar com mais frequência, pois ele ajuda o organismo a eliminar o excesso de líquido, estimulando os rins a produzir mais urina. A eliminação do excesso de líquido irá facilitar o trabalho do coração, pois haverá menos líquido para ele bombear. Isso deverá facilitar a sua respiração, diminuir seu inchaço nas pernas e também resultará na perda de peso, pois o líquido em excesso no seu corpo deverá ser reduzido com o uso desse medicamento.

Principais efeitos colaterais

*A utilização de diuréticos em longo prazo pode causar a perda de **potássio**, um sal que é necessário para o organismo funcionar corretamente. A perda de potássio pode ocasionar câimbras, perda de apetite, náuseas e vômitos, tontura e desidratação. Para controlar esses efeitos, seu médico irá monitorar os seus níveis de potássio por meio de exames de sangue regularmente, para ajuste da dose do medicamento.*

Diminuição da pressão, visão turva e tontura também podem surgir com o uso desses remédios. Caso tenha esses sintomas, você deverá comunicar o médico ou enfermeiro. Como os diuréticos poderão fazer com que tenha mais vontade de urinar, evite tomar a última dose após as 16 horas, para evitar que levante muitas vezes para urinar à noite, prejudicando o seu sono.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

3. Vasodilatadores (Isossorbida, Sustrate; Hidralazina): *esses remédios atuam diretamente nos vasos sanguíneos, fazendo com que eles se dilatam, para se manterem mais abertos e, com isso, facilitar a passagem de sangue para o corpo, melhorando os sintomas de dor no peito. Esse remédio reduz o esforço do coração para bombear o sangue para o corpo.*

Principais efeitos colaterais

Os vasodilatadores podem diminuir a pressão arterial, provocando tonturas ou sensação de desmaio ao sentar-se ou levantar-se muito rapidamente. Também podem causar dor de cabeça, rubor, palpitações e congestão nasal. Caso tenha esses sintomas, você deverá comunicar ao médico ou enfermeiro.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

4. Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (Captopril; Enalapril): *Esses remédios provocam o relaxamento dos vasos sanguíneos, diminuindo a pressão arterial. Com esse relaxamento, o coração se esforça menos para bombear o sangue pelo corpo, melhorando a tolerância para a realização de atividade física e melhor qualidade de vida.*

Principais efeitos colaterais

Como esses remédios diminuem a pressão arterial, às vezes podem causar tonturas. Essa é uma preocupação apenas se você apresentar sintomas de tontura persistente. Algumas pessoas também desenvolvem tosse seca. Se isso lhe acontecer, o seu médico poderá reduzir a dose ou mudar para outro medicamento, se não melhorar com o tempo. De forma menos comum, podem ocorrer alterações do paladar e erupções cutâneas.

Como esses medicamentos diminuem a pressão, você deverá evitar levantar-se de forma rápida, esteja sentado ou deitado, pois poderá sentir tontura. Leve o tempo necessário e permita que o corpo se ajuste. Caso tenha esses sintomas, você deverá comunicar o médico ou enfermeiro.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

5. Betabloqueadores (Carvedilol; Metoprolol): *ajudam o coração a bater mais devagar, reduzem a pressão arterial e protegem o coração, diminuindo a quantidade de oxigênio que é utilizada por ele.*

Principais efeitos colaterais

Como esses remédios relaxam seu coração, diminuindo o batimento (a frequência cardíaca), eles poderão diminuir a sua tolerância à prática de exercício físico (capacidade de exercício). Mas o médico vai ajustando a dose lentamente para diminuir esse efeito. Os bloqueadores poderão agravar quadros de asma. Se você tem asma, deve informar seu médico. Às vezes, pode ocorrer sintomas de depressão com o uso de betabloqueadores. Se sentir tristeza constante, desânimo, ansiedade, você deverá informar ao seu médico ou enfermeiro.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

6. Anticoagulantes (Hidroxicumarínico; Warfarin): *podem ser utilizados em casos especiais e têm a função de deixar o sangue mais fino, facilitando assim a circulação.*

Principais efeitos colaterais

Os anticoagulantes podem aumentar a tendência de sangramentos. Caso tenha esse sintoma, você deverá comunicar ao médico ou enfermeiro.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

7. Antiarrítmicos (Amiodarona): *são utilizados em casos especiais para tratar ou prevenir arritmias cardíacas (palpitações).*

Principais efeitos colaterais

Principais efeitos colaterais: mudanças na coloração da pele, portanto você deve evitar a exposição aos raios solares e usar roupas protetoras e filtro solar; também podem ocasionar constipação, náuseas e vômitos persistentes.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Caso tenha esses sintomas, você deverá comunicar ao médico ou enfermeiro.

8- Ivabradina: *esse remédio reduz o batimento cardíaco, diminuindo o trabalho do coração.*

Principais efeitos colaterais

A ivabradina tem poucos efeitos colaterais, mas algumas vezes podem fazer com que você tenha pequenos distúrbios visuais que se manifestam sob a forma de luzes brilhantes transitórias são os efeitos mais frequentes desta medicação.

Caso tenha esses sintomas, você deverá comunicar o médico ou enfermeiro.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Como você pôde ver, os medicamentos têm muitas ações e efeitos colaterais diferentes. Pergunte para seu médico, enfermeiro ou farmacêutico se tiver dúvidas ou se notar efeitos colaterais.

Dicas para uso dos seus remédios

É importante que você tome os seus remédios no mesmo horário todos os dias para manter o nível constante de medicamentos no seu corpo e que tome regularmente, mesmo que esteja se sentindo muito bem, pois isso é um sinal de que eles estão funcionando para o seu tratamento.

Não tome doses a mais do que foi prescrito e não pare de tomar os medicamentos, a menos que seja orientado por seu médico. Se você esquecer de uma dose de seu remédio, tome a dose em falta assim que você lembrar e tome a dose seguinte nos horários regulares. No entanto, se for perto da hora da próxima dose, pule a dose e retorne ao seu horário de dosagem regular. Não tome uma dose dupla.

Tenha cuidado ao usar medicamentos que você pode comprar sem receita médica na farmácia, como analgésicos, antiácidos, laxantes, medicamentos para tosse, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), tais como o Voltaren® ou Naproxeno, porque eles podem piorar seus sintomas ou tornar seus medicamentos prescritos menos eficazes.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Sempre se informe com seu médico ou farmacêutico antes de tomar qualquer medicamento que você pode comprar sem receita médica. Certifique-se de ter medicação suficiente para durar até a próxima receita. Evite ficar sem seus remédios.

Custo pode ser um fator importante com medicamentos e alguns dos seus medicamentos podem ser caros. Caso tenha dificuldade na aquisição de algum remédio, discuta com seu médico sua preocupação com o custo da medicação. Leve sua receita médica atual em todas as consultas com o médico, enfermeiro ou profissional de saúde. Mantenha seus medicamentos sempre à mão. É importante que você saiba o nome, a dosagem, os efeitos desejáveis de todos os medicamentos que você está tomando.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

COMPONENTE: RESTRIÇÃO DE SÓDIO (SAL)

Você poderia me falar como é o preparo da sua alimentação?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando sua fala, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce as atitudes positivas em relação à alimentação saudável, como “Que bom que você tem uma alimentação saudável”]

ou “*Muito bom que você controla o sal da sua comida*” e enfatize a importância de manter a restrição do sódio. Caso adote hábitos alimentares não saudáveis, dê continuidade explicando a importância da restrição do sódio para o controle da doença].

Uma alimentação balanceada, com restrição de sal (sódio) é um ponto importante no tratamento da insuficiência cardíaca. A baixa ingestão de sal (sódio) ajuda a reduzir o excesso de líquidos do organismo, melhorando os sintomas de inchaço e falta de ar.

O sal que adicionamos na comida, quando em excesso, provoca um acúmulo de líquidos no corpo, aumentando a pressão arterial e forçando seu coração a trabalhar mais.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Seguir uma dieta com pouco sódio pode ajudá-lo(a) a sentir-se bem e permite que seus medicamentos para insuficiência cardíaca funcionem melhor, evitando o que chamamos de descompensação da doença e que você precise ficar internado em hospital.

Por isso é muito importante para o controle da insuficiência cardíaca que você reduza a quantidade de sal no preparo da sua comida, sendo indicado o uso de até 5 gramas de sal por dia, o que equivale à medida de uma colher de chá rasa, independentemente do tipo do sal (sal refinado, marinho, negro e rosa do Himalaia).

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Também é importante falar que o sal *light* não é recomendado para as pessoas com insuficiência cardíaca, pois esse tipo de sal é composto de 50% de cloreto de sódio (sal refinado) e 50% de cloreto de potássio, e o potássio em excesso pode provocar arritmias cardíacas, prejudicar o funcionamento do coração.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora”? Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Algumas dicas para ajudá-lo a diminuir o consumo de sal:

Ao preparar sua comida, cozinhe usando menos sal, vá reduzindo aos poucos para você ir se acostumando com o sabor da comida. Você pode fazer com que os alimentos tenham um sabor bom sem sal, usando temperos naturais como: cebola, alho, salsinha, cebolinha, coentro, orégano, hortelã, limão, manjerição e cominho, ervas secas. Evite acrescentar sal na comida depois que ela estiver pronta, para isso, retire o saleiro da mesa. Dessa forma, você pode reduzir até 30% da sua ingestão de sódio.

- **Evite**
 - Alimentos em conserva (azeitonas, cogumelo, pickles)
 - Alimentos enlatados (seleta de legumes, milho, ervilha, molho de tomate, sardinha, atum)
 - Alimentos embutidos (linguiça, paio, salsicha, presunto, salame, mortadela)
 - Molhos industrializados (ketchup, maionesse, mostarda, soyo, molho de salada)
 - Queijos do tipo parmesão, prato, provolone
 - Carnes defumadas, carne-seca e bacalhau
 - Temperos prontos industrializados (cubos de caldo de carne e legumes)
 - Macarrão instantâneo, sopas prontas
 - Bolachas e pães industrializados
 - Manteiga ou margarina com sal
- Quando for comer fora de casa, em restaurantes, ou na casa de amigos e parentes, escolha e solicite comida com pouco sal.

Ensino da leitura do rótulo dos alimentos

Recurso: use o modelo de rótulo de alimentos para mostrar a concentração de sódio.

Leia os rótulos dos alimentos para ajudá-lo a escolher aqueles com baixo teor de sódio. Comece lendo as informações sobre o tamanho da porção e o teor de sódio.

Se você comer a mesma quantidade de dose da listada no rótulo, estará ingerindo a quantidade de sódio listada. Mas, se a quantidade que você realmente come é maior, a quantidade de sódio que você ingerirá também será maior. Por exemplo, se você comer duas colheres de um alimento, mas o tamanho da porção for de uma colher, precisará dobrar a quantidade de sódio listada.

Procure alimentos que usem um desses termos no rótulo: sem sódio, baixo teor de sódio, sódio reduzido, leve em sódio ou sem sal.

COMPONENTE: RESTRIÇÃO DE LÍQUIDOS

Poderia me falar se seu médico recomendou restrição de líquidos que você pode tomar?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, explique a importância da restrição de líquidos].

Muitas vezes, na insuficiência cardíaca, é necessário um controle da quantidade de líquidos ingeridos ao longo do dia para diminuir o inchaço dos pés, dos tornozelos, das pernas.

Algumas vezes, a água fica acumulada nos pulmões, causando muita falta de ar e o controle de líquidos ingeridos pode ajudar também a melhorar a falta de ar. Geralmente, uma ingestão de líquidos de 1.000 a 1.200mL/dia é suficiente, porém para alguns, pode ser necessária uma restrição um pouco mais rigorosa, por volta de 800mL por dia.

É muito importante que você beba a quantidade de líquidos que o médico recomendou para você. Algumas pessoas acham muito difícil seguir a restrição,

principalmente em épocas de calor. Daremos algumas dicas para que você consiga seguir as recomendações de restrição do volume de líquidos.

- *Toda manhã, meça sua quantidade diária total de líquidos e coloque-a em uma jarra. Vamos chamar essa jarra de jarra-controle.*
- *Sempre que você consumir líquidos no decorrer de todo o dia até a manhã seguinte (água, sucos, chás, café, leite, sopa, gelatina etc.), despreze da jarra-controle uma quantidade igual à quantidade de líquido que você tomou.*
- *A quantidade de líquido restante é a sua quantidade permitida para o resto do dia.*
- *Use xícaras e copos pequenos para bebidas.*
- *Dê preferência a comer as frutas em vez de beber os sucos.*
- *Opte pela refeição sólida no lugar das sopas.*
- *Mantenha a casa bem umidificada, principalmente em dias quentes, para ajudá-lo(a) a não transpirar muito, diminuindo a sede. Uma forma de manter a casa umidificada é pendurar toalhas molhadas em diferentes locais.*

COMPONENTE: CONTROLE DA SEDE

Poderia me falar se sente muita sede?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, explique o sintoma de sede].

A sede é muito comum em pessoas com insuficiência cardíaca, principalmente em períodos de mais calor. O aumento da sede é ocasionado pela própria insuficiência cardíaca e pode ser agravado pela restrição de líquidos e pelo uso de alguns medicamentos, como os diuréticos. O tratamento da IC provoca a perda de líquidos e “boca seca”, o que aumenta a sensação de sede.

A sede é uma percepção do nosso corpo que provoca o desejo de beber líquidos. Se você precisa da restrição de líquidos e não segue a recomendação médica, isso pode resultar em inchaço, falta de ar, inclusive água no pulmão, levando a hospitalizações desnecessárias. Portanto é muito importante que você controle a sua sede.

Poderia me falar o que você faz para controlar a sede?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce as atitudes positivas em relação ao controle da sede, como “Que bom que usa essa estratégia para controlar a sede” ou “Muito bom que está conseguindo controlar sua sede”, e dê continuidade, apresentando dicas diferentes das que ele(a) já adota. Caso o paciente não use estratégias para controlar a sede, diga: “Eu vou dar algumas dicas para ajudá-lo(a) no controle da sede” e dê continuidade ao programa].

Entendo que é muito difícil sentir sede, mas é muito importante que utilize algumas estratégias para controlar sua sede, para evitar que aumente sua ingestão de líquidos.

Existem algumas estratégias que podem ajudar a diminuir a sede, como:

- *Chupar cubos de gelo devagar, lembrando que é importante descontar a quantidade de água em forma de gelo do volume de líquidos da jarra-controle.*
- *Tomar pequenas quantidades de água gelada, aromatizada com folhas de hortelã ou rodela de limão (descontando sempre do volume de líquidos da jarra-controle).*
- *Chupar fatias de limão, balas de hortelã ou goma de mascar, preferencialmente sem açúcar, para estimular a produção de saliva.*
- *Congelar polpa de frutas em formas de gelo e consumir ao longo do dia, (descontando do volume da jarra-controle).*
- *Escovar os dentes com maior frequência.*

Sugiro que você experimente algumas dessas dicas para ver se ajudam na diminuição de sua sede.

COMPONENTE: PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS (MONITORAMENTO DOS SINTOMAS)

Você costuma observar sinais que seu corpo emite de que algo não está indo bem?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce as atitudes positivas em relação peso diário, como “*Muito bom que está observando seu corpo diariamente, isso irá ajudá-lo(a) a perceber sinais de descompensação da IC*”, e dê continuidade, enfatizando os motivos para o monitoramento dos sintomas. Caso o paciente não tenha o hábito de procurar sinais de inchaços, diga: “*Entendo que você não tenha esse hábito, mas irei informar a importância do monitoramento diário dos sinais que seu corpo emite, para ajudá-lo(a) a perceber sinais de descompensação da IC*” e dê continuidade ao programa].

É muito importante observar as mensagens que seu corpo emite, quando as coisas não estão se saindo muito bem, identificar esses sinais assim que eles comecem. Muitas pessoas não atentam nos sinais iniciais, na maioria das vezes discretos, de descompensação da doença, ou simplesmente ignoram esses sinais. Mas ignorá-los pode ser muito arriscado.

Como foi explicado anteriormente, o seu coração está mais fraco e não consegue bombear o sangue adequadamente para seu corpo, podendo ocasionar inchaço nos seus pés, tornozelos, aumento de peso, falta de ar, cansaço, dificuldade para dormir na posição deitado. Esses sinais e sintomas podem significar que a insuficiência cardíaca está piorando. Então, se você notar alguma alteração nos sintomas (mesmo que seja leve), é importante que você leve a alteração a sério, pois

os sintomas podem piorar rapidamente, necessitando de atendimento médico de urgência e até de internação hospitalar.

[Dar espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Monitorar seus sintomas diariamente é muito importante para reconhecer sinais precoces de descontrole da IC. Se você fizer isso, poderá notar mudanças nos sintomas mais cedo e poderá tomar algumas atitudes que possam ajudá-lo(a) a evitar o agravamento desses sintomas (gerenciá-los melhor).

Ganho de peso ou inchaço (também chamado de edema) são alguns dos sinais precoces de descompensação da IC. São sinais de que está havendo acúmulo de líquido em seu corpo e que você precisa tomar alguma medida para reduzir a quantidade de líquidos em seu corpo, antes que os sintomas se tornem mais graves.

Portanto, monitorar sinais de inchaço e monitorar seu peso diariamente pode ajudá-lo(a) a identificar precocemente sinais de descompensação da IC.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Darei algumas dicas para auxiliá-lo(a) no monitoramento desses sinais:

- Observe diariamente mensagens do seu corpo indicando que você está mais inchado. Por exemplo:

- Quando calça seus sapatos, eles parecem mais apertados?

- Seu anel está mais apertado?

- Suas roupas estão mais apertadas na cintura?

- Seus tornozelos estão inchados? (Verifique a presença de edema na região maleolar do paciente, ensinando a técnica e oriente-o a repeti-la diariamente, em busca de sinais de inchaço).

Todos esses sinais são sugestivos de que você está ficando inchado(a), e esse inchaço acontece porque há muito líquido no seu corpo (Pode ser porque você ingeriu uma quantidade maior de líquidos, ou comeu alimentos com maior quantidade de sódio (sal), o que causa retenção de líquidos no seu corpo).

Tudo isso que estou falando é importante para que você aprenda a entender as mensagens do seu corpo, o que ele está mostrando a você sobre a insuficiência cardíaca, para você perceber os seus sintomas.

Esse sinal de inchaço é uma mensagem que seu corpo está dando a você, de que algo não está indo bem e que você precisa ajudá-lo, para que seus sintomas não piorem. Por isso, é importante que você observe diariamente os sinais que o seu corpo mostra quando você está inchado.

Esses sinais são familiares para você? Quais já apresentou?

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família

manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Para auxiliar nessa percepção, é muito importante que você comece a prestar atenção nos sintomas da sua doença e a registrar em um diário todas as alterações que você observa.

Isso vai ajudá-lo(a) a perceber o que pode estar contribuindo para a mudança dos sintomas e a decidir o que fazer para melhorar os sintomas e também a verificar se o que você fez teve alguma resposta positiva.

Além disso, é importante que você mostre para o médico, enfermeiro ou profissional de saúde que faz seu acompanhamento as anotações dos sintomas que você percebeu, para ajudar no seu tratamento.

[Ensine o preenchimento do diário de sintomas ao paciente].

Apresente o diário de sintomas e ensine como preencher:

O diário de sintomas está localizado na página 45 do livro de educação do paciente. Na primeira linha, listamos os principais sintomas de descompensação da IC, como: dificuldade para respirar, pés inchados, tosse persistente, cansaço em repouso, dor no peito, diminuição do volume da urina e aumento repentino do peso. Também deixamos um espaço em branco para que anote outros sintomas da sua doença.

Se apresentar algum desses sintomas, coloque a data em que o sintoma apareceu e assinale as ações que você fez para melhorar.

As opções são: não fiz nada; diminuí o sal da comida, diminuí a ingestão de líquidos; tomei um diurético a mais; fiquei em repouso; procurei atendimento médico.

Assinale também quais os resultados das ações, sendo as opções: melhorei (se percebeu melhora do sintoma; piorei (se percebeu piora do sintoma) ou não sei, caso não consiga fazer essa avaliação.

Também deixamos um espaço para anotar outras ações que tenha feito para melhorar os sintomas.

À medida que você se torna mais confiante em sua capacidade de gerenciar os seus sintomas da insuficiência cardíaca, você pode evitar a hospitalização.

COMPONENTE: MONITORAMENTO DO PESO

Pesar-se diariamente é uma atividade importante para auxiliá-lo(a) na avaliação do controle da sua doença. Esse monitoramento diário do peso tem como objetivo ajudá-lo(a) a identificar se seu corpo está retendo líquidos extras.

Seu peso muda quando o líquido se acumula no seu corpo. Se você identificar precocemente esse acúmulo extra de líquidos, você poderá tratar em casa, ajudando seu coração a trabalhar melhor. Se detectar apenas quando os sintomas se agravarem, muitas vezes não será possível tratar em casa, sendo necessário, na maioria dos casos, procurar um pronto socorro ou até mesmo internação no hospital. Por isso se pesar diariamente e anotar seu peso no diário do peso é importante para ajudar você a monitorar os sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca.

[Ensine o preenchimento do diário do peso ao paciente].

Apresente o diário do paciente e ensine como deve ser o preenchimento:

O diário do peso está localizado na página 43 do livro de educação do paciente.

Deixarei anotado seu peso inicial (seu peso de hoje), para que ajude você a avaliar se está ganhando ou perdendo peso. Recomendamos que você se pese diariamente, então, deixamos organizado seu diário, para que registre seu peso diariamente durante as sete semanas em que iremos acompanhar você.

Para cada dia da semana, você deverá anotar seu peso, iniciando amanhã. Seu peso de hoje, anotamos aqui no “peso atual”.

Quando receber a ligação de acompanhamento, esteja com seu livro, para que possa me falar seu peso dos últimos dias.

. O ideal é se pesar todos os dias de manhã, usando essas dicas:

- *Esvazie sua bexiga antes de se pesar*
- *Sempre se pese com a mesma quantidade de roupa*
- *Sempre se pese antes do café da manhã*
- *Use sempre a mesma balança*
- *Registre seu peso diariamente, no diário que entregamos a você.*

Se não possuir uma balança em sua casa, como alternativa você pode se pesar na farmácia mais próxima, seguindo as dicas que passei.

Lembre-se de que um ganho repentino de peso, quando você está se alimentando de forma adequada, pode ser um sinal precoce de acúmulo de líquidos no seu corpo, e isso não é um bom sinal.

Se você perceber que seu peso aumentou, reflita sobre as seguintes questões:

- *Sua comida estava mais salgada? Lembre-se de que o sal em excesso irá causar um acúmulo de líquidos, como uma esponja no corpo, atraindo líquidos para ele.*
- *Tomou mais líquidos do que o recomendado para você? Lembre-se de que líquidos em excesso podem se acumular nos pulmões e dificultar sua respiração.*
- *Está fazendo menos xixi? Lembre-se de que isso pode ser um sinal de que seu coração não está conseguindo bombear o suficiente para circular a quantidade de líquidos do seu corpo.*

Se a resposta for sim para qualquer uma dessas perguntas, será importante que você reduza a quantidade de líquidos e de sal que está ingerindo e observe se seu peso diminui, ou se está urinando mais.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Se você ganhar um quilo ou mais em um dia, ou dois quilos em uma semana ou se tiver mais inchaço do que o habitual, recomendamos:

- ✓ *Diminua o sal da sua comida;*
- ✓ *Diminua a quantidade de líquido que você está ingerindo.*

Se você não perder o peso que ganhou ou diminuir seu inchaço em um ou dois dias, ou se aumentar o peso e/ou inchaço,

Tome uma dose dobrada do diurético receitado pelo médico (remédio para urinar).

[Leia a receita do paciente e ensine-o como dobrar a dose].

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Se, mesmo assim, continuar aumentando seu peso ou apresentar outros sintomas, como piora do cansaço, piora da falta de ar, palpitações, diminuição do volume da urina, você deverá procurar seu médico ou enfermeiro para ajustar a dose dos medicamentos.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

COMPONENTE: EXERCÍCIO FÍSICO

Você costuma realizar atividade física, como, por exemplo, caminhada?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce as atitudes positivas em à atividade física, como “*Muito bom que está conseguindo realizar atividade física, isso irá ajudá-lo(a) no controle da IC*”, e dê continuidade ao programa. Caso o paciente não realize atividade física, explore os motivos, diga: “*Entendo que não realize nenhuma atividade física, mas iremos conversar sobre a importância do exercício, no controle da IC*” e dê continuidade ao programa].

Muitas pessoas com IC deixam de praticar atividade física porque acham que é melhor para controlar os sintomas da IC; no entanto, estudos recentes mostram que exercício físico, como a caminhada, traz benefícios para as pessoas com insuficiência cardíaca.

O exercício físico auxilia o corpo a se tornar mais eficiente no uso de oxigênio. Quando os músculos do corpo são exercitados regularmente, ele usa menos oxigênio para fazer seu trabalho quando comparado com um músculo que não tenha sido exercitado.

O exercício físico ajuda no fortalecimento dos músculos e dos ossos, aumentando a sua tolerância para a realização das atividades do dia a dia. Com o tempo, o exercício regular pode ajudá-lo(a) a se sentir melhor e ter menos dificuldade nas atividades diárias, reduzindo os sintomas de falta de ar e fadiga.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma

pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Recomendamos que realize um planejamento de exercício e que vá aumentando de forma gradativa, semanalmente, para ajudar seu corpo a ir se adaptando à atividade física.

Caminhar é um dos melhores exercícios para melhorar sua saúde, por isso sugerimos que você realize caminhadas, preferencialmente em horário com pouco sol e evitando temperaturas muito quentes ou muito frias, sempre com roupas e sapatos confortáveis. Evite caminhar após as refeições, pois seu corpo irá gastar energia para a digestão dos alimentos.

Ao caminhar, provavelmente sua respiração ficará mais rápida, mas, ainda assim, deverá ser capaz de falar.

Recomendamos que realize um plano de iniciar sua caminhada em local plano, com duração de 15 minutos e vá aumentando gradativamente o tempo conforme sua tolerância a cada dois dias aproximadamente até atingir 30 minutos por caminhada. Quando estiver caminhando diariamente por 30 minutos, sugerimos ir aumentando a duração da caminhada, semanalmente.

[Material de apoio: Livro de educação do paciente - sugestão de caminhadas diárias].

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

COMPONENTE: ATIVIDADE SEXUAL

Vamos conversar sobre atividade sexual? Você tem vida sexual ativa?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Se obtiver uma resposta positiva, dê continuidade ao programa. Se for negativa, vá para o próximo componente].

Muitas pessoas com insuficiência cardíaca se questionam se ainda podem ter relações sexuais, se podem prejudicar seu coração. A atividade sexual deve ser encarada como qualquer outra atividade física. Atividade sexual é uma atividade moderada de exercício, assemelhando-se, por exemplo, à subida de dois lances de escada. Dito isso, a atividade sexual é segura se você estiver com a doença bem controlada, sem sintomas.

Permanecer sexualmente ativo é importante para manter uma qualidade de vida saudável e permanecer conectado ao(à) seu(sua) parceiro (a). No entanto, para uma atividade sexual segura, é muito importante que você siga um plano de atividade física. A prática de exercício físico tem efeito na redução do batimento do coração durante a atividade sexual, tornando-a mais segura e agradável.

Agora, se estiver sentindo muito cansaço ou falta de ar ao realizar suas atividades do dia a dia, a atividade sexual não é recomendada. Isso não significa que

você não possa trocar carinho com seu(sua) parceiro(a) (beijar, tocar, acariciar). Pule a parte do sexo, até que seu médico diga que você está estável, sem sintomas de descompensação da doença.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Algumas dicas para que você se canse menos durante a relação sexual:

Converse abertamente com seu(sua) parceiro (a) sobre suas necessidades e preocupações relacionadas ao sexo;

Escolha um horário para a atividade sexual quando você se sentir descansado e confortável;

Evite atividade sexual depois de fazer uma grande refeição ou ingerir bebida alcoólica;

Evite atividade sexual em temperaturas extremas (muito quente ou muito frio);

Use as preliminares para ajudar seu coração a se acostumar com o aumento do nível de atividade sexual;

Evite posições nas quais você apoia seu peso com os braços;

Prefira posições mais passivas, com menos esforço físico, como deitado de costas ou com você e seu(sua) parceiro(a) deitados lado a lado.

Pare imediatamente o exercício/atividade sexual se:

- *Ficar com muita falta de ar;*
- *Sentir-se fraco, cansado, tonto;*
- *Tiver dor ou desconforto no peito;*
- *Sentir palpitações (batimento acelerado do coração);*
- *Sentir náusea;*
- *Tiver transpiração excessiva.*

Se esses sintomas persistirem, ligue para o serviço de emergência: 192.

Não deixe de tomar seus remédios por medo de efeitos colaterais que possam afetar sua relação sexual e não tome remédios, sem receita médica, para aumentar seu desejo sexual. Se você tiver alguma dificuldade sexual, não tenha vergonha de conversar com seu cardiologista ou outro médico.

Se a relação sexual está sendo difícil para você, tente encontrar outras maneiras de estar fisicamente próximo e íntimo do(a) seu(sua) parceiro(a).

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

COMPONENTE: CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

À medida que você se torna mais ativo, notará que tem mais energia para atividades em casa, passatempos e outros tipos de recreação.

Mesmo sendo bom permanecer ativo, você ainda pode achar difícil fazer o mesmo que fazia antes.

Conservação de energia significa simplesmente reduzir a quantidade de energia que é necessária para realizar suas atividades do dia a dia, ou seja, é um equilíbrio entre o descanso e a atividade.

Manter suas atividades do dia a dia é muito importante para manter o funcionamento do seu coração, mas deve ser realizado conforme a sua tolerância, o importante é não ficar parado.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do conteúdo apresentado].

As dicas a seguir podem ajudá-lo(a) a ficar mais disposto(a):

Permita-se períodos de descanso durante o dia, não espere até que você esteja exausto para descansar.

Priorize quais tarefas precisam ser realizadas hoje e quais podem ser realizadas no dia seguinte, para evitar fadiga;

Verifique quais tarefas podem ser realizadas por outra pessoa;

Planeje o uso do seu tempo;

Alterne as atividades fáceis com as que são mais difíceis;

Use movimentos lentos e suaves durante as atividades.

Faça as atividades que requerem mais energia no dia em que você estiver se sentindo melhor.

Divida as tarefas e faça intervalos de descanso. Você precisa ouvir seu corpo e identificar seu nível de tolerância para realizar atividades dentro de seus limites. Se possível, realize algumas tarefas sentado(a). Frequentemente, faça uma atividade sentado(a). É melhor porque requer 25% menos energia do que fazer a mesma atividade em pé.

Descanse entre as atividades.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

A falta de atividade física pode trazer consequências ruins para seu corpo, como redução da musculatura do corpo, trombose e diminuição da sua capacidade de tolerar exercício físico. Portanto adequar sua energia para se manter em movimento trará melhores resultados para o controle da IC.

CESSAÇÃO DE TABAGISMO E BEBIDAS ALCOÓLICAS

É muito importante para o controle da insuficiência cardíaca que, se você fuma, deixe de fumar e também que diminua a quantidade de bebidas alcoólicas que você consome. É importante que você beba com moderação, pois essas substâncias podem danificar as células do seu coração e prejudicar ainda mais o bombeamento do sangue.

Beber com moderação significa beber menos de duas doses padrão por semana. Uma bebida padrão é uma bebida que contém 12 gramas de álcool, o que geralmente significa uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

Caso o paciente seja tabagista e concorde, encaminhe-o para o grupo de Tabagismo da Instituição.

VACINAÇÃO

Você recebeu a vacina da gripe na última campanha anual? Já recebeu a vacina contra pneumococos?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce as atitudes positivas em à atividade física, como “*Muito bom que está se vacinando anualmente, isso irá ajudá-lo(a) a prevenir de infecções respiratórias que pioram a IC*”, e dê continuidade ao programa. Caso o paciente não tenha tomada às vacinas, explore os motivos, diga: “*Entendo que não tenha se vacinado, mas iremos conversar sobre a importância da vacinação para a prevenção de doenças respiratórias, que podem descompensar a IC*” e dê continuidade ao programa].

É muito importante que você tome a vacina anual contra a influenza (gripe) e a vacinação para pneumococos (a cada cinco anos). Essas vacinas reduzem as complicações respiratórias que agravam a insuficiência cardíaca, diminuindo as chances de internações hospitalares.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

COMPONENTE: SENTIMENTOS COMUNS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Como você se sente em relação à sua doença?

[Ouça atentamente o paciente, adotando uma postura de envolvimento, deixando claro ao paciente e /ou familiar que você está acompanhando, por meio de gestos ou palavras. Com base na resposta do paciente e/ou familiar, reforce as atitudes positivas

em relação ao enfrentamento, como “Muito bom que está se sentindo confiante com seu tratamento”, e dê continuidade ao programa. Caso haja relato de sintomas de depressão, tristeza, ou outros, diga: “Entendo que se sinta assim. Iremos conversar um pouco sobre esses sentimentos” e dê continuidade ao programa].

A insuficiência cardíaca pode afetar sua qualidade de vida, reduzindo sua independência e capacidade de realizar algumas atividades do seu cotidiano.

Como resultado dessas mudanças em sua vida, você pode experimentar sentimentos de tristeza, depressão, ansiedade, raiva, perda de controle, incerteza e sentir-se um fardo para os outros. É normal experimentar emoções intensas quando há incerteza sobre como um diagnóstico afetará sua vida cotidiana, mas é muito importante que você faça algumas coisas para ajudar a gerenciar seus sentimentos de depressão, ansiedade, raiva ou tristeza.

Dicas para ajudá-lo(a) a reduzir sentimentos negativos, aumentar sentimentos positivos, criar confiança e ajudar na sua qualidade de vida:

- ✓ *Compartilhe seus sentimentos com um amigo, um familiar, um vizinho, alguém que faça você se sentir bem. Isso é muito bom. Converse com essa pessoa sobre seus sentimentos. O simples ato de compartilhar um problema ou se preocupar em voz alta pode torná-lo mais gerenciável e menos avassalador.*
- ✓ *Participe de um grupo de apoio para pacientes com insuficiência cardíaca ou doença cardíaca. Algumas pessoas acham útil discutir seus sentimentos com pessoas que têm problemas semelhantes. Um grupo de apoio pode ajudá-lo(a) a lidar melhor com seus sentimentos. Pergunte ao enfermeiro, ou outro profissional da saúde, como psicólogo, assistente social, onde você pode encontrar um grupo de apoio em sua comunidade ou on-line.*
- ✓ *Saiba mais sobre as opções de tratamento para apoio emocional. Converse com seu médico ou enfermeiro se estiver com dificuldades e acha que pode precisar de mais ajuda. Eles podem ajudar a encontrar o tratamento certo para suas necessidades.*
- ✓ *Engaje-se ativamente no seu autocuidado, isso também pode ajudar a enfrentar esses sentimentos.*
- ✓ *Realize exercício físico regular, além de contribuir para o coração trabalhar melhor, também ajuda a reduzir sentimentos de estresse, raiva, depressão e ansiedade.*
- ✓ *Tente uma atividade nova, que você possa gostar (exemplo: cuidar de plantas, trabalhos manuais, como artesanato, pintura etc.).*
- ✓ *Inicie uma nova atividade, muitas pessoas com insuficiência cardíaca acham que isso ajuda a manter a mente longe dos sintomas e fornece uma nova perspectiva da vida.*
- ✓ *Assuma um papel ativo no seu autocuidado; aumentar o seu conhecimento sobre o autocuidado irá melhorar tanto os sintomas de insuficiência cardíaca, como também irá ajudar a se sentir mais confiante e com maior controle sobre sua vida.*
- ✓ *Faça uma lista das coisas que você pode e não pode fazer e use essa lista como um guia para conversar com seus familiares e amigos sobre sua condição de saúde e entender como isso pode impactar sua vida.*
- ✓ *Procure ter um boa noite de sono; para isso, é muito importante o autocuidado, para melhora dos seus sintomas, para que afetem menos a qualidade do seu*

sono. Caso apresente dificuldades para iniciar ou manter o sono, converse também com seu médico.

- ✓ *Procure sair de casa com maior frequência, mesmo que seja por alguns minutos. Obter ar fresco pode limpar sua mente e acalmar a alma.*

Os sentimentos negativos, como ansiedade, depressão, em algumas pessoas podem diminuir ou até desaparecer depois de aprender mais sobre insuficiência cardíaca. Para outras, esses sentimentos podem continuar ou piorar com o tempo, a persistência desses sintomas pode levar a um desequilíbrio de hormônios, substâncias produzidas pelo organismo que podem piorar a insuficiência cardíaca, aumentando também o risco de futuras hospitalizações.

Portanto, se apresentar algum sinal de ansiedade, depressão, converse com seu médico, enfermeiro, psicólogo. Esses profissionais podem ajudá-lo(a) a gerenciar os problemas emocionais.

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

COMPONENTE: SINAIS DE ALERTA

A insuficiência cardíaca causa muitos sintomas. Alguns deles são mais graves que outros. É importante reconhecer quando você deve procurar um serviço médico de urgência para obter ajuda de emergência, ou quando você deve ligar para o seu médico ou enfermeiro para obter atenção urgente.

Alguns sinais importantes de agravamento (descompensação) a serem observados são os seguintes:

- a. *Dor ou desconforto no peito, que dure mais de 15 minutos, sem alívio imediato com repouso ou uso de medicamento;*
- b. *Falta de ar grave e persistente.*
- c. *Sensação de desmaio ou desmaio*

Se algum desses sintomas estiver presente, você precisa de um atendimento médico de emergência, ligue para o Serviço de emergência - 192 ou para o Corpo de Bombeiros - 193.

Caso apresente estes sintomas, ligue para seu médico ou enfermeiro, para que ele possa verificar a necessidade de ajuste do seu tratamento:

Ganho de peso superior a dois quilos em um dia ou três quilos em uma semana;

Inchaço aumentado nos tornozelos, pernas ou barriga;

Piora da falta de ar ao realizar suas atividades do dia a dia;

Acordar no meio da noite sem fôlego;

Dificuldade para ficar deitado;

[Dê espaço para perguntas ou considerações do paciente e/ou família: “Gostaria de fazer alguma pergunta ou consideração sobre o que conversamos até agora?” Caso o paciente e/ou família

manifeste(m) alguma dúvida, responda e certifique-se do entendimento do item apresentado].

RESUMO DA SESSÃO

Então, [nome do paciente], conversamos sobre a importância do autocuidado para o controle dos sintomas da IC, falamos que é uma doença crônica, causada por diversos fatores, como infarto e doença de Chagas, que deixam seu coração enfraquecido, fazendo com que ele tenha dificuldade para executar a função de bomba. Os principais sintomas da IC são falta de ar, cansaço, inchaço. Os remédios utilizados no seu tratamento ajudam seu coração a funcionar melhor, por isso é muito importante que você tome os medicamentos corretamente. Será necessária a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, controlando o sal; atividade física regular; períodos de descanso ao longo do dia; abandono de cigarro e bebidas alcoólicas, e é muito importante a vacinação, para evitar doenças que possam agravar a IC.

Também falamos da importância do controle da ingestão de líquidos, do monitoramento diário do peso e dos sinais que seu corpo mostra, quando algo não está indo bem. Informamos sobre a importância de registrar o peso e os sinais e sintomas, para ajudá-lo(a) no gerenciamento da IC. Falamos ainda sobre quando será necessário procurar atendimento médico de urgência ou antecipar a consulta com seu médico, para ajuste do tratamento e dicas para ajudar no gerenciamento dos sentimentos relacionados à IC que possam surgir.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Estamos finalizando a nossa primeira sessão do Programa de Educação para o Autocuidado-IC. Dos tópicos que conversamos, você gostaria de fazer alguma pergunta?

[Ouça atentamente os questionamentos do paciente e sane as dúvidas. Registre no diário de campo as principais dúvidas relatadas].

Sempre fique à vontade para fazer perguntas ao seu médico ou enfermeiro. Também é muito importante que um membro da família ou amigo o(a) ajude a fazer perguntas se você não se sentir confortável fazendo isso sozinho. Lembre-se de que uma parceria ativa entre você e seu médico e enfermeiro contribui para seu o autocuidado.

ENCERRAMENTO DA SESSÃO

Na sequência, agende as datas das próximas sessões, entregue o Livro de Educação do Paciente, destacando o Diário do Paciente, e explique como usá-lo.

Livro de Educação do Paciente

O livro de educação do paciente contém a síntese da intervenção para que pacientes e familiares possam consultar para reforço da intervenção e no caso de dúvidas. Cada sessão do livro do paciente contém materiais escritos e ilustrações.

AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

LIVRO DE EDUCAÇÃO DO PACIENTE

Ana Paula da Conceição - Diná de Almeida Monteiro da
Cruz

Apresentação

Este manual foi desenvolvido para ajudar você e sua família a entender melhor a insuficiência cardíaca e seu tratamento para ajudá-los no seu cuidado.

Ao final do manual você encontrará espaços reservados para você anotar todos os dias como estão os seus sintomas.

Mantenha-o sempre ao seu alcance. Este livro será um forte aliado para ajudá-lo a cuidar-se de si mesmo.

O QUE É INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

Seu coração é um músculo que funciona como uma "bomba" para fazer o sangue circular na quantidade certa para todas as partes do seu corpo.

Quando você tem insuficiência cardíaca, seu coração pode se tornar enfraquecido, incapaz de manter a quantidade de sangue circulando por todo seu corpo, estagnando sangue e líquidos em vários órgãos.

É uma doença crônica, progressiva, ou seja, ela é uma doença que na maioria dos casos não tem cura .

Apesar de a insuficiência cardíaca não ter cura na maioria dos casos, aprendendo a se cuidar, você e seus familiares podem controlar os sintomas dessa doença para evitar episódios de descompensação, que causam muito desconforto, como a dificuldade para respirar, cansaço frequente, mesmo quando está em repouso, dificuldade para realizar suas atividades diárias, e inchaço nas pernas.

PRINCIPAIS CAUSAS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

As principais causas da insuficiência cardíaca são as doenças que acometem o coração, como hipertensão arterial (pressão alta), infarto do coração, arritmias cardíacas, doença das válvulas do coração, uso de cigarro, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, e algumas infecções como a doença de Chagas.

Diabetes não controlada também pode ocasionar insuficiência cardíaca.

Exemplo do coração com Insuficiência cardíaca

SINAIS E SINTOMAS COMUNS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

No início da doença a pessoa pode não ter nenhum sintoma, pois o coração nessa fase está tentando compensar essa anormalidade, trabalhando muito mais. Com o passar do tempo, o corpo começa a mostrar que algo não está bem, como os citados abaixo:

FALTA DE AR (dispneia)

Um dos sinais que o corpo mostra geralmente é a falta de ar, que aparece quando a pessoa realiza alguma atividade. De início a falta de ar aparece após um esforço maior, como subir escadas e ladeiras. Nessa situação a pessoa pode confundir esse sintoma da Insuficiência cardíaca, com a falta de exercício ou excesso de peso. Com o tempo, a falta de ar pode aparecer quando realiza esforços menores, como por exemplo, varrer a casa, tomar banho, caminhar no plano, que melhora quando fica em repouso sentada ou deitada. Geralmente é causada por líquido nos pulmões.

TOSSE PERSISTENTE

Tosse geralmente seca, muitas vezes piora à noite, devido ao acúmulo de líquidos no pulmão.

EDEMA (inchaço)

A pessoa também pode apresentar inchaço (edema) nas pernas, nos pés ou tornozelos, devido ao acúmulo de líquidos no corpo.

GANHO DE PESO

O ganho de peso pode confundir com o aumento de peso pela alimentação. O que diferencia é que o aumento de peso por **acúmulo de líquidos** ocorre geralmente de forma repentina, ou seja de um dia para outro, geralmente aparece junto com o inchaço e a diminuição do volume da urina.

PALPITAÇÕES

Batimento do coração acelerado, enquanto a pessoa descansa.

Tontura

Geralmente devido à pressão baixa e alguns medicamentos.

FALTA DE APETITE

Ocorre com muita frequência a falta de vontade de comer, principalmente devido ao acúmulo de líquidos no organismo.

Cansaço

Como seu coração pode não estar bombeando o sangue com a força que deveria, você pode sentir-se cansado, com falta de energia, e não conseguir fazer as coisas que costumava fazer.

TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Existem muitas opções de tratamento para insuficiência cardíaca. Essas incluem: uso de remédios, modificações no estilo de vida como: Alimentação saudável, atividade física, interrupção do tabagismo, controle do peso, vacinação.

PRINCIPAIS REMÉDIOS USADOS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

É muito importante que você tome seus remédios receitados pelo médico. Eles irão ajudá-lo a viver uma vida mais longa e saudável. Cada remédio ajuda o coração de uma maneira diferente.

Estão listados a seguir os medicamentos mais comumente receitados pelo médico para o controle da insuficiência cardíaca, dependendo das condições de cada pessoa.

1-Digitálicos (Digoxina):

Ajudam o coração a bombear sangue com mais eficiência e também a melhorar o fluxo de sangue para todo o corpo.

2. Diuréticos (Furosemide ; Hidroclorotiazida ; Espironolactona):

Ajudam os rins a eliminar o excesso de líquidos e de sal retidos no organismo, diminuindo o trabalho do coração, melhorando assim os sintomas da doença.

Como os diuréticos poderão fazer com que tenha mais vontade de urinar, evite tomar a última dose após às 16 horas, para evitar que levante muitas vezes para urinar à noite, prejudicando o seu sono.

3. Vasodilatadores (Isossorbida; Hidralazina Apressolina):

Esses remédios atuam diretamente nos vasos sanguíneos fazendo com que eles se dilatem, para se manterem mais abertos, e com isso facilitar a passagem do sangue pelo o corpo, melhorando os sintomas de dor no peito. Esse

remédio reduz o esforço do coração para bombear o sangue para o corpo.

4. Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (Captopril; Enalapril):

Esses remédios provocam o relaxamento dos vasos sanguíneos, diminuindo a pressão arterial. Com esse relaxamento, o coração se esforça menos para bombear o sangue pelo corpo, melhorando a tolerância para a realização de atividade física, a reduzir o acúmulo de líquidos em seu corpo e melhorar a sua qualidade de vida.

5. Betabloqueadores (Carvedilol; Metoprolol):

Eles ajudam o coração a bater mais devagar e mais forte, reduzem a pressão arterial e protegem o coração, diminuindo a quantidade de oxigênio que é utilizada por ele.

6. Anticoagulantes (Hidroxycumarínico ; Warfarin):

Podem ser usados em casos especiais, e têm a função de deixar o sangue mais fino facilitando assim a circulação.

7. Antiarrítmicos (Amiodarona):

São utilizados em casos especiais para tratar ou prevenir arritmias cardíacas (palpitações).

8- Ivabradina:

Esse remédio reduz o batimento cardíaco, diminuindo o trabalho do coração.

A maioria das pessoas não tem problemas com seus remédios, mas algumas vezes os remédios podem fazer com que você:

- Sinta tontura ou mal estar
- Apresente tosse,
- Manchas ou coceira no corpo

Se tiver algum problema com os seus remédios, fale com o seu enfermeiro, médico ou farmacêutico.

DICAS PARA USO DOS SEUS REMÉDIOS

- ❖ os seus remédios no mesmo horário todos os dias para manter o nível constante dos medicamentos no seu corpo;
- ❖ Tome seus remédios regularmente mesmo que esteja se sentindo muito bem, pois isso é um sinal de que eles estão funcionando para o seu tratamento;
- ❖ Não tome doses a mais do que foi prescrito e não pare de tomá-los, a menos que seja orientado pelo seu médico;

- ❖ Se você esquecer-se de uma dose de seu remédio, tome a dose em falta assim que você lembrar. Tome a dose seguinte nos horários regulares. No entanto, se for perto da hora da próxima dose, pule a dose e retorne ao seu horário de dosagem regular. Não tome uma dose dupla.
- ❖ Tenha cuidado ao usar remédios que você pode comprar sem receita médica na farmácia, como analgésicos, antiácidos, laxantes, medicamentos para tosse, anti-inflamatórios não esteroidais, tais como Voltaren® e outros, porque eles podem piorar seus sintomas ou tomar seus medicamentos prescritos menos eficazes.
- ❖ Sempre pergunte ao seu médico ou farmacêutico antes de tomar qualquer medicamento que você pode comprar sem receita médica.
- ❖ Os remédios têm muitas ações e efeitos colaterais diferentes. Pergunte para seu médico, enfermeiro ou farmacêutico se tiver dúvidas ou se notar efeitos colaterais.
- ❖ Certifique-se de ter remédio suficiente para durar até a próxima receita. Evite ficar sem seus remédios.
- ❖ Custo pode ser um fator importante com medicamentos e alguns dos seus remédios podem

ser caros. Discuta com seu médico sua preocupação com o custo da medicação.

- ❖ Traga sua receita médica atual em todas as consultas com o médico, enfermeiro ou profissional de saúde.
- ❖ Importante que você conheça o nome, dosagem, efeitos desejáveis de todos os medicamentos que você está tomando.
- ❖ Mantenha seus remédios sempre à mão.

- ❖ DEIXAR DE TOMAR SEUS REMÉDIOS, POR QUALQUER QUE SEJA O MOTIVO, PODE AGRAVAR SUA DOENÇA.

ATENÇÃO

Você pode não estar em uso de todos os tipos de medicamentos listados abaixo. Se você não estiver em uso de algum desses medicamentos e quiser saber o porquê, por favor, pergunte ao seu médico.

RESTRIÇÃO DE SÓDIO (SAL)

Uma alimentação balanceada com restrição de sal (sódio) é um ponto importante no tratamento da insuficiência cardíaca.

A baixa ingestão de sal (sódio) ajuda a reduzir o excesso de líquidos do organismo, melhorando os sintomas de inchaço e falta de ar.

O sal que adicionamos na comida, quando em excesso, provoca um acúmulo de líquidos no corpo, aumentando a pressão arterial e forçando seu coração a trabalhar mais.

Seguir uma dieta com pouco sódio pode ajudá-lo a sentir-se melhor e permite que seus medicamentos para insuficiência cardíaca funcionem melhor, evitando o que chamamos de descompensação da doença e evitando que você precise ficar internado no hospital.

Por isso é muito importante para o controle da insuficiência cardíaca que você reduza a quantidade de sal no preparo da sua comida, sendo indicado até 5 gramas de sal por dia, o que equivale a medida de uma colher de chá rasa, independente do tipo de sal (sal refinado, marinho, negro e rosa do Himalaia).

Também é importante falar que o sal *light* não é recomendado para as pessoas com insuficiência cardíaca, pois esse tipo de sal é composto de 50% de cloreto de sódio (sal refinado) e 50% de cloreto de potássio, e o potássio em excesso pode provocar arritmias cardíacas, prejudicar o funcionamento do coração.

Abaixo daremos algumas dicas para que sua comida continue saborosa, para que você sinta prazer em comê-la.

Algumas dicas para ajuda-lo a diminuir o consumo de sal:

- ✓ Ao preparar sua comida, cozinhe utilizando menos sal, vá reduzindo aos poucos para você ir se acostumar com o sabor da comida.
- ✓ Use temperos naturais como: cebola, alho, salsinha, cebolinha, coentro, orégano, hortelã, limão, manjerição, e cominho, ervas secas.
- ✓ Evite acrescentar sal na comida depois que ela estiver pronta e retire o saleiro da mesa.
- ✓ Evite:
 - ❖ Alimentos em conserva (azeitonas, cogumelo, picles)
 - ❖ Alimentos enlatados (seleta de legumes, milho, ervilha, molho de tomate, sardinha, atum)
 - ❖ Alimentos embutidos (linguiça, paio, salsicha, presunto, salame, mortadela,)
 - ❖ Molhos industrializados (ketchup, maionese, mostarda, shoyu, molho de salada)
 - ❖ Queijos do tipo parmesão, prato, provolone
 - ❖ Carnes defumadas, carne-seca e bacalhau
 - ❖ Temperos prontos industrializados (cubos de caldo de carne e legumes)
- ❖ Macarrão instantâneo, sopas prontas
- ❖ Bolachas e pães industrializados
- ❖ Manteiga ou margarina com sal

- ❖ Quando for comer fora de casa, em restaurantes, ou na casa de amigos e parentes, escolha e peça comida com pouco sal.
- ❖ Leia o rótulo dos alimentos e dê preferência para aqueles com menor quantidade de sódio

MODELO DE RÓTULO
INFORMAÇÃO NUTRICIONAL
Porção de g ou mL (medida caseira)

	Quantidade por porção	%VD ⁽¹⁾
1 Valor Energético	kcal e kJ	%
Carboidratos	g	%
Proteínas	g	%
Gorduras Totais	g	%
Gorduras Saturadas	g	%
Gorduras Trans	g	-
Fibra Alimentar	g	%
Sódio	mg	%
Outros minerais (1)	mg ou mcg	
Vitaminas (1)	mg ou mcg	

⁽¹⁾ Os Valores Diários de referência são base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.
⁽²⁾ Quando declarados.

1. Observe os nutrientes por g (grama)

2. Observe o nível de sal (sódio).

3. Escolha alimentos com pouco sal (sódio).

Efeitos do Excesso de Sal

RESTRIÇÃO DE LÍQUIDOS

Muitas vezes, na insuficiência cardíaca, é necessário um controle da quantidade de líquidos ingeridos ao longo do dia para diminuir o inchaço dos pés, dos tornozelos, das pernas.

Algumas vezes, a água fica acumulada nos pulmões, causando muita falta de ar e o controle de líquidos ingeridos pode ajudar também a melhorar a falta de ar.

Geralmente, uma ingestão de líquidos de 1000 é suficiente. Porém para alguns pode ser necessário uma restrição um pouco mais rigorosa, por volta de 800ml por dia.

É muito importante que você siga a recomendação do médico da quantidade de líquidos adequada para você.

Algumas pessoas acham muito difícil seguir a restrição, principalmente em épocas de calor.

Daremos algumas dicas para que você consiga seguir as recomendações de restrição do volume de líquidos.

- ✓ Toda manhã, meça sua quantidade diária total de líquidos e coloque-a em uma jarra. Vamos chamar essa jarra de jarra-controle.

Jarra Controle

Sempre que você consumir líquidos no decorrer de todo o dia até a manhã seguinte (água, sucos, chás, café, leite, café, sopa, gelatina), despreze da jarra-controle uma quantidade igual à quantidade de líquido que você tomou;

A quantidade de líquido restante é a sua quantidade permitida para o resto do dia;

Quando a jarra estiver vazia, você saberá que atingiu seu limite para o dia.

- ✓ Use xícaras e copos pequenos para bebidas;
- ✓ Dê preferência a comer as frutas ao invés de beber os sucos;
- ✓ Opte pela refeição sólida no lugar das sopas.

- ✓ Mantenha a casa bem umidificada, principalmente em dias quentes, para ajuda-o a não transpirar muito, diminuindo a sede.
- ✓ Uma forma de manter ambientes bem umidificados é pendurar toalhas molhadas em diferentes locais da casa.

Efeitos da ingestão de Líquido na IC

TABELA DE QUANTIDADE DE LÍQUIDOS DAS FRUTAS

Fruta	Porção	Quantidade de Líquidos (ML)
Abacate	4 colheres de sopa (50g)	73
Abacaxi	1 fatia média (84g)	72
Ameixa	1 unidade (66g)	57
Caju	2 unidades (120g)	105
Banana	1 unidade média (118g)	88
Caqui	1 unidade (168g)	134
Cereja	25 unidades (100g)	82
Polpa de Coco	2 colheres sopa (50g)	47
Figo	1 unidade (64g)	51
Goiaba	1 unidade (55g)	44
Manga	1 unidade (100g)	83
Uva niágara	22 bagos (100g)	84
Uva Itália	8 bagos (100g)	81
Laranja	1 unidade (131g)	113
Maça	1 unidade (100g)	85
Mamão papaia	1 unidade pequena (157g)	138
Mamão formosa	1 fatia grossa (240g)	124
Mexerica	1 unidade (150g)	131
Mexerica cravo	2 unidades (130g)	114
Pera	1 unidade (148g)	124
Pêssego	1 unidade (130g)	115
Melancia	1 fatia grossa (280g)	256
Melão	1 fatia grossa (260g)	240

Fonte: <https://tabnut.dis.epm.br> > alimento

CONTROLE DA SEDE

A sede é muito comum em pessoas com insuficiência cardíaca, principalmente em períodos de mais calor. O aumento da sede é ocasionado pela própria insuficiência cardíaca e pode ser agravado pela restrição de líquidos e pelo uso de alguns medicamentos, como os diuréticos.

O tratamento da insuficiência cardíaca provoca a perda de líquidos e a "boca seca", que aumenta a sensação de sede.

A sede é uma percepção do nosso corpo que provoca o desejo de beber líquidos.

Quando a ingestão da quantidade de líquidos recomendada não é seguida pode resultar em inchaço, falta de ar, e até acúmulo de água no pulmão, levando a hospitalizações e piora da doença. Portanto é muito importante que você controle a sua sede.

Algumas dicas para aliviar a sede:

- Chupar cubos de gelo devagar (descontando do volume de líquidos da jarra controle);
- Tomar pequenas quantidades de água gelada, aromatizada com folhas de hortelã ou rodela de limão (descontando do volume de líquidos da jarra controle);
- Chupar fatias de limão, balas de hortelã ou goma de mascar, preferencialmente sem açúcar, para estimular a produção de saliva;

- Congelar frutas em formas de gelo e consumir ao longo do dia, (descontando do volume da jarra controle);
- Escovar os dentes com maior frequência;

CONTROLE DO PESO

O registro diário do peso é de extrema importância para você monitorar os sintomas da insuficiência cardíaca.

- Pese-se todas as manhãs usando estas dicas:
- Faça xixi antes de pesar;
- Sempre se pese com a mesma quantidade de roupa;
- Sempre se pese antes do café da manhã;
- Use sempre a mesma balança;

- O ideal é ter uma balança em casa (não precisa ser muito precisa). Não tendo condições de ter a balança em casa, como alternativa, você pode se pesar na farmácia mais próxima.
- Registre seu peso diariamente, no diário que entregamos à você.

Um ganho repentino de peso quando você come uma quantidade normal pode ser um sinal precoce de acúmulo de líquido. É o seu corpo dando um sinal de que algo não está indo bem.

Se você perceber que seu peso aumentou, pergunte-se:

- Sua comida estava mais salgada? Lembre-se que o sal em excesso irá causar um acúmulo de líquidos, como uma esponja no corpo, atraindo líquidos para ele.
- Tomou mais líquidos do que o recomendado para você?
- Está fazendo menos xixi?
Se a resposta for sim, para qualquer uma dessas perguntas, você deverá diminuir a quantidade de líquidos e de sal que está ingerindo.

ATENÇÃO

Se o seu peso aumenta mais de 2 quilos em um dia, 3 quilos em uma semana, e o volume de urina (xixi) está

diminuindo, esses são sinais de que você está acumulando mais líquidos no seu corpo.

Nesse caso, sua dose de diurético (remédio para urinar) precisará ser ajustada.

Nessa situação você poderá dobrar a dose de seu diurético, ou seja, se toma 1 comprimido de Furosemida 20 mg, você poderá aumentar para dois comprimidos (Furosemida 40 mg).

Se mesmo assim seu peso continuar aumentando ou se você continuar urinando pouco, você deverá procurar seu médico ou enfermeiro para ajustar a dose dos medicamentos.

EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício físico auxilia o corpo a se tornar mais eficiente no uso de oxigênio. Um músculo exercitado regularmente usa menos oxigênio para fazer seu trabalho quando comparado com um músculo que não tenha sido exercitado.

Com o tempo, o exercício regular pode ajudá-lo a se sentir melhor e ter menos dificuldade nas atividades diárias, reduzindo os sintomas de falta de ar e fadiga.

Caminhar é um dos melhores exercícios para melhorar sua saúde.

Faça caminhadas preferencialmente em horário com pouco sol, evite temperaturas muito frias e use roupas e sapatos confortáveis.

Inicie sua caminhada em local plano, com duração de 15 minutos e vá aumentando gradativamente o tempo

conforme sua tolerância a cada 2 dias aproximadamente até atingir 30 minutos por caminhada.

Ao caminhar, você deve respirar um pouco mais rápido, mas ainda assim ser capaz de falar.

Evite caminhar logo após as refeições, pois seu corpo irá gastar energia para a digestão dos alimentos.

Sugestão de Caminhadas diárias

1ª Semana	750 metros em 30 minutos
2ª Semana	1000 metros em 40 minutos
3ª Semana	1250 metros em 50 minutos
4ª Semana	1500 metros em 60 minutos
5ª Semana	1750 metros em 60 minutos
6ª Semana	2000 metros em 60 minutos
7ª Semana	2250 metros em 60 minutos
8ª Semana	2500 metros em 60 minutos
9ª Semana	2750 metros em 60 minutos
10ª Semana	3000 metros em 60 minutos

Outros exercícios para fortalecer seus músculos poderão ser orientados por profissional Educador físico ou Fisioterapeuta.

ATIVIDADE SEXUAL

Muitas pessoas com insuficiência cardíaca (e seus parceiros) ficam preocupadas com o efeito da atividade sexual. A atividade sexual não é perigosa para o seu coração. Estudos mostraram que, para a maioria das pessoas, a atividade sexual gasta a mesma energia que subir dois lances de escada.

Algumas dicas que podem ser úteis:

- Escolha para a atividade sexual um horário em que você se sentir descansado e confortável;
- Evite atividade sexual depois de fazer uma grande refeição ou ingerir bebida alcoólica;
- Evite atividade sexual em temperaturas extremas (muito quente ou muito frio);
- Prefira posições passivas, com menos esforço físico;

Se tiver dificuldades sexuais, não hesite em falar com o seu médico ou enfermeira.

A atividade sexual não é recomendada se você estiver sentindo muito cansaço ou falta de ar ao realizar suas atividades do dia-a-dia.

ATENÇÃO

Pare imediatamente o exercício físico ou atividade sexual se:

- Ficar com muita falta de ar;
- Sentir fraqueza, cansaço ou tontura;
- Tiver dor ou desconforto no peito;
- Sentir palpitações (batimento acelerado do coração)
- Sentir náusea
- Tiver transpiração excessiva

Se esses sintomas persistirem, ligue para:
Serviço de emergência-- 192
Bombeiro- 193

CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Conservação de energia significa simplesmente reduzir a quantidade de energia que é gasta para realizar suas atividades do dia-a-dia, ou seja, é um equilíbrio entre o descanso e a atividade. Manter suas atividades do dia a dia é muito importante para manter o funcionamento do seu coração, mas devem ser realizadas conforme a sua tolerância; o importante é não ficar parado.

Algumas dicas para conservar sua energia:

- Priorize quais tarefas precisam ser realizadas hoje e quais podem ser realizadas no dia seguinte, para evitar fadiga;
- Verifique quais tarefas podem ser realizadas por outra pessoa;
- Planeje o uso do seu tempo;
- Alterne as atividades fáceis com as que são mais difíceis;
- Faça as atividades que requerem mais energia no dia em que você estiver se sentindo melhor.
- Divida as tarefas e faça intervalos de descanso. Você precisa ouvir seu corpo e identificar seu nível de tolerância para realizar atividades dentro de seus limites.
- Se possível realize algumas tarefas sentado. Frequentemente, fazer uma atividade sentado é melhor porque requer 25% menos energia do que fazer a mesma atividade em pé.
- Descanse entre as atividades

A falta de atividade física pode trazer consequências ruins para seu corpo, como a redução da musculatura do corpo, trombose e redução da sua capacidade de tolerar exercício físico. Portanto adequar sua energia para se manter em movimento trará melhores resultados para o controle da insuficiência cardíaca.

TABAGISMO E BEBIDAS ALCOÓLICAS

É muito importante para o controle da insuficiência cardíaca que, se você fuma, que você deixe de fumar, e também que diminua a quantidade de bebidas alcoólicas que você bebe.

Essas substâncias estreitam seus vasos sanguíneos e aumentam o trabalho do coração para bombear o sangue para seu corpo. Esse esforço pode ocasionar uma arritmia cardíaca ou aumentar sua pressão, podendo ser fatal.

Se você fuma, peça ao seu médico ou enfermeiro que o encaminhe ao grupo de Tabagismo da Instituição.

IMPORTANTE

Nunca deixe de tomar seus remédios, mesmo consumiu bebidas alcoólicas. Deixar de tomar seus remédios pode piorar a sua doença. Converse com seu médico se estiver com dificuldades de diminuir o consumo de bebidas alcoólicas.

VACINAÇÃO

É muito importante que você tome a vacina anual contra a influenza (gripe) e a vacinação para pneumococos. Essas vacinas previnem a descompensação da insuficiência cardíaca, por infecções respiratórias, colaborando com a manutenção da sua saúde, diminuindo as chances de internações hospitalares.

Pergunte ao seu médico se você poderá receber essas vacinas e solicite a recomendação por escrito, pois para receber as vacinas na Unidade Básica de Saúde (UBS), será solicitado essa autorização médica.

SENTIMENTOS COMUNS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

É comum que as pessoas se sintam deprimidas ou ansiosas quando são diagnosticadas com uma doença crônica, como a insuficiência cardíaca. Com o tempo, à medida que aprendem mais sobre essa doença, algumas pessoas veem que é possível lidar com ela e ter uma boa qualidade de vida. No entanto, se sentimentos contínuos de tristeza, angústia ou ansiedade estiverem interferindo em suas atividades ou relacionamentos diários, você deve procurar ajuda. Fique atento ao surgimento dos seguintes sintomas:

- Sensação de tristeza;
- Irritabilidade;
- Perda de interesse em atividades que você costumava gostar de realizar;
- Isolamento de outras pessoas;
- Sonolência excessiva;
- Sensação de inutilidade, culpa ou de falta de esperança;
- Pensamentos suicidas;
- Preocupação com a morte.

Na presença de alguns desses sintomas, converse com seu médico, enfermeiro ou profissional de saúde.

SINAIS DE ALERTA

Procure seu médico ou um serviço de saúde mais próximo de sua casa se um ou mais sintomas relacionados abaixo:

- ❖ Dor no peito recorrente ou prolongada, sem alívio imediato com repouso ou uso de medicamento;
- ❖ Ganho de peso superior a 1 quilo em dois dias ou 2 quilos em uma semana;
- ❖ Inchaço aumentado dos tornozelos, pernas ou barriga;
- ❖ Piora da falta de ar ao realizar suas atividades do dia-a-dia;
- ❖ Acordar no meio da noite sem fôlego ou com dificuldade para ficar deitado;
- ❖ Tosse persistente.

Dicas do que fazer para você ficar melhor

- ✓ **NÃO DEIXE DE TOMAR SEUS REMÉDIOS.**
Tome seus remédios regularmente, qualquer dúvida sobre os remédios pergunte ao seu enfermeiro, médico ou farmacêutico;
- ✓ Mantenha uma alimentação saudável;
- ✓ Evite comida com muito sal. Lembre-se que o sal pode estar escondido em alguns alimentos, como pão, bolachas;
- ✓ Mantenha seus líquidos equilibrados (Saiba quanto líquido você pode tomar por dia)
- ✓ Realize atividade física diariamente;
- ✓ Reveze período de descanso ao longo do dia, entre as atividades do dia a dia;
- ✓ Mantenha seu peso controlado- Se pese todas as manhãs e registre seu peso no "diário de peso";
- ✓ Não fume ou fique perto de pessoas que fumam.
- ✓ Cuide de outros problemas de saúde (exemplo: diabetes)
- ✓ Tome a vacina contra a gripe todos os anos;
- ✓ Mantenha sua vacina pneumocócica atualizada;

- ✓ Mantenha sua consulta com médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde, o acompanhamento é muito importante;
- ✓ Observe os sinais de seu corpo (inchaço, falta de ar, cansaço, tristeza- procure seu médico ou enfermeiro sempre que perceber piora dos sintomas)
- ✓ Converse com sua família ou prestador de cuidados sobre sua insuficiência cardíaca.

RECOMENDAÇÕES PARA MONITORAR SINAIS DE DESCOMPENSAÇÃO

Como falamos no início, nosso corpo costuma dar indícios de que algo não vai bem. Na insuficiência cardíaca, não é diferente!

Os principais sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca estão relacionados ao acúmulo de líquidos no organismo, por isso, controlar diariamente seu peso e anotar, é importante para você e seus familiares perceberem quando seu corpo começar a acumular líquidos.

Importante também você verificar diariamente os sintomas que você sente e os sinais que seu corpo pode estar mostrando de que a sua doença está descompensada.

Para te auxiliar nesse controle, nesta sessão você irá encontrar um local para registrar seu peso e seus sintomas, todos os dias, durante as próximas semanas.

Reconhecer precocemente qualquer alteração do seu organismo é muito importante para o restabelecimento rápido da sua saúde.

Acreditamos que com esse o registro de seu peso e sintomas irá fornecer meios para que você e sua família tenham condições de tomar decisões que auxiliem na manutenção da sua saúde.

Diário do Peso

43

	Peso Atual : _____	Nome: _____		Data de início: _____						
		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo		
1ª Semana										
2ª Semana										
3ª Semana										
4ª Semana										
5ª Semana										
6ª Semana										
7ª Semana										

Banco de Imagens gratuito: <https://unsplash.com/photos/weight>

Diário de Sintomas

45

Semana	Falta de ar	Pés inchados	Tosse persistente	Dificuldade para respirar	Dor no peito	Diminuição do volume da urina (l/dia)	Aumento de peso
Ações realizadas	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico
	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei
Ações realizadas	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminuiu o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomou um diurético a mais ☐ Fiqui em repouso ☐ Procurei atendimento médico
	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei

	Falta de ar	Pés inchados	Tosse persistente	Dificuldade para respirar	Dor no peito	Diminuição do volume da urina (L/dia)	Aumento de peso	
Semana	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico
Resultado	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei

	Falta de ar	Pés inchados	Tosse persistente	Dificuldade para respirar	Dor no peito	Diminuição do volume da urina (L/dia)	Aumento de peso	
Semana	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico	☐ Não fez nada ☐ Diminui o sal da comida ☐ Diminuiu os líquidos ☐ Tomei um diurético a mais ☐ Fiquei em repouso ☐ Procurei atendimento médico
Resultado	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei	☐ Melhorou ☐ Piorou ☐ Não sei

ANOTAÇÕES

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Roteiro ligações telefônicas**PEAC-IC – Segunda à sexta Sessão****Modo de entrega**

Intervenção por telefone, individual ou em conjunto com cuidador-familiar (se o paciente tiver opção de “viva voz”).

Exposição dialogada com apoio do Livro de Educação do Paciente.

- Apresentação escrita: Livro de Educação do Paciente, que resume o conteúdo referente às instruções de educação sobre o autocuidado de pessoas com IC, para que o participante acompanhe durante a apresentação verbal e para referência futura.
- Exposição dialogada: use termos simples para transmitir as instruções para o autocuidado na IC; incentive o paciente (e seu familiar, se presente) a relatar suas experiências com a insuficiência cardíaca; explore questões de adesão; faça perguntas ao participante (e a seu familiar, se presente), para que ele reflita acerca de suas crenças e comportamentos para manter a saúde e sobre o que ele pode fazer para mudar hábitos; ajude o participante (e seu familiar, se presente) a adaptar as instruções ao seu contexto pessoal e forneça *feedback* para reforçar as necessidades de mudanças nos comportamentos de autocuidado.

Dose da sessão: duração média de 10 a 15 minutos.

Antes de iniciar a sessão com o paciente:

Preencha a ficha de acompanhamento telefônico do paciente com os dados basais dele: nome, idade, telefone para contato, dia e horário de preferência do paciente para receber as ligações, peso inicial, etiologia da IC, medicamentos de que faz uso.

Quadro 15 - Roteiro para sessões telefônicas

Tópicos a serem reforçados durante as sessões telefônicas
Primeira ligação: reforço sobre os conteúdos
Insuficiência Cardíaca
Significado da insuficiência cardíaca
Principais causas da IC (reforce a etiologia do paciente)
Principais sinais e sintomas da IC
Tratamento da insuficiência cardíaca
Medicamentos utilizados pelo paciente
Importância da adesão medicamentosa
Dicas para uso das medicações
Restrição de sódio
Efeitos do excesso do sódio na IC
Dicas para controle do sódio (caso o paciente manifeste dificuldade para este item)
Itens de monitoramento
Verificação do peso diário
Verificação do registro do peso
Verificação se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana e/ou internação hospitalar
Se item anterior presente, explore os motivos
Agendamento da próxima sessão
Segunda ligação: reforço sobre os conteúdos
Restrição de líquidos
Efeitos do excesso de líquidos na IC
Estratégias para auxiliar no controle hídrico
Importância do controle do peso
Dicas para controle da sede (se houver relato de dificuldade de controle de sede)
Itens de monitoramento
Verificação do controle de peso
Verificação do registro do peso

Verificação se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana e/ou internação hospitalar
Se item anterior presente, explorar os motivos
Agendamento da próxima sessão
Terceira ligação: reforço sobre os conteúdos
Atividade física
Importância da atividade física na IC
Sugestão de atividade física (caminhada)
Atividade sexual (se ativo)
Conservação de energia
Dicas para conservação de energia
Itens de monitoramento
Verificação do controle de peso
Verificação do registro do peso
Verificação se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana e/ou internação hospitalar
Se item anterior presente, explore os motivos
Agendamento da próxima sessão
Quarta ligação: reforço sobre conteúdos
Sinais de alerta
Sinais e sintomas de descompensação clínica
Ações frente à ocorrência desses sinais e sintomas
Itens de monitoramento
Verificação do controle de peso
Verificação do registro do peso
Verificação se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana e/ou internação hospitalar
Se item anterior presente, explore os motivos
Agendamento da próxima sessão
Quinta ligação: reforço sobre conteúdos
Vacinação
Importância da vacinação na IC
Cessação de tabagismo (se tabagista)

Importância da cessação do tabagismo
Etilismo (se há consumo de bebida alcoólica)
Importância da redução/abandono do consumo de bebida alcoólica
Itens de monitoramento
Verificação do controle de peso
Verificação do registro do peso
Verificação se houve necessidade de procura por serviço de saúde na última semana e/ou internação hospitalar
Se item anterior presente, explore os motivos
Encerramento do programa. Agendamento da data para coleta de desfechos e grupo focal

Fonte: Próprio autor

Entrega do PEAC-IC (Sessão presencial) – Registros do interventor

A seguir, serão apresentados alguns conteúdos desenvolvidos no PEAC-IC que chamaram a atenção da interventora, necessitando maior ou menor ênfase na abordagem com os participantes do GI.

No início do PEAC-IC, a interventora verificava os resultados dos questionários de conhecimento do autocuidado do paciente. Durante a discussão de cada tópico do PEAC-IC, sempre era verificado o conhecimento prévio sobre o assunto, para que a interventora pudesse decidir se precisaria ou não enfatizar aquele tema e era verificado o entendimento sobre o tema, por meio da técnica de *teach-back*, antes de seguir para o tópico seguinte. Todos os participantes receberam o conteúdo do PEAC-IC, sendo enfatizados ou não alguns tópicos conforme a necessidade do paciente e/ou de seu acompanhante.

Foi explicado a todos os pacientes o conceito de autocuidado e o seu papel para o controle da IC. A maioria dos pacientes desconhecia o termo autocuidado, tendo sido necessário exemplificar as ações, como tomar os remédios, realizar atividade física regular etc.

A interventora também observava sinais de retenção de líquidos em todos os pacientes, por meio de palpação da região maleolar, quando ensinava o paciente e/ou seu familiar a identificar diariamente sinais de “inchaço”, e observação de turgência da veia jugular, dificuldade para respirar. Além disso, indagava sobre a presença de

sintomas de falta de ar, dificuldade para dormir em posição dorsal, cansaço aos esforços, durante a entrega do conteúdo do PEAC-IC. Todos os pacientes apresentavam edema na região maleolar, com sinal de cacifo positivo, avaliado por meio de técnica de dígito-pressão, e dois pacientes apresentavam turgência de veia jugular. Todos os pacientes se pesaram antes do PEAC-IC, na consulta com o médico ou enfermeiro. Foi unânime o relato de recomendação médica para o controle da ingestão de líquidos e sódio.

A maioria dos pacientes relatou que já seguia orientação prévia de consumir dieta com pouco sal. Para aqueles que relatavam consumo maior do que o recomendado, foi ensinado como diminuir gradativamente o sódio e como monitorar a melhora dos sintomas pós redução do sal.

A maioria dos pacientes relatou dificuldade para aderir à recomendação de restrição hídrica, sendo necessário reforço sobre esse tema e ensino de estratégia para auxiliar no controle de volume ingerido nas 24 horas.

Controle diário do peso e registro do peso no diário do peso, foi enfatizado com todos os pacientes, explicando os motivos do monitoramento do peso.

Apenas um paciente relatou uso de bebida alcoólica, sendo necessário tratar com ele o conteúdo referente a esse tema. O tema cessação do tabagismo não foi abordado, pois nenhum paciente era fumante.

A maioria dos pacientes precisou de ensino sobre atividade física, porque acreditava que não poderia realizá-la. Orientação quanto à atividade sexual foi realizada apenas para quatro pacientes; os demais referiram inatividade sexual. Ao trabalhar esse tema, houve relato de vergonha em tratar desse assunto com o médico, e foi enfatizada a importância de sanar as dúvidas com o enfermeiro ou médico, durante às consultas. Quanto à conservação de energia, embora alguns já adotassem períodos de descanso entre as atividades, os benefícios do repouso para a manutenção da saúde foram discutidos com todos.

O conteúdo sobre a terapia medicamentosa foi discutido com todos os pacientes. Junto com os objetivos de cada medicamento de que o paciente fazia uso para o tratamento da IC, era explicada a importância da adesão medicamentosa. Quando um familiar estava presente, era reforçada a importância do familiar para a adesão medicamentosa do paciente.

Vacinação foi tema discutido com todos os pacientes. Com aqueles que já tinham se vacinado na campanha anterior de vacinação (três pacientes), foram

reforçados os objetivos da vacinação para o tratamento da IC e com os que não haviam se vacinado (a maioria) foram discutidos os benefícios da vacinação para o controle da IC.

O ensino sobre os sinais e sintomas de descompensação da doença, incluindo a identificação deles, foi realizado com todos os pacientes, utilizando como referência sintomas já vivenciados por eles, sendo explicadas as possíveis causas. A maioria dos pacientes não associava os sintomas já vivenciados com a IC. A importância do monitoramento dos sintomas foi trabalhada com os pacientes, incluindo os benefícios de fazer o registro dos sintomas no diário de sintomas. Nesse tópico, foi enfatizada a necessidade de o paciente saber reconhecer precocemente os sinais de descompensação da IC e como a avaliação contínua, junto com o registro dos sintomas, poderia ajudá-lo nesse cuidado. Houve dúvidas sobre o preenchimento dos diários de peso e sintomas, e foram apresentados exemplos de preenchimento.

5.2 RESULTADOS DE VIABILIDADE E ACEITABILIDADE DA INTERVENÇÃO

5.2.1 Caracterização da amostra

.A Tabela 1 apresenta as características demográficas da amostra total (n=30) e separada por grupo intervenção (GI) e controle (GC).

Tabela 1 - Comparação das características demográficas entre os grupos intervenção e controle na linha de base do estudo. São Paulo, 2020

Características	Total (N=30)	Grupos		p- valor
		Intervenção (n=15)	Controle (n=15)	
Idade (anos)				
Média (DP)	60,9 (14,7)	62,8 (13,9)	59,1 (15,7)	0,507*
Mediana	64	65	63	
Mín-Máx	22- 64	34-84	22-80	
IC (95%)	55,4- 66,4	55,1-70,5	50,4-67,8	
Sexo n (%)				1,000**
Masculino	16 (53,3)	8 (53,3)	8 (53,3)	
Feminino	14(46,7)	7 (46,7)	7 (46,7)	
Etnia n (%)				0,327**
Parda	12 (40,0)	8 (53,3)	4 (26,7)	
Preta	10 (33,3)	4 (26,7)	6 (40,0)	
Branca	8 (26,7)	3 (20,0)	5 (33,3)	
Convivência marital n (%)				0,136 **
Sim	18 (60,0)	7 (46,7)	11 (73,3)	
Não	12 (40,0)	8 (53,3)	4 (26,7)	
Tempo de estudo (anos)				0,387*
Média (DP)	7,5 (4,6)	6,6 (3,4)	8,4 (5,6)	
Mediana		5	9	
Mín- Máx	0-22	0-11	0-22	
IC (95%)	6,0-9,3	4,7-8,5	5,3-11,5	
Situação trabalhista n (%)				0,828**
Aposentados/ Pensionistas	23 (76,7)	11(73,4)	12 (80,0)	
Inativos	4 (13,3)	2 (13,3)	2 (13,3)	
Ativos	3 (10,0)	2 (13,3)	1(6,7)	
Situação econômica n (%)				0,697**
Sem condições	18 (60,0)	10 (66,7)	8 (53,4)	
Suficiente para remédios	8 (26,7)	3 (20,0)	5 (33,3)	
Suficiente e um pouco mais	4 (13,3)	2 (13,3)	(13,3)	

* Mann- Whitney U ** Qui-quadrado de Pearson

Destaca-se na Tabela 1 que os grupos eram semelhantes em relação às características sociodemográficas.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas dos pacientes dos dois grupos.

Tabela 2 - Comparação das características clínicas entre os grupos na linha de base do estudo. São Paulo, 2020

Características	Grupos			p- valor
	Total (N=30)	Intervenção (n= 15)	Controle (n=15)	
Etiologia da IC - n (%)				0,428*
Cardiomiopatias	10 (33,3)	4 (26,7)	6 (40,0)	
Doença de Chagas	8 (26,7)	4 (26,7)	4 (26,7)	
Isquêmica	2 (6,7)	2 (13,2)	-	
Valvar	1 (3,3)	1 (6,7)	-	
Alcoólica	1 (3,3)	1 (6,7)	-	
Em investigação	8 (26,7)	3 (20,0)	5 (33,3)	
CF-NYHA - N (%)				0,064*
II	14 (46,7)	4 (26,7)	10 (66,7)	
III	9 (30,0)	7 (46,6)	2 (13,3)	
IV	7 (23,3)	4 (26,7)	3 (20,0)	
FEVE - Média (DP)	36,4 (12,3)	32,7 (10,3)	40,1 (13,3)	0,105**
Mediana	35,5	30,0	40,0	
Mín- Máx	18- 69	18-52	18-69	
IC (95%)	31,4-41,0	27,0-38,4	32,7-47,5	
Tempo de IC (meses) - Média (DP)	110,5 (80,9)	115,1(85,4)	105,8(78,9)	0,776**
Mediana	96,0	108,0	90,0	
Mín- Máx	8-252	8-252	20-240	
IC (95%)	83,1-141,1	67,8-162,3	60,2-151,3	
Nº de Comorbidades - Média (DP)	2,3 (1,617)	3,3 (2,0)	3,3 (1,2)	0,799**
Mediana	3,0	4,0	3,0	
Mín- Máx	0-7	0-7	2-6	
IC (95%)	2,7-3,8	2,1-4,4	2,6-4,0	
Nº medicamentos- Média (DP)	6,1(2,84)	6,7 (3,0)	5,5(2,7)	0,180**
Mediana	6,0	7,0	5,0	

Características	Grupos			
	Total (N=30)	Intervenção (n= 15)	Controle (n=15)	p- valor
Mín- Máx	0-12	0-12	2-11	0,169**
IC (95%)	5,0-7,2	5,1-8,4	4,1-7,0	
Nº de dose/dia	9,3 (4,87)	10,5 (5,3)	8,1 (4,2)	
-Média (DP)				
Mediana	9,0	10,0	7,0	0,203**
Mín- Máx	0-23	0-23	3-15	
IC (95%)	7,4-11,1	7,5-13,4	5,7 – 10,4	
MEEM- Média	23,7 (3,9)	23,0 (3,3)	24,3 (4,5)	
(DP)				0,740**
Mediana	24,0	23,0	26,0	
Mín- Máx	14-29	18-28	14-29	
IC (95%)	22,2-25,1	21,2-24,8	21,8-26,8	
CES-D Média	20,4 (15,2)	19,4 (14,6)	11,3 (16,2)	0,929**
(DP)				
Mediana	17,0	14,0	21,0	
Mín- Máx	0-55	3-55	0-52	
IC (95%)	14,8-26,1	11,3-27,5	12,5-30,5	0,543*
Nº de atendimentos em pronto socorro (último mês) – N (%)	6 (20,0)	3 (20,0)	3 (20,0)	
Nº de internação hospitalar (último mês) N (%)	3 (10%)	2 (13,3%)	1(6,7%)	
Dias de Internação hospitalar (último mês) – Média (DP)	0,6 (1,995)	0,9 (2,6)	0,3 (1,0)	
Mediana	0,0	0,0	0,0	0,008**
Mín- Máx	0-10	0-10	0-4	
IC (95%)	0,12-1,9	-0,6- 2,3	-0,3-0,8	
Peso (kg)- Média (DP)	72,1(14,6)	66,9 (13,1)	77,4 (14,7)	
Mediana	70,9	66,9	73,2	
Mín- Máx	43,0- 109	43,0- 99,7	56,0-109,0	
IC (95%)		59,6- 74,1	69,2 – 85,5	

* Qui-quadrado de Pearson ** Mann Whitney Test

Houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas para a variável peso ($p=0,008$). Na amostra avaliada, 12 (80%) participantes do GI e oito (53,3%) do GC ($p=0,121$) apresentavam fração de ejeção ventricular esquerda reduzida ($< 40\%$). Do total da amostra, três pacientes (10%) tiveram internação hospitalar no mês anterior ao início do estudo, sendo dois (66,7%) no GI e um (33,3%) no GC. Quanto ao atendimento em pronto socorro, seis pacientes (20,0%) necessitaram de atendimento de urgência devido à descompensação clínica da IC, no mês anterior ao início do estudo, sendo três do GI (50%) e três (50%) do GC, como apresentado na Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta as principais comorbidades dos participantes do estudo.

Tabela 3 - Comparação das principais comorbidades entre os grupos na linha de base do estudo. São Paulo, 2020

Comorbidades	Total (n=30)	%	Grupos		p- valor*
			Intervenção (n= 15) N (%)	Controle (n= 15) N (%)	
HAS	18	60,0	9 (50)	9(50)	1,000
Arritmias	13	43,3	6 (46,2)	7 (53,8)	0,713
Dislipidemia	11	36,7	5 (45,5)	6 (54,5)	0,705
Distúrbio Tireoide	9	30,0	6 (66,7)	3 (33,3)	0,232
Diabetes	7	23,3	3 (42,9)	4 (57,1)	0,666
Depressão	6	20,0	1 (16,7)	5 (33,3)	0,068
Doença Arterial Coronariana	6	20,0	2 (33,3)	4 (66,7)	0,361
Doenças Articulares	6	20,0	4 (66,7)	2 (33,3)	0,361
Acidente Vascular Encefálico	5	16,7	3 (60,0)	2 (40,0)	0,624
Doenças Respiratórias	4	13,3	2 (50,0)	2 (50,0)	1,000
Insuficiência Renal Crônica	3	10,0	2 (66,7)	1 (33,3)	0,543

* Qui-quadrado de Pearson

As comorbidades mais frequentes em ambos os grupos foram HAS (50,0%) e arritmias cardíacas (53,0% no GI e 46,2% no GC), como demonstrado na Tabela 3.

Todos os pacientes do grupo intervenção apresentavam sinais de retenção hídrica, evidenciados pela interventora durante a sessão presencial do PEAC-IC. Ao ensinar o paciente e seu familiar (se presente) a verificar sinais de “inchaço”, a interventora avaliava a presença de edema na região supramaleolar do paciente e, utilizando a técnica de dígito-pressão, verificava a presença de edema. Todos apresentavam sinal de cacifo positivo. Dois pacientes apresentavam turgência da veia jugular. Outro fato importante que deve ser relatado é que todos os pacientes informaram ter obtido orientação médica de restrição hídrica e baixo consumo de sódio. Dessa forma, a meta de perda de peso, controle hídrico e baixo consumo de sódio foi comum para todos os pacientes.

5.2.2 Viabilidade da internenção

A viabilidade da intervenção neste estudo piloto se refere ao grau com que os participantes se inscreveram na intervenção e completaram-na, cumprindo-a, bem como a fidelidade da intervenção. A viabilidade foi avaliada pela taxa de recrutamento, taxa de atrito, taxa de retenção, taxa de adesão e fidelidade da intervenção.

Taxa de recrutamento

Para atingir o número-alvo de participantes, a fase de recrutamento durou 12 dias úteis, no período de 8 de janeiro a 6 de fevereiro de 2020. Nesse período, os pacientes eram elegíveis para o estudo. Do total de pacientes elegíveis, 48 foram convidados para participar do estudo, sendo que 30 pacientes consentiram em se tornar participantes, representando uma taxa de recrutamento de 62,5%. Recusaram-se a participar do estudo 17 (35,4%) pacientes por não disporem de tempo para a entrevista e intervenção presencial e um (2,1%) que não se interessou pelo estudo, justificando que não necessitava da intervenção proposta (Figura 1).

Taxa de Retenção

A taxa geral de retenção foi de 90%, ou seja, dos 30 pacientes incluídos, 27 concluíram o estudo. Estratificando a taxa de retenção por grupo do estudo, houve maior retenção no grupo controle, que obteve 93,3% (14 pacientes) em comparação ao grupo intervenção, com taxa de 86,7% (13 pacientes).

Taxa de Atrito

A taxa geral de atrito (abandono) foi de 11,0% (n=3). Analisando a taxa de atrito por grupo, o GC apresentou menor taxa, 7,1% (n=1), quando comparado ao GI, 15,3% (n = 2). Quanto aos motivos de descontinuidade, no grupo controle, um paciente faleceu durante a fase de acompanhamento. No grupo intervenção, um paciente desistiu no primeiro contato telefônico, antes da intervenção, informando não ter paciência para ficar ao telefone, e outro paciente necessitou de internação hospitalar por causas não relacionadas à IC.

Figura 6- Diagrama de fluxo dos participantes da pesquisa. São Paulo, 2020.

Modo de entrega

Primeira sessão (face a face)

A primeira sessão do PEAC-IC foi realizada em uma sala com acomodação para quatro pessoas, de fácil acesso aos pacientes e próxima aos consultórios médicos. O ambiente tinha iluminação e temperatura agradáveis. Participaram das sessões presenciais a interventora, para realizar a intervenção, a assistente de pesquisa, para avaliação da fidelidade da intervenção, e o paciente e seu cuidador familiar, quando possível, para receber a intervenção.

A sessão presencial do PEAC-IC foi realizada com 15 pacientes, destes, 86,6% (13) estavam acompanhados por seu cuidador familiar. O tempo médio despendido para aplicação da intervenção presencial foi de 62,2 minutos (DP=7,4) Mín= 50 min; Máx= 76 min), e mediana de 61 minutos. Não foram encontradas dificuldades durante a aplicação da intervenção.

Fidelidade da sessão presencial

A interventora apresentou, em todas as sessões, características e habilidades interpessoais favoráveis, como acolhimento, escuta empática das demandas, comunicação verbal adequada, com aproximação do vocabulário ao nível educacional e econômico dos participantes, comunicação não verbal adequada, não demonstrou julgamentos em relação às respostas aos questionamentos e ao desconhecimento de temas relevantes para o tratamento da IC.

Antes de iniciar a entrega dos conteúdos, a interventora apresentava-se e explicava novamente os objetivos da intervenção. O livro de educação do paciente funcionou como um guia para o(s) participante(s) para que pudessem acompanhar os conteúdos abordados.

Os resultados da fidelidade da intervenção presencial serão apresentados de acordo com os conteúdos abordados durante a sessão:

- **Autocuidado na insuficiência cardíaca:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Nesse conteúdo, foi utilizado um modelo anatômico do coração humano.
- **O que é insuficiência cardíaca?** Todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Nesse

conteúdo, foi utilizado um modelo anatômico do coração humano e imagem ilustrativa do livro de educação do paciente.

- **Principais causas da insuficiência cardíaca:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual, com ênfase na etiologia apresentada pelo participante, de forma a personalizar e dar significado às informações fornecidas.
- **Sinais e sintomas comuns da insuficiência cardíaca:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual, com ênfase nos sinais e sintomas que cada participante apresentava, de forma a explicar a causa da ocorrência desses sinais/sintomas em relação à etiologia da IC apresentada anteriormente.
- **Tratamento da insuficiência cardíaca:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual, com detalhamento do mecanismo de ação dos medicamentos em uso de cada participante (dados obtidos na avaliação de linha de base). Cabe destacar que as medicações não utilizadas pelo participante não foram abordadas a fundo.
- **Dicas para uso dos remédios:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.
- **Restrição de sódio (sal):** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Nesse conteúdo, a interventora perguntava quem era o responsável pelo preparo dos alimentos em casa e como era o hábito da família em relação ao uso do sal. A interventora pautou sua abordagem de acordo com o relatado pelo participante e/ou acompanhante deste, com maior ou menor enfoque, dependendo do relatado.
- **Algumas dicas para ajudá-lo(a) a diminuir o consumo de sal:** maior ênfase nos participantes que relataram dificuldade em aderir à restrição salina.
- **Efeitos do excesso de sal:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.
- **Restrição de líquidos:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Maior ênfase foi dada aos participantes que relataram dificuldade em aderir à restrição hídrica.
- **Efeitos da ingestão de líquido na IC:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.

- **Tabela de quantidade de líquidos das frutas:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.
- **Controle da sede:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Maior ênfase foi dada aos participantes que relataram dificuldade em controlar a sede.
- **Algumas dicas para aliviar a sede:** somente aqueles que relataram dificuldade no manejo da sede receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.
- **Controle do peso:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Nesse conteúdo, a interventora questionava se o participante possuía uma balança em casa, de forma a acompanhar o peso cotidianamente. Caso não tivesse, orientava pesar-se em uma farmácia mais perto de sua casa ou, se possível financeiramente, adquirir uma balança de uso pessoal.
- **Exercício físico:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Maior ênfase foi dada aos participantes que relataram não praticar atividade física.
- **Atividade sexual:** entregue somente aos participantes que relataram vida sexual ativa.
- **Conservação de energia:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.
- **Tabagismo e bebidas alcoólicas:** entregue somente aos participantes que relataram fumar e/ou ingerir bebidas alcoólicas.
- **Vacinação:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Maior ênfase foi dada aos participantes que relataram não ter recebido as vacinas preconizadas.
- **Sentimentos comuns na insuficiência cardíaca:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Maior ênfase foi dada aos participantes que apresentaram pontuação indicativa de sintomas depressivos na coleta de dados.
- **Sinais de alerta:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.

- **Dicas do que fazer para você ficar melhor:** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual.
- **Recomendações para monitorar sinais de descompensação (Diário do Peso e Diário dos sintomas):** todos receberam as informações/ingredientes ativos de acordo com o previsto no manual. Para aqueles que apresentaram dúvidas em relação ao preenchimento do Diário do peso e do Diário dos Sintomas, a interventora simulou um preenchimento, com base em sintomas vivenciados por eles e orientou o acompanhante, quando presente, com as mesmas informações que foram passadas ao paciente, para que auxiliasse este em relação ao uso dos diários.

Ao final de cada tópico, a interventora perguntava aos participantes se algum ponto abordado não tinha ficado claro e solicitava que eles explicassem o assunto abordado da forma como compreenderam. Se houvesse necessidade, a interventora reforçava os conceitos apresentados. Ao encerrar a sessão, a interventora questionava se havia alguma pergunta a ser feita sobre algum assunto de interesse que não tivesse sido discutido na sessão.

Antes de o(s) participante(s) deixar(em) o recinto, a interventora confirmava o melhor dia e hora para realizar as sessões subsequentes da intervenção.

A interventora foi 100% fiel ao manual da intervenção.

Acompanhamentos telefônicos (Segunda à sexta sessão)

Foram realizadas em média três tentativas de contato com cada paciente. Não houve recusa no atendimento telefônico; quando outra pessoa atendia o telefone, o paciente prontamente recebia a ligação e não foi observado nenhum sinal de incômodo/ inquietação do paciente durante as ligações. A Tabela 4 apresenta o tempo de cada sessão.

Tabela 4 - Duração das intervenções telefônicas (N=13). São Paulo, 2020.

Duração em minutos	Seg_Sessão	Ter_Sessão	Qua_Sessão	Qui_Sessão	Sex_Sessão
Média	16,8	11,3	11,1	10,8	8,5
Mediana	16,0	11,0	10,0	10,0	9,0
Desvio-Padrão	3,4	4,9	4,6	3,2	3,1
Mínimo	12,0	5,0	5,0	6,0	4,0
Máximo	23,0	23,0	23,0	18,0	15,0

Foram realizadas cinco sessões de intervenção por via telefônica. O tempo médio de cada sessão foi de 11,7 (DP=3,1) minutos. A primeira sessão ocupou média

maior de duração (16,8 minutos), por abordar um conteúdo mais extenso e ser o primeiro contato telefônico com o paciente, como demonstrado na Tabela 4.

No gráfico a seguir, é possível observar a duração de cada sessão telefônica, por paciente (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Duração em minutos das sessões telefônicas, por participante.

Avaliação da fidelidade das sessões telefônicas

As sessões telefônicas foram gravadas para finalidade de avaliação da fidelidade da entrega da intervenção. Foram analisados 30% do total das sessões telefônicas (n= 65), o que correspondeu a 17 áudios de 15 sessões telefônicas (duas sessões foram gravadas em dois arquivos de áudios, por desconexão da ligação, gerando dois arquivos de cada uma delas).

A adaptação do NIFE Tool e a construção dos formulários de avaliação da fidelidade das sessões telefônicas resultaram num total de 150 itens (Tabela 5). Cada

item correspondia a um elemento específico (ativo) ou inespecífico da intervenção previsto para a realização da sessão.

Tabela 5- Frequência de itens (conteúdos) analisados segundo as sessões telefônicas do PEAC-IC

Sessão	Número de itens (conteúdos)			Número de áudios	Total
	Inespecíficos	Específicos	Total		
Primeira	6	8	14	3	42
Segunda	6	4	10	3	30
Terceira	6	3	9	3	27
Quarta	6	2	8	3	24
Quinta	6	3	9	3	27
Total	30	20	50	25	150

Nas avaliações independentes, houve discordância entre as avaliadoras em 13 itens (Quatro inespecíficos e nove específicos), o que corresponde a 8,7% (13/150) do total de itens, a 4,4% (4/90) do total de itens comuns avaliados e a 15% (9/60) do total de itens específicos avaliados. A maior parte das discordâncias foi decorrente de interpretações diferentes de itens dos formulários, especialmente os casos cuja resposta foi “não se aplica”. O consenso foi decidido com o ajuste das interpretações. Em três casos, o desacordo não foi decorrente de interpretações e foi necessário retomar os áudios para chegar ao consenso.

A Tabela 6 contém as frequências de conformidade da intervenção segundo os conteúdos das sessões.

Tabela 6 - Frequências de conformidade dos conteúdos das sessões telefônicas do PEAC-IC com o previsto.

Conteúdos		Frequência			
		N	Sim	Não	Não se aplica
Todas as sessões telefônicas					
1	Solicitar que o paciente conte como passou na última semana.	15	14	-	1
2	Indagar se o paciente verificou o peso diário.	15	15	-	-
3	Indagar se o paciente registrou o peso verificado.	15	1	11	3

	Conteúdos	Frequência							
		N		Sim		Não		Não se aplica	
4	Verificar se houve busca por serviço de saúde na última semana.	15		3		-		12	
5	Explorar os motivos para busca por serviço de saúde.	15		-		-		15	
6	Agendar ou combinar a próxima sessão / Declarar o encerramento do programa.	15		14		1		-	
Subtotal		90	100%	47	52,3%	12	13,3%	31	34,4%
Primeira sessão telefônica									
7	Reforçar conteúdo sobre o significado da insuficiência cardíaca.	3		2		1		-	
8	Reforçar conteúdo sobre as principais causas da IC (reforçar a etiologia do paciente).	3		3		-		-	
9	Reforçar conteúdo sobre os principais sinais e sintomas da IC.	3		3		-		-	
10	Reforçar conteúdo sobre medicamentos utilizados pelo paciente.	3		3		-		-	
11	Reforçar conteúdo sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso.	3		3		-		-	
12	Oferecer dicas para uso das medicações.	3		3		-		-	
Subtotal		18	100%	17	94,5%	1	5,5%	-	-
Segunda sessão telefônica									
13	Reforçar conteúdos sobre os efeitos do excesso do sódio na IC.	3		3		-		-	
14	Oferecer dicas para o controle do sódio (caso o paciente manifeste dificuldade para este item).	3		1		1		1	
15	Reforçar conteúdos sobre os efeitos do excesso de líquidos na IC.	3		3		-		-	
16	Reforçar conteúdos sobre estratégias para auxiliar no controle hídrico.	3		3		-		-	
17	Reforçar conteúdos sobre a importância do controle do peso.	3		3		-		-	
18	Oferecer dicas para controle da sede (se relato de sede).	3		1		-		2	
Subtotal		18	100%	14	77,8%	1	5,5%	3	16,7%
Terceira sessão telefônica									
19	Reforçar conteúdos sobre atividade sexual (se ativo).	3		1		1		1	
20	Reforçar conteúdos sobre conservação de energia.	3		3		-		-	

Conteúdos		Frequência							
		N		Sim		Não		Não se aplica	
21	Oferecer dicas para conservação de energia.	3		3		-		-	
Subtotal		9	100%	7	77,8%	1	11,1%	1	11,1%
Quarta sessão telefônica									
22	Reforçar conteúdos sobre sinais e sintomas de descompensação clínica.	3		3		-		-	
23	Reforçar conteúdos sobre as ações frente à ocorrência de sinais e sintomas de descompensação.	3		3		-		-	
Subtotal		6	100%	6	100%	-	-	-	-
Quinta sessão telefônica									
24	Reforçar conteúdos sobre a importância da vacinação na IC.	3		3		-		-	
25	Reforçar conteúdos sobre a cessação do tabagismo.	3		1		-		2	
26	Reforçar conteúdos sobre a importância de redução/abandono do consumo de bebida alcoólica.	3		2		-		1	
Subtotal		9	100%	6	66,7%	-	-	3	33,3%
Total geral		150	100%	97	64,7%	15	10,0%	38	25,3%

Conforme os dados da Tabela 6, no conjunto das sessões telefônicas, 14% dos conteúdos previstos não foram oferecidos. Analisar a fidelidade das sessões telefônicas apenas pelo total de conteúdos previstos oferecidos (97 / 64,7%) é inadequado porque seria necessário descontar do total (150) os 38 (25,3%) itens não aplicáveis. Os subtotais por sessões mostram que a primeira sessão foi a com maior proporção de conteúdos previstos não oferecidos (17,8%) e esse resultado é quase que totalmente decorrente da omissão de indagar se o paciente havia registrado o peso verificado.

Adesão ao PEAC- IC

No presente estudo, foi considerado como adesão ao PEAC-IC o relato do paciente e/ou familiar cuidador sobre a implementação das orientações no cotidiano e/ou demonstração de compreensão do conteúdo oferecido durante o período da intervenção.

Em cada sessão da intervenção, a interventora registrava se havia indícios de implementação das orientações no cotidiano e/ou compreensão dos temas abordados nas sessões, ao menos uma vez durante o programa, como demonstrado na Tabela

7. Ao final de cada sessão, a interventora questionava se havia alguma dúvida sobre o tema abordado e, caso houvesse necessidade de correção dos conceitos, a interventora o fazia ao longo da sessão.

Tabela 7 - Frequência de participantes que demonstraram compreender e/ou adotar as orientações do PEAC-IC no cotidiano, no decorrer das sessões. São Paulo.

Perguntas norteadoras para avaliação da compreensão/ adoção das orientações no cotidiano	n	%
Souberam responder qual o significado da IC?	13	100,0
Relataram realizar controle diário do Peso?	12	92,3
Relataram a importância controle do peso?	12	92,3
Relataram registrar o peso diariamente no diário do peso?	11	84,6
Relataram aquisição de balança domiciliar para controle do peso?	10	76,9
Relataram os motivos dos sintomas da IC?	13	100,0
Relataram uso correto medicamentos?	12	92,3
Relataram dúvidas sobre os remédios?	1	7,7
Relataram utilizar um sistema de lembrete para tomar os remédios?	5	38,5
Relataram controle da ingestão de sódio?	12	92,3
Relataram controlar a ingestão de líquidos?	12	92,3
Relataram utilizar jarra-controle para controle dos líquidos?	7	53,8
Relataram utilizar estratégias para controle da sede?	5	38,5
Relataram realizar atividade física regular?	8	61,5
Relataram utilizar estratégias para conservação de energia?	12	92,3
Associam melhora dos sintomas com o autocuidado?	12	92,3
Relataram que receberam a vacina da gripe?	3	23,1
Relataram o uso do Diário de Sintomas?	3	23,1
Relataram reconhecer os sinais de descompensação da IC?	13	100,0
Relataram utilizar alguma estratégia sugerida no programa para gerenciar os sintomas?	2	15,4*

* Apenas dois pacientes apresentaram sintomas de descompensação (aumento de peso e edema) no início do acompanhamento telefônico.

No geral, 71,7% dos pacientes demonstraram adotar e compreender as orientações fornecidas ao longo do PEAC-IC. Perda de peso, controle hídrico e baixa ingestão de sódio foram metas comuns para os pacientes. Na tabela a seguir, apresenta-se a variação do peso ao longo do PEAC-IC. A maioria dos pacientes relatou adotar rotina de peso no seu dia a dia (92,3%), assim como a restrição de líquidos (92,3%) e diminuição da ingestão de sódio (92,3%). A maioria dos pacientes declarou ter adquirido balança domiciliar após o início do PEAC-IC, para controle diário do peso (76,9%). Os temas de menor implementação foram: uso do diário de

peso e de sintomas e vacina da gripe, ambos com 23,1 % (n=3), como apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 - Variação do peso dos participantes do GI durante o período de acompanhamento do PEAC-IC. São Paulo, 2020

Peso (kg) Inicial		Acompanhamento				
		2ª Semana	3ª Semana	4ª Quarta	5ª Semana	6ª Semana
N	13	12	12	12	12	11
Média (DP)	67,5 (14,0)	64,0 (12,5)	66,3 (13,8)	65,2 (13,9)	65,0 (14,2)	64,3 (15,0)
Mínimo	43,0	37,0	37,0	35,7	34,6	33,0
Máximo	99,7	90,0	89,0	88,0	89,0	89,0
Q1	59,5	57,3	57,8	57,3	58,0	57,0
Q3	70,9	69,0	72,5	72,2	71,8	68,0

A maioria dos pacientes diminuiu o peso em relação ao peso inicial, como apresentado na Tabela 8.

Observou-se, durante o acompanhamento telefônico, que um participante apresentou baixa adesão às ações de autocuidado, ele raramente se pesou durante o acompanhamento, não aderiu à recomendação de restrição hídrica e nem à restrição do sódio. Também não aderiu à prática de atividade física e relatou, durante todas as sessões, uso irregular das medicações. Importante relatar que esse paciente apresentou alta pontuação no CES-D (55/60), indicando sintomas elevados de depressão.

5.2.3 Aceitabilidade da internenção

A aceitabilidade da intervenção foi avaliada em relação à adoção das orientações no cotidiano; demonstração de compreensão do conteúdo tratado na intervenção educativa, ou de apreciações positivas da intervenção por meio de entrevista semiestruturada, realizada por telefone, após o término da intervenção e por meio de grupo focal, uma semana após a coleta das variáveis de desfecho. Apresentar-se-ão os resultados da aceitabilidade seguindo a ordem de sua avaliação.

Entrevista semiestruturada

Todos os pacientes do grupo intervenção responderam ao questionário de aceitabilidade. Da análise desse material emergiram nove categorias de respostas, o que possibilitou compreender a percepção dos pacientes sobre aspectos da

intervenção: (1) Benefício do programa educativo; (2) Motivação para permanência no estudo; (3) Dificuldade para execução do programa; (4) Tempo utilizado na intervenção presencial; (5) Abordagem da interventora; (6) Dificuldade na adaptação do programa no dia a dia; (7) Frequência dos contatos telefônicos; (8) Livro de Educação do Paciente e (9) Intenção de manter o seguimento das orientações. O Quadro 15 apresenta a síntese das manifestações dos pacientes sobre o programa educativo.

Quadro 16 - Síntese das manifestações dos pacientes sobre o programa educativo. São Paulo, 2020.

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
Benefício do programa	Melhora dos sintomas (n=4) (30,7%)	<p>P6 “Ajudou. A pressão melhorou, eu estou dormindo melhor, graças a Deus, eu achei que melhorou muito, muito meu sono ...muito, muito”</p> <p>P8 “Assim, me ajudou foi muito, nossa, nem sei quantos por cento melhor”</p> <p>P25 “Ajudou, me senti melhor... me ajudou a não me sentir mal”</p> <p>P5 “Fez muito efeito pra mim, graças a Deus”</p>
	Melhorou o autocuidado (n=12) (92,3%)	<p>P24 “Ajudou a restrição de líquido, medir com a jarra... pesar diariamente, caminhada”</p> <p>P11 “Ajudou bastante, em tudo, tudo.. a minha caminhada, alimentação, a água que eu tava bebendo”</p> <p>P27 “... as orientações, ficar mais atenta”</p> <p>P18 “Eu tive mais cuidado, mais atenção com meu estado, comigo mesmo”</p> <p>P8 “Ajudou a abrir a minha mente que eu tenho que tomar os remédios todo dia, nos horários certos, me pesar... eu diminuí o sal, diminuí o líquido, assim, se eu tomar muito líquido, eu aumento, entendeu?”</p> <p>P1 “... ajudou a tomar remédio na hora certa, tomar pouco líquido, ela me explicou qual que era o movimento do remédio, qual o efeito, que um ajuda bater o coração mais forte, enviar o sangue um pouco mais, tudo isso ela me explicou...”</p>
Motivação para continuar no estudo	Aprendizado (n=8) (61,5%)	<p>P18 “Queria saber mais sobre a minha doença”.</p> <p>P1 “É como uma escola, é vivendo e aprendendo, sempre ensina alguma</p>

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
		coisa pra gente, pra gente entender mais melhor as coisas". P13 "Porque muitas vezes a gente acha que sabe tudo e às vezes tá fazendo uma coisa que não é legal". P30 "Saber como me cuidar melhor".
	Indicação do médico (n=1)	P27 "Porque eles pediram pra fazer isso, os médicos,"
	Gostou do Programa (n=2)	P18 "Porque gostei da pesquisa". P29 "Porque gostei".
	Houve melhora dos sintomas (n=3)	P8 "Depois que eu comecei a tomar os medicamentos no horário certo, diminuindo a água, diminuindo o sal, eu tô me sentindo, nossa, nem sei quantos por cento". P6 "Porque eu senti melhora, eu senti melhora, nossa, eu gostei".
	Intervenção ser via telefone (n=1)	P29 "Ainda mais por ser pelo telefone e não precisar sair de casa".
Dificuldade para execução do programa	Nenhuma (n=13)	P18 "Não encontrei dificuldade nenhuma não..." P5 "Não, não, não teve dificuldade nenhuma não" P11 "Não, não, ao contrário" P6 "Olha, não encontrei não, eu fui fazendo, eu não achei dificuldade não, eu fiz com muito carinho, muito amor, pensando que eu ia ficar boa"
Tempo utilizado na primeira intervenção (presencial)	Adequado (n=12)	P13: "Foi bom pra nós, foi muito bom" P11 "Foi, foi adequado sim, porque eu to bem, eu tava doente, internado aí, e depois, nunca mais, só vou aí pegar remédio". P1: "Foi sim, deu para entender" P29 "Eu considero que foi bom, adequado"
	Muito longo (n=1)	P27 "Demora demais"
Abordagem da interventora	Adequada (n=13)	P18 "Bastante adequada" P6 "Nossa, eu gostei muito" P18 "sim, me ajudou muito" P13 "Sim, sim"
	Acolhedora/ Incentivadora (n=2)	P18 "Com atenção, com carinho, até com bastante carinho, né..." P29 "Carinhosa"
Dificuldade na adaptação do programa no dia a dia	Nenhuma (n=13)	P6 "Não, eu me empolguei, não tive dificuldade não, eu melhorei" P18 "Não, não tive dificuldade não"

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
		<p>P11 “Não, ao contrário, eu tô me dando bem”</p> <p>P8 “Não, não foi nada difícil não”</p>
	Registro no diário do peso/ Sintoma (n=2)	<p>P1 “A única coisa que teve é que a turma marcou as coisas que eu não consegui marcar, a mão tremendo muito, então eu não consegui marcar”</p> <p>P13 “Tinha umas coisas lá de marcar que eu esqueci tudo... o livrinho lá fala muito de marcar as coisas que a gente tinha que fazer, né”</p>
Frequência dos Contatos telefônicos (Cinco ligações)	Suficiente (n=12)	<p>P8 “Foi sim, aconteceu no tempo certo, nada cansativo não”</p> <p>P18 “Eu creio que sim, se eu consegui passar alguma coisa, vocês passaram o suficiente pra mim”</p> <p>P5 “Sim, foi, foi suficiente”</p> <p>P6 “Foi, foi adequada”</p>
	Excessiva (n=1)	<p>P27 “Demora demais”</p>
Livro de Educação Ajudou a sanar dúvidas	Auxiliou nas dúvidas (n=13)	<p>P18 “Me ajudou bastante”</p> <p>P6 “Olha, eu gostei muito, ajudou, nossa, ajudou, eu melhorei bastante”</p> <p>P13 “Orientou mais a gente aquilo ali, você começa a ler e entende mais do coração e tudo, como funciona, então é muito bom”</p> <p>P5 “Eu acho que foi muito bom. Ajudou, eu vi muito aquilo, minha mulher também olhou muito aquilo lá, o neto que mora com a gente também... então foi muito bom”</p> <p>P11 “Foi adequado, não pode faltar pra mim não, viu, eu tô cumprindo a ordem de vocês, eu tô me dando bem”</p>
Intenção de manter o seguimento das orientações	Seguimento das intervenções (n=13)	<p>P13 “Sim, com certeza, ajudou bastante”</p> <p>P5 “Sim, continuo usando da mesma forma”</p> <p>P6 “Vou, eu já falei, eu vou continuar, com certeza”</p> <p>P18 “Sim, claro”</p>
Recomendação da Intervenção Educativa para outras pessoas	Recomendaria (n=13)	<p>P6 “Recomendo, muito bom, nossa, melhora muito”</p> <p>P1 “Sem dúvida nenhuma”</p> <p>P29 “Com certeza, é ótimo”</p>

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
		P2 “Recomendaria sim”
Pontos Positivos do Programa	Orientação (n=9)	<p>P18 “Orientação, com a orientação que foi passada pra mim, meu estado de saúde melhorou”</p> <p>P13 “Explicar pra gente a respeito do coração, muitas vezes a gente não sabe muito a respeito disso, né...”</p> <p>P8 “As orientações e o incentivo para que a pessoa siga o tratamento, os medicamentos, a dieta”</p> <p>P1 “Pra mim, foi tudo, que pelo menos tava explicando, né, as coisas que a gente não entende, como se diz, na cabeça, que o médico não tem tempo de explicar pra gente”</p>
	Acolhimento/ Incentivo (n=5)	<p>P15 “Paciente se sente acolhido, sabe que alguém se importa com ele, além de ajudar na parte física, da saúde, também ajuda na parte da cabeça, sentimentos”</p> <p>P2 “Tratamento, a educação de vocês com o paciente”</p> <p>P29 “A forma de explicar”</p> <p>P8 “Incentivo”</p>
	Ajudou no Autocuidado (n=4)	<p>P27 “Ajuda bastante, tirando a demora, a tomar os remédios e ficar mais atenta”</p> <p>P5 “Ah, a gente fazer a caminhada que é muito importante, fazer exercício... na alimentação... o medicamento”</p> <p>P6 “Eu peso todo dia de manhã, foi uma beleza, nossa foi muito bom, gostei muito, aí eu disse, nossa, eu tomava muita água, ficava pesada, minha perna inchava, melhorou meu coração, agora eu durmo bem, eu acordava no meio da noite sufocada. Foi muito bom. Agora estou bem, como bem, não tomo mais muita água, foi muito bom, eu tava muito cansada, perna muito pesada, agora não. Foi tão bom, foi maravilhoso”</p> <p>P11 “Foi tudo bom pra mim. Foi tudo positivo, tudo bem pra mim. Está dando tudo certo pra mim”</p>
	Livro de Educação do paciente (n=4)	<p>P15 “Manual supercompleto”</p> <p>P29 “Mesmo que fique dúvida, tenho o livro”</p> <p>P18 “O livro tá positivo, tudo que tava no livrinho”</p> <p>P30 “Livro”</p>

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
	Ligações Semanais (n=3)	P5 “Ligação, a gente falando com ela, incentiva” P30 “Ligação” P15 “Ligação semanal”
Mudaria algo na Intervenção	Não mudaria nada (n=12)	P15 “Nada, pra mim, tá perfeito, não vi nada que ficou a desejar” P5 “Eu não mudaria nada, o que foi passado pra mim foi muito bom, pra mim foi excelente” P1 “Pra mim, eu acho assim, não tem nada pra mudar não” P18 “Eu não mudaria, tá bem orientado mesmo, não é difícil entender, eu consegui compreender bem”
	Diminuir as perguntas (n=1)	P27 “Menos pergunta”
	Aumentar as ligações (n=1)	P11 “O que posso falar pra senhora, é ligar muito pra mim, pra não ir pra trás no tratamento”

Fonte: Próprio autor

Por meio da análise das entrevistas, foi possível observar que os participantes demonstraram boa aceitação da intervenção. Não houve relatos de dificuldade de adoção das práticas da intervenção no dia a dia e todos responderam ter intenção de continuar a intervenção mesmo após o término do estudo. A maioria dos pacientes relatou que o PEAC-IC proporcionou melhora do autocuidado e que o principal motivo para permanecer no estudo foi o aprendizado. Quando questionados se mudariam algo na intervenção, a maioria dos pacientes destacou que não mudaria nada. Apenas um paciente sugeriu aumentar a frequência das ligações e outro, diminuir as perguntas. Vale ressaltar que as perguntas a que o paciente se referia eram as de avaliação dos desfechos.

Grupo Focal

Com objetivo de explorar a percepção dos pacientes em relação à intervenção, os motivos de permanência no estudo, fragilidades e pontos fortes da intervenção, foram realizados grupos focais, conduzidos pela pesquisadora principal e dois assistentes de pesquisa.

Foram realizados dois grupos focais. Os encontros deram-se em uma sala de reuniões, no ambulatório da instituição campo do estudo. Do total da amostra, foram

convidados dez pacientes que haviam finalizado o programa educativo e seus familiares (três ainda estavam realizando as sessões telefônicas). Compareceram ao grupo focal 50% (cinco) dos pacientes. Os motivos de ausência dos demais pacientes foram: compromisso familiar não programado (dois); indisponibilidade do familiar em acompanhar o paciente na data agendada (três). Estava previsto um terceiro grupo focal, que foi cancelado devido à pandemia por covid-19.

Dos pacientes que compareceram ao grupo focal, dois estavam desacompanhados, dois acompanhados pela esposa e um estava acompanhado pela filha e neta, totalizando a participação de nove pessoas no grupo focal. Importante ressaltar que os pacientes não se conheciam antes do grupo focal. Quanto as características demográficas dos participantes do grupo focal, 66,6% eram do sexo feminino (dois pacientes e quatro familiares) e 33,4% eram do sexo masculino (três pacientes).

Utilizando um guia de questões norteadoras, a moderadora do grupo focal solicitou aos pacientes que descrevessem sua experiência com o programa educativo. A análise temática revelou boa aceitação do PEAC-IC como apresentado no Quadro 16.

Quadro 17 - Síntese da percepção dos pacientes sobre o PEAC-IC por meio do grupo focal. São Paulo, 2020.

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
Visão geral dos benefícios do PEAC-IC	Percepção de melhora dos sintomas 100,0% (n=9)	P1- “Foi bom, não sinto mais tosse. Bom... uma felicidade.... Perdi muito tempo pra trás. Para mim, está ótimo! Estou me sentindo muito bem, melhorou o cansaço” P2- “Nem sinto que tenho problema. Se não tivesse conhecido aqui, o departamento, a senhora, eu num tava aqui não. Dormi bem. Durmo igual um bebê. ...abaixei o peso” P5- “Melhorei bastante”. “Minha pressão está normal, 13 por 8, estou dormindo melhor”... “a gente cansa de subir e descer escada, para mim, melhorou muito”.
	Percepção de Melhora do autocuidado 100,0% (n=9)	P1- “Perdi tanto tempo lá atrás. Tô sequinho, controlando o sal, comendo bem, tomando os remédios. Tô querendo continuar.” P3- “Muito bom, adquiri disciplina”

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
		<p>P4- <i>“Orientou bastante a cuidar de mim, foi bom, me ative mais em mim, ajudou a ter mais cuidado comigo mesmo”.</i></p> <p>P5 <i>“A dieta, eu modifiquei tudo, não consumo mais nada de conserva, reduzi o sal, perdi peso, já perdi mais ainda, vou fazer sempre”.</i></p>
Pontos positivos do PEAC-IC	Adequado número de sessões 100,0% (n=9)	<p>P2- <i>“Foi bom pra nós, foi muito bom”</i></p> <p>P5- <i>“Foi bom, foi ótimo”</i></p> <p>P3- <i>“Foi suficiente sim... ficava deitado no sofá... só conversando”</i></p> <p>AC2- <i>“Se tiver mais, melhor ainda. Devia continuar semanal”</i></p>
	Tempo adequado de duração das sessões 100,0% (n=9)	<p>P1- <i>“Ótimo, quero continuar, o tempo foi ótimo...foi maravilhoso”</i></p> <p>P4- <i>“Foi adequado, depende do entendimento da pessoa”</i></p> <p>P5- <i>“Foi bom, foi ótimo”</i></p> <p>AC 1- <i>“Pegou de surpresa, então foi um pouco puxado”</i></p> <p>AC3- <i>“ Ficou um pouco corrido porque tinha outra consulta depois”.</i></p>
	Satisfação com as Sessões Telefônicas 100,0% (n=9)	<p>P1- <i>“ A ligação foi excelente”</i></p> <p>P2 – <i>“A ligação semanal. Tinha de responder tudo direitinho”; “Não deixava passar despercebido”</i></p> <p>P3- <i>“A ligação para ficar alerta e não esquecer, sobre o que deve ser feito”</i></p> <p>P5- <i>“A ligação foi ótima”</i></p>
	Satisfação com o Livro de Educação do paciente 88,9% (n=8)	<p>P4- <i>“Ajudou, pensei “será que ela vai recolher”; “gostei, aprendi tanta coisa, foi bom, adequado, ajudou a controlar”</i></p> <p><i>“Lê o livro, agradei a Deus, melhorou minha vida, tanta coisa que eu não sabia”</i></p> <p>C2- <i>“Ajudou muito”</i></p>
	Satisfação com a Abordagem da interventora 100,0% (n=9)	<p>P2- <i>“É uma educação...que a gente não vê em lugares de serviços públicos. As pessoas são diferentes... a senhora então!... só com o seu atendimento, já dá para ficar bom.”</i></p> <p>P4- <i>“Foi boa, ninguém orienta assim, o médico não fala”; “ A</i></p>

Tema Principal	Categoria de resposta (Frequência de citação)	Exemplo de relato
		<i>peessoa se preocupar com a gente, a gente se sente melhor;</i> P5- “Você sanar, um certo carinho, o interesse, o acolhimento”.
Pontos de Melhorias - Estrutura do PEAC-IC	Nenhuma mudança 22,2% (n=2)	P4- “Não mudaria nada”. P5- “Não, para mim, foi legal, para mim, foi tudo muito bom”
	Continuar com as ligações para manter o contato 77,8% (n=7)	C2- “Se tiver mais, melhor ainda. Devia continuar semanal” P2- “Era bom que continuasse as ligações” C1- “Podia continuar pelo menos uma vez por mês ou cada 15 dias...”
Livro de educação do paciente	Aumentar letra do Diário de sintoma 77,8% (n=7)	P4- “Com óculos, enxerga bem, ficou difícil, mas dá”.

Fonte: Próprio autor

Todos os pacientes e acompanhantes presentes no grupo focal relataram que a intervenção educativa para o autocuidado ajudou no controle da doença e que recomendariam a intervenção para outros pacientes. Não houve relato de dificuldades na implementação das recomendações no cotidiano.

Todos declararam que se sentiram acolhidos pela interventora e que os contatos telefônicos incentivavam o seguimento das orientações. Também foi unânime o relato de intenção de manter o seguimento das orientações mesmo após o término do estudo.

Como apontamento de melhorias, os pacientes sugeriram apenas modificação no tamanho da fonte tipográfica do diário do peso e aumento da frequência do contato telefônico. Alguns acompanhantes (três), que estavam presentes na primeira sessão do PEAC- IC, relataram que foram surpreendidos pelo convite em participar da pesquisa, que não tinham se programado para essa atividade, que ela atrapalhou um pouco a programação deles, mas avaliaram positivamente o programa.

5.3 RESULTADOS PRELIMINARES DE EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO

Um dos objetivos deste estudo era obter estimativas preliminares de eficácia do PEAC-IC em relação ao conhecimento sobre a doença e o tratamento, ao comportamento de autocuidado, à internação hospitalar e ao atendimento em serviço de pronto socorro por descompensação clínica da IC e por todas as causas. As próximas tabelas apresentam os resultados relativos a esses objetivos.

Tabela 9 - Comparação das proporções de acertos no Questionário de Conhecimento sobre a IC, segundo grupos (controle e intervenção) e avaliações (linha de base e pós intervenção).

Avaliação	Grupos	n	Percentual de acertos						p-valor ^a
			Média (dp)	Mín	Q1	Mediana	Q3	Máx	
AV 1	Intervenção	15	55,8 (19,3)	18,1	47,8	58,3	65,2	88,8	0,455
	Controle	15	47,7 (24,9)	-	36,4	54,5	65,5	80,0	
AV 2	Intervenção	13	72,8 (19,5)	44,4	55,6	80,0	88,9	100,0	0,243
	Controle	14	63,7 (19,8)	36,4	51,1	55,1	76,2	100,0	

AV 1= linha de base AV 2= pós intervenção; ^a Mann-Whitney U; Q1-Primeiro quartil; Q3-Terceiro quartil

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, nas avaliações de linha de base e pós intervenção ($p= 0,455$ e $0,243$ respectivamente), conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 10 - Comparação dos Comportamentos de Autocuidado, na primeira e segunda avaliações, entre o GI e GC.

Variável	Avaliação	Grupos	N	Média (dp)	Mín	Q1	Mediana	Q3	Máx	p-valor ^a
Autocuidado de manutenção	AV 1	Intervenção	15	48,7 (17,7)	20,0	38,3	43,3	60,0	83,3	0,983
		Controle	15	47,6 (10,2)	30,0	40,0	46,7	53,3	63,3	
	AV 2	Intervenção	13	73,6 (11,2)	53,3	66,7	76,6	80,0	90,0	0,002
		Controle	14	56,9 (12,8)	36,7	50,0	56,6	60,0	90,0	
Autocuidado de gerenciamento	AV 1	Intervenção	11	47,3 (15,6)	20,0	40,0	50,0	55,0	70,0	0,257
		Controle	8	57,5 (25,2)	20,0	48,8	55,0	71,2	100,0	
	AV 2	Intervenção	6	80,8 (17,7)	55,0	68,8	85,0	93,8	100,0	0,014
		Controle	7	50,0 (18,2)	25,0	40,0	55,0	55,0	80,0	
Confiança no Autocuidado	AV 1	Intervenção	15	63,40 (20,0)	22,2	55,6	61,6	69,5	100,0	0,249
		Controle	15	71,2 (18,6)	33,4	61,2	66,7	86,2	100,0	
	AV 2	Intervenção	13	79,6 (22,0)	22,1	33,4	83,4	83,4	100,0	0,092
		Controle	14	68,7 (19,8)	11,1	66,7	66,7	77,8	94,5	

AV 1= linha de base AV2= pós intervenção ^aMann-Whitney U Q1 Primeiro quartil Q3 Terceiro quartil

No que tange ao autocuidado de manutenção e autocuidado de gerenciamento e confiança no autocuidado, houve um aumento significativo dos escores medianos após o PEAC-IC no GI (76,6; 85,0; 83,4 respectivamente), conforme apresentado na Tabela 10. Os escores de autocuidado de manutenção e de gerenciamento tiveram diferença estatística significativa entre os grupos na fase pós intervenção ($p=0,002$ e $p=0,014$ respectivamente).

A diferença de oito pontos nos escores de autocuidado é considerada clinicamente significativa (Riegel et al.,2009). As Tabelas 11 e 12 mostram a pontuação de autocuidado pré e pós intervenção nos dois grupos e permitem derivar a frequência de pacientes que tiveram no mínimo essa diferença depois da intervenção.

Tabela 11 - Comparação da pontuação do autocuidado nas fases pré e pós intervenção, Grupo Intervenção. São Paulo, 2020

GI Participante	Avaliação Inicial			Avaliação Pós Intervenção		
	ACM	ACG	AAC	ACM	ACG	CAC
1	43,3	45	44,5	63,3	100	33,4
2	39,9	NA	55,6	53,3	NA	61,2
3	49,9	NA	94,5	76,6	NA	100,0
4	43,3	NA	100,0	59,9	65	100,0
5	33,3	NA	66,7	76,6	NA	83,4
6	19,9	20	55,6	83,3	NA	100,0
7	83,3	65	61,2	89,9	NA	94,5
8	63,3	55	61,2	89,9	80	72,3
9	76,6	70	61,2	76,6	90	72,3
10	63,3	35	66,7	79,9	NA	100,0
11	39,9	50	66,7	66,7	55	44,5
12	26,7	25	83,4	66,7	95	88,9
13	53,3	55	72,3	73,3	NA	83,4

ACM- Autocuidado de manutenção; ACG Autocuidado de gerenciamento; CAC Confiança no autocuidado; NA- Não se aplica. Segundo orientações para uso da escala, a escala de autocuidado de gerenciamento não se aplica a pessoas que não tiverem sintomas da IC no mês anterior à aplicação.

Na Tabela 11, pode-se observar que 11 (85%) participantes tiveram aumento acima de oito pontos na escala de Autocuidado de Manutenção e sete (54%) na escala de confiança do autocuidado. Quanto à escala de Autocuidado de gerenciamento, sete participantes não apresentaram sintomas de IC na segunda avaliação, enquanto, na primeira avaliação, apenas quatro participantes não apresentavam sintomas da IC no mês anterior à aplicação da escala. Dos que responderam à escala em ambas avaliações (cinco), quatro (80%) tiveram aumento superior a oito pontos.

Tabela 12 - Comparação da pontuação do autocuidado nas fases pré e pós intervenção, Grupo Controle. São Paulo, 2020

GC	Avaliação Inicial			Avaliação Pós Intervenção		
Participante	ACM	ACG	CAC	ACM	ACG	CAC
1	43,3	NA	66,7	43,3	NA	66,7
2	36,7	100,0	83,4	50,0	NA	66,7
3	40,0	55,0	66,7	60,0	55,0	83,4
4	53,3	30,0	89,0	53,3	30,0	89,0
5	63,3	NA	61,2	56,7	50,0	66,7
6	30,0	20,0	44,5	36,7	25,0	11,1
7	60,0	NA	61,2	90,0	NA	77,8
8	36,7	NA	100,0	60,0	NA	66,7
9	43,3	NA	89,0	66,7	NA	77,8
10	46,7	NA	66,7	50,0	NA	94,5
11	53,3	NA	66,7	66,7	NA	66,7
12	50,0	70,0	33,4	60,0	80,0	55,6
13	53,3	55,0	61,2	56,7	55,0	61,2
14	40,0	75,0	83,4	46,7	55,0	77,8

ACM- Autocuidado de manutenção; ACG Autocuidado de gerenciamento; CAC Confiança no autocuidado; NA- Não se aplica. Segundo orientações para uso da escala, a escala de autocuidado de gerenciamento não se aplica a pessoas que não tiverem sintomas da IC no mês anterior à aplicação

Na Tabela 12, pode-se observar que sete (50%) dos participantes tiveram aumento acima de oito pontos na escala de Autocuidado de Manutenção e quatro (28%) na escala de confiança do autocuidado. No que se refere à escala de Autocuidado de gerenciamento, sete participantes não apresentaram sintomas de IC na segunda avaliação. Dos que responderam à escala em ambas avaliações- seis (43), um (16,6%) respectivamente, teve aumento superior a oito pontos.

Para estimar o efeito do PEAC-IC no conhecimento sobre a doença e tratamento e comportamento de autocuidado, foram realizados modelos de efeitos mistos que comparam a evolução das variáveis de interesse entre os dois grupos e entre as duas avaliações (pré e pós intervenção).

Foram avaliados três tipos de efeito: efeito principal de grupo, efeito principal das avaliações e efeito interação grupo x avaliação. As tabelas 13, 14, 15 e 16 apresentam os resultados de efeitos mistos.

Tabela 13- Modelo de efeitos mistos para a variável conhecimento sobre a doença e o tratamento (N=57). São Paulo, 2020

	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	324,1591	1	< 0,001
Grupo (GI e GC)	1,6339	1	0,201
Avaliação (Inicial e pós intervenção)	16,9893	1	< 0,001
Interação Grupo-Avaliação	0,0122	1	0,912

Observa-se na Tabela 13 que não houve efeito de grupo, independentemente da avaliação (pré ou pós intervenção), para o conhecimento sobre a doença ($p=0,201$); houve evidências fortes de efeito de avaliação indicando que ambos os grupos aumentaram de média (avaliação $p<0,001$); e que não houve efeito da interação grupo: avaliação ($p=0,912$), indicando que as diferenças de conhecimento sobre a IC do GI entre a primeira e a última avaliação foram semelhantes às diferenças do GC.

Tabela 14 - Modelo de efeitos mistos para o autocuidado de manutenção (N=57). São Paulo, 2020.

	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	717,9224	1	< 0.001
Grupo (GI e GC)	4,0839	1	0,043
Avaliação (Inicial e pós intervenção)	43,609	1	< 0.001
Interação Grupo-Avaliação	8,0688	1	0,005

Observa-se na Tabela 14 que houve efeito de grupo, independentemente da avaliação (pré ou pós intervenção), para autocuidado de manutenção ($p=0,043$); houve fortes evidências de efeito da avaliação, indicando que o grupo intervenção aumentou a pontuação enquanto o GC aumentou em menor quantidade ($p<0,001$) e efeito da interação grupo: avaliação ($p=0,005$). Isso indica que as diferenças do autocuidado de manutenção do GI entre a primeira e a última avaliação foram diversas das do GC.

Tabela 15 - Modelo de efeitos mistos para o autocuidado de gerenciamento (N=32). São Paulo, 2020

	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	222,3697	1	< 0.001
Grupo (GI e GC)	1,1193	1	0,290
Avaliação (Inicial e pós intervenção)	7,5706	1	0,006
Interação Grupo-Avaliação	12,8169	1	< 0.001

Quanto ao autocuidado de gerenciamento (Tabela 15), observa-se que não houve efeito de grupo, independentemente da avaliação (pré ou pós intervenção), ($p=0,290$); houve fortes evidências de efeito da avaliação, o que indica que o grupo intervenção aumentou a pontuação enquanto o GC diminuiu ($p=0,006$) e efeito da interação grupo: avaliação ($p=0,001$), indicando que as diferenças do autocuidado de gerenciamento do GI entre a primeira e a última avaliação foram diversas das encontradas no GC.

Tabela 16 - Modelo de efeitos mistos para a confiança no autocuidado (N=57). São Paulo, 2020

	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	440,7524	1	< 0.001
Grupo (GI e GC)	0,0036	1	0,952
Avaliação (Inicial e pós intervenção)	2,7013	1	0,100
Interação Grupo-Avaliação	4,2571	1	0,039

Quanto à confiança no autocuidado (Tabela 16), observa-se que não houve efeito de grupo, independentemente da avaliação (pré ou pós intervenção), ($p=0,952$); não houve evidências de efeito da avaliação ($p=0,100$) e forte evidência de efeito da interação grupo: avaliação ($p=0,039$). Isso indica que as diferenças da confiança o autocuidado no GI entre a primeira e a última avaliação foram diversas das encontradas no GC.

Na Figura 8, observa-se de forma geral o potencial efeito do PEAC-IC nas variáveis principais deste estudo.

Figura 7- Efeitos do PEAC no conhecimento sobre a IC e comportamentos de autocuidado

Os gráficos da Figura 7 ilustram os resultados das análises de efeitos mistos. Quanto ao conhecimento sobre a IC, ambos os grupos aumentaram as pontuações de forma bem similar. No que se refere ao autocuidado de manutenção, pode-se observar que os dois grupos melhoraram na segunda avaliação, mas o grupo intervenção obteve mais progresso que o grupo controle. O autocuidado de gerenciamento e a confiança no autocuidado tiveram comportamentos semelhantes. Isto é, o grupo controle piorou na segunda avaliação e o grupo intervenção melhorou.

Tabela 17- Análise do tamanho do efeito do PEAC-IC sobre o conhecimento acerca da IC, autocuidado de manutenção, gerenciamento e confiança no autocuidado (N=15).

Variável	F
Conhecimento sobre a IC	f = 0.02
Autocuidado de manutenção	f = 0.55
Autocuidado de gerenciamento	f = 1.01
Confiança no autocuidado	f = 0.42

F= Teste de Cohen para calcular o tamanho do efeito (0,10= fraco; 0,25= moderado, 0,40= forte (Cohen 1992)

Na avaliação do tamanho do efeito, o PEAC-IC apresentou efeito forte em todos os domínios do autocuidado (Tabela 17), indicando relevância clínica do PEAC-IC para o autocuidado de pessoas com IC. A seguir, são apresentadas análises adicionais para explorar possíveis associações entre: a) conhecimento e autocuidado; b) conhecimento e comprometimento cognitivo; c) conhecimento e sintomas depressivos; d) autocuidado e comprometimento cognitivo e e) autocuidado e sintomas depressivos. As análises foram realizadas com os dados de linha de base da amostra total do estudo.

Tabela 18 - Correlações do conhecimento sobre a doença e tratamento e do autocuidado com variáveis selecionadas, na amostra total do estudo, na avaliação de linha de base (N=30). São Paulo, 2020.

Avaliação de linha de base (N=66). São Paulo, 2020.					
Variáveis	N	Coeficiente de Correlação*			p-valor
		r	IC 95%		
			Inferior	Superior	
Conhecimento <i>versus</i>					
Autocuidado de manutenção	30	0,439	0,094	0,690	0,015 ^a
Autocuidado de gerenciamento**	19	0,096	-0,374	0,527	0,695 ^a
Confiança no autocuidado	30	0,050	-0,316	0,403	0,795 ^a
Avaliação cognitiva	30	0,389	0,044	0,663	0,029 ^b
Sintomas depressivos	30	-0,124	-0,463	0,247	0,514

Variáveis	N	Coeficiente de Correlação*			
		r	IC 95%		p-valor
			Inferior	Superior	
Autocuidado de manutenção versus					
Autocuidado de gerenciamento**	19	0,334	-0,142	0,684	0,163 ^a
Confiança no autocuidado	30	-0,026	-0,386	0,337	0,891 ^a
Avaliação cognitiva	30	-0,079	-0,428	0,289	0,676 ^b
Sintomas depressivos	30	-0,346	-0,628	0,017	0,061
Autocuidado de gerenciamento versus					
Confiança no autocuidado	19	0,111	-0,362	0,538	0,672 ^a
Avaliação cognitiva	19	0,263	-0,217	0,641	0,271 ^b
Sintomas depressivos	19	0,255	-0,636	0,225	0,292
Confiança no autocuidado versus					
Avaliação cognitiva	30	0,274	-0,096	0,577	0,143 ^b
Sintomas depressivos	30	-0,133	-0,471	0,239	0,484 ^b

^a Spearman's rho ^b Pearson's ** Segundo orientações para uso da escala, a escala de autocuidado de gerenciamento só foi empregada em pessoas que tiveram sintomas da IC no mês anterior à aplicação.

Houve correlação moderada entre conhecimento sobre a IC e autocuidado de manutenção na avaliação de linha de base ($r=0,439$ $p=0,015$), e entre conhecimento e função cognitiva, avaliada pelo MMEM ($r=0,389$; $p=0,029$). No entanto o IC 95% do coeficiente de correlação entre conhecimento e avaliação cognitiva é amplo, com o limite inferior muito próximo de zero, como apresentado na Tabela 18.

Tabela 19 - Associação entre sintomas depressivos e comportamento de autocuidado, por meio de avaliação de efeito misto (n=57). São Paulo, 2020

Autocuidado de manutenção (Intercept)	Coefficient	SE	95% CI	t	df	p-valor
	54,70	4,23	[46.41, 63.00]	12,92	51	< .001
Avaliação [Final]	16,97	4,91	[7.34, 26.59]	3,46	51	< .001
CES-D	-0,32	0,17	[-0.65, 0.00]	-1,93	51	0,053
Avaliação [Final] * CES-D	0,00	0,19	[-0.37, 0.38]	0,01	51	0,991
Autocuidado de gerenciamento						
Parameter	Coefficient	SE	95% CI	t	df	p-valor
(Intercept)	59,14	9,49	[40.54, 77.74]	6,23	26	< .001
Avaliação [Final]	19,35	14,49	[-9.05, 47.74]	1,34	26	0,182
CES.D	-0,31	0,32	[-0.94, 0.32]	-0,97	26	0,331
Avaliação [Final] * CES-D	-0,18	0,45	[-1.05, 0.70]	-0,40	26	0,691
Confiança no autocuidado						
Parameter	Coefficient	SE	95% CI	t	df	p-valor
(Intercept)	70,73	6,17	[58.65, 82.82]	11,47	51	< .001
Avaliação [Final]	13,16	6,06	[1.28, 25.04]	2,17	51	0,030
CES-D	-0,17	0,24	[-0.65, 0.31]	-0,69	51	0,487
Avaliação [Final] * CES-D	-0,36	0,24	[-0.82, 0.10]	-1,53	51	0,125

Como demonstrado na Tabela 19, na avaliação do efeito misto, da relação dos sintomas depressivos (CES-D) sobre o autocuidado de forma independente do momento da avaliação, observa-se uma pequena evidência de que os sintomas depressivos tiveram relação negativa com o autocuidado de manutenção ($p=0,053$) e nenhuma evidência para o autocuidado de gerenciamento e confiança no autocuidado.

Na avaliação do efeito do CES-D nas médias do autocuidado na avaliação pré e pós intervenção (Avaliação [Final]), há evidências de que o autocuidado de manutenção ($p<0,001$) e a confiança no autocuidado ($p=0,030$) mudam ao longo do tempo. Não ocorrendo o mesmo efeito com o gerenciamento do autocuidado.

Não houve evidência de que a relação entre sintomas depressivos e autocuidado de manutenção, gerenciamento e confiança no autocuidado muda nas avaliações inicial e final (avaliação final CES-D).

Na figura a seguir, é possível verificar a associação dos sintomas depressivos (CES-D) com o autocuidado, nas avaliações de linha de base (inicial) e pós intervenção (final).

Figura 8 - Correlação entre sintomas depressivos (CES-D) e comportamento de autocuidado nas fases pré e pós intervenção.

Testes de associação do conhecimento sobre a IC e do autocuidado e confiança no autocuidado *versus* variáveis demográficas e demais variáveis clínicas foram realizados como análises adicionais e os p-valores de seus resultados estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 - Resultados (p-valores) dos testes de associação das variáveis demográficas e clínicas com conhecimento sobre a IC e com autocuidado na IC (n=27). São Paulo, 2020

Variáveis	Conhecimento sobre a IC	Autocuidado		
		Manutenção	Gerenciamento	Confiança
Sociodemográficas				
Sexo	0,207 ^a	0,477 ^a	0,979 ^a	0,479 ^b
Convivência marital	0,429 ^a	0,618 ^a	0,253 ^a	0,804 ^b
Etnia	0,080 ^c	0,452 ^c	0,348 ^c	0,538 ^c
Situação econômica	0,687 ^c	0,662 ^c	0,277 ^c	0,589 ^d
Idade	0,524 ^e	0,334 ^e	0,222 ^e	0,691 ^e
Escolaridade	0,150 ^e	0,675 ^e	0,656 ^e	0,842 ^e
Variáveis clínicas				
FEVE	0,235 ^e	0,431 ^e	0,046 ^e	0,347 ^e
Classe funcional	0,712 ^f	0,533 ^f	0,161 ^f	0,042 ^f
Tempo de experiência com IC	0,416 ^e	0,162 ^e	0,212 ^e	0,147 ^e
Nº de comorbidades	0,760 ^f	0,813 ^f	0,994 ^f	0,204 ^f
Frequência ao pronto socorro	0,732 ^f	0,304 ^f	0,938 ^f	0,950 ^f
Dias de hospitalização	0,700 ^f	0,938 ^f	0,351 ^f	0,044 ^f

^a Student's t-test; ^b Wilcoxon-Mann-Whitney; ^c One-way ANOVA; ^d Kruskal-Wallis; ^e Correlação de Pearson; ^f Kendall's rank correlation; FEVE- Fração de ejeção ventricular esquerda.

Não houve associação de variáveis demográficas com conhecimento sobre a IC ou com comportamentos de autocuidado, como apresentado na Tabela 20. Três variáveis clínicas tiveram coeficientes de correlação com p-valor significativo. Os valores dos coeficientes e IC95% foram: -0,561 [IC95% -0,850; -0,015] para FEVE *versus* autocuidado de gerenciamento (p = 0,046); -0,326 [IC95% -0,628; -0,061] entre

classe funcional e confiança no autocuidado ($p=0,042$); e $-0,333$ [IC95% $-0,933$ - $0,054$] entre dias de internação e confiança no autocuidado ($p=0,044$).

Durante o período de acompanhamento um (7,1%) participante do grupo intervenção foi hospitalizado; três (21,4%) necessitaram de atendimento médico não planejado (Pronto Socorro) por descompensação clínica da IC. No Grupo intervenção, não houve nenhuma hospitalização por IC ou todas as causas, durante o período de acompanhamento. Dois (15,3%) participantes necessitaram de atendimento médico não planejado (Pronto socorro), por causas não relacionadas à IC (Infecção do trato urinário e hiperglicemia).

Discussão

6 DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo piloto foi desenvolver e avaliar a aceitabilidade e a viabilidade de um Programa Educativo para o Autocuidado de Pessoas com IC (PEAC-IC), com duração de seis semanas, com uma sessão presencial e cinco sessões telefônicas subsequentes.

Desenvolvimento do Programa Educativo para o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

O PEAC-IC foi desenvolvido com o objetivo primário de melhorar o autocuidado de pessoas com IC, por meio de conhecimento sobre a doença e do desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. Espera-se como resultado a médio e longo prazo a redução das hospitalizações por IC, bem como a redução de atendimento médico não planejado por descompensação clínica da IC. Para o desenvolvimento do PEAC-IC, utilizaram-se as informações da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018), resultados de revisões sistemáticas de estudos de intervenções para o autocuidado, que foram categorizados segundo os comportamentos de autocuidado, como sugerido por Jaarsma et al., (2020), e, posteriormente, mapeados com as intervenções contidas na NIC (Bulechek e Butcher (2016).

O PEAC-IC foi planejado para atender os pacientes com diferentes tipos (ICFEr, ICFEi ou ICFEp) e estágios da IC (CF-NYHA I, a IV), centrado nas necessidades individuais, sendo que seus componentes devem ser enfatizados conforme a necessidade do paciente e/ou família. Embora tenha sido desenvolvido para implementação por enfermeiros, é possível a sua utilização por equipe multidisciplinar em saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. O livro de educação do paciente auxiliou na realização do PEAC-IC, pois foi utilizado como um guia durante as sessões presenciais, nas quais pacientes e seus familiares puderam acompanhar o conteúdo desenvolvido.

O PEAC-IC possui elementos específicos recomendados em programas de educação para o gerenciamento da IC e demonstrou ser adequado para a população avaliada. Neste estudo, a maioria dos pacientes, em ambos os grupos, apresentava pouco conhecimento sobre a síndrome da IC, com pontuações abaixo de 70% de respostas corretas (Tabela 9), assim como comportamentos de autocuidado inadequados (abaixo de 70 pontos em cada subescala de autocuidado – Tabela 10).

Todos os participantes do GI receberam todo o conteúdo previsto do PEAC-IC, com maior ou menor ênfase nos tópicos, de acordo com a necessidade do paciente.

O desenvolvimento de intervenções complexas em saúde para o autocuidado de pessoas com IC tem recebido atenção de pesquisadores e há um número crescente de publicações de estudos de intervenções para favorecer o autocuidado de pessoas com IC. No entanto, poucas publicações descreveram o processo de desenvolvimento de intervenções não farmacológicas, incluindo a teoria da intervenção, ingredientes ativos, características dos interventores, elementos essenciais para o desenvolvimento de uma intervenção (Jonkman et al. 2016a) e para que a intervenção desenvolvida possa ser replicada e implementada nos campos de prática.

Neste estudo, optou-se por utilizar como referencial Sidani e Braden (2011) para desenvolver o PEAC-IC. Essas autoras descrevem o passo a passo das etapas necessárias para desenvolver e avaliar a aceitabilidade e a viabilidade de uma intervenção. Seguir esse referencial metodológico tornou possível compreender e operacionalizar as etapas para construir o programa, desde a compreensão do problema até o desenvolvimento da intervenção em si.

Outro aspecto importante, que contribuiu para o desenvolvimento do PEAC-IC, foi a utilização do referencial da teoria situação específica do autocuidado na IC (Riegel et al., 2016), que permitiu elencar intervenções destinadas a cada conceito de autocuidado, permitindo, destarte, criar um grupo de intervenções para cada componente do autocuidado. Isso facilita oferecer aos pacientes apenas o que corresponde às suas necessidades específicas.

Acredita-se que os componentes de autocuidado de manutenção e de gerenciamento foram bem representados no PEAC-IC, evidenciados por efeitos preliminares positivos nos desfechos de autocuidado. Porém, houve pouca representação da teoria nos conteúdos voltados para autoeficácia, sendo importante o refinamento do PEAC-IC com a incorporação de aspectos comportamentais e motivacionais.

Algumas dificuldades foram encontradas nesse processo, no que diz respeito à identificação dos elementos específicos e inespecíficos de intervenções para o manejo de autocuidado de pessoas com IC na literatura disponível.

Como relatado anteriormente, realizou-se uma busca na literatura desses elementos da intervenção, por meio de resultados de revisões sistemáticas de estudos

que avaliaram o efeito de intervenções com elementos educativos, no autocuidado de pessoas com IC. Nessas revisões, encontrou-se pouco detalhamento das intervenções avaliadas e heterogeneidade dos componentes da intervenção, como modo de entrega, dose, características do interventor, o que dificultou a escolha dos elementos da intervenção.

Outro aspecto importante a ressaltar foi a inclusão das terminologias da NIC, no PEAC-IC, contribuindo para o fortalecimento da linguagem padronizada de enfermagem. Várias intervenções da NIC são adequadas para o atendimento de pessoas com IC (Schneider e Slowik, 2009; Park, 2014), no entanto, poucos estudos incluem sua terminologia na descrição dos elementos das intervenções (De Oliveira Azzolin et al., 2015). Nenhuma das revisões avaliadas para auxiliar na identificação dos elementos específicos e inespecíficos do PEAC-IC (18 revisões) citou a terminologia da NIC. O registro padronizado do cuidado de enfermagem, por meio da classificação das intervenções de enfermagem, possibilita comunicar o saber da enfermagem de modo a ser reconhecido e assimilado em diferentes cenários pela equipe de enfermagem.

O PEAC-IC possui elementos específicos que demonstraram ser eficazes no autocuidado de pessoas adultas em acompanhamento ambulatorial, no que diz respeito aos elementos dos componentes de autocuidado de manutenção e gerenciamento. Sugere-se implementar ações complementares no componente confiança no autocuidado, como técnicas cognitivo-comportamentais e/ ou entrevista motivacional, para melhores resultados na confiança para o autocuidado.

Entrega do PEAC-IC- Sessão Presencial

Antes de desenvolver cada tema, era verificado o conhecimento prévio do paciente, para que o interventor pudesse decidir se precisaria ou não enfatizar aquele assunto. E sempre era verificado o entendimento sobre o tema, antes de passar para o tópico seguinte. Em relação aos ingredientes ativos: restrição de líquidos, a maioria dos pacientes do GI estavam em CF-NYHA III-IV (Tabela de caracterização da amostra) e todos apresentavam sinais de retenção de líquidos (edema) como apontado nos resultados. Todos os pacientes do GI relataram que tinham indicação médica de controle da ingestão de líquidos e sódio.

Cabe ressaltar que, embora haja pouca evidência disponível sobre benefícios da restrição hídrica em termos de hospitalização e mortalidade, neste estudo, os pacientes que aderiram à restrição relataram melhora significativa dos sintomas, e não ocorreu nenhuma hospitalização ou busca por atendimento em serviço de emergência, durante o período do seguimento do estudo. Esse dado também é recomendado por Jaarsma et al., (2020), que orientam a restrição de líquidos nos casos de IC grave para aliviar os sintomas.

Quanto à recomendação de restrição de sódio, este estudo seguiu as recomendações de evitar uso excessivo de sódio, > 5 g de sal (cloreto de sódio, por dia), como sugerido por Jaarsma et al., (2020), embora a indicação da diretriz brasileira seja evitar quantidades > 7 gramas. A maioria dos pacientes relatou que já seguia orientação prévia de adotar “dieta com pouco “sal”. Para aqueles que relatavam consumo maior do que o recomendado, foi orientado diminuir gradativamente o sódio e monitorar melhora dos sintomas pós redução do sal.

Apenas um paciente necessitava de aconselhamento personalizado de nutrição, por apresentar baixo peso e perda de apetite, e foi encaminhado para consulta com nutricionista, no próprio ambulatório, campo de pesquisa. Embora o PEAC-IC não tenha sido desenvolvido para equipe multidisciplinar em saúde, quando detectado necessidade de interface com outros profissionais, a interventora fazia o respectivo encaminhamento, o que está em consonância com o que estabelecem as diretrizes para o manejo de IC (Jaarsma et al., 2020).

Quanto ao uso do álcool, neste estudo, apenas dois pacientes relataram consumir bebida alcoólica e foram orientados sobre os potenciais riscos e dosagem recomendada segundo a Diretriz Brasileira de IC (≤ 20 mL de álcool para homens). Com os demais pacientes, esse tópico não foi abordado. Foi previsto abordagem sobre a cessação do tabagismo, conforme diretrizes nacionais e internacionais, porém nenhum paciente era fumante, portanto este item não foi tratado (Jaarsma et al., 2020; Rohde et al., 2018).

Em relação à atividade física e sexual, a maioria dos pacientes não realizava atividade física, por acreditarem que não podiam realizá-la. Após orientação dos benefícios da atividade física para a manutenção da saúde, 61,5% dos pacientes relataram a adoção da caminhada no dia a dia, conforme sua tolerância. Diretrizes recomendam atividade física regular e especificam que ela é eficaz e segura em pacientes com IC (Jaarsma et al., 2020).

Foi discutida com todos os pacientes a relevância da conservação de energia para a manutenção da saúde e enfatizada a importância do descanso. A maioria relatou que fazia intervalos de descanso entre as atividades, por se sentir muito cansada, mas não associava esse sintoma à piora da IC.

Orientação sobre atividade sexual foi realizada para os pacientes que relataram possuir vida sexual ativa (quatro pacientes). Ao desenvolver esse conteúdo, a maioria dos pacientes relataram que se sentiam envergonhados de conversar com o médico sobre esse tema, o que comprova a importância de abordar essa temática com os pacientes.

O tópico “Terapia medicamentosa” foi discutido com todos os pacientes, enfatizando o objetivo do medicamento para o tratamento da IC, e reforçada a importância da adesão medicamentosa. Discutiu-se a importância do familiar/cuidador para auxiliar o paciente na adesão ao tratamento. Diretrizes recomendam o ensino do autocuidado com ênfase particular em adesão à terapia medicamentosa (Jaarsma et al., 2020).

Estudos apontam a depressão como fator que pode afetar a adesão. Nesta investigação, um paciente com sintomas elevados de depressão não aderiu ao tratamento medicamentoso e às recomendações do PEAC-IC. Esse resultado sugere outro tipo de abordagem, para pacientes com depressão, como Terapia Cognitivo-comportamental e entrevista motivacional (Jiang et al. 2018; Peng et al. 2019).

A vacinação é fundamental para evitar a infecção por influenza, visto que este é um importante gatilho para descompensação da IC. Todos os pacientes receberam esse conteúdo, no qual foi justificada a importância da vacinação, como recomendado em diretrizes (Jaarsma et al., 2020). Com exceção de três pacientes, a maioria relatou que não sabia se poderia receber essa vacina. A campanha anual de vacinação contra Influenza havia sido iniciada no mês de março de 2020, período em que estava terminando o acompanhamento do PEAC-IC, portanto muitos ainda não haviam sido vacinados.

O reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação da IC é importante componente do autocuidado. Ensinar o paciente a reconhecer esses sinais pode auxiliar no tratamento precoce e evitar hospitalizações. No PEAC-IC, esse conteúdo foi discutido com todos os pacientes, sendo recordados os sintomas já vivenciados por eles e explicadas as possíveis causas para tais sintomas. Ratificou-se a necessidade de monitoramento diário de sinais e sintomas, bem como de avaliação

da intensidade e frequência, como recomendado por (Jaarsma et al., 2020). Também foram explicadas as possíveis condutas a serem adotadas e quando procurar o serviço de saúde. Observou-se que nenhum paciente que recebeu o PEAC-IC necessitou procurar o serviço de saúde de emergência ou hospitalização por IC.

Um paciente relatou a presença de edema durante o período de acompanhamento e que tinha reduzido a ingestão de líquidos e sódio, por conseguinte, percebeu melhora dos sintomas. Essa informação mostra o quão importante é desenvolver as habilidades para o autocuidado, por meio de programas educativos. Esses dados são similares aos de outros estudos que reforçam a importância de desenvolver habilidades para autogerenciamento dos sintomas (Buck et al. 2018; Hickman et al. 2020; Kalogirou et al. 2020; Sokalski et al. 2020).

VIABILIDADE DO PEAC-IC

A viabilidade da intervenção (PEAC-IC) refere-se à praticidade de sua implementação (Sidani e Braden, 2011). Estudos de viabilidade de intervenção não farmacológica em saúde têm relatado diferentes indicadores de viabilidade, sendo os mais frequentes: taxa de recrutamento, motivos de recusa, taxas de atrito, motivos de abandono, adesão à intervenção e fidelidade da intervenção (Cossette et al. 2016; Izumi et al. 2018; Kelly et al. 2019; Jobst et al. 2020).

Poucos estudos trazem a definição de viabilidade, apresentando apenas os dados coletados (taxa de recrutamento, retenção e abandono, fidelidade da intervenção e adesão), o que torna difícil comparar se os conceitos foram os mesmos utilizados no presente estudo (Cossette et al. 2016; Kane et al. 2017; Izumi et al. 2018; Kelly et al. 2019; Jobst et al. 2020). No entanto, apresentam em seus resultados a descrição de como avaliaram algumas taxas, como, por exemplo, a taxa de recrutamento, adotando os mesmos critérios utilizados neste estudo.

A aceitabilidade, por outro lado, parece ter mais consenso na literatura de que se refere à percepção dos pacientes quanto ao valor que atribuem à intervenção como motivador para adotar as recomendações que ela traz. Mesmo assim, alguns autores consideram a adesão às recomendações da intervenção como indicadores de aceitabilidade, o que indica controvérsias nos conceitos e definições de aceitabilidade e de viabilidade (Sidani, 2015).

De acordo com o referencial metodológico adotado neste estudo piloto para avaliação da viabilidade Sidani e Braden, (2011), foram usados os indicadores de recrutamento, atrito, retenção, como indicadores de aceitabilidade. No entanto, na literatura geral, estes estão, por vezes, descritos como indicadores de viabilidade. Por esse motivo, optou-se por comparar os resultados deste estudo com os descritos na literatura geral, que, embora não tragam a definição conceitual de viabilidade, descrevem os indicadores de viabilidade como os descritos nesta investigação.

Este estudo apresentou uma taxa de recrutamento de 62,5%, que é superior à encontrada em estudos similares, nos quais ela variou de 6,8% a 59,0% (Trivedi et al. 2016; Kane et al. 2017; Izumi et al. 2018; Kelly et al. 2019; Jobst et al. 2020).

Embora o convite para participar do estudo não tenha sido previamente agendado, os pacientes demonstraram interesse imediato pelo PEAC-IC, principalmente pela possibilidade de acompanhamento telefônico, mesmo estando cientes de que poderiam ser alocados no grupo controle.

O principal motivo de recusa foi falta de tempo para a intervenção presencial, que seria logo após a coleta dos dados da linha de base. Esse motivo, por si, não é um indicativo negativo para a intervenção. No entanto, não se avaliou como se comportariam os pacientes que recusaram a participar do estudo porque não dispunham de tempo naquele dia se lhes fosse oferecida a oportunidade de agendar a participação para outro momento que melhor lhes conviesse. Essa possibilidade poderia ser incluída em outros estudos. Apenas um paciente não se interessou pelo programa.

No grupo focal, alguns pacientes e familiares relataram que foram surpreendidos com o convite para participar do estudo. No entanto, quando questionados se achavam pertinente agendamento prévio para a primeira sessão, a maioria declarou que preferia realizá-la no mesmo dia devido à dificuldade de deslocamento ou por depender de seu familiar para ir ao ambulatório. Esse relato sugere que o melhor, no caso de o paciente não ter disponibilidade para a sessão imediatamente depois do aceite para participar do estudo, é o agendamento para a data da próxima consulta.

A maioria dos participantes (86,7%) completou a intervenção, e 13,3% desistiram. Essa taxa de atrito é comparável à relatada em três estudos que examinaram a viabilidade de intervenções para promoção do autocuidado em

doenças crônicas, 13,7%;15%; 20% (Gimbel et al., 2020;Vellone et al., 2020;Okwose et al., 2019) respectivamente, medidas da mesma forma que neste estudo.

Apenas dois pacientes desistiram da intervenção. Um dos motivos de retirada do estudo não estava relacionado à natureza da intervenção, e sim por internação hospitalar não relacionada à IC, na mesma semana em que a participante entrou no estudo. Outro paciente referiu não gostar de ficar ao telefone. Portanto, para este perfil de paciente, intervenções por via telefônica podem não ser adequadas, o que deve ser considerado em futuros estudos.

A taxa de atrito é um fator que ameaça a viabilidade de implementação de uma intervenção. Algumas medidas foram adotadas neste estudo para minimizar o atrito, como realizar a primeira sessão no mesmo dia da coleta de dados iniciais e agendamento das ligações semanais de acordo com a preferência dos pacientes.

De maneira geral, os participantes demonstraram adotar e compreender as orientações fornecidas ao longo do PEAC-IC (Tabela 7). O resultado de adesão desta investigação é superior ao encontrado em outro estudo nacional, que avaliou a efetividade de uma intervenção comportamental de orientação de alta e contato telefônico para a adesão terapêutica, re-hospitalizações e mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca (Oscalices et al. 2019). No referido estudo, a avaliação de adesão não medicamentosa foi similar à avaliação do presente estudo. Foi utilizado um questionário com três questões, aplicado via telefone, para avaliar adesão não medicamentosa, abordando questões referentes ao controle do peso; controle do sal e controle hídrico, obtendo uma proporção de 25% de alta adesão a esses itens. Na comparação, verifica-se que, neste estudo, obtiveram-se taxas mais altas de adesão, 92,3% para controle do peso; 92,3% para controle hídrico e controle do sal.

Diante das elevadas de taxas de recrutamento, retenção e adesão, este estudo piloto suporta a viabilidade da intervenção, que pode ser aplicada em teste de eficácia para pessoas com IC, independentemente do tipo de IC (ICFEp; ICFEr ou ICFEi) e da gravidade.

Neste estudo piloto, houve prevalência de pacientes com classe funcional II-IV, FEVE<40%, múltiplas comorbidades, baixa escolaridade e com declínio cognitivo, características comuns em outros estudos de intervenções educativas para o autocuidado de pessoas com IC. No entanto, não se pode afirmar que o PEAC-IC é mais promissor para um ou outro perfil de pacientes, razão pela qual sugere-se que

essa questão seja considerada em estudos de eficácia (Hickman et al., 2020; Clark et al., 2016; Cajita et al., 2016)

ACEITABILIDADE DO PEAC-IC

A aceitabilidade, neste estudo, refere-se à percepção dos participantes sobre a intervenção, nos seguintes aspectos: adequação para o problema de saúde; facilidade para adoção/utilização no cotidiano; eficácia para o gerenciamento do problema de saúde a curto e longo prazo, bem como a adesão à intervenção (Sidani e Braden 2011; Tarrier et al. 2006).

Com base na avaliação dos participantes e nas anotações de campo do intervencionista e assistente de pesquisa, infere-se que o PEAC-IC foi bem aceito pela maioria dos pacientes, em relação a conteúdo, modo de entrega, dose e facilidade para implementação no cotidiano (Quadros 16 E 17).

A maioria dos participantes considerou o PEAC-IC útil para o entendimento da sua doença e do tratamento; para auxiliá-los nas ações de autocuidado e para a melhora do controle dos sintomas da IC (Quadros 16 E 17). Todos manifestaram intenção de seguir as orientações mesmo após o término do estudo e declararam que recomendariam a intervenção para outras pessoas com IC (Quadro 16). Os achados de aceitabilidade neste estudo são consistentes com outros estudos de aceitabilidade de intervenções não farmacológicas para o manejo de doenças crônicas.

A exemplo disso, cita-se o estudo de Kelly et al., (2019), que, a partir de métodos mistos, avaliaram a aceitabilidade de uma intervenção educativa personalizada para promover a redução da ingestão alimentar de sódio e aumentar a qualidade da dieta em pessoas com doença renal crônica na Austrália. A intervenção citada foi pautada na Teoria Cognitiva Social e utilizou a combinação de treinamentos quinzenais por telefone e envio de mensagens curtas via celular; a intervenção foi realizada em duas fases de três meses (GI e GC). A aceitabilidade foi avaliada como alta e 78% de todos os participantes relataram satisfação com as características das mensagens de texto (idioma, frequência, duração do programa, tempo de entrega) (Kelly et al., 2019).

Outro estudo que avaliou a aceitabilidade de uma intervenção educativa para promoção do autogerenciamento de pessoas com diabetes na África do Sul, por meio

de mensagens curtas via celular, também apresentou boa aceitabilidade. Todos os participantes consideraram a intervenção útil para auxiliá-los no gerenciamento da doença e a maioria (98%) ficou satisfeita com o tempo de entrega das mensagens. Além disso, 95,9% manifestaram interesse em continuar recebendo as mensagens após a conclusão do estudo (Owolabi et al. 2019).

Estudos de aceitabilidade e viabilidade de intervenções não farmacológicas específicas para população com IC também apresentaram boa aceitabilidade e viabilidade. Os dados descritos por Heo et al., (2019), da avaliação de aceitabilidade e viabilidade de uma intervenção educativa para promoção de redução da ingestão de sódio, além do monitoramento e apoio psicossocial de pacientes com IC, em acompanhamento ambulatorial, demonstraram uma proporção de 98% a 100% de aceitabilidade para cada sessão. A intervenção foi realizada em três sessões face a face (60 min / sessão) e três sessões semanais por telefone (10-30 min / sessão), durante três meses. Algumas das características dos participantes do estudo de Heo et al., (2019) são diferentes das apresentadas pelos participantes deste estudo, como média de idade (52,6 vs 62,8), tempo de estudo (13,4 vs 6,6), sexo feminino (81,8% vs 46,7%). Além disso, naquele estudo, não foram incluídas pessoas com comprometimento cognitivo.

O estudo de Li et al., (2017), que investigou a aceitabilidade de uma intervenção educativa para o autocuidado de pacientes chineses com IC, por envio de mensagens curtas, também apresentou boa aceitação (95,6%). Em outro estudo que avaliou a viabilidade, a aceitabilidade e a potencial eficácia de uma intervenção educativa, com cuidadores familiares para melhorar o autocuidado de pacientes com IC hospitalizados, todos consideraram a intervenção aceitável e viável e estariam dispostos a participar se um estudo semelhante lhes fosse oferecido (Cossette et al., 2016).

A intervenção consistia em cinco encontros, sendo dois face a face durante a internação e três por telefone após a alta hospitalar. O primeiro encontro face a face foi realizado com a díade, focando as necessidades do paciente, e o segundo, com os cuidadores, visando ao ensino para facilitar a autonomia do paciente, por meio de dramatizações. O acompanhamento telefônico foi escolhido para reduzir custos e facilitar a transferência da intervenção para a prática, sendo estes os mesmos motivos que impulsionaram a escolha neste estudo por acompanhamento telefônico no PEAC-IC.

Nesta investigação, as ligações telefônicas foram consideradas pela maioria dos pacientes como estratégia importante do PEAC-IC, por se sentirem acolhidos e acompanhados, mesmo fora do ambiente hospitalar/saúde, com possibilidade de falar sobre sua doença, sanar as dúvidas e receber orientações sem precisar sair de casa (Quadro 17).

Cabe reforçar que o serviço ambulatorial onde esta pesquisa foi desenvolvida é um serviço público de atenção terciária, especializado em doenças do miocárdio. A maioria dos pacientes matriculados nesse ambulatório reside em localidades distantes, com necessidade de dois ou mais meios de transporte público para se deslocarem de sua residência ao ambulatório. Sem mencionar o prolongado tempo de deslocamento, sendo necessário, em grande parte dos casos, o acompanhamento por um familiar e/ou cuidador, que precisa tirar um dia de trabalho para tal. Isso gera um elevado custo para os pacientes que, em sua grande maioria, apresentam baixa renda (Tabela 1), o que resulta em absenteísmo nas consultas médicas e prejuízo no controle da doença.

A possibilidade de suporte telefônico estruturado pode ter contribuído para a aceitabilidade da intervenção, pois, além da comodidade para o paciente de ser atendido em sua residência, evita os transtornos de deslocamento, tanto no aspecto financeiro como no social, como a dependência de auxílio de outras pessoas para acompanhá-lo na ida ao ambulatório. Revisão sistemática que abordou os efeitos das intervenções por telemonitoramento em pessoas com IC evidenciou menor custo financeiro para os pacientes quando comparadas com as intervenções presenciais (Kitsiou et al., 2015).

Outra revisão sistemática, que avaliou aceitabilidade de pessoas recebendo intervenções educativas, estruturada por telefone ou telemonitoramento não invasivo, também detectou uma alta aceitabilidade, desse modelo de intervenção (76% e 97% respectivamente) (Inglis et al., 2015).

Esses achados reforçam a necessidade de os serviços estruturarem opções não presenciais para suporte ao tratamento de pessoas com doenças crônicas. Diversas estratégias remotas têm sido utilizadas como complementares às intervenções presenciais, com resultados positivos para autocuidado, conhecimento sobre a doença, qualidade de vida relacionada à saúde, diminuição de re-hospitalização e mortalidade, como também redução de custos com saúde (Oscalice et al., 2019; Melin et al., 2018; Bashi et al., 2017; Masterson Creber et al., 2016).

Outro fator que pode ter contribuído para a aceitabilidade das sessões telefônicas foi o tempo das sessões. Neste estudo, as sessões telefônicas duraram em média 12 minutos (Tabela 4). A maioria dos pacientes considerou este tempo adequado, justificando que não se sentiram cansados ou indispostos para as sessões telefônicas (Quadro 16). Em outros estudos de intervenção direcionados a pacientes com IC por ligações telefônicas, o tempo médio de duração das sessões telefônicas variou de 10 min a 60 minutos (Baptiste et al., 2016; Cossette et al., 2016; Härter et al., 2016; Oscalices et al., 2019; Srisuk et al., 2017).

Deve-se considerar que a maioria dos participantes do presente estudo eram idosos, com idade mediana de 65 anos (Tabela 1), e 73,3% apresentavam declínio cognitivo (Tabelas 1 e 2). Portanto uma duração maior do tempo das sessões telefônicas poderia resultar em dificuldade de concentração e distração durante a intervenção.

Embora a intervenção presencial tenha durado em média 60 minutos, o que é consistente com outros estudos, a possibilidade de interação paciente-interventor foi considerada ponto positiva no programa. Todos os pacientes avaliaram esse tempo como satisfatório e necessário para o desenvolvimento da sessão.

A maioria dos pacientes relatou que recebeu informações valiosas, que ajudaram no melhor entendimento de sua condição cardíaca e demonstrou compreensão do conteúdo no decorrer do programa (Quadros 1 e 2). O fato de a interventora ser uma enfermeira especialista em cardiologia, com experiência clínica e em educação de adultos, pode ter contribuído para esse resultado, com adoção de técnicas de ensino e aprendizagem, principalmente na sessão presencial (face a face).

Também foi incentivado o relato do conhecimento prévio e experiência vivenciada sobre cada tópico, validação do entendimento do paciente e de seu acompanhante (report back) sobre cada tema, antes de passar para o assunto seguinte, e uso de modelo anatômico do coração, para auxiliar na compreensão sobre a insuficiência cardíaca. Esses achados são compatíveis com outros estudos liderados por enfermeiros com experiência em IC (Awoke et al., 2019; Oscalices et al., 2019; Srisuk et al., 2017; Tersalvi et al., 2020).

O PEAC-IC foi oferecido por apenas um interventor, estratégia utilizada também em outros estudos (Cossette et al., 2016; Jobst et al., 2020; Navidian et al., 2017). No entanto, seria interessante considerar uma equipe de interventores, para

avaliar a transferibilidade da intervenção. Características específicas do interventor, como crenças, valores, conhecimento, comportamentos e interações com os participantes, podem contribuir significativamente para o alcance dos resultados da intervenção (Sidani e Braden 2011).

Deve-se considerar também que o PEAC-IC foi realizado apenas pelo profissional enfermeiro. Estudos que incluem equipe multiprofissional, com nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, apresentam resultados satisfatórios (Chen et al., 2018), o que poderia ser considerado em futuras pesquisas de eficácia do PEAC-IC.

O PEAC-IC é uma intervenção educativa com objetivo de melhorar o conhecimento sobre a IC para mudanças de comportamentos de autocuidado. Na amostra avaliada, um dos pacientes, portador de muitos sintomas de depressão, em alguns aspectos do programa, obteve resultado que demonstrou que o PEAC-IC não o auxiliou nas ações para o autocuidado. Acredita-se que isso se deva ao fato de esse paciente haver apresentado baixa adesão ao programa.

Estudos apontam incidência de 20 a 40% de depressão em pessoas com IC e essas pessoas com sintomas depressivos graves podem sofrer impacto negativo na sua capacidade para o autocuidado (Peng et al., 2019). Há evidências na literatura de associação entre sintomas depressivos com agravamento dos sintomas da IC, elevadas taxas de hospitalização e mortalidade (Das et al., 2019).

No PEAC-IC, não estava previsto abordagem específica para pacientes com sintomas de depressão. Portanto, pode não ser adequado para esse perfil de pacientes. Sugerem-se, na literatura, intervenções com apoio psicossocial, como entrevista motivacional, para pacientes com IC e sintomas depressivos (Navidian et al. 2017).

O livro de educação do paciente foi bem aceito por todos os participantes, como apresentado no Quadro 16. Eles relataram que o livro foi benéfico para sanar dúvidas. Não foi apontado dificuldade de leitura ou entendimento dos itens do livro do paciente pela maioria dos participantes, mostrando que este instrumento foi adequado para o nível educacional dos pacientes (mediana de cinco anos de escolaridade). Cabe destacar que os pacientes analfabetos ou com dificuldade de leitura e interpretação tiveram suporte de familiares cuidadores e estes não referiram dificuldades com o manual.

Resultado similar foi encontrado em um estudo que avaliou a efetividade de uma ferramenta de educação centrada no paciente com IC denominada *PocketDoktor*, que são livretos resumidos e ilustrados de processos de doenças, diagnóstico, tratamento e gerenciamento em longo prazo (Siddharthan et al. 2016).

A única dificuldade apontada por pacientes e familiares referente ao livro do paciente foi, especificamente, o tamanho da fonte tipográfica do capítulo “Diário de sintomas”. Referiam que era “muito pequena”, dificultando a leitura. Por conseguinte, sugeriu-se revisão desse capítulo, para facilitar a leitura.

Também foi possível identificar, no decorrer das sessões telefônicas, que o manual de sintomas não estava sendo utilizado, não tendo sido possível distinguir se por falta de entendimento do objetivo do diário ou se foi pela ausência de sintomas de descompensação da IC no decorrer do programa.

Estudo que comparou a mortalidade entre pacientes com IC que completaram um diário de peso e autoavaliação de sintomas com aqueles que não o fizeram, concluiu que o uso do diário foi associado a uma sobrevida mais longa (Park et al. 2017). Portanto, sugere-se uma abordagem mais enfática da relevância do diário de sintomas para o reconhecimento antecipado de sinais de exacerbação da IC.

No que tange à fidelidade da intervenção, ressalta-se que este estudo apresentou bons índices de fidelidade da implementação da intervenção. Na sessão presencial, seguiu 100% do manual da intervenção. Já nas sessões telefônicas, a fidelidade da intervenção foi 52%, nos itens comuns a todas as sessões; 94,5% na primeira sessão telefônica; 77,8% na segunda e terceira sessão telefônica; 100% na quarta sessão e 66,7% na última sessão telefônica (Tabela 6).

O menor índice foi encontrado no conteúdo previsto para ser aplicado em todas as sessões, especificamente no item “Indagar se o paciente registrou o peso verificado (n=11/15)” (Tabela 6). Embora a interventora tenha investigado, em 100% das sessões, se o paciente tinha verificado seu peso, a investigação sobre o registro do peso no diário do peso nem sempre ocorreu.

O monitoramento do peso é um elemento importante no autocuidado na IC, pois permite que o paciente controle sinais de retenção de líquidos. O ganho de peso é frequentemente um dos primeiros sinais de sobrecarga de volume em pacientes com IC. Reconhecer precocemente esse sinal pode favorecer o tratamento precoce e evitar piora clínica da IC. Estudo que avaliou a associação entre adesão ao uso de diário de peso com hospitalização por IC mostrou que aqueles com adesão ao

monitoramento de peso registrado em diário de $\geq 80\%$ encontraram uma incidência menor, estatisticamente significativa, de hospitalização por IC (Jones et al. 2014). Outro estudo que avaliou a associação do uso de diário de peso e sintomas com mortalidade evidenciou que os pacientes que usavam diário tinham menor probabilidade de morte por todas as causas, quando comparados com os que não o utilizavam ($P = 0,02$ e $P = 0,01$, respectivamente) (Park et al. 2017).

Os outros itens que contribuíram para a baixa fidelidade (52%) foram “Verificar se houve busca por serviço de saúde na última semana” ($n=12/15$) e “Explorar os motivos para a busca por serviço de saúde” ($n=15/15$). Importante ressaltar que nenhum paciente do GI necessitou de busca por serviço de saúde por descompensação clínica da IC, e, durante a sessão telefônica, a maioria dos pacientes relatava que estava “bem”, sem sintomas da IC, o que justifica o não questionamento pela interventora. Essas observações poderão ser consideradas para refinar o método de avaliação da fidelidade a ser usado em outros estudos.

Na última sessão telefônica, que obteve 64,7%, o conteúdo não se aplicava a 33,3% (pacientes que não eram tabagistas e não consumiam bebida alcoólica), motivo pelo qual a interventora não abordou esses temas. Sugere-se que, na avaliação da fidelidade, os cálculos da conformidade dos procedimentos realizados com o planejado sejam feitos em relação ao total válido de observações. Nesse caso específico do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, a conformidade seria de 100%.

Segundo Sidani e Braden, (2011), a fidelidade da implementação da intervenção tem recebido pouco destaque nas pesquisas de avaliação de intervenção. Esse dado se confirma pelos achados de revisões sistemáticas de estudos de eficácia de intervenções para o autocuidado na IC, apresentados anteriormente no capítulo de intervenções para o autocuidado (Quadro 8), no qual apenas três estudos realizaram avaliação da fidelidade da intervenção.

Os resultados desta investigação são consistentes com estudo que avaliou a contribuição da fidelidade da entrega da intervenção, além de outras variáveis, para explicar os efeitos de uma intervenção de Capacitação para Reabilitação na Insuficiência Cardíaca Crônica. Nesse estudo, a fidelidade alcançou uma média de 3 pontos (0-6) (Frost et al., 2019). Outro estudo de viabilidade e aceitabilidade de um programa de cuidados paliativos, liderado por enfermeiros, para adultos mais velhos

com doenças graves evidenciou taxa de 94% de seguimento do protocolo (Izumi et al. 2018).

Embora neste estudo, a intervenção não tenha sido entregue 100% da forma como planejada, houve boa aceitabilidade do PEAC-IC, bons resultados de adesão e resultados favoráveis de eficácia da intervenção. Um ponto a ser considerado, que pode ter contribuído para esses resultados, foi a abordagem adotada na sessão presencial, que foi significativa para os pacientes e seus familiares, criando, de certa forma, uma proximidade dos participantes com a interventora, o que foi muito favorável para o seguimento por telefone.

Dado semelhante foi descrito por Frost et al., (2019), que observaram que a eficácia da intervenção era dependente do estilo de engajamento do interventor. Seria preciso avaliar a aceitabilidade no caso de a intervenção ser oferecida para um mesmo paciente por diferentes profissionais, o que poderá ser necessário para implementar a intervenção em serviços de saúde.

ESTIMATIVAS PRELIMINARES DE EFICÁCIA DO PEAC-IC

No que tange às estimativas preliminares de eficácia, o objetivo secundário deste estudo foi avaliar os efeitos potenciais do PEAC-IC no conhecimento, autocuidado, número de hospitalizações e atendimento em serviços de urgência por descompensação clínica da IC. A seguir, discutir-se-ão os resultados conforme esse objetivo.

Quanto aos efeitos da intervenção no conhecimento sobre a doença e seu tratamento, o conhecimento dos participantes no início do estudo foi insatisfatório, com índices de acertos no questionário de conhecimento sobre a IC abaixo de 60% (mediana = 58,3% no GI e 54,5% no grupo controle), apresentados na Tabela 9. Resultados semelhantes foram descritos em dois estudos internacionais, (Róin et al., 2019) identificou um percentual de 60% e (Dinh et al., 2019) de 55,6%.

Já em dois estudos nacionais, que utilizaram o mesmo instrumento aplicado neste estudo, os índices encontrados de conhecimento na avaliação de linha de base foram superiores aos achados desta investigação; Oliveira et al., (2017) apontaram 68,7% e Azzolin et al., (2015) 69,1%. Nesses estudos (nacionais e internacionais), as características dos participantes eram semelhantes à amostra que compôs este

estudo, exceto o comprometimento cognitivo, que não foi avaliado naqueles estudos, o que poderia justificar essas diferenças.

Os resultados desta investigação apontaram uma frequência de 52,4% de indivíduos com comprometimento cognitivo, que estavam alocados no GI e 47,6% no GC, avaliados pelo MEEM. Está bem descrita na literatura a relevante prevalência de comprometimento cognitivo em pessoas com IC, variando de 25% a 75% (Davis et al. 2012; Viveiros et al. 2017). Também existem evidências na literatura da relação entre cognição, particularmente aspectos envolvendo a memória, e conhecimento sobre a IC ($r = .40$, $p = .01$) (Riegel et al. 2011).

No presente estudo, estado cognitivo, avaliado pelo MEEM, apresentou correlação moderada com conhecimento sobre a IC ($r=0,398$; $IC=0,04- 0,66$ $p= 0,029$) (Tabela 18), ou seja, quanto maior a pontuação no MEEM (o que representa cognição preservada), maior o conhecimento sobre a doença. Pesquisa anterior infere que a função cognitiva pode ter influência no grau de compreensão sobre as ações do autocuidado (Riegel et al. 2011). Dessa forma, sugere-se a realização da avaliação da função cognitiva das pessoas com IC, antes de iniciar um programa de educação, para a adoção de estratégias que vão além da capacidade de “lembrar” e sim compreender o autocuidado na IC.

A proposta do PEAC -IC foi promover a compreensão sobre a IC, para melhora do autocuidado por meio da construção do significado do autocuidado na IC, com base no conhecimento e na experiência prévios do participante, utilizando-se do componente inespecífico de exposição dialogada.

Após a intervenção, ambos os grupos aumentaram as proporções de acertos do questionário de conhecimento, com $p=< 0,001$ (Tabela 13). O GI apresentou diferença positiva na segunda avaliação (de 58,3% na linha de base para 80,0% depois da intervenção), enquanto o GC praticamente não teve alteração na proporção de acertos (55,1% vs 54,5%). No entanto, não houve significância estatística ($p= 0,243$), o que pode ter ocorrido em função do pequeno tamanho da amostra. Na análise de efeito, o PEAC-IC apresentou efeito fraco sobre o conhecimento sobre a IC (Tabela 17).

Esses resultados divergem da maioria dos descritos em outros estudos que avaliaram o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento de pessoas com IC, em que o grupo intervenção apresentou melhora significativa do conhecimento em relação ao grupo controle (Oliveira et al. 2017; Dinh et al. 2019; Róin et al. 2019).

Encontrou-se apenas um estudo que não evidenciou diferença estatisticamente significativa na mudança de pontuação média de conhecimento entre as avaliações com base nos grupos, assim como os achados deste estudo (Tawalbeh 2018a).

Importante salientar que o presente estudo foi projetado na modalidade de um estudo piloto para avaliar aceitabilidade e viabilidade de um programa educativo (Sidani e Braden, 2011), portanto o tamanho da amostra pode ter contribuído para esse resultado.

Conhecimento sobre a doença obteve correlação forte com autocuidado de manutenção na linha de base ($r=0,439$; $p=0,015$) (Tabela 18); resultados congruentes com os achados de Dinh et al.,(2019); Oliveira et al., (2017); Róin et al., (2019);Tawalbeh,(2018).

Considerando que o tamanho da amostra deste estudo pode ter limitado o poder do teste e que houve melhora do conhecimento no GI e não no GC, conclui-se que o PEAC-IC parece ter efeito positivo no conhecimento de pessoas com IC. Sugere-se, portanto, que essa variável seja testada com o PEAC-IC em estudos com uma amostra maior.

No que tange aos efeitos da intervenção no autocuidado de pessoas com IC, verificou-se que as pontuações médias iniciais de autocuidado de manutenção (48,7) e gerenciamento (47,3) foram inferiores às das linhas de base de outros estudos que avaliaram efeito de intervenção no autocuidado na IC (Tabela 10). Já a confiança no autocuidado (63,4) foi superior. Os escores obtidos no estudo de Tawalbeh, (2018) foram: autocuidado de manutenção 51,5; gerenciamento 56,3; confiança 51,5; e os relatados por Dinh et al., (2019) foram 59,4; 65,1 e 56,2 respectivamente.

Na comparação da evolução do autocuidado entre os dois grupos (Tabelas 14-16), após seis semanas de acompanhamento, o GI apresentou pontuações mais elevadas, em maior proporção do que o GC, no autocuidado de manutenção ($p=0,005$), gerenciamento ($p<0,001$) e confiança no autocuidado ($p=0,039$).

Esses resultados são consistentes com os observados por Tawalbeh, (2018), que examinou o efeito de um programa educacional no conhecimento e comportamento de autocuidado em pacientes com IC, em pacientes ambulatoriais, na Jordânia. O grupo intervenção apresentou melhores resultados no autocuidado de manutenção ($p<0,001$); de gerenciamento ($p<0,001$); e na confiança no autocuidado ($p=0,03$).

No estudo realizado por Dinh et al., (2018), que avaliou a eficácia de uma intervenção educativa, liderada por enfermeiro, em adultos com IC hospitalizados no Vietnã, verificou-se que o grupo intervenção também apresentou melhores resultados no autocuidado de manutenção, quando comparado com o grupo controle ($p=0,001$). No entanto ambos os grupos não apresentaram melhoras significativas no autocuidado de gerenciamento e na confiança no autocuidado, o que difere dos resultados apresentados nesta investigação.

Nos dois estudos citados, pessoas com comprometimento cognitivo não foram incluídas na amostra. Estudo que analisou o comprometimento cognitivo em pessoas com IC sugere que profissionais de saúde avaliem o comprometimento cognitivo, especificamente da memória, em pessoas com IC, pois pode impactar negativamente os comportamentos de autocuidado (Viveiros, 2017). O comprometimento cognitivo neste estudo apresentou correlação fraca com comportamento de autocuidado de manutenção ($r= -0,079$; de gerenciamento ($r= 0,263$) e com a confiança no autocuidado ($r= 0,274$) (Tabela 18).

As ligações telefônicas podem ter ajudado os participantes na adesão às/aos atividades/comportamentos de autocuidado, atuando como “lembrete”, o que é consistente com os resultados apresentados por Clark et al. (2016), assim como o comprometimento do paciente com a interventora. Estudo nacional que verificou o efeito do monitoramento telefônico no autocuidado e o conhecimento de pacientes com IC também observou melhora significativa no autocuidado no GI ($p=0,001$) (Oliveira et al., 2017).

No PEAC-IC, a intervenção foi enfatizada nas necessidades individuais dos pacientes. Isso pode ter contribuído para os resultados, principalmente no autocuidado de gerenciamento. A educação centrada no paciente promove a melhora do autocuidado em pessoas com IC (Vellone et al. 2020).

Vale destacar que os resultados de efeitos mistos (Tabela 19) para avaliar a influência dos sintomas depressivos no autocuidado apontaram que esses sintomas exerceram ação no autocuidado de manutenção ($p<0,001$) e na confiança ($p=0,03$) na fase pós intervenção, mas o mesmo não ocorreu com o autocuidado de gerenciamento ($p=0,182$). O autocuidado de gerenciamento refere-se ao processo de tomada de decisão ativo e deliberado quando ocorrem os sintomas da IC (Riegel et al., 2016).

Esses resultados são condizentes com o descrito em um estudo que explorou a tomada de decisão no autocuidado de pacientes que foram re-hospitalizados dentro de 30 dias após a alta (Li et al., 2017). Nesse estudo, pessoas com sintomas depressivos elevados apresentaram maior probabilidade de atrasar a busca por assistência médica ($OR=5,33$; $p < 0,001$) por não terem certeza sobre quais sintomas eram urgentes.

A depressão é descrita na literatura como uma barreira para o autocuidado (Freedland et al., 2015) por prejudicar a capacidade de tomada de decisão. A maioria das evidências indica que, mesmo baixos níveis de sintomas depressivos, estão associados a autocuidado deficiente (Riegel et al., 2019). Esse resultado ratifica a importância de incorporar outros tipos de abordagens para pacientes com sintomas graves de depressão, como entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental (Freedland et al., 2015), o que não foi o caso no PEAC-IC.

Na análise de tamanho de efeito (Tabela 17), o PEAC-IC repercutiu fortemente no autocuidado de manutenção ($f=0,55$); de gerenciamento ($f=1,01$) e na confiança no autocuidado ($f=0,42$). Esses dados demonstram que o PEAC-IC tem potencial de eficácia para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado de pessoas com IC.

Quanto aos efeitos da intervenção na busca por serviços de saúde, o PEAC-IC demonstrou potencial efeito na redução de internação hospitalar e busca por serviço de urgência em pacientes com IC. No presente estudo, apenas os pacientes do GC necessitaram de hospitalização por motivos relacionados à descompensação clínica da IC durante o período do estudo e um paciente faleceu durante o período de acompanhamento.

O GC, no presente estudo, apresentou piores resultados de autocuidado, quando comparado ao GI na fase pós intervenção. Cabe ressaltar que, embora sem significância estatística, os participantes do GI apresentavam piores indicadores clínicos (46,7% CF III; 26,7% CF IV e FEVE mediana = 30%), quando comparados aos do GC (13,3% CF III; 20% CF IV e FEVE mediana 40%).

A CF apresentou moderada correlação com autocuidado de gerenciamento ($r=-0,326$ $p=0,04$) e a FEVE, moderada correlação com confiança no autocuidado ($r=0,561$; $p=0,04$) (Tabela 20). Seria esperado que pacientes com piores indicadores clínicos apresentassem maior frequência em atendimento médico não planejado e/ou internação hospitalar. No entanto, não houve nenhum evento de internação hospitalar

ou atendimento médico não planejado por descompensação da IC durante o período de acompanhamento dos pacientes do GI. O período curto de seguimento é um risco de viés para a avaliação dessas variáveis, indicando, portanto, a necessidade de cautela na interpretação desses resultados.

Os resultados desta investigação mostraram moderada correlação negativa entre tempo de hospitalização e confiança no autocuidado ($r = -0,333$; $p = 0,04$) (Tabela 20). Esse resultado corrobora os achados de Ma, (2019), que avaliou a taxa de reinternação hospitalar dentro de seis meses após a alta hospitalar de pacientes com IC e investigou os fatores que potencialmente influenciam a reinternação. Nesse estudo, pacientes com IC com melhores escores de autocuidado de manutenção (OR = 0,763, $p = 0,026$), gerenciamento (OR = 0,516, $p = 0,041$) e com maior confiança no autocuidado (OR = 0,854, $p = 0,039$) eram menos propensos a ser readmitidos.

Em síntese, a intervenção desenvolvida neste estudo apresenta bons indicadores de viabilidade, de aceitabilidade e é promissora em termos de eficácia para o autocuidado e o conhecimento acerca da IC e redução nas buscas não planejadas dos serviços de saúde.

No que se refere às limitações do presente estudo, foram identificadas algumas. Os dados foram coletados em um único ambulatório, de um serviço especializado, razão pela qual seus resultados não podem ser generalizados. No entanto, depois de um ensaio clínico de tamanho adequado para testar o PEAC-IC, os resultados deste estudo podem ser considerados, com a devida cautela, para a implementação da intervenção no local em que este estudo foi realizado e em serviços com características semelhantes.

Ainda em termos de limitação à generalização dos resultados, o PEAC-IC não contemplou abordagem específica para pessoas com elevados sintomas depressivos, o que indica a necessidade de cautela na aplicação do programa a pacientes com esse perfil.

Além disso, este estudo piloto foi projetado para avaliar a aceitabilidade e a viabilidade de uma intervenção educativa, portanto o tamanho amostral foi insuficiente para os resultados de eficácia, especialmente no que diz respeito ao efeito da intervenção no conhecimento sobre a IC. Um dos aspectos positivos da condução deste estudo num delineamento experimental é que ele fornece dados úteis para o planejamento de um ensaio clínico com tamanho adequado.

Outra limitação se prende ao fato de o PEAC-IC haver sido oferecido por apenas uma enfermeira, que é a própria autora da intervenção e do estudo para testá-la. Nessa circunstância, por mais esforço que a intervencionista tenha feito para permanecer isenta, é necessário considerar que o seu total envolvimento no projeto e na valorização da intervenção e do estudo pode ter favorecido o estabelecimento de um vínculo interventor-participante que não seria observado em outras circunstâncias, especialmente em situações usuais de prática clínica. Embora o estabelecimento de vínculo interventor-participante seja fundamental no cuidado centrado na pessoa, é possível que um vínculo interventor-participante especial tenha contribuído para os ótimos resultados de aceitabilidade, viabilidade e vinculação dos pacientes ao programa até sua finalização.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo piloto disponibilizam uma intervenção educativa para a promoção do autocuidado na IC, o PEAC-IC, e fornecem evidências de que a intervenção desenvolvida é viável e aceitável. Mostrou potencial de eficácia na melhora do conhecimento e autocuidado de pessoas com IC, além de redução de ocorrências de internações e busca por serviço de emergência por descompensação clínica da IC, em um período de seis semanas. Pesquisas futuras devem avaliar sua eficácia usando desenho de ensaio clínico randomizado, com uma amostra de tamanho adequado de pacientes com IC, com sintomas leves ou sem sintomas de depressão.

Além disso, foi evidenciado o benefício da instrução individual, centrada na pessoa, para o conhecimento e autocuidado em uma população com considerável comprometimento cognitivo e baixa escolaridade. Mais pesquisas podem explorar se o PEAC-IC poderia também ser efetivo se oferecido em um grupo de pacientes e seus respectivos cuidadores e em pacientes hospitalizados, em um cenário de cuidado transicional.

REFERÊNCIAS

- A. Rutherford M. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? Online J Issues Nurs. 1 de janeiro de 2008;13.
- Akita K, Kohno T, Kohsaka S, Shiraishi Y, Nagatomo Y, Goda A, et al. Prognostic Impact of Previous Hospitalization in Acute Heart Failure Patients. *Circ J*. maio de 2019;83(6):1261–8.
- Al-Sutari MM, Ahmad MM. Effect of educational program on self-care behaviors and health outcome among patients with heart failure: an experimental study. *Int J Evid Based Healthc*. dezembro de 2017;15(4):178–85.
- Albano MG, Jourdain P, De Andrade V, Domenke A, Desnos M, D'Ivernois JF. Therapeutic patient education in heart failure: Do studies provide sufficient information about the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis*. 2014;107(5):328–39.
- Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 2016a;45(2):100–13. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.001>
- Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 2016b;45(2):100–13. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.001>
- Albuquerque DC de, Souza Neto JD de, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015; Available at: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20150031>
- Allida S, Du H, Xu X, Prichard R, Chang S, Hickman LD, et al. mHealth education interventions in heart failure. *Cochrane database Syst Rev*. julho de 2020;7(7):CD011845.

- Alves VC, de Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF da. Actions of the fall prevention protocol: Mapping with the classification of nursing interventions. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25.
- Arruda CS, Pereira J de MV, Figueiredo L da S, Scofano BDS, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Effect of an orientation group for patients with chronic heart failure: randomized controlled trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;25:e2982.
- Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange MP. What Do Patients Know about Their Heart Failure? *Appl Nurs Res*. 2002;15(4):200–8.
- Avila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. *Nurs Res Pract [Internet]*. 2013;2013:1–6. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3791794&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Awoke MS, Baptiste D-L, Davidson P, Roberts A, Dennison-Himmelfarb C. A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. *Contemp Nurse*. fevereiro de 2019a;55(1):15–26.
- Awoke MS, Baptiste DL, Davidson P, Roberts A, Dennison-Himmelfarb C. A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. *Contemp Nurse [Internet]*. 2019b;0(0):1–26. Available at: <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1568198>
- Azzolin K de O. Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar. 2011;256.
- Azzolin K de O, Lemos DM, Lucena A de F, Rabelo-Silva ER. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure . Vol. 23, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* . scielo ; 2015. p. 44–50.

- Bakas T, Farran CJ, Austin JK, Given BA, Johnson EA, Williams LS. Content validity and satisfaction with a stroke caregiver intervention program. *J Nurs Scholarsh an Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2009;41(4):368–75.
- Baptiste D-L, Davidson P, Groff Paris L, Becker K, Magloire T, Taylor LA. Feasibility study of a nurse-led heart failure education program. *Contemp Nurse*. agosto de 2016;52(4):499–510.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, organizador. Lisboa; 2006.
- Bashi N, Karunanithi M, Fatehi F, Ding H, Walters D. Remote Monitoring of Patients With Heart Failure: An Overview of Systematic Reviews. *J Med Internet Res*. janeiro de 2017;19(1):e18.
- Batistoni SST, Néri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. *Psico-USF (Impresso)*. 2010;15(1):13–22.
- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update. Vol. 135, *Circulation*. 2017.
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1–7.
- Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1 (supl. 1)):1–33.
- Bonin CDB, dos Santos RZ, Ghisi GL de M, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e validação do Questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(4):364–73.
- Boyde M, Peters R, Hwang R, Korczyk D, Ha T, New N. The Self-care Educational Intervention for Patients With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs [Internet]*. 2017;32(2):165–70. Available at: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005082-201703000-00012>

- Boyde M, Peters R, New N, Hwang R, Ha T, Korczyk D. Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(2):178–85.
- Brucki SMD, Nitrin R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3 B):777–81.
- Bryant R, Alonzo A, Schmillen H. Systematic review of provider involvement in heart failure self-care interventions. *J Am Assoc Nurse Pract*. novembro de 2017;29(11):682–94.
- Buck HG, Lee CS, Moser DK, Albert NM, Lennie T, Bentley B, et al. Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2012;27(1):8–15.
- Buck HG, Stromberg A, Chung ML, Donovan KA, Harkness K, Howard AM, et al. A systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes. *Int J Nurs Stud*. janeiro de 2018;77:232–42.
- Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM;Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ltd; 2016.
- Bulechek GM, Butcher HK. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 2016.
- Cajita MI, Gleason KT, Han H-R. A Systematic Review of mHealth-Based Heart Failure Interventions. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(3):E10-22.
- Cajita MI, Gleason KT, Han H. HHS Public Access. 2017;31(3):1–19.
- Cameron J, Worrall-Carter L, Driscoll A, Stewart S. Measuring self-care in chronic heart failure: A review of the psychometric properties of clinical instruments. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;
- Chamberlain L. Perceived social support and self-care in patients hospitalized with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. dezembro de 2017;16(8):753–61.

- Chen C, Li X, Sun L, Cao S, Kang Y, Hong L, et al. Post-discharge short message service improves short-term clinical outcome and self-care behaviour in chronic heart failure. *ESC Hear Fail*. 2019;6(1):164–73.
- Chen Y, Funk M, Wen J, Tang X, He G, Liu H. Effectiveness of a multidisciplinary disease management program on outcomes in patients with heart failure in China: A randomized controlled single center study. *Heart Lung*. 2018;47(1):24–31.
- Clark AM, Wiens KS, Banner D, Kryworuchko J, Thirsk L, McLean L, et al. A systematic review of the main mechanisms of heart failure disease management interventions. *Heart*. maio de 2016a;102(9):707–11.
- Clark AM, Wiens KS, Banner D, Kryworuchko J, Thirsk L, McLean L, et al. A systematic review of the main mechanisms of heart failure disease management interventions. *Heart*. 2016b;102(9):707–11.
- Coats AJS. Ageing, demographics, and heart failure. *Eur Heart J Suppl*. dezembro de 2019;21(Suppl L):L4–7.
- Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2014;20(10):1–11. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366984>
- Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. julho de 1992;112(1):155–9.
- Cole MG, Dendukuri N. The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(11):1019–25.
- Conceição AP da. Preditores da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2014. Available at: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17042015-114518/>
- da Conceição AP, dos Santos MA, dos Santos B, da Cruz D de ALM. Self-care in

heart failure patients . Vol. 23, Revista Latino-Americana de Enfermagem. scielo; 2015. p. 578–86.

Conceição AP da, Santos MA dos, Santos B dos, Cruz D de ALM da. Self-care in heart failure patients . Vol. 23, Revista Latino-Americana de Enfermagem . scielo ; 2015. p. 578–86.

Cossette S, Belaid H, Heppell S, Mailhot T, Guertin M-C. Feasibility and acceptability of a nursing intervention with family caregiver on self-care among heart failure patients: a randomized pilot trial. Pilot feasibility Stud. 2016;2:34.

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. Int J Nurs Stud. maio de 2013;50(5):587–92.

D. F. Fernandes A, C. Fernandes G, Rivera Mazza M, M. Knijnik L, Soares Fernandes G, Telis de Vilela A, et al. Insuficiência Cardíaca no Brasil Subdesenvolvido: Análise de Tendência de Dez Anos. Arq Bras Cardiol. 2019;222–31.

Dang S, Karanam C, Gomez-Marin O. Outcomes of a Mobile Phone Intervention for Heart Failure in a Minority County Hospital Population. Telemed J E Health. junho de 2017;23(6):473–84.

Daniel I, Nogueira B, Angélica P, Silva DM, Cavalcanti AM, Zaildo T, et al. Prevalência de insuficiência cardíaca e associação com saúde autorreferida no Brasil. Acta Fisiátrica. 2019;26(2):95–101.

Das A, Roy B, Schwarzer G, Silverman MG, Ziegler O, Bandyopadhyay D, et al. Comparison of treatment options for depression in heart failure: A network meta-analysis. J Psychiatr Res. janeiro de 2019;108:7–23.

Davis KK, Mintzer M, Dennison Himmelfarb CR, Hayat MJ, Rotman S, Allen J. Targeted intervention improves knowledge but not self-care or readmissions in heart failure patients with mild cognitive impairment. Eur J Heart Fail. setembro de 2012;14(9):1041–9.

- Deek H, Chang S, Newton PJ, Nouredine S, Inglis SC, Arab G Al, et al. An evaluation of involving family caregivers in the self-care of heart failure patients on hospital readmission: Randomised controlled trial (the FAMILY study). *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;75(February 2016):101–11. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.015>
- Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, Conte G, Magon A, Caruso R. Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. *BMJ Open*. setembro de 2018;8(9):e021966.
- Diaz A, Ciocchini C, Esperatti M, Becerra A, Mainardi S, Farah A. Precipitating factors leading to decompensation of chronic heart failure in the elderly patient in South-American community hospital. *J Geriatr Cardiol*. março de 2011;8(1):12–4.
- Diepeveen S, Ling T, Suhrcke M, Roland M, Marteau TM. Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*. agosto de 2013;13:756.
- Dinh H, Bonner A, Ramsbotham J, Clark R. Self-management intervention using teach-back for people with heart failure in Vietnam: A cluster randomized controlled trial protocol. *Nurs Health Sci*. dezembro de 2018;20(4):458–63.
- Dinh HTT, Bonner A, Ramsbotham J, Clark R. Cluster randomized controlled trial testing the effectiveness of a self-management intervention using the teach-back method for people with heart failure. *Nurs Health Sci*. dezembro de 2019;21(4):436–44.
- Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2011;96(3):233–9. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Dumas JE, Lynch AM, Laughlin JE, Phillips Smith E, Prinz RJ. Promoting intervention fidelity. Conceptual issues, methods, and preliminary results from the EARLY

ALLIANCE prevention trial. *Am J Prev Med.* janeiro de 2001;20(1 Suppl):38–47.

Dunlay SM, Roger VL, Redfield MM. Epidemiology of heart failure with preserved ejection fraction. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. 2017;14(10):591–602. Available at: <http://dx.doi.org/10.1038/nrcardio.2017.65>

Ensign CM, Hawkins SY. Improving Patient Self-Care and Reducing Readmissions Through an Outpatient Heart Failure Case Management Program. *Prof Case Manag.* 2017;22(4):190–6.

Feijó MK, Ávila CW, de Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(5):988–96.

Fivecoat HC, Sayers SL, Riegel B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Gr Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol.* outubro de 2018;17(7):598–604.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189–98.

Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Brian C, Rubin EH. HHS Public Access. 2016;175(11):1773–82.

Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* novembro de 2015;175(11):1773–82.

De Freitas MTS, Püschel VDAA. Heart failure: Expressions of personal knowledge about the disease. *Rev da Esc Enferm.* 2013;47(4):922–6.

Frost J, Wingham J, Britten N, Greaves C, Abraham C, Warren FC, et al. Home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction: mixed methods process evaluation of the REACH-HF multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open.* agosto de 2019;9(8):e026039.

Giezeman M, Arne M, Theander K. Adherence to guidelines in patients with chronic

- heart failure in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. dezembro de 2017;35(4):336–43.
- Gimbel RW, Rennert LM, Crawford P, Little JR, Truong K, Williams JE, et al. Enhancing Patient Activation and Self-Management Activities in Patients With Type 2 Diabetes Using the US Department of Defense Mobile Health Care Environment: Feasibility Study. *J Med Internet Res*. maio de 2020;22(5):e17968.
- Gonçalves B, Fagulha T. The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). *Eur J Psychol Assess*. 2004;20(4):339–48.
- Graven LJ, Abbott L, Dickey SL, Schluck G. The influence of gender and race on heart failure self-care. *Chronic Illn*. abril de 2019;1742395319843163.
- Guedes E de S. Instrumento para avaliar a fidelidade de uma intervenção oferecida por telefone [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2017. Available at: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15052017-145042/>
- Hart T. Treatment definition in complex rehabilitation interventions. *Neuropsychol Rehabil* [Internet]. 1 de dezembro de 2009;19(6):824–40. Available at: <https://doi.org/10.1080/09602010902995945>
- Härter M, Dirmaier J, Dwinger S, Kriston L, Herbarth L, Siegmund-Schultze E, et al. Effectiveness of Telephone-Based Health Coaching for Patients with Chronic Conditions: A Randomised Controlled Trial. *PLoS One*. 2016;11(9):e0161269.
- Health R, Cui X, Zhou X, Nurse R, Sun T, Bishop L, et al. Original research - -. 2019;(August 2016).
- Heo S, McSweeney J, Prewitt TE, Lee JY, Moser DK, Shaw-Devine A, et al. A Tailored Dietary Sodium Intervention Using Technology and Psychosocial Support: A Pilot Study. *J Cardiovasc Nurs*. 2019;34(2):137–40.
- Hickman L, Ferguson C, Davidson PM, Allida S, Inglis S, Parker D, et al. Key elements of interventions for heart failure patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Gr Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. janeiro de 2020;19(1):8–19.

- Hill LR, Klauber MR, Salmon DP, Yu ES, Liu WT, Zhang M, et al. Functional status, education, and the diagnosis of dementia in the Shanghai survey. *Neurology*. janeiro de 1993;43(1):138–45.
- Hulley, SB; Cummings, SR; Browner W; NT. *Delineando a pesquisa clínica*. 4º ed. Artmed, organizador. Porto Alegre; 2015.
- Hwang B, Pelter MM, Moser DK, Dracup K. Effects of an educational intervention on heart failure knowledge, self-care behaviors, and health-related quality of life of patients with heart failure: Exploring the role of depression. *Patient Educ Couns*. junho de 2020;103(6):1201–8.
- Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JGF. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015a;2015(10).
- Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JGF. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. status date New search Stud content Updat (conclusions Chang Publ. 2015b;(10).
- Izumi SS, Basin B, Presley M, McCalmont J, Furuno JP, Noble B, et al. Feasibility and Acceptability of Nurse-Led Primary Palliative Care for Older Adults with Chronic Conditions: A Pilot Study. *J Palliat Med*. 2018;21(8):1114–21.
- Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, Brunner La Rocca HP, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. setembro de 2020;
- Jaarsma T, Lesman-Leegte I, Hillege HL, Veeger NJ, Sanderman R, van Veldhuisen DJ. Depression and the usefulness of a disease management program in heart failure: insights from the COACH (Coordinating study evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart failure) study. *J Am Coll Cardiol*. abril de 2010;55(17):1837–43.
- Jackson JL, Emery CF. Illness knowledge moderates the influence of coping style on quality of life among women with congestive heart failure. *Heart Lung*.

2011;40(2):122–9.

Jiang Y, Shorey S, Seah B, Chan WX, Tam WWS, Wang W. The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure-A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. fevereiro de 2018;78:16–25.

Jobst S, Leppla L, Köberich S. A self-management support intervention for patients with atrial fibrillation: a randomized controlled pilot trial. *Pilot feasibility Stud*. 2020;6:87.

Jones CD, Holmes GM, DeWalt DA, Erman B, Wu J-R, Cene CW, et al. Self-reported recall and daily diary-recorded measures of weight monitoring adherence: associations with heart failure-related hospitalization. *BMC Cardiovasc Disord*. janeiro de 2014;14:12.

Jonkman NH, Westland H, Groenwold RHH, Ågren S, Anguita M, Blue L, et al. What Are Effective Program Characteristics of Self-Management Interventions in Patients With Heart Failure? An Individual Patient Data Meta-analysis. *J Card Fail*. novembro de 2016a;22(11):861–71.

Jonkman NH, Westland H, Groenwold RHH, Ågren S, Atienza F, Blue L, et al. Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation*. 2016b;133(12):1189–98.

Jurgens CY, Lee CS, Reitano JM, Riegel B. Heart failure symptom monitoring and response training. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 2013;42(4):273–80. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.03.005>

Kalogirou F, Forsyth F, Kyriakou M, Mantle R, Deaton C. Heart failure disease management: a systematic review of effectiveness in heart failure with preserved ejection fraction. *ESC Hear Fail*. fevereiro de 2020;7(1):194–212.

Kane PM, Daveson BA, Ryan K, Ellis-Smith CI, Mahon NG, McAdam B, et al. Feasibility and acceptability of a patient-reported outcome intervention in chronic heart failure. *BMJ Support Palliat Care*. dezembro de 2017;7(4):470–9.

- Kato NP, Kinugawa K, Sano M, Kogure A, Sakuragi F, Kobukata K, et al. How effective is an in-hospital heart failure self-care program in a Japanese setting? Lessons from a randomized controlled pilot study. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:171–81.
- Kelly JT, Warner MM, Conley M, Reidlinger DP, Hoffmann T, Craig J, et al. Feasibility and acceptability of telehealth coaching to promote healthy eating in chronic kidney disease: a mixed-methods process evaluation. *BMJ Open*. janeiro de 2019;9(1):e024551.
- Kitsiou S, Paré G, Jaana M. Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: an overview of systematic reviews. *J Med Internet Res*. março de 2015;17(3):e63.
- Koirala B, Dennison Himmelfarb CR, Budhathoki C, Davidson PM. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon*. fevereiro de 2020;6(2):e03412.
- Lee CS, Bidwell JT, Paturzo M, Alvaro R, Cocchieri A, Jaarsma T, et al. Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart Lung*. janeiro de 2018a;47(1):40–6.
- Lee KS, Moser DK, Dracup K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs*. agosto de 2018b;17(6):496–504.
- Leng Chow W, Aung CYK, Tong SC, Goh GS, Lee S, MacDonald MR, et al. Effectiveness of telemonitoring-enhanced support over structured telephone support in reducing heart failure-related healthcare utilization in a multi-ethnic Asian setting. *J Telemed Telecare*. fevereiro de 2019;1357633X18825164.
- Leon-Gonzalez R, Garcia-Esquinas E, Paredes-Galan E, Ferrero-Martinez AI, Gonzalez-Guerrero JL, Hornillos-Calvo M, et al. Health Literacy and Health Outcomes in Very Old Patients With Heart Failure. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. março de 2018;71(3):178–84.

- Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med.* julho de 2014;174(7):1095–107.
- Li X, Chen C, Qu M-Y, Li Z, Xu Y, Duan X-F, et al. Perceptions and Acceptability of Receiving SMS Self-care Messages in Chinese Patients With Heart Failure: An Inpatient Survey. *J Cardiovasc Nurs.* 2017;32(4):357–64.
- Lindesay J, Jagger C, Mlynik-Szmid A, Sinorwala A, Peet S, Moledina F. The Mini-Mental State Examination (MMSE) in an elderly immigrant Gujarati population in the United Kingdom. *Int J Geriatr Psychiatry.* dezembro de 1997;12(12):1155–67.
- Ling RZQ, Jiao N, Hassan NB, He H, Wang W. Adherence to diet and medication and the associated factors among patient with chronic heart failure in a multi-ethnic society. *Heart Lung.* 2020;49(2):144–50.
- Linn AC, Azollin K, Souza EN de. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. *Rev Bras Enferm.* junho de 2016;69(3):500–6.
- Lipshitz R, Klein G, Orasanu J, Salas E. Focus article: Taking stock of naturalistic decision making. *J Behav Decis Mak.* 2001;14(5):331–52.
- Liu M-H, Wang C-H, Huang Y-Y, Cherng W-J, Wang Katherine K-W. A Correlational Study of Illness Knowledge, Self-Care Behaviors, and Quality of Life in Elderly Patients With Heart Failure. *J Nurs Res (Lippincott Williams Wilkins)* [Internet]. junho de 2014;22(2):136–45. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012624096&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Löbel J, Freitas P, li K, Antonieta M, lii M, Araújo J, et al. Insuficiência cardíaca: avaliação e comparação do conhecimento da doença em pacientes ambulatoriais x hospitalizados. *Rev Enferm da UFSM.* 2020;10(0):e3.
- Lucena A de F, Barros ALBL de. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem . Vol. 18, *Acta Paulista de Enfermagem* .

scielo ; 2005. p. 82–8.

Ma C. Rehospitalisation rates and associated factors within 6 months after hospital discharge for patients with chronic heart failure: A longitudinal observational study. *J Clin Nurs*. julho de 2019;28(13–14):2526–36.

Mangini S, Pires PV, Goulart F, Braga M, Bacal F. Insuficiência cardíaca descompensada Decompensated heart failure. 2013;11(11):383–91.

Masterson Creber R, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. agosto de 2015;

Masterson Creber R, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. fevereiro de 2016;99(2):256–64.

Mathew S, Thukha H. Pilot testing of the effectiveness of nurse-guided, patient-centered heart failure education for older adults. *Geriatr Nurs*. julho de 2018;39(4):376–81.

Medeiros J, Medeiros CDA. Avaliação Do Autocuidado Nos Portadores De Insuficiência Cardíaca. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3).

Mei J, Tian Y, Chai X, Fan X. Gender differences in self-care maintenance and its associations among patients with chronic heart failure. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2019;6(1):58–64. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.008>

Melin M, Hagglund E, Ullman B, Persson H, Hagerman I. Effects of a Tablet Computer on Self-care, Quality of Life, and Knowledge: A Randomized Clinical Trial. *J Cardiovasc Nurs*. 2018;33(4):336–43.

Mentz RJ, O'Connor CM. Pathophysiology and clinical evaluation of acute heart failure. *Nat Rev Cardiol*. janeiro de 2016;13(1):28–35.

Mesquita ET, Barbetta LMDS, Correia ET de O. Heart failure with mid-range ejection fraction – State of the art. *Arq Bras Cardiol*. 2019;112(6):784–90.

- Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a. Hucitec, organizador. São Paulo; 2014.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. julho de 2009;6(7):e1000097.
- Montes-Muñoz MJ, Arredondo-Holguín E, Mdl, Higuita Urrego LM. Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. [Spanish]. Investig Educ en Enferm [Internet]. 2012;30(2):188–97. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011665135&site=ehost-live>
- Moorhead S, Johnson M, Mass ML SE. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5º ed. ELSEVIER, organizador. Rio de Janeiro; 2016.
- Morais SCR, Nobrega MML da, Carvalho EC de. Mapeamento cruzado de resultados e intervenções de enfermagem: contribuição para a prática. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(4):1883–90. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0324> PP - Brasília
- Mussi CM, Ruschel K, Nogueira A, Lopes M, Trojahn MM, Paraboni CC. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca. 2013;21.
- Navidian A, Mobaraki H, Shakiba M. The effect of education through motivational interviewing compared with conventional education on self-care behaviors in heart failure patients with depression. Patient Educ Couns. agosto de 2017;100(8):1499–504.
- Okwose NC, Avery L, O'Brien N, Cassidy S, Charman SJ, Bailey K, et al. Acceptability, Feasibility and Preliminary Evaluation of a Novel, Personalised, Home-Based Physical Activity Intervention for Chronic Heart Failure (Active-at-Home-HF): a Pilot Study. Sport Med - open. novembro de 2019;5(1):45.
- De Oliveira Azzolin K, Lemos DM, De Fátima Lucena A, Rabelo-Silva ER. Home-

based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):44–50.

Oliveira JA de, Cordeiro RG, Rocha RG, Guimarães TCF, Albuquerque DC de. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):333–42.

Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Orientação de alta e acompanhamento telefônico na adesão terapêutica da insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado . Vol. 27, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* . scielo ; 2019.

Owolabi EO, Goon D Ter, Ajayi AI. Efficacy, acceptability and feasibility of daily text-messaging in promoting glycaemic control and other clinical outcomes in a low-resource setting of South Africa: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224791.

Oyanguren J, Latorre García PM, Torcal Laguna J, Lekuona Goya I, Rubio Martín S, Maull Lafuente E, et al. Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol*. 2016a;69(10):900–14.

Oyanguren J, Latorre García PM, Torcal Laguna J, Lekuona Goya I, Rubio Martín S, Maull Lafuente E, et al. Effectiveness and Factors Determining the Success of Management Programs for Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. outubro de 2016b;69(10):900–14.

Pancani L, Ausili D, Greco A, Vellone E, Riegel B. Trajectories of Self-Care Confidence and Maintenance in Adults with Heart Failure : A Latent Class Growth Analysis. 2018;

Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses , Linkages for Heart Failure. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1).

Park LG, Dracup K, Whooley MA, McCulloch C, Jin C, Moser DK, et al. Symptom Diary Use and Improved Survival for Patients With Heart Failure. *Circ Heart Fail*.

novembro de 2017;10(11).

- Paz LF de A, Medeiros C de A, Martins SM, Bezerra SMM da S, Oliveira Junior W de, Silva MBA. Quality of life related to health for heart failure patients. *Rev Bras Enferm.* novembro de 2019;72(supl 2):140–6.
- Peng Y, Fang J, Huang W, Qin S. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Heart Failure. *Int Heart J.* maio de 2019;60(3):665–70.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129-2200m.
- Poudel N, Kavookjian J, Scalese MJ. Motivational Interviewing as a Strategy to Impact Outcomes in Heart Failure Patients: A Systematic Review. *Patient.* fevereiro de 2020;13(1):43–55.
- Prochota B, Szwamel K, Uchmanowicz I. Socio-clinical variables affecting the level of self-care in elderly patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* junho de 2019;1474515119855600.
- Rabelo-Silva ER, Saffi MAL, Aliti GB, Feijó MK, Linch GF da C, Sauer JM, et al. Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados a adesão ao tratamento: estudo multicêntrico-EMBRACE. *Rev Gauch Enferm.* 2018;39:e20170292.
- Rabelo ER, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Cross-cultural adaptation and validation of a disease knowledge and self-care questionnaire for a brazilian sample of heart failure patients. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(2):277–84.
- Reid KRY, Reid K, Esquivel JH, Thomas SC, Rovnyak V, Hinton I, et al. Using video education to improve outcomes in heart failure. *Heart Lung.* junho de 2019;
- Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM da, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa . Vol. 17, Texto & Contexto - Enfermagem . scielo ; 2008. p. 779–86.
- Rezamand F, Shahnazi H, Hassanzadeh A. Effectiveness of continuous-care model

on self-care in patients with heart failure: application of line follow-up. *Scand J Caring Sci.* maio de 2019;

Richards DA, Hallberg IR. *Complex Interventions in Health: An overview of research methods.* 1st Editio. Oxford and New York: Routledge; 2015.

Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail.* agosto de 2004;10(4):350–60.

Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):190–6.

Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care revised and updated. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(3):226–35.

Riegel B, Dunbar SB, Fitzsimons D, Freedland KE, Lee CS, Middleton S, et al. Self-care research: Where are we now? Where are we going? *Int J Nurs Stud.* agosto de 2019;103402.

Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2011;8(11):644–54.

Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):485–97.

Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, de Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018a;111(3):436–539.

Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC de, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda . Vol. 111, *Arquivos Brasileiros de Cardiologia . scielo ;* 2018b. p. 436–539.

Róin T, Á Lakjuni K, Kyhl K, Thomsen J, Veyhe AS, Róin Á, et al. Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- a prospective cohort study from the Faroe Islands. *Int J Circumpolar Health.* dezembro de 2019;78(1):1653139.

- Salvado-Hernandez C, Cosculluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Mendez-Galeano C, Maroto-Villanova N, et al. [Heart failure in primary care: Attitudes, knowledge and self-care]. *Aten primaria*. abril de 2018;50(4):213–21.
- Salvadó-Hernández C, Cosculluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Méndez-Galeano C, Maroto-Villanova N, et al. Heart failure in primary care: Attitudes, knowledge and self-care. *Aten Primaria*. 2018;50(4):213–21.
- Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev*. abril de 2017;3(1):7–11.
- Schneider JS, Slowik LH. The use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20(3):132–40.
- Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *J Pharmacol Pharmacother*. julho de 2010;1(2):100–7.
- Sedlar N, Lainscak M, Martensson J, Stromberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. *Eur J Cardiovasc Nurs*. abril de 2017;16(4):272–82.
- Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients' point of view. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211768.
- Sezgin D, Mert H, Ozpelit E, Akdeniz B. The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. maio de 2017;70:17–26.
- Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *Springerplus*. 2013;2:320.
- Sidani S. *Health Intervention Research Understanding Research Design & Methods*. London: SAGE; 2015.

- Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Wiley-Blackwell. Sussex, UK; 2011.
- Siddharthan T, Rabin T, Canavan ME, Nassali F, Kirchhoff P, Kalyesubula R, et al. Implementation of Patient-Centered Education for Chronic-Disease Management in Uganda: An Effectiveness Study. PLoS One. 2016;11(11):e0166411.
- Sokalski T, Hayden KA, Raffin Bouchal S, Singh P, King-Shier K. Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis. J Cardiovasc Nurs. 2020;35(2):107–15.
- Son Y-J, Choi J, Lee H-J. Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. setembro de 2020a;17(18).
- Son Y-J, Lee Y, Lee H-J. Effectiveness of Mobile Phone-Based Interventions for Improving Health Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. março de 2020b;17(5).
- Sousa MM de, Almeida T da CF, Gouveia B de LA, Carvalho MF de, Brito FM de, Oliveira SH dos S. Relação entre autocuidado e condições sociais e clínicas de pacientes com insuficiência cardíaca TT - Relationship between self-care and social and clinical conditions of patients with heart failure. Rev Rene [Internet]. 2018;19:e33062–e33062. Available at: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33062/pdf_1
- Sousa MM de, Oliveira J dos S, Soares MJGO, Bezerra SMM da S, Araújo AA de, Oliveira SH dos S. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca . Vol. 38, Revista Gaúcha de Enfermagem . scielo ; 2017.
- Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, Oz UE, Perez R, Mitoff PR, et al. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure: The PACT-HF Randomized Clinical Trial. JAMA. fevereiro de 2019;321(8):753–61.

- Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Heart failure family-based education: a systematic review. *Patient Educ Couns*. março de 2016;99(3):326–38.
- Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *J Adv Nurs*. abril de 2017;73(4):857–70.
- Stut W, Deighan C, Cleland JG, Jaarsma T. Adherence to self-care in patients with heart failure in the HeartCycle study. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1195–206.
- Świątoniowska-Lonc NA, Sławuta A, Dudek K, Jankowska K, Jankowska-Polańska BK. The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. *Adv Clin Exp Med Off organ Wroclaw Med Univ*. abril de 2020;29(4):481–92.
- Tarrier N, Liversidge T, Gregg L. The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behav Res Ther*. novembro de 2006;44(11):1643–56.
- Tawalbeh LI. The Effect of Cardiac Education on Knowledge and Self-care Behaviors Among Patients With Heart Failure. *Dimens Crit Care Nurs*. 2018a;37(2):78–86.
- Tawalbeh LI. The Effect of Cardiac Education on Knowledge and Self-care Behaviors among Patients with Heart Failure. *Dimens Crit Care Nurs*. 2018b;37(2):78–86.
- Tersalvi G, Vicenzi M, Kirsch K, Gunold H, Thiele H, Lombardi F, et al. Structured telephone support programs in chronic heart failure may be affected by a learning curve. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. março de 2020;21(3):231–7.
- Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *J Clin Nurs*. outubro de 2007;16(10):1826–38.
- Tomasoni D, Adamo M, Lombardi CM, Metra M. Highlights in heart failure. *ESC Hear Fail*. dezembro de 2019;6(6):1105–27.
- Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em

experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde . Vol. 19, Physis: Revista de Saúde Coletiva . scielo ; 2009. p. 777–96.

Trivedi R, Slightam C, Fan VS, Rosland A-M, Nelson K, Timko C, et al. A Couples' Based Self-Management Program for Heart Failure: Results of a Feasibility Study. *Front Public Heal*. 2016;4(August):1–11.

Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, Froelicher ES. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2017a;12:1565–72.

Uchmanowicz I, Jankowska-Polanska B, Mazur G, Sivarajan Froelicher E. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2017b;12:1565–72.

Vellone E, Rebora P, Ausili D, Zeffiro V, Pucciarelli G, Caggianelli G, et al. Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF): a randomized controlled trial. *ESC Hear Fail*. junho de 2020;7(3):1309–18.

Viveiros J, Sethares K, Shapiro A. Repeated recall as an intervention to improve memory performance in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Gr Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. dezembro de 2017;16(8):724–32.

Wagenaar KP, Broekhuizen BDL, Jaarsma T, Kok I, Mosterd A, Willems FF, et al. Effectiveness of the European Society of Cardiology/Heart Failure Association website “heartfailurematters.org” and an e-health adjusted care pathway in patients with stable heart failure: results of the “e-Vita HF” randomized controlled trial. *Eur J Heart Fail*. fevereiro de 2019;21(2):238–46.

van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJGM, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. fevereiro de 2006;27(4):434–40.

Wong LP. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J*. março de 2008;49(3):256–60; quiz 261.

- Wu J-R, Lee KS, Dekker RD, Welsh JD, Song EK, Abshire DA, et al. Prehospital Delay, Precipitants of Admission, and Length of Stay in Patients With Exacerbation of Heart Failure. *Am J Crit Care*. dezembro de 2016;26(1):62–9.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of Amer. Vol. 136, *Circulation*. 2017a.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DEJ, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of Ame. *Circulation*. agosto de 2017b;136(6):e137–61.
- Zhao Q, Chen C, Zhang J, Ye Y, Fan X. Effects of self-management interventions on heart failure: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. outubro de 2020a;110:103689.
- Zhao Q, Chen C, Zhang J, Ye Y, Fan X. Effects of self-management interventions on heart failure: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2020b;110.
- Ziaeeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol*. junho de 2016;13(6):368–78.
- Zou H, Chen Y, Fang W, Zhang Y, Fan X. Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. agosto de 2017;16(6):530–8.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento para avaliar adesão ao PEAC-IC

Nome: _____ Data: ____/____/____

Número da Sessão telefônica: _____

Avaliação da compreensão/ adoção das orientações do PEAC-IC no cotidiano	SIM	NÃO
Soube responder o significado da IC?		
Relatou realizar controle diário do Peso?		
Relatou a importância controle do peso?		
Relatou registrar o peso diariamente no diário do peso?		
Relatou aquisição de balança domiciliar para controle do peso?		
Relatou os motivos dos sintomas da IC?		
Relatou uso correto medicamentos?		
Relatou dúvidas sobre os remédios?		
Relatou utilizar um sistema de lembrete para tomar os remédios?		
Relatou controle da ingestão de sódio?		
Relatou controlar a ingestão de líquidos?		
Relatou utilizar jarra controle para controle dos líquidos?		
Relatou utilizar estratégias para controle da sede?		
Relatou realização de atividade física regular?		
Relatou utilizar estratégias para conservação de energia?		
Associa melhora dos sintomas com o autocuidado?		
Relatou que recebeu a vacina da gripe?		
Relatou o uso do Diário de Sintoma?		
Relatou reconhecer os sinais de descompensação da IC?		
Relatou utilizar de alguma estratégia sugerida no programa para gerenciar os sintomas?		

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA FIDELIDADE- NIFE TOOL

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 1 PEAC-IC - Formulários Google

NIFE Tool - Sessão Telefônica 1 PEAC-IC

Perguntas Respostas 2

Seção 1 de 2

NIFE Tool - PEAC-IC - Sessão Telefônica 1

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência

Identificação do avaliador:

Texto de resposta curta

Identificação do avaliador:

Texto de resposta curta

Identificação do áudio:

Texto de resposta curta

Duração do áudio:

Texto de resposta curta

Duração da codificação: tempo total (em minutos) usado na codificação do áudio

<https://docs.google.com/forms/d/1cxUy95Fq3gLSNhaIVY5Ybcwj1baEb6JA2Bva1LRo9bw/edit>

1/13

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

Para cada item abaixo, marque a opção que melhor represente o comportamento do intervenor segundo o áudio avaliado.

Descrição (opcional)

C1. Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador.

- ☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data ...
- ☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação...
- ☐ O intervenor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (indepe...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c1.Observação

Texto de resposta longa

C2. Apresentação do intervenor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do paciente; perguntar como o paciente está.

- ☐ O intervenor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do p...
- ☐ O intervenor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu pró...
- ☐ O intervenor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer se...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c2. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

E1. Apresentar o objetivo da sessão.

- ☐ ADEQUADO. "Em cada ligação iremos reforçar o conteúdo que conversamos na primeira sessão, ver..."
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e1. Observação

Texto de resposta longa

E2. Solicitar que o paciente conte como passou na última semana.

- ☐ ADEQUADO "Primeiramente, gostaria de saber como você se sentiu na última semana? Houve neces..."
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e2. Observação

Texto de resposta longa

E3. Solicitar ao paciente que ele relate o que sabe sobre a doença.

- ☐ ADEQUADO. "Você poderia me falar o que lembra sobre a IC?"
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e3. Observação

Texto de resposta longa

E4. Explicar o funcionamento do coração.

- ☐ ADEQUADO. "Como falamos na semana passada, o coração funciona como uma bomba para fazer ...
- ☐ LIMÍTROFE. O Interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O Interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do Interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e4. Observação

Texto de resposta longa

E5. Explicar o que é a insuficiência cardíaca.

- ☐ ADEQUADO. "A IC Insuficiência cardíaca é o enfraquecimento do coração, que se torna incapaz de m...
- ☐ LIMÍTROFE. O Interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O Interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do Interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e5. Observação

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

E6. Explicar as principais causas da IC, com base na etiologia do paciente.

- ☐ ADEQUADO. "A IC pode ter várias causas, como, infarto, hipertensão arterial, doenças das válvulas d...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e6. Observação

Texto de resposta longa

E7. Explorar a compreensão do paciente sobre sinais e sintomas.

- ☐ ADEQUADO. "Você poderia me falar quais os sintomas da IC que já teve ou esteja apresentando e p...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e7. Observação

Texto de resposta longa

E8. Explicar os principais sintomas da IC.

- ☐ ADEQUADO. "Os sintomas mais comuns da IC são: falta de ar (dispnéia), cansaço extremo, mesmo ...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e8. Observação

Texto de resposta longa

E9. Explicar sobre o tratamento medicamentoso com base na receita atual do paciente.

- ☐ ADEQUADO. "Os remédios que seu médico receitou são muito importantes para ajudar seu coração ...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e9. Observação

Texto de resposta longa

E10. Explicar sobre a importância da restrição do sódio.

- ☐ ADEQUADO "Uma alimentação balanceada com restrição de sal (sódio) é um ponto importante no tr...
- ☐ LIMÍTROFE.O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos es...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

E11. Explicar sobre os efeitos do excesso de sódio no corpo.

- ☐ ADEQUADO. O sal em excesso, provoca um acúmulo de líquidos no corpo, aumentando a pressão ar...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos es...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e11. Observação

Texto de resposta longa

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 2

Itens gerais de competência

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do intervenor

C3. Uso de expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com entonação que demonstra interesse pelo que o paciente está dizendo.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com enton...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor NÃO usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, durant...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com ento...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

c3. Observação

Texto de resposta longa

C4. Validação ou clarificação da perspectiva do paciente e conexão com o conteúdo do manual do intervenor.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do paciente e faz a ligação com as situaç...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do paciente, MAS NÃO faz a ligação com ...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do paciente.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c4. Observação

Texto de resposta longa

C5. Verbalização de que entende que o paciente se sente de determinada maneira; validação ou clarificação dos sentimentos verbalizados pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, valida o...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, MAS N...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor não fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, n...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c5. Observação

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

C6. Emprego de palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distanciam e permitem o entendimento pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O interventor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto,...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que pode...
- ☐ INADEQUADO. O interventor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profission...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c6. Observação

Texto de resposta longa

C7. Oferecimento de informações fidedignas e, quando não se sabe a resposta, verbalização de que não sabe e que procurará esclarecer.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece informações confiáveis às perguntas do paciente ou se não sabe ...
- ☐ LIMÍTROFE. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.
- ☐ INADEQUADO. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c7. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 1 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritm...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com rit...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c8. Observação

Texto de resposta longa

C9. Apresentação do conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.

- ☐ ADEQUADO. O interventor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases d...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência, demonstrando leitur...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c9. Observação

Texto de resposta longa

C10. Verificação com o paciente se ele se pesou e registrou o peso no diário.

- ☐ ADEQUADO. O interventor pergunta para o paciente se ele se pesou e se registrou o peso no diário d...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor pergunta para o paciente se ele se pesou, MAS NÃO se registrou o peso n...
- ☐ INADEQUADO. O interventor não pergunta para ao paciente se realizou o controle de peso.

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

c10. Observação

Texto de resposta longa

C11. Investigação do que não foi feito e do motivo da não realização do monitoramento do

- ☐ ADEQUADO. O interventor pergunta ao paciente se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diário...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor não pergunta se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diário do pes...
- ☐ INADEQUADO. O interventor pergunta ou não se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diá...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c11. Observação

Texto de resposta longa

C12. Investigação se o paciente tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor pergunta se o paciente tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor pergunta se o paciente tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO pergunta se o paciente tem dúvidas.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c12. Observação

C13. Esclarecimento das dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões ou sobre seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou ...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor não esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (a...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c13. Observação

Texto de resposta longa

C14. Apresentação de um resumo dos tópicos da sessão.

- ☐ ADEQUADO. Hoje reforçamos que a IC é uma doença crónica, sem cura na maioria dos casos. A IC é...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos es...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c14. Observação

Texto de resposta longa

C15. Desenvolvimento da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual, demonstrando capacidade de manter o foco durante a sessão.

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 1 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a s...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c15. Observação

Texto de resposta longa

C16. Verbalização de que a sessão ou o programa está sendo concluída e se haverá outras sessões ou se o programa está sendo encerrado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada e faz ou confir...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada, MAS NÃO faz o...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c16. Observação

Texto de resposta longa

Outras observações

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 2 PEAC-IC - Formulários Google

NIFE Tool - Sessão Telefônica 2 PEAC-IC

Perguntas Respostas 2

Seção 1 de 2

NIFE Tool - PEAC-IC - Sessão Telefônica 2

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência

Identificação do avaliador:

Texto de resposta curta

Identificação do áudio:

Texto de resposta curta

Duração do áudio:

Texto de resposta curta

Duração da codificação: tempo total (em minutos) usado na codificação do áudio

Texto de resposta curta

Para cada item abaixo, marque a opção que melhor represente o comportamento do entrevistado durante a audição avaliada.

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 2 PEAC-IC - Formulários Google

C1. Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador.

- ☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data ...
- ☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação...
- ☐ O intervenor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (indepe...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c1.Observação

Texto de resposta longa

C2. Apresentação do intervenor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do paciente; perguntar como o paciente está.

- ☐ O intervenor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do p...
- ☐ O intervenor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu pró...
- ☐ O intervenor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer se...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c2. Observação

Texto de resposta longa

E12. Explicar sobre a restrição de líquidos.

- ☐ ADEQUADO. "O Sr(a) está seguindo a restrição de líquidos que seu médico recomendou?" É muito l...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 2 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e12. Observação

Texto de resposta longa

E13. Jarra controle.

- ☐ ADEQUADO. "Você está utilizando a Jarra controle no seu dia –a dia? Utilizar uma jarra controle pod..."
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e13. Observação

Texto de resposta longa

E14. Explicar sobre os efeitos do excesso de líquido no corpo.

- ☐ ADEQUADO. "Quando você ingere uma quantidade maior de líquidos, seu coração tem dificuldade p..."
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 2 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

E15. Apresentar dicas para o controle da sede.

- ☐ ADEQUADO. "Poderia me falar se sente está sentindo muita sede? A sede é muito comum em pess...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e15. Observações.

Texto de resposta longa

E16. Explicar sobre a importância do controle do peso.

- ☐ ADEQUADO. "Pesar-se diariamente é muito importante para ajudar você a avaliar de está acumuland...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e16. Observação

Texto de resposta longa

E17. Explicar sobre o registro do peso.

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 2 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e17. Observação

Texto de resposta longa

E18. Apresentar dicas para pesar-se.

- ☐ ADEQUADO. "O ideal é se pesar todos os dias de manhã usando essas dicas: Esvazie sua bexiga ant...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e18. Observação

Texto de resposta longa

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 2

Itens gerais de competência

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do interventor

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 2 PEAC-IC - Formulários Google

C3 - S2. Uso de expressões suplementares como *ahã, sim, estou ouvindo*, com entonação que demonstra interesse pelo que o paciente está dizendo.

- ☐ ADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como *ahã, sim, estou ouvindo*, com enton...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor NÃO usa expressões suplementares como *ahã, sim, estou ouvindo*, durant...
- ☐ INADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como *ahã, sim, estou ouvindo*, com ento...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c3 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C4 - S2. Validação ou clarificação da perspectiva do paciente e conexão com o conteúdo do manual do interventor.

- ☐ ADEQUADO. O interventor valida ou clarifica a perspectiva do paciente e faz a ligação com as situaç...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor valida ou clarifica a perspectiva do paciente, MAS NÃO faz a ligação com ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do paciente.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c4 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C5 - S2. Verbalização de que entende que o paciente se sente de determinada maneira; validação ou clarificação dos sentimentos verbalizados pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O interventor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, valida o...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 2 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ INADEQUADO. O interventor não fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, n...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c5 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C6 - S2. Emprego de palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distanciam e permitem o entendimento pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O interventor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto,...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que pode...
- ☐ INADEQUADO. O interventor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profission...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c6 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C7 - S2. Oferecimento de informações fidedignas e, quando não se sabe a resposta, verbalização de que não sabe e que procurará esclarecer.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece informações confiáveis às perguntas do paciente ou se não sabe ...
- ☐ LIMÍTROFE. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.
- ☐ INADEQUADO. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 2 PEAC-IC - Formulários Google

c7 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C8 - S2. Uso de tom de voz confortável, ritmo e entonação adequados aos temas tratados.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritm...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com rit...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c8 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C9 - S2. Apresentação do conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.

- ☐ ADEQUADO. O interventor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases d...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência, demonstrando leitur...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c9 - S2. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 2 PEAC-IC - Formulários Google

☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c12 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C13 - S2. Esclarecimento das dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões ou sobre seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou ...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor não esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (a...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c13 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C14 - S2. Apresentação de um resumo dos tópicos da sessão.

- ☐ ADEQUADO. "Hoje reforçamos que o controle da quantidade de líquidos que você toma é importante..."
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos es...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c14 - S2. Observação

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 2 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

C15 - S2. Desenvolvimento da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual, demonstrando capacidade de manter o foco durante a sessão.

- ☐ ADEQUADO. O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o int...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a s...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c15 - S2. Observação

Texto de resposta longa

C16 - S2. Verbalização de que a sessão ou o programa está sendo concluída e se haverá outras sessões ou se o programa está sendo encerrado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada e faz ou confir...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada, MAS NÃO faz o...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c16 - S2. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefonica 2 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 3 PEAC-IC - Formulários Google

NIFE Tool - Sessão Telefônica 3 PEAC-IC

Perguntas Respostas 2

Seção 1 de 2

NIFE Tool - PEAC-IC - Sessão Telefônica 3 ✕ ⋮

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência

Identificação do avaliador:

Texto de resposta curta

Identificação do áudio:

Texto de resposta curta

Duração do áudio:

Texto de resposta curta

Duração da codificação: tempo total (em minutos) usado na codificação do áudio

Texto de resposta curta

Para cada item abaixo, marque a opção que melhor represente o comportamento do entrevistado e o áudio avaliado.

https://docs.google.com/forms/d/1VwQKRv_KQ2YE_F7xJxXRMkfPaWTTqsrXBWwAS-5GI/edit

1/12

C1 - S3. Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador.

- ☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data ...
- ☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação...
- ☐ O intervenor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (indepe...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c1 - S3.Observação

Texto de resposta longa

C2 - S3. Apresentação do intervenor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do paciente; perguntar como o paciente está.

- ☐ O intervenor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do p...
- ☐ O intervenor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu pró...
- ☐ O intervenor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer se...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c2 -S3. Observação

Texto de resposta longa

E19. Explicação sobre a importância do exercício físico.

- ☐ ADEQUADO. "O exercício físico auxilia o corpo a se tornar mais eficiente no uso do oxigênio. O exerc...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e19. Observação

Texto de resposta longa

E20. Apresentar dicas para a realização do exercício físico.

- ☐ ADEQUADO. "Recomendamos que realize um planeamento de exercício, e que vá aumentando de fo...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e20. Observação

Texto de resposta longa

E21. Orientar sobre observação de sintomas durante a caminhada.

- ☐ ADEQUADO. "Pare imediatamente o exercício físico se: Ficar com muita falta de ar; Sentir-se fraco, c...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

E22. Orientar sobre atividade sexual.

- ☐ ADEQUADO. "A atividade sexual deve ser encarada como qualquer outra atividade física. Atividade s...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...
- ☐ Não se aplica - o paciente referiu que não tem atividade sexual.

e22. Observações.

Texto de resposta longa

E23. Apresentar dicas para a atividade sexual.

- ☐ ADEQUADO. "No entanto, para uma atividade sexual segura, é muito importante que você siga um pl...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...
- ☐ Não se aplica - o paciente referiu que não tem atividade sexual.

e23. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

E24. Explicar sobre a importância da conservação de energia.

- ☐ ADEQUADO. "A fadiga (sensação de falta de energia) é um problema comum em pessoas com insufi...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e24. Observação

Texto de resposta longa

E25. Apresentar dicas para conservar a energia.

- ☐ ADEQUADO. "Algumas dicas para ajudar a conservar sua energia: priorizar as tarefas que precisam s...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e25. Observação

Texto de resposta longa

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 2

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do interventor

C3 - S3. Uso de expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com entonação que demonstra interesse pelo que o paciente está dizendo.

- ☐ ADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com enton...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor NÃO usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, durant...
- ☐ INADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com ento...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c3 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C4 - S3. Validação ou clarificação da perspectiva do paciente e conexão com o conteúdo do manual do interventor.

- ☐ ADEQUADO. O interventor valida ou clarifica a perspectiva do paciente e faz a ligação com as situaç...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor valida ou clarifica a perspectiva do paciente, MAS NÃO faz a ligação com ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do paciente.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c4 - S3. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ ADEQUADO. O interventor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, valida o...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, MAS N...
- ☐ INADEQUADO. O interventor não fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, n...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c5 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C6 - S3. Emprego de palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distanciam e permitem o entendimento pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O interventor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto,...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que pode...
- ☐ INADEQUADO. O interventor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profission...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c6 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C7 - S3. Oferecimento de informações fidedignas e, quando não se sabe a resposta, verbalização de que não sabe e que procurará esclarecer.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece informações confiáveis às perguntas do paciente ou se não sabe ...
- ☐ LIMÍTROFE. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c7 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C8 - S3. Uso de tom de voz confortável, ritmo e entonação adequados aos temas tratados.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritm...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com rit...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c8 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C9 - S3. Apresentação do conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases d...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta ...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência, demonstrando leitur...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c9 - S3. Observação

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

C10 - S3. Verificação com o paciente se ele se pesou e registrou o peso no diário.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor pergunta para o paciente se ele se pesou e se registrou o peso no diário d...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor pergunta para o paciente se ele se pesou, MAS NÃO se registrou o peso n...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor não pergunta para ao paciente se realizou o controle de peso.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c10 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C11 - S3. Investigação do que não foi feito e do motivo da não realização do monitoramento do

- ☐ ADEQUADO. O intervenor pergunta ao paciente se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diári...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor não pergunta se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diário do pes...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor pergunta ou não se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diá...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c11 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C12 - S3. Investigação se o paciente tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o seu autocuidado.

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ LIMÍTROFE. O interventor pergunta se o paciente tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO pergunta se o paciente tem dúvidas.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c12 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C13 - S3. Esclarecimento das dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões ou sobre seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor não esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (a...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c13 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C14 - S3. Apresentação de um resumo dos tópicos da sessão.

- ☐ ADEQUADO. "Hoje reforçamos que a Exercício físico regular pode ajudá-lo a se sentir melhor e ter m...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos es...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

c14 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C15 - S3. Desenvolvimento da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual, demonstrando capacidade de manter o foco durante a sessão.

- ☐ ADEQUADO. O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o int...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a s...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c15 - S3. Observação

Texto de resposta longa

C16 - S3. Verbalização de que a sessão ou o programa está sendo concluída e se haverá outras sessões ou se o programa está sendo encerrado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada e faz ou confir...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada, MAS NÃO faz o...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c16 - S3. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 3 PEAC-IC - Formulários Google

Outras observações - S3

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 4 PEAC-IC - Formulários Google

NIFE Tool - Sessão Telefônica 4 PEAC-IC

Perguntas Respostas 2

Seção 1 de 2

NIFE Tool - PEAC-IC - Sessão Telefônica

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência

Identificação do avaliador:

Texto de resposta curta

Identificação do áudio:

Texto de resposta curta

Duração do áudio:

Texto de resposta curta

Duração da codificação: tempo total (em minutos) usado na codificação do áudio

Texto de resposta curta

Para cada item abaixo, marque a opção que melhor represente o comportamento do interveniente durante a sessão telefônica

C1 - S4. Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador.

- ☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data ...
- ☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação...
- ☐ O interventor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (indepe...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c1 - S4.Observação

Texto de resposta longa

C2 - S4. Apresentação do interventor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do paciente; perguntar como o paciente está.

- ☐ O interventor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do p...
- ☐ O interventor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu pró...
- ☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer se...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c2 -S4. Observação

Texto de resposta longa

E26. Explicação sobre os sinais de alerta e ações de manejo.

- ☐ ADEQUADO. "O corpo emite sinais de que a doença não está bem controlada e que está precisa que ...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 4 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e26 -S4. Observação

Texto de resposta longa

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção ▼

Seção 2 de 2

Itens gerais de competência

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do interventor

C3 - S4. Uso de expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com entonação que demonstra interesse pelo que o paciente está dizendo.

- ☐ ADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com enton...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor NÃO usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, durant...
- ☐ INADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com ento...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c3 - S4. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 4 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ ADEQUADO. O intervisor valida ou clarifica a perspectiva do paciente e faz a ligação com as situaç...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervisor valida ou clarifica a perspectiva do paciente, MAS NÃO faz a ligação com ...
- ☐ INADEQUADO. O intervisor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do paciente.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c4 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C5 - S4. Verbalização de que entende que o paciente se sente de determinada maneira; validação ou clarificação dos sentimentos verbalizados pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O intervisor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, valida o...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervisor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, MAS N...
- ☐ INADEQUADO. O intervisor não fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, n...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c5 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C6 - S4. Emprego de palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distanciam e permitem o entendimento pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O intervisor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto,...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervisor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou linguagem profissional que pode

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 4 PEAC-IC - Formulários Google

INADEQUADO. O interventor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profission...

- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c6 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C7 - S4. Oferecimento de informações fidedignas e, quando não se sabe a resposta, verbalização de que não sabe e que procurará esclarecer.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece informações confiáveis às perguntas do paciente ou se não sabe ...
- ☐ LIMÍTROFE. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.
- ☐ INADEQUADO. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c7 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C8 - S4. Uso de tom de voz confortável, ritmo e entonação adequados aos temas tratados.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritm...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com rit...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 4 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

C9 - S4. Apresentação do conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.

- ☐ ADEQUADO. O intervisor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases d...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervisor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta ...
- ☐ INADEQUADO. O intervisor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência, demonstrando leitur...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c9 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C10 - S4. Verificação com o paciente se ele se pesou e registrou o peso no diário.

- ☐ ADEQUADO. O intervisor pergunta para o paciente se ele se pesou e se registrou o peso no diário d...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervisor pergunta para o paciente se ele se pesou, MAS NÃO se registrou o peso n...
- ☐ INADEQUADO. O intervisor não pergunta para ao paciente se realizou o controle de peso.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c10 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C11 - S4. Investigação de qual questão foi feita e do motivo da não realização de monitoramento de

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 4 PEAC-IC - Formulários Google

ADEQUADO. O interventor pergunta ao paciente se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diário...

- ☐ LIMÍTROFE. O interventor não pergunta se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diário do pes...
- ☐ INADEQUADO. O interventor pergunta ou não se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diário...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c11 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C12 - S4. Investigação se o paciente tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor pergunta se o paciente tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor pergunta se o paciente tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO pergunta se o paciente tem dúvidas.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c12 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C13 - S4. Esclarecimento das dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões ou sobre seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou ...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou ...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 4 PEAC-IC - Formulários Google

☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c13 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C14 - S4. Apresentação de um resumo dos tópicos da sessão.

- ☐ ADEQUADO. "Hoje conversamos sobre os sinais e sintomas que sugerem agravamento da IC. Sinto..."
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos es...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor acrescenta outras informações não previstas no manual do intervenor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c14 - S4. Observação

Texto de resposta longa

C15 - S3. Desenvolvimento da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual, demonstrando capacidade de manter o foco durante a sessão.

- ☐ ADEQUADO. O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o int...
- ☐ LIMÍTROFE. O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar...
- ☐ INADEQUADO. O intervenor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a s...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c15 - S4. Observação

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 4 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

C16 - S4. Verbalização de que a sessão ou o programa está sendo concluída e se haverá outras sessões ou se o programa está sendo encerrado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada e faz ou confir...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada, MAS NÃO faz o...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c16 - S4. Observação

Texto de resposta longa

Outras observações - S4

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefônica 5 PEAC-IC - Formulários Google

NIFE Tool - Sessão Telefônica 5 PEAC-IC

Perguntas Respostas 2

Seção 1 de 2

NIFE Tool - PEAC-IC - Sessão Telefônica 5

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa de Ensino do Autocuidado na Insuficiência

Identificação do avaliador:

Texto de resposta curta

Identificação do áudio:

Texto de resposta curta

Duração do áudio:

Texto de resposta curta

Duração da codificação: tempo total (em minutos) usado na codificação do áudio

Texto de resposta curta

Para cada item abaixo, marque a opção que melhor represente o comportamento do
interlocutor durante a sessão avaliada.

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

C1 - S5. Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador.

- ☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data ...
- ☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação...
- ☐ O interventor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (indepe...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c1 - S5.Observação

Texto de resposta longa

C2 - S5. Apresentação do interventor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do paciente; perguntar como o paciente está.

- ☐ O interventor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do p...
- ☐ O interventor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu pró...
- ☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer se...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c2 -S5. Observação

Texto de resposta longa

E27. Explicação sobre a importância de cessação do tabagismo e diminuição do consumo de bebida alcoólica (se paciente tabagista/ se consumo de bebida alcoólica).

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...

INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...

Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e27 -S5. Observação

Texto de resposta longa

E28. Orientação sobre a importância da vacinação.

ADEQUADO. "É muito importante que você tome a vacina anual contra a influenza (gripe) e a vacinaç...

LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos e...

INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...

Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

e28 -S5. Observação

Texto de resposta longa

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 2

Itens gerais de competência

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do interventor

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

demonstra interesse pelo que o paciente está dizendo.

- ☐ ADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com enton...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor NÃO usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, durant...
- ☐ INADEQUADO. O interventor usa expressões suplementares como ahã, sim, estou ouvindo, com ento...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c3 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C4 - S5. Validação ou clarificação da perspectiva do paciente e conexão com o conteúdo do manual do interventor.

- ☐ ADEQUADO. O interventor valida ou clarifica a perspectiva do paciente e faz a ligação com as situaç...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor valida ou clarifica a perspectiva do paciente, MAS NÃO faz a ligação com ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do paciente.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c4 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C5 - S5. Verbalização de que entende que o paciente se sente de determinada maneira; validação ou clarificação dos sentimentos verbalizados pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O interventor fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, valida o...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ INADEQUADO. O interventor não fala que entende que o paciente se sinta de determinada maneira, n...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c5 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C6 - S5. Emprego de palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distanciam e permitem o entendimento pelo paciente.

- ☐ ADEQUADO. O interventor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto,...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que pode...
- ☐ INADEQUADO. O interventor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profission...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c6 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C7 - S5. Oferecimento de informações fidedignas e, quando não se sabe a resposta, verbalização de que não sabe e que procurará esclarecer.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece informações confiáveis às perguntas do paciente ou se não sabe ...
- ☐ LIMÍTROFE. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.
- ☐ INADEQUADO. Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

c7 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C8 - S5. Uso de tom de voz confortável, ritmo e entonação adequados aos temas tratados.

- ☐ ADEQUADO. O interventor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritm...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com rit...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c8 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C9 - S5. Apresentação do conteúdo da intervenção com fluência e

- ☐ ADEQUADO. O interventor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases d...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência, demonstrando leitur...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c9 - S5. Observação

Texto de resposta longa

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

- ☐ ADEQUADO. O interventor pergunta para o paciente se ele se pesou e se registrou o peso no diário d...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor pergunta para o paciente se ele se pesou, MAS NÃO se registrou o peso n...
- ☐ INADEQUADO. O interventor não pergunta para ao paciente se realizou o controle de peso.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c10 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C11 - S5. Investigação do que não foi feito e do motivo da não realização do monitoramento do

- ☐ ADEQUADO. O interventor pergunta ao paciente se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diári...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor não pergunta se o que ele não fez foi o peso ou o registro no diário do pes...
- ☐ INADEQUADO. O interventor pergunta ou não se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diá...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c11 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C12 - S5. Investigação se o paciente tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor pergunta se o paciente tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor pergunta se o paciente tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO pergunta se o paciente tem dúvidas

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c12 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C13 - S5. Esclarecimento das dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões ou sobre seu autocuidado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (atual ou ...
- ☐ INADEQUADO. O interventor não esclarece as dúvidas do paciente sobre o conteúdo das sessões (a...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c13 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C14 - S5. Apresentação de um resumo dos tópicos da sessão.

- ☐ ADEQUADO. "Hoje reforçamos que que parar de fumar e consumo moderado de bebidas alcoólicas, ...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor deixa de apresentar algum dos tópicos, mas NÃO acrescenta conteúdos es...
- ☐ INADEQUADO. O interventor acrescenta outras informações não previstas no manual do interventor ...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c14 - S5. Observação

11/10/2020

NIFE Tool - Sessão Telefónica 5 PEAC-IC - Formulários Google

Texto de resposta longa

C15 - S5. Desenvolvimento da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual, demonstrando capacidade de manter o foco durante a sessão.

- ☐ ADEQUADO. O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o int...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar...
- ☐ INADEQUADO. O interventor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a s...
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c15 - S5. Observação

Texto de resposta longa

C16 - S5. Verbalização de que a sessão ou o programa está sendo concluída e se haverá outras sessões ou se o programa está sendo encerrado.

- ☐ ADEQUADO. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada e faz ou confir...
- ☐ LIMÍTROFE. O interventor explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada, MAS NÃO faz o...
- ☐ INADEQUADO. O interventor NÃO explica que a sessão (ou programa) está sendo encerrada.
- ☐ Não é possível avaliar. Especificar o motivo na questão a seguir...

c16 - S5. Observação

Texto de resposta longa

APÊNDICE C

Questionário para avaliação da aceitabilidade do PEAC-IC

Avaliação da Aceitabilidade do Programa Educativo para o Autocuidado na IC

Nome: _____ Data: ____/____/____

O (a) Senhor(a) fez parte da pesquisa "Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: um estudo piloto". Gostaria de saber a sua opinião sobre esta pesquisa.

Gostaria da sua opinião sincera sobre o Programa Educativo para o Autocuidado na Insuficiência cardíaca, o que foi bom e o que precisa melhorar na realização do programa para podermos ajudar outros pacientes.

1. A intervenção educativa para o autocuidado ajudou o Sr(a)? Se necessário pedir para a pessoa falar mais um pouco sobre, especialmente sobre em que ajudou.

2. O que motivou o Sr (a) a permanecer no estudo?

3. Quais foram as dificuldades que o (a) Sr(a) encontrou na execução do Programa?

4. O tempo utilizado no primeiro encontro foi adequado?

5. A abordagem da enfermeira pesquisadora foi adequada?

6. Houve dificuldades na adaptação das orientações no seu dia a dia?

7. A frequência dos contatos telefônicos (5 ligações) e a duração de cada ligação foram adequados?

8. O livro de educação do paciente foi adequado? Ajudou a sanar dúvidas sobre a insuficiência cardíaca?

9. O (a) Sr(a) pretende manter o seguimento das orientações mesmo após o término da pesquisa?

10. O Sr(a) recomendaria que outras pessoas com insuficiência cardíaca participassem da intervenção educativa?

11. Quais são os pontos positivos do Programa de Educação para o autocuidado na Insuficiência cardíaca?

12. O que o Sr(a) mudaria na intervenção educativa que recebeu?

APÊNDICE D

Instrumento para seleção dos participantes da pesquisa

Data da Coleta: ____ / ____ / ____

Nome: _____

RH: _____ N° Paciente no estudo: _____

Checklist dos critérios de inclusão

CRITÉRIOS	SIM	NÃO
Regularmente matriculado no Ambulatório do IDPC		
Idade maior ou igual a 18 anos		
Diagnóstico confirmado de IC		
Clinicamente em condições de participar da entrevista		
Ausência de diagnósticos psiquiátricos		
Pós- operatório recente (até 60 dias de pós- operatório) de qualquer intervenção cirúrgica		
Ausência de problema funcional que impeça a fala ou escrita		
Contato telefônico		
Disponibilidade para o acompanhamento		

APÊNDICE E

Ficha de acompanhamento telefônico

Nome Paciente: _____ Idade: _____ Peso inicial _____; Telefone: _____

Medicamentos em uso: _____

Abordagem inicial: Bom dia/ Boa tarde/ Boa noite. Sou enfermeira _____, estou ligando para darmos continuidade no estudo. Você pode me atender agora? Como o passou na última semana? Preciso procurar o serviço médico por descompensação da doença ou Preciso de internação no hospital? Você se pesou? Qual o seu peso atual? Está anotando seu peso no livro que deixei com o você? .

	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão
Data					
Nº Tentativas					
Peso					
Registro do peso					
Presença de Sintomas	() não () Sim: descrever:	() não () Sim: descrever:	() não () Sim: descrever:	() não () Sim: descrever:	() não () Sim: descrever:
Ações Realizadas, se sinais de descompensação					
Conteúdo de reforço	() IC (definição, principais: causas, sinais e sintomas)	() Restrição de líquidos	() Exercício físico	() Sinais de alerta- Sinais e Sintomas de descompensação clínica	() Tabagismo (se tabagista)
	() Tratamento medicamentoso	() Controle da sede	() Atividade sexual (se ativo sexualmente)	() Ações para manejo	() Bebidas alcoólicas (se consumo de bebida alcoólica)
	() Restrição de sal	() Controle do peso	() Conservação de energia		() vacinação

APÊNDICE F – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS (sociodemográfico e clínico)

Número do Sujeito: _____ Nº RGH _____ Data da coleta ____/____/____

A. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA	
1. Nome _____	2. Idade: _____ anos
3. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino 4. Etnia: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela	
5. Convivência marital: ☐ Sim ☐ Não 6. Tempo de estudo: _____ anos	
7. Situação trabalhista: ☐ empregado ☐ autônomo ☐ Aposentado ☐ Desempregado ☐ Estudante ☐ Do lar 8. Situação econômica: ☐ Não tem condições ☐ Suficiente para medicamentos ☐ Suficiente e um pouco mais ☐ Abundante 9. Telefone de contato: Res: _____ Celular: _____	
B. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	
10. Peso: _____ KG 11. Altura: _____ cm 12. Etiologia da IC: ☐ Isquêmica ☐ Valvular ☐ Chagásica ☐ Alcoólica ☐ Miocardite ☐ Hipertensiva ☐ idiopática ☐ Outra: _____	
13. Classe funcional: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV 14. FEVE: _____ % 15. Tempo de experiência com a IC: _____ meses 16. Comorbidades: ☐ HAS ☐ Diabetes melitus ☐ Doenças respiratórias ☐ Doenças infecciosas ☐ Doença nas articulações ☐ Câncer ☐ IRA ☐ IRC ☐ AVE ☐ Arritmias ☐ Doença arterial coronariana ☐ Depressão ☐ Distúrbio da tireóide ☐ Dislipdemia	
Outras: _____	
1- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	
2- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	
3- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	
4- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	
5- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	
6- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	
7- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	
8- Medicamento: _____ Dose: _____ X/ dia: _____	

HOSPITALIZAÇÃO/ ATENDIMENTO E SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

1. Nas últimas três semanas, você precisou procura atendimento em pronto socorro por desconpensão da Insuficiência cardíaca?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for sim, quantas vezes?

2. Nas últimas três semanas você ficou internado por desconpensão da IC?

☐ Sim ☐ Não. Se sim, quantas vezes? _____

Permaneceu quantos dias internado: _____

ANEXOS

ANEXO-1- FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A IC

PESO

- * Mantenha o peso ideal para seu peso.
- * Verifique seu peso a cada 2 dias.
- * Quanto maior o peso, maior será o trabalho de seu coração para bombear o sangue para o corpo.
- * Pode ser que seu peso aumente também por causa do acúmulo de líquido no corpo (inchaco).

ATIVIDADE FÍSICA

Caminhadas

A atividade física, ajuda no controle do colesterol, diabetes e pressão, e auxilia no bombeamento do sangue para o corpo.

Obs.: Não comece atividades físicas em liberação da sua equipe médica.

INFECÇÃO PULMONAR

VACINAÇÃO

GRIFE (Anualmente)
PNEUMONIA (a cada 5 anos)

MUDANÇAS DE HÁBITOS

PARA DE FUMAR

O cigarro contribui para muitas doenças cardiovasculares e pulmonares.

EVITE BEBIDA ALCOÓLICA

A bebida alcoólica prejudica a contração do coração, aumenta a pressão arterial e interfere na ação dos medicamentos.

Folhetim elaborado por:
Enfermeira Maria Aparecida Barbosa
Enfermeira Nádia Van Genn Poltronari

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Coordenação de Serviços de Saúde
INSTITUTO DAUTE PRAZZANESI DE CARDIOLOGIA
Emergência Ambulatorial

ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CUIDANDO DO SEU CORAÇÃO, CUIDANDO DE VOCÊ

CUIDANDO DE SEU CORAÇÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Qual a função do coração?

O coração é o responsável por bombear o sangue com nutrientes e oxigênio para todas as partes do corpo.

O que é insuficiência cardíaca?

Algumas doenças podem afetar a capacidade do coração de bombear o sangue para todos as partes do corpo. Estas doenças podem ser: infarto; pressão alta; doença de chagas; febre reumática.

O coração se torna insuficiente e começa a bombear menos sangue para o corpo. Quando isto ocorre, aparecem os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca.

Quais os sinais e sintomas que a insuficiência cardíaca causa?

Falta de ar e cansaço ao correr, ao executar atividades diárias, ou até mesmo em repouso

Falta de ar ao deitar

Não tenho apetite e estou enjoado...

Como o sangue não circula bem, dizemos que os órgãos estão inchados, ou seja, há um depósito de líquidos no aparelho digestivo, tornando a digestão mais lenta e causando náuseas.

Como tomar remédios?

Siga as orientações que a enfermeira lhe dá. Usar a medicação na hora certa, na dose e horário recomendado é muito importante.

Como evitar os sinais e sintomas?

LÍQUIDOS

Estou inchado, não paro de ganhar peso

O coração insuficiente não é capaz de bombear todo sangue. Os locais mais evidentes são os pés, tornozelos e pernas e na coluna perto das nádegas.

SAL

2 gramas de sal por dia

- Uma colher de chá
- Uma tampinha de caneta bic
- Uma tampa de pasta de dente

EVITE:

alimentos industrializados e conservas, bacalhau, carne seca, defumados, sopa pacote, enlatados, salgadinhos, caldo de carne, ketchup, mostarda, shoyo, azeitonas. Estes tipos de alimentos possuem grande quantidade de sal.

Por que sinto falta de ar?

Quando o coração está com menos força de bombear sangue, facilita o acúmulo de líquido em várias partes do corpo.

Quando isso acontece nos pulmões, surge a dificuldade de respirar e a tosse.

ANEXO 2

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: "Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: estudo piloto".

Número do Participante da Pesquisa: _____

Iniciais do Participante da Pesquisa: _____

1) INTRODUÇÃO

Antes de concordar em participar deste estudo é importante que você leia e entenda as explicações a seguir. O Comitê de Ética em Pesquisa deste hospital revisou os objetivos e a condução proposta para o estudo, tendo sido aprovado e recebeu parecer favorável à sua realização.

2) CONVITE

Convido(amos) o (a) Sr (a) _____ para participar da pesquisa intitulada "Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: estudo piloto" pela Sra. Ana Paula da Conceição.

3) FINALIDADE

Esta pesquisa tem o objetivo de testar um programa de ensino sobre como as pessoas com insuficiência cardíaca precisam se cuidar para verificar se ele é possível de ser realizado e o que as pessoas com insuficiência cardíaca acham dele. Pesquisas apontam que o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca pode ser melhorado e que o conhecimento sobre a doença pode ajudar a melhorar o autocuidado. Os resultados desta pesquisa poderão nos orientar sobre a melhor forma de fazer um programa de ensino para o autocuidado na insuficiência cardíaca, podendo diminuir a necessidade de hospitalizações e idas ao pronto-socorro.

4) DURAÇÃO ESPERADA PARA A PARTICIPAÇÃO

O estudo terá início em setembro de 2019 e duração de 15 meses. O Sr(a) participará conforme descrito no item Procedimentos a seguir.

5) PROCEDIMENTOS

Se o Sr(a) atender aos critérios para participar na pesquisa, a pesquisadora lhe esclarecerá os objetivos e procedimentos do estudo e as dúvidas que o Sr(a) tiver sobre tais objetivos e procedimentos. Ao estar suficientemente esclarecido, a pesquisadora o convidará para participar do estudo. Se o Sr(a) aceitar participar, o Sr(a) assinará o termo de consentimento. Depois disso o pesquisador iniciará a pesquisa, conforme descrito a seguir.

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____ RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

1- O Sr(a) participará de uma entrevista inicial para coleta de dados pessoais e de saúde, incluindo os que se referem aos cuidados que o Sr(a) tem em relação à sua saúde. Essa entrevista deverá durar mais ou menos 20 minutos;

2- Os participantes do estudo serão divididos em dois grupos por um tipo de sorteio. Um dos grupos, além da assistência que recebe no serviço, receberá um programa educativo sobre o autocuidado na insuficiência cardíaca. O outro grupo continuará apenas com a assistência que já recebe no serviço;

3- Se o(a) Sr(a) for sorteado(a) para o grupo que receberá o programa educativo, o(a) Sr(a)
 a) Hoje mesmo, o Sr(a) participará de uma conversa com a enfermeira que lhe orientará sobre os cuidados necessários para manter a insuficiência cardíaca no melhor controle possível. Essa conversa deverá durar mais ou menos 45 minutos;

b) Semanalmente, por sete semanas, o Sr(a) receberá telefonemas da mesma enfermeira para verificar como o Sr(a) passou durante a semana, reforçar as orientações da primeira conversa, e esclarecer dúvidas. Esses telefonemas deverão durar cerca de 20 minutos;

c) Na sétima semana, além do reforço das orientações, serão coletados dados que se referem aos cuidados que o Sr(a) tem em relação à sua saúde; Esse telefonema terá duração aproximada de 40 minutos.

d) Depois do sétimo contato por telefone, o Sr(a) participará de uma reunião com a pesquisadora e com outras pessoas que também receberam o programa educativo para contar o que foi bom e o que não foi bom no programa. Essa reunião será agendada para a semana seguinte ao sétimo telefonema. Essa reunião terá duração aproximada de 60 minutos.

e) No 6º e 12º mês depois da sétima semana dos telefonemas, o Sr(a) será contatado por telefone por um pesquisador que lhe fará perguntas sobre sua saúde (autocuidado, conhecimento sobre a insuficiência cardíaca, necessidade de atendimento em pronto-socorro ou internação hospitalar). Esses telefonemas terão duração aproximada de 40 minutos.

4- Se o(a) Sr(a) for sorteado(a) para o grupo que não receberá o programa educativo, o(a) Sr(a) receberá três ligações telefônicas de um pesquisador que lhe fará perguntas sobre sua saúde (autocuidado, conhecimento sobre a insuficiência cardíaca, necessidade de atendimento em pronto-socorro ou internação hospitalar). Essas ligações ocorrerão daqui a oito semanas, e nos próximos 6º e 12º meses após a primeira ligação.

6) RISCOS E BENEFÍCIOS DO ESTUDO:

Os resultados desta pesquisa poderão nos orientar sobre a melhor forma de fazer um programa de ensino para o autocuidado na insuficiência cardíaca, podendo resultar em menor frequência de hospitalizações e atendimentos em serviços de emergência.

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____ RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

O risco de participar nessa pesquisa é o de se sentir desconfortável com o gasto de seu tempo e poderá sentir algum constrangimento em decorrência de alguma pergunta.

7) SUAS RESPONSABILIDADES

Se você se sentir cansado ou desconfortável, pode me avisar e nós poderemos continuar mais tarde, depois de você descansar, ou quando se sentir mais confortável, ou poderemos interromper sua participação, se você achar que isso é o melhor a fazer.

8) CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA/CONTATO COM O CEP

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora Ana Paula da Conceição poderá ser encontrada /o no endereço Avenida Dr. Dante Pazzanese, 500 – Prédio III– CEP 04012-180 – São Paulo – SP – Telefones 11 5085- 6359.

Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – Av. Dr. Dante Pazzanese, 500 – Prédio I – CEP 04012-909 – Telefone 11 5085-6040. O CEP é um grupo formado por profissionais capacitados que fazem a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para manter sua segurança e proteger seus direitos.

9) PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA/DESCONTINUAÇÃO

1) A qualquer tempo você, participante deste estudo, poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, seus procedimentos, riscos e benefícios, inclusive para tirar dúvidas pelos telefones/endereços citados acima.

2) A participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo custos ou compensações financeiras pela participação, podendo a pessoa retirar o consentimento a qualquer momento e, portanto, pode deixar de participar do estudo, sem acarretar prejuízos.

3) Como será previsto um encontro presencial no ambulatório do IDPC na oitava semana de participação no estudo, o pesquisador custeará o transporte público (passagem de metro/ ônibus) para este encontro.

4) Os participantes não serão identificados garantindo-se o anonimato das respostas, que serão tratadas em conjunto, permanecendo confidenciais os seus dados de identificação. Este estudo não trará riscos ou prejuízos ao seu tratamento. E os resultados obtidos serão divulgados em revistas e eventos científicos.

5) Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, os pesquisadores garantem sua indenização

10)DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____ RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Acredito ter sido suficientemente esclarecido em relação ao projeto: **“Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: estudo piloto”**. Discuti com a enfermeira Ana Paula da Conceição sobre minha decisão em participar nesse estudo.

Ficam claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que minha recusa em participar não prejudicará em nada meu tratamento futuro.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Ao assinar este termo de consentimento de forma voluntária não estarei abrindo mão de meus direitos legais.

Recebi uma via rubricada e assinada em todas as páginas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome Paciente: _____ (letra de forma)

 Assinatura do Paciente DATA: __/__/__

Nome da Testemunha: _____ (letra de forma)

 Assinatura da Testemunha DATA: __/__/__

Nome do Pesquisador: Ana Paula da Conceição

 DATA: __/__/__

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____ RUBRICA DO PESQUISADOR: _____

ANEXO 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção educativa para o autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca: estudo piloto

Pesquisador: ANA PAULA DA CONCEICAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22867119.4.0000.5462

Instituição Proponente: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.725.374

Apresentação do Projeto:

Nº Protocolo do CEP: 4985

Nº DE PARTICIPANTES DA PESQUISA: 30

Início e término do estudo: 06/01/2020 á 30/09/2020

Ensaio clínico aleatorizado, prospectivo, para comparação de grupo intervenção com grupo controle. Trata-se de avaliação de intervenção educativa. Finalidade principal dissertativa, denominação de estudo piloto,

mas embora conste de objetivos relativos a estudos finais.

Hipótese do estudo:

Intervenção educativa para o autocuidado de pacientes ambulatoriais com IC demonstrará indicadores de aceitabilidade e viabilidade. Pacientes com

IC que receberem intervenção educativa sobre a doença e tratamento, apresentarão melhores escores de autocuidado, de conhecimento sobre a IC,

e menores frequências de internações / atendimentos em serviços de emergências por descompensação clínica da IC que pacientes que não

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.725.374

receberem a intervenção.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo discursivo. Avaliar aceitabilidade e viabilidade de um Programa educativo para pacientes com insuficiência cardíaca.

Objetivo Secundário:

Construir protocolo de intervenção educativa para o autocuidado de pessoas adultas com IC; Identificar os pontos fortes e as limitações da intervenção proposta na perspectiva dos pacientes; Avaliar facilidades e barreiras para implementar a intervenção conforme o planejado; Descrever o conhecimento do paciente com IC sobre sua doença e tratamento; Descrever o autocuidado de pacientes com IC; Comparar grupo que receber a intervenção com grupo que não receber a intervenção, em termos de: Comportamentos de autocuidado; Conhecimento sobre a IC; Número de internações por IC; Número de internações por todas as causas; Busca por serviço de emergência por IC; Busca por serviço de emergência por todas as causas. Avaliar a viabilidade de recrutamento, retenção e procedimentos de avaliação de desfechos de interesse para a intervenção proposta; Explorar se variáveis sociodemográficas e clínicas influenciam o efeito da intervenção no autocuidado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco de participar nessa pesquisa é o de se sentir desconfortável com o gasto de seu tempo.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa será propiciar maior conhecimento sobre a doença e tratamento e

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
 Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.725.374

melhor

autocuidado, podendo resultar em menor

frequência de hospitalizações e atendimentos em serviços de emergência.

Por se tratar de aplicação de questionário, risco de constrangimento em decorrência de alguma pergunta

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta a pendência. Foi adicionada carta resposta aos aspectos indicados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE, que precisava de adequação, foi modificado conforme solicitado.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista as respostas às pendências e as adequações feitas, não foram identificados demais óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, resolução 510/96 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, após análise das pendências em reunião ordinária do dia 26/11/2019 manifesta-se pela aprovação do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1428737.pdf	18/10/2019 12:06:00		Aceito
Orçamento	declaracao_orcamento.pdf	18/10/2019 11:58:17	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	declaracao_recrutamente.docx	18/10/2019 11:55:09	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	18/10/2019 11:45:26	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	2019TCLE_v2.pdf	18/10/2019 11:43:11	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
 Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.725.374

Ausência	2019TCLE_v2.pdf	18/10/2019 11:43:11	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_intervencao_2.docx	18/10/2019 10:22:52	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/10/2019 15:19:13	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_intervencao_educativa.docx	02/10/2019 07:34:47	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Declaracao_realizacao_estudo2.pdf	01/10/2019 12:03:30	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Declaracao_realizacao_estudo1.pdf	01/10/2019 09:42:08	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	declaracao_responsabilidade_direito_obi gacoes.pdf	01/10/2019 09:38:52	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	declaracao_riscos_beneficios.pdf	05/09/2019 14:06:39	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	declaracao_lattes.pdf	05/09/2019 14:01:29	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Declaracao_confidencialidade.pdf	05/09/2019 13:59:58	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	declaracao_tese.pdf	05/09/2019 13:58:17	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Relacao_documentos.pdf	05/09/2019 13:56:16	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Ficha_Cadastro.pdf	05/09/2019 13:42:56	ANA PAULA DA CONCEICAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Novembro de 2019

Assinado por:
Pedro Silvio Farsky
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 8º andar
Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

ANEXO 4

INSTRUMENTOS PARA COLDETA DE DADOS

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (____/30)

Avaliação de sintomas depressivo

CES-D

(Batistoni et al., 2007)

Instruções: Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira durante a semana passada

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA	Raramente (menos que 1 dia) 0	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) 1	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias) 2	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias) 3
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

SOMATÓRIA: _____

CES-D $\geq$ 16 PONTOS: SINTOMAS DEPRESSIVOS

Nome: _____ Data: ____/____/____

**Questionário de conhecimento da doença para pacientes com
Insuficiência Cardíaca**

Itens do questionário

1. A insuficiência cardíaca é um problema no qual:
 - a. existe excesso de sangue no organismo
 - b. o coração é fraco e não é capaz de bombear sangue suficiente
 - c. os vasos sanguíneos do coração estão obstruídos
 - d. não sabe
2. Complete com a resposta correta. É importante que pacientes com insuficiência cardíaca se pesem regularmente no mesmo horário, diariamente, e que anotem seu peso. Você deve procurar auxílio médico ou da equipe de enfermagem se aumentar mais do que _kg em uma semana:
 - a. 2kg
 - b. 6kg
 - c. 10kg
 - d. não sabe
3. Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos usados por pacientes com insuficiência cardíaca. Esses medicamentos atuam:
 - a. na remoção do excesso de líquidos e sais do organismo
 - b. na dilatação dos vasos sanguíneos do organismo
 - c. promovendo bombeamento cardíaco mais forte
 - d. não sabe
 - e. não se aplica
4. Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos que podem gerar certos sinais ou sintomas chamados “efeitos colaterais”. Você deve avisar seu médico ou equipe de enfermagem se tiver os seguintes efeitos colaterais:
 - a. depressão ou tristeza
 - b. tremores ou calafrios
 - c. tosse
 - d. não sabe
 - e. não se aplica
5. Pessoas que apresentam insuficiência cardíaca tomam um remédio denominado digoxina, para que:
 - a. seus rins produzam mais urina
 - b. os vasos sanguíneos do organismo dilatem
 - c. o coração bata mais fortemente
 - d. não sabe
 - e. não se aplica
6. O acúmulo de digoxina no organismo leva ao surgimento de sinais e sintomas denominados “efeitos colaterais”. Você deve informar seu médico ou equipe de enfermagem se aparecer qualquer desses efeitos colaterais. Na lista abaixo, assinale um efeito colateral comum da digoxina:
 - a. eritema (uma mancha avermelhada) nos braços e pernas
 - b. perda de apetite ou gosto ruim na boca
 - c. feridas na boca
 - d. não sabe
 - e. não se aplica

7. A seguir estão listados possíveis sintomas devidos à insuficiência cardíaca. Qual sintoma não pertence a essa lista?
 - a. falta de ar – fôlego curto
 - b. inchaço dos pés, mãos ou abdômen
 - c. perda inesperada de peso
 - d. não sabe
8. Pessoas com insuficiência cardíaca usam diurético (lasix - furosemida) para que:
 - a. seus rins produzam maior quantidade de urina
 - b. os batimentos cardíacos sejam mais regulados
 - c. o coração bombeie mais fortemente
 - d. não sabe
9. Se você tem insuficiência cardíaca e consome bebidas alcoólicas, tais como cerveja, vinho ou destilados, deve parar de beber ou ingerir:
 - a. não mais do que 1 dose por dia
 - b. não mais do que 2 doses por dia
 - c. não mais do que 3 doses por dia
 - d. não sabe
 - e. não consome bebida alcoólica
10. Quais alimentos abaixo não contribuem na soma de líquidos ingeridos por dia?
 - a. melancia
 - b. pão
 - c. laranja
 - d. não sabe
11. Sabendo que a atividade física faz bem para a saúde, na sua condição de saúde, você:
 - a. pode praticar qualquer atividade física, sem restrições
 - b. pode praticar atividade física, se estiver com a doença estável, não se esforçando demasiadamente
 - c. não pode praticar exercícios físicos de forma alguma
 - d. não sabe
12. Visto que o sódio (sal) provoca retenção de líquidos no organismo, pessoas com insuficiência cardíaca precisam consumir menos sódio (sal). Assinale o alimento da lista, a seguir, que contém a menor quantidade de sal:
 - a. sopas prontas ou em saquinho
 - b. alimentos em conserva (exemplo: milho, ervilha, pepino, cenoura)
 - c. frutas e verduras frescas
 - d. não sabe
13. Comer menos sal ajuda seu coração a bater melhor. Que mais você pode fazer para melhorar sua insuficiência cardíaca? (assinale todas as alternativas que considerar corretas):
 - a. perder peso se estiver com excesso de peso
 - b. não fumar
 - c. tomar vacina contra a gripe e pneumonia
 - d. não sabe
14. Pessoas com insuficiência cardíaca podem se sentir melhor se seguirem o plano de tratamento recomendado pelo médico ou equipe de enfermagem. Manter esse programa de tratamento é a melhor maneira de evitar a hospitalização. Os motivos que levam os pacientes a apresentar sintomas de insuficiência cardíaca e voltarem a ser hospitalizado são (assinale a alternativa correta):
 - a. usar pouco sal na dieta
 - b. controlar o peso frequentemente
 - c. não tomar os medicamentos diariamente
 - d. não sabe

ESCALA DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
EAC-IC

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

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

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

SEÇÃO B:

Muitos pacientes têm sintomas devido à sua insuficiência cardíaca. Dificuldade em respirar e tornozelos inchados são sintomas comuns de insuficiência cardíaca.

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

- 0) Não
1) Sim

11. Se teve problemas para respirar ou tornozelos inchados no último mês...
(circule um número)

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

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

(circule um número para cada um dos recursos)

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

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

(circule um número)

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

SEÇÃO C:

De maneira geral, você está confiante sobre:

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