UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA SAÚDE
DO ADULTO

SIMONE ALVAREZ MORETTO

**Análise da correlação existente entre Senso de Coerência e adesão ao
tratamento em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca
crônica**

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Siqueira Costa

São Paulo

2013

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA SAÚDE
DO ADULTO

SIMONE ALVAREZ MORETTO

Análise da correlação existente entre Senso de Coerência e adesão ao
tratamento em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Área de concentração:
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto
(PROESA)

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Siqueira Costa

São Paulo
2013

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

Moretto, Simone Alvarez

Análise da correlação existente entre Senso de Coerência e Adesão ao Tratamento em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica. / Simone Alvarez Moretto. -- São Paulo, 2013.

130 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lucia Siqueira Costa

Área de concentração: Enfermagem na saúde do adulto

1. Insuficiência cardíaca
2. Adesão à medicação
3. Cooperação do paciente I. Título.

*“Alguns homens veem as coisas como são e dizem: Por quê? Eu sonho com
as coisas que nunca foram e digo: Por que não?”*
George Bernard Shaw

DEDICATÓRIA

A Deus por estar ao meu lado me amparando e protegendo em todos os momentos da minha vida.

À minha mãe, Virginia, meu exemplo de vida, amor e dedicação. Por me incentivar a cada dia, por toda sua luta, esforço e desprendimento em meu favor. À você dedico essa minha conquista.

Ao meu marido, Junior, por me ensinar o verdadeiro significado do amor. Pelo companheirismo, apoio, incentivo, dedicação, paciência e cumplicidade. Jamais teria conseguido sem você.

Ao meu avô Avelino (*in memoriam*) e à minha avó Cida por ser um exemplo diário de dedicação, equilíbrio e amor incondicional.

À toda minha família, tios, tias, primos, à minha afilhada Fernanda, por todo o apoio e confiança.

À Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Siqueira Costa pela sua dedicação à mim desde o primeiro ano da faculdade, por me ensinar o valor do conhecimento e da pesquisa científica. Pela sua amizade, seus conselhos, críticas e principalmente, pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos que sempre torceram por mim mesmo à distância.
Agradeço à vocês por fazerem parte deste momento.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela
oportunidade constante de aprimoramento científico e profissional.

À Enfermeira Dr^a Fátima das Dores da Cruz por todo o apoio,
amizade, e contribuições imprescindíveis para a realização deste estudo.

À Prof^a Dr^a Eliane da Silva Grazziano pela valiosa contribuição
desde o exame de qualificação.

Ao Prof^o Dr. Edimar Alcides Bocchi pelo apoio e contribuições para
a concretização deste projeto.

À Rosilene Martins de Matos pelo trabalho e empenho fundamentais
durante a coleta de dados.

À todos os funcionários do InCor por terem sido facilitadores e nesta
empreitada.

Ao Ricardo pela análise estatística e apoio fundamental nesta
pesquisa.

Moretto SA. Análise da correlação entre senso de coerência e adesão ao tratamento em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca [dissertação]. São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: a insuficiência cardíaca (IC) caracteriza-se por uma síndrome complexa, que apresenta, como principais sintomas, falta de ar, fadiga e função cardíaca anormal, o que exige, dos pacientes, mudanças no estilo de vida. Observa-se que as orientações de cuidado, muitas vezes, não são incorporados pelo portador de IC, sendo este um importante aspecto para a piora clínica deste paciente. Na perspectiva do enfrentamento, o *Senso de Coerência* proposto por Aaron Antonovsky, referencial adotado nesta pesquisa, é um construto que, se bem aplicado aos portadores de IC, pode revelar aos profissionais de saúde a percepção que os pacientes apresentam acerca de sua condição de doença. **Objetivo:** analisar a existência de correlação entre a *adesão ao tratamento* e o *senso de coerência* em pacientes ambulatoriais com diagnóstico de IC. **Material e Método:** estudo exploratório, descritivo, prospectivo e de abordagem quantitativa, realizado no ambulatório especializado em Insuficiência Cardíaca e Transplante do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com amostra de 100 pacientes. Os instrumentos utilizados na análise foram o Questionário de Senso de Coerência e o Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca, além de um roteiro de entrevista semiestruturada para a caracterização da amostra da população de estudo. Os dados clínicos foram coletados do prontuário eletrônico dos pacientes. A regressão linear múltipla foi a estratégia utilizada para identificação dos fatores associados à *adesão* e ao *senso de coerência*, enquanto o nível de significância utilizado foi 5%.

Resultados: o perfil biossocial da amostra foi predominantemente de homens (70%), com idade superior a 40 anos (89%), casados ou com companheiros (66%), baixa escolaridade (65% ensino fundamental), vinculados à religião católica (66%), aposentados (44%), com antecedentes clínicos de hipertensão (54%), dislipidemias (31%) e diabetes (25%). O principal diagnóstico responsável pelo quadro de IC foram as miocardiopatias (91%). Com relação ao *senso de coerência*, a distribuição da pontuação na amostra da população estudada variou entre 79 e 196, com média de 147,99 e desvio padrão de 23,101. A pontuação do questionário podia variar entre 29 e 203 pontos. A pontuação no questionário de adesão variou entre 26 e 58 pontos, média de 43,13, desvio padrão em 8,099. Neste questionário, a pontuação poderia variar entre 0 e 60 pontos. A idade foi o único fator preditor de adesão ao tratamento. Gênero e renda familiar apareceram como fatores preditores do domínio *compreensão* do *senso de coerência*. O gênero, isoladamente, foi determinado como fator preditor dos domínios *Manuseio*, *Significado* e para o *senso de coerência*. A correlação entre *senso de coerência* e *adesão ao tratamento* não foi significativa. Houve correlação significativa e negativa entre idade e *adesão ao tratamento*. A miocardiopatia mostrou-se como significativa, quando se refere à *adesão ao tratamento*. Neste caso, dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou iguais à média para o escore *adesão* (51%), 43% eram miocardiopatas. A hipertensão arterial sistêmica apresentou-se como variável significativa para o domínio *compreensão* do construto *senso de coerência*. Dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou iguais à média, para o escore em questão (51%), 22% eram hipertensos. **Conclusões:** a análise do *Senso de Coerência* e sua relação com a adesão ao tratamento em doenças crônicas é, em geral, pouco estudada. Não houve correlação entre *Senso de Coerência* e *adesão ao tratamento*, porém o instrumento de *adesão* não apresentou consistência interna relevante para a análise. Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para a melhoria da prática assistencial de enfermeiros no cuidado a pacientes com IC. **Palavras-chave:** Senso de Coerência, insuficiência cardíaca, adesão ao tratamento.

Moretto AS. Correlation Analysis between Sense of Coherence and Treatment Compliance of patients with a diagnosis of Heart Failure [dissertation]. São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: heart failure (HF) is characterized by a complex syndrome that has as its main symptoms shortness of breath, fatigue, and abnormal cardiac function. It demands a change of lifestyle in patients, that most of the time, are not adequately adopted, causing problems in treatment Compliance. In the confrontation perspective, the Sense of Coherence proposed by Aaron Antonovsky, used in this research as reference, is a construct that, if well applied to the sufferers of heart failure, it could reveal to the health professional, the perception patients have around their illness. **Objective:** Analyze the existence of a correlation between compliance to treatment and Sense of Coherence in clinical patients with a diagnosis of heart failure. **Materials and Method:** This is a exploratory study, descriptive, prospective, of a quantitative approach, which took place in the Heart Failure and Transplant Specialty Clinic at the Instituto do Coração (Heart Institute) of Hospital das Clínicas of the Medical College of the University of São Paulo (InCor-HC FMUSP), with a sample of 100 patients. The means used for analysis were Sense of Coherence and Treatment Compliance Questionnaire, as well as a directed semi-structured interview for the characterization of the sample of the population in the study. The clinical data was collected from the patients' electronic medical records. Multiple Linear Regression was the strategy used to identify the factors associated to Treatment Compliance and Sense of Coherence, and the significance level used was 5%. **Results:** The Biosocial profile of the sample was predominantly of males (70%), over 40 years old (89%), married or with partners (66%), retired (44%), with a history of clinical hypertension (54%), dyslipidemia (31%) and diabetes (25%). The primary diagnosis responsible for the Heart Failure Clinical profile was Cardiomyopathy (91%). As for the Sense of Coherence, the distribution of scoring points in the sample of the population studied varied between 79 and 196, with an average of 147, 99 and standard deviation of 23.101. The scoring in the Questionnaire can vary between 29 and 203 points. The scoring in the Treatment Compliance Questionnaire varied between 26 and 58 points, average of 43,13 and Standard Deviation in 8.099. In this questionnaire the scoring can vary between 0 and 60 points. Age was the only predictor in Treatment Compliance. Gender and family income appear as predicting factors in the domain of Sense of Coherence comprehension. Isolated, gender was a determinant as a predicting factor in the domains of handling, Significance and Sense of Coherence. The correlation between Sense of Coherence and Compliance of Treatment wasn't significant. There was a significant and negative correlation between age and Treatment Compliance. Cardiomyopathy appeared as significant when dealing with Treatment Compliance. In this case, among the individuals that showed lower or equal values to the average score of Treatment Compliance (51%), 43% had Cardiomyopathy. Systemic Arterial Hypertension, appeared as a significant variable for the domain of Comprehension of the Sense of Coherence Construct. Among the individuals that showed lower or equal to the average score in question values (51%), 22% were hypertensive. **Conclusion:** The Analysis of the Sense of Coherence in relation to Treatment Compliance in chronic diseases is in general, not very well researched. There was no correlation between Sense of Coherence and Treatment Compliance, although the Treatment Compliance instrument did not present internal consistence relevant to the analysis. The conclusions of this research can be employed in the improvement of clinical practice of nurses in the caring of patients with Heart Failure. **Key words:** Sense of Coherence, Heart Failure, Treatment Compliance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca em tratamento ambulatorial, conforme as características bio-sociais, como sexo, idade, estado civil, estado de procedência, escolaridade, profissão, afastamento do trabalho, renda familiar, número de dependentes e religião. São Paulo, 2012.....	49
Tabela 2 -	Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo diagnóstico principal, doenças associadas e antecedentes pessoais. São Paulo, 2012.....	52
Tabela 3 -	Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo quantidade de diagnósticos, doenças associadas e antecedentes pessoais. São Paulo, 2012.....	53
Tabela 4 -	Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo os valores de classe funcional de insuficiência cardíaca e fração de ejeção. São Paulo, 2012.....	54
Tabela 5 -	Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo tempo referido de início dos sintomas e o tempo de acompanhamento no ambulatório do InCor. São Paulo, 2012.....	55
Tabela 6 -	Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo a quantidade de diferentes medicamentos ingeridos ao dia. São Paulo, 2012.....	55
Tabela 7 -	Resultados da correlação do escore total com cada item e coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	56
Tabela 8 -	Resultados da correlação do escore total com cada item e o coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do componente <i>Compreensão</i> do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	59
Tabela 9 -	Resultados da correlação do escore total com cada item e o coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do componente <i>Manuseio</i> do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	60
Tabela 10 -	Resultados da correlação do escore total com cada item e o coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do componente <i>Significado</i> do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	61

Tabela 11 - Resultados da correlação do escore total com cada item e coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. São Paulo, 2012.....	62
Tabela 12 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão do Questionário de Senso de Coerência (QSC). São Paulo, 2012.....	64
Tabela 13 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão dos domínios <i>Compreensão</i> , <i>Manuseio</i> e <i>Significado</i> do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	64
Tabela 14 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimo, máxim, médias e desvio padrão para cada item do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	65
Tabela 15 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. São Paulo, 2012.....	67
Tabela 16 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. São Paulo, 2012.....	68
Tabela 17 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla para o valor da pontuação total, obtida através do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012.....	69
Tabela 18 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla no domínio <i>Compreensão</i> do Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012.....	70
Tabela 19 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla no domínio <i>Manuseio</i> do Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012.....	71
Tabela 20 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla no domínio <i>Significado</i> do Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012.....	71

Tabela 21 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla para o escore total obtido no Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012.....	72
Tabela 22 - Resultado do teste de correlação de Pearson para os construtos Adesão ao Tratamento e os domínios do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	73
Tabela 23 - Resultado do teste de correlação de Pearson entre a idade e os construtos de Adesão e Senso de Coerência Total e por domínios. São Paulo, 2012.....	74
Tabela 24 - Resultado do teste de correlação de Spearman entre a variável quantidade de medicamentos diferentes ingeridos ao dia e os construtos de Adesão e Senso de Coerência Total e por domínios. São Paulo, 2012.....	74
Tabela 25 - Resultado do teste de correlação de Spearman entre a variável Fração de Ejeção e os construtos de Adesão ao Tratamento e Senso de Coerência total e por domínios. São Paulo, 2012.....	75
Tabela 26 - Resultado do teste exato de Fisher para a variável miocardiopatias para Adesão ao tratamento. São Paulo, 2012.....	76
Tabela 27 - Resultado do teste qui-quadrado para a variável hipertensão arterial sistêmica no domínio Compreensão do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012.....	77

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Justificativa	16
1.2 Epidemiologia	17
1.3 A insuficiência cardíaca	19
1.4 A questão da adesão.....	21
1.5 A importância do Senso de Coerência e sua relação com o paciente cardiopata.....	24
OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral.....	30
2.2 Objetivos específicos.....	30
MATERIAL E MÉTODO	31
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Caracterização e local do estudo.....	32
3.3 População e amostra do estudo.....	32
3.4 Amostra.....	33
3.5 Dinâmica de atendimento dos pacientes e coleta de dados.....	33
3.6 Proteção aos participantes do estudo.....	34
3.7 Riscos e benefícios do estudo.....	34
3.8 Instrumentos de medida.....	35
3.9 Tratamento estatístico.....	38
RESULTADOS	45
4.1 Apresentação descritiva dos dados.....	47
4.2 Análise da confiabilidade dos questionários utilizados	55
4.3 Descrição da pontuação dos instrumentos utilizados.....	62
4.4 Modelo de regressão linear múltipla para o Questionário de Senso de Coerência e para o Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca.....	68
4.5 Testes de correlação entre Adesão ao Tratamento e Senso de Coerência total e por domínios.....	72
4.6 Análise de variáveis qualitativas através dos testes exato de fisher e qui-quadrado.....	75
DISCUSSÃO	77
5.1 Características da amostra do estudo quanto aos aspectos biossociais e clínicos.....	78
5.2 Análise dos questionários sobre o Senso de Coerência e Adesão na amostra da população estudada.....	85
CONCLUSÕES.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98

LIMITES DA PESQUISA	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	113
APÊNDICES	125

Introdução

1.1 JUSTIFICATIVA

Este estudo tem como finalidade analisar a associação existente entre Senso de Coerência (SC) e o grau de adesão ao tratamento de pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca (IC).

A escolha de se pesquisar o Senso de Coerência, como estratégia de *coping* nos portadores de IC, deve-se à crença de que esse construto seja capaz de identificar fontes potenciais de fortalecimento destes doentes para o enfrentamento de sua doença e a consequente melhora da adesão ao tratamento, assim como descobrir as fontes potenciais que podem interferir na relação entre adesão dos sujeitos ao tratamento e piora da sua condição clínica.

No contexto das doenças cardiovasculares, a escolha da IC como mote deste estudo se deu por se constatar ser esta doença que, a depender do seu grau de evolução, gera limitações significativas aos seus portadores. Essas limitações, advindas de sintomas como fadiga e dispneia, podem ser melhoradas quando se observa maior grau de adesão dos doentes aos tratamentos farmacológico e não farmacológico.

A motivação para a realização desta pesquisa se deu pela vivência da pesquisadora, ao exercer sua atividade profissional em um hospital cardiológico, perceber a dificuldade que os pacientes portadores de IC apresentam, em um dos aspectos mais importantes para o sucesso e a melhoria da sua condição clínica: a adesão ao tratamento proposto.

Além disso, as literaturas nacional e internacional apresentam poucos estudos que abordam a temática SC em pacientes cardiopatas.

Apesar de a literatura científica apresentar estudos que comprovam a importância e de ter havido a validação do construto SC para a boa prática assistencial, verifica-se grande lacuna na análise da associação entre a IC e o SC com enfoque na adesão ao tratamento da doença. Sendo a IC uma doença prevalente e incapacitante, desenvolver estudos que promovam o conhecimento sobre questões à ela relacionadas pode ser de grande valia para a promoção e a melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

1.2 EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia da IC mostra claramente a importância de se desenvolver pesquisas e políticas assistenciais, já que se evidencia o aumento frequente desta doença na população mundial, bem como o crescente gasto dos cofres públicos com seu tratamento ambulatorial e hospitalar¹.

Em 2006, a IC e as demais cardiopatias responderam por 6,3% dos óbitos em São Paulo, estado mais populoso do Brasil, com 41.654.020 habitantes². Em 2007, a IC foi responsável por 2,6% das hospitalizações e por 6% dos óbitos registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no país, com consumo total de 3% dos recursos utilizados para atender todas as internações realizadas pelo Sistema³.

Em 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no SUS, com 1.156.136 hospitalizações, e a IC está entre as causas mais frequentes destas internações².

O estudo de Framingham, maior coorte já realizada sobre a temática doenças cardiovasculares, apontou que, só no ano de 1991, mais de dois milhões de norte-americanos foram diagnosticados com IC e que quatrocentos mil novos casos ocorrem anualmente, requerendo cerca de novecentas mil hospitalizações por ano⁴.

Dados do Ministério da Saúde, referentes ao mês de setembro de 2012, revelaram que a taxa de mortalidade por IC no Brasil foi de 9,81%, sendo os estados de Roraima e Rondônia aqueles que apresentaram os números mais elevados (21,05 e 20,41%, respectivamente) e os estados do Maranhão e do Piauí aqueles com as menores taxas de mortalidade pela doença (3,79 e 1,69%, respectivamente). São Paulo coloca-se dentre os estados com os maiores índices de mortalidade pela doença (13,02%)⁵.

No mesmo período, as mortes por neoplasias totalizaram 7,81% e, por doenças do aparelho respiratório, 6,86%⁵.

Sabe-se que a IC, no Brasil, é mais frequente na faixa etária acima de 60 anos, número similar ao que ocorre nos países desenvolvidos. A taxa de

mortalidade intra-hospitalar destes doentes varia com a faixa etária, sendo os extremos de idade os mais acometidos³. Foi descoberto que a ocorrência da IC aumenta progressivamente com a idade, com prevalência de aproximadamente 1% na faixa etária entre 50 e 59 anos e de 10% entre 80 e 89 anos, sendo que esses números dobram a cada mudança de década⁴.

No período de 2000 a 2007, identificou-se redução do número de hospitalizações por IC, com diminuição proporcional entre todas as regiões geográficas do país. Já os gastos decorrentes de hospitalizações por IC no SUS, no período 2000-2007, tiveram aumento de 11,3% e de 64,7% nos gastos unitários por internação³.

Estudo nacional, que acompanhou por um ano pacientes com IC descompensada, atendidos em hospital de grande porte e de alta complexidade em São Paulo, buscou identificar as taxas de mortalidade e re-hospitalizações nestes doentes, concluindo que, apesar dos tratamentos modernos indicados para a patologia, as taxas de morbimortalidade e re-hospitalizações permanecem altas⁶.

Após mais de trinta anos de estudo, conclui-se que a hipertensão arterial sistêmica e a doença arterial coronariana são as principais etiologias da IC⁴.

No Brasil, a principal causa da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial. Contudo, em certas regiões geográficas do país, com baixa condição socioeconômica, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, à endomiocardiofibrose e à cardiopatia valvular reumática crônica^{3,6}.

Com relação à severidade da doença, foi demonstrado que, após dois anos do diagnóstico, 37% dos homens e 38% das mulheres evoluíram a óbito. Em seis anos de seguimento, a mortalidade se deu em 82% dos homens e 67% das mulheres⁴. Atualmente, entende-se a IC como um dos mais importantes desafios clínicos na área da saúde e um problema epidêmico em progressão¹.

1.3 A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Indivíduos acometidos por doenças crônicas necessitam adaptar-se às novas exigências e às transformações no seu estilo de vida, a fim de conviverem, da melhor forma, com as limitações impostas pela patologia. A busca de recursos para o manejo da doença é de fundamental importância para o bem-estar destes pacientes⁷.

A IC caracteriza-se por uma síndrome complexa, que apresenta, como principais sintomas, falta de ar, fadiga e função cardíaca anormal⁵. Toda condição clínica que imponha ao coração carga de volume ou pressão aumentada cronicamente, ou que produza lesão primária ou demanda metabólica aumentada no miocárdio, pode resultar em IC⁸.

De acordo com os sintomas clínicos, bem como em função da velocidade com que a doença se desenvolve, a IC pode ser categorizada em aguda ou crônica. A IC crônica se desenvolve ao longo do tempo e, geralmente, é o resultado de uma incapacidade de compensação dos mecanismos fisiológicos³.

A New York Heart Association classifica a IC crônica em quatro classes, de acordo com a intensidade de sintomas e o grau de limitação imposto pela doença para realizar atividades cotidianas. Esta classificação, além de possuir caráter funcional, pode ser considerada uma estratégia para avaliar a qualidade de vida do doente. As quatro classes propostas seguem a seguinte classificação³:

Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais.

Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas.

Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços.

Classe IV - sintomas em repouso.

O grande marco na pesquisa científica sobre a temática IC foi o estudo de Framingham⁹, que, atualmente, se encontra na terceira geração de indivíduos participantes. Este estudo estabeleceu critérios para o diagnóstico de IC, que foram divididos em critérios maiores e critérios menores. Para

ser diagnosticado com IC, é necessário que o indivíduo apresente dois critérios maiores ou um critério maior e dois critérios menores⁹. De acordo com o estudo, são considerados critérios maiores:

- dispneia paroxística noturna
- estase jugular
- estertores
- cardiomegalia
- edema agudo pulmonar
- terceira bulha
- refluxo hepatojugular
- perda de peso $\geq 4,5\text{Kg}$ em cinco dias em resposta a tratamento para IC

Os critérios menores são:

- edema bilateral de tornozelo
- tosse noturna
- dispneia de esforço
- hepatomegalia
- derrame pleural
- diminuição da capacidade vital em 33% do valor máximo registrado
- taquicardia ≥ 120 batimentos/min

Mesmo considerando a escassez de estudos clínicos com rigor metodológico, verifica-se, na literatura científica, que o transplante cardíaco é o método de escolha para aqueles pacientes que não respondem ao tratamento clínico de maneira satisfatória¹⁰.

Dracup et al enfatizam que, para o adequado controle da IC, há necessidade de mudanças no estilo de vida de seus portadores. Estas envolvem adesão ao tratamento medicamentoso, melhora de hábitos alimentares e adesão à prática regular de exercícios físicos moderados¹¹. Ainda de acordo com os autores, devido ao grande impacto que a doença exerce na vida dos pacientes, estes indivíduos necessitam de adaptação psicológica à nova condição. Os autores afirmam que a falha na adesão ao tratamento prescrito pode ocorrer pela falta de conhecimento dos métodos

adequados de controle da doença; pelo esquecimento das recomendações prescritas; pela incerteza dos benefícios do tratamento e pela dificuldade financeira dos seus portadores¹¹.

1.4 A QUESTÃO DA ADESÃO

A problemática da adesão no cenário das doenças crônicas é bastante discutida e relevante, ao considerar que 60% dos pacientes com estas doenças têm baixa adesão ao tratamento. Nas últimas quatro décadas, apenas dezenove estudos randomizados foram publicados com este enfoque, fato este que justifica o desenvolvimento de pesquisas com a inclusão de diferentes variáveis, para se relacionar com a adesão do doente, em especial com os portadores de IC¹².

Com intuito de promover a adesão do paciente aos métodos de tratamento, eficazes programas de acompanhamento de pacientes estão sendo aplicados. Cruz et al, ao analisarem o efeito da educação sequencial e do programa de monitoramento contínuo a longo prazo, por contato telefônico, encontraram, como resultado, diminuição das internações e da mortalidade e melhora significativa dos índices de qualidade de vida desses pacientes¹³.

Em estudo randomizado controlado (Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure - REMADHE), que comparou os resultados de 117 pacientes, que receberam as orientações rotineiras da instituição para o seu tratamento, com 233 pacientes, que receberam intervenções específicas (monitoramento telefônico), ficou demonstrado que, no grupo intervenção, ocorreu melhora da condição de doença, constatada pela redução do número de hospitalizações e de mortalidade destes doentes¹⁴.

Apesar de os estudos relatarem a importância da adesão ao tratamento para a melhoria da condição de doença e citarem alguns fatores que interferem neste processo, verificam-se lacunas na relação de adesão ao tratamento e o paciente com IC. Mesmo com a adoção de medidas que visem a melhoria desta relação, observa-se que os pacientes ainda

apresentam dificuldades neste processo, o que corrobora a hipótese da existência de fatores individuais ainda pouco estudados para a promoção deste importante aspecto de tratamento do portador de IC.

Especificamente, com relação à baixa adesão ao tratamento farmacológico na insuficiência cardíaca, as crenças, os valores e as características individuais foram analisados. Concluiu-se que o excesso de medicamentos, bem como a necessidade de mudança na rotina desses pacientes, mostraram-se como fatores intervenientes relacionados à baixa adesão ao tratamento¹⁵.

Ao se abordar a adesão ao tratamento na IC, a literatura mostra que este aspecto se concentra nas pesquisas que relacionam a adesão e a utilização correta dos medicamentos. Nota-se que os fatores associados com a adesão ou não ao tratamento, em especial aqueles que se relacionam com as alterações emocionais envolvidas neste processo, não foram considerados importantes para análise.

Verifica-se relevante associação entre os sintomas depressivos e os portadores de IC. Nota-se que a depressão está presente em cerca de um quinto dos doentes; porém, os sintomas depressivos foram constatados em 50% destes doentes, permitindo inferir que esta associação foi responsável pelo agravamento do quadro clínico e pela piora do prognóstico¹⁶.

Em estudo transversal, que analisou as estratégias de enfrentamento utilizadas por 250 portadores de IC para o manejo dos eventos adversos medicamentosos, os autores constataram que a busca de apoio social era a principal estratégia utilizada por esses pacientes, seguida da busca de informações sobre ação e efeitos colaterais dos medicamentos. No entanto, foi constatado que 7% dos doentes não aderiam ao tratamento medicamentoso como uma estratégia de enfrentamento aos eventos adversos¹⁷.

Um outro ponto importante na temática adesão é relativo ao grau de instrução dos pacientes. A literatura tem mostrado que a baixa escolaridade está associada às classes funcionais de IC mais elevadas, bem como ao maior risco de hospitalizações de pacientes ambulatoriais¹⁸. Uma efetiva comunicação entre profissionais de saúde e pacientes é considerada

ferramenta fundamental para o bom entendimento da doença por parte dos doentes, além da eficiência no alcance dos objetivos esperados no tratamento da doença¹⁸.

Apesar do reduzido número de pesquisas que associaram adesão e alterações emocionais no paciente cardíaco, verifica-se forte associação entre as duas variáveis. Muitos pacientes apresentam dificuldades em seguir as recomendações dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, o que os tornam vulneráveis ao agravamento da doença, bem como de suas complicações. Assim, ao se identificar as vulnerabilidades desses indivíduos, poderão ser desenvolvidas intervenções futuras, que contribuirão para melhoria do conforto na esfera emocional e para o prosseguimento do tratamento, com compreensão e adesão às orientações oferecidas, necessárias à obtenção de resultados satisfatórios.

Em última análise, conclui-se que a problemática da adesão não está totalmente esclarecida, pois, o que se observa é que, mesmo com a utilização de grupos de apoio e orientação com diferentes formas de cuidado, estes pacientes ainda apresentam evolução desfavorável, com resultados que poderiam ser evitados se houvesse melhor adesão do doente ao tratamento proposto.

1.5 A IMPORTÂNCIA DO SENSO DE COERÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM O PACIENTE CARDIOPATA

Na perspectiva do enfrentamento, o Senso de Coerência advindo da Teoria Salutogênica, proposto por Aaron Antonovsky, referencial adotado nesta pesquisa, é um construto que, se bem aplicado aos portadores de IC, pode revelar, aos profissionais de saúde, a percepção que os pacientes apresentam acerca de sua condição de doença.

O Senso de Coerência tem o objetivo de entender como algumas pessoas conseguem permanecer bem, a despeito de situações estressantes ou que excedem a capacidade de controle, enquanto outras, na mesma situação, se entregam ao desânimo e à depressão, sem forças para o enfrentamento de seus problemas¹⁹. O Senso de Coerência é popularmente definido como “o modo de ver, pensar e agir” de cada um. É a verdade interior que leva uma pessoa a se identificar, a se beneficiar e a usar os recursos disponíveis²⁰.

Foi na Teoria Salutogênica que Aaron Antonovsky procurou entender os recursos disponíveis para que os indivíduos permaneçam física e emocionalmente saudáveis quando vivem situações estressantes. O autor rejeita a díade saúde-doença que muitos estudiosos da saúde costumam se embasar. Ademais, Antonovsky cria o conceito de continuidade e enfatiza que, ao longo da vida, as pessoas terão de se defrontar com dois opostos: o polo *ease* (saúde) e o polo *disease* (doença). De acordo com esta teoria, não é correto simplesmente categorizar um indivíduo como doente ou saudável, mas sim, entender à qual distância as pessoas estão nestes dois polos^{21,22}.

O pensamento salutogênico prioriza o olhar holístico sobre o indivíduo e não na doença propriamente dita^{21,22}. A abordagem patogênica do processo saúde-doença levou estudiosos e gestores em saúde a focarem somente o diagnóstico e a prevenção de doenças; ou seja, o enfoque se dá na investigação de como surge a doença e não em como se dá a manutenção da saúde²¹.

Antonovsky aborda uma nova maneira de se entender a etiologia das doenças, enfatizando que na vida de todas as pessoas existem aspectos que

não podem ser evitados; entretanto, o tipo de enfrentamento destas questões será o determinante do rumo que as situações irão tomar²³.

Diferentemente da abordagem clássica ou do modelo biomédico de enfoque patogênico, na Teoria Salutogênica, Antonovsky analisa os recursos de enfrentamento (*coping*) e não os estressores. Para ele, os estressores estão e estarão sempre presentes na vida do indivíduo e, sendo assim, o estresse não é causador de doenças. Por considerar que as situações estressantes são inerentes à vida de todos, o problema estaria na dificuldade das pessoas em lidar com as situações estressantes e, isto, em última análise, poderia ter efeitos deletérios em suas condições de saúde. Os principais constituintes do modelo salutogênico são^{21,22}:

- Estressores: entendidos como algo inerente à vida de qualquer ser humano, algo que leva a um estado de tensão.
- Tensão, controle da tensão e estresse: a tensão é uma resposta ao estresse, o controle da tensão é o manejo rápido e definitivo da situação, sendo que, se essa tensão, muitas vezes, não é extirpada de modo rápido, o indivíduo entra numa situação de estresse.
- Recursos generalizados de resistência: são definidos como as variáveis que podem facilitar o manejo das tensões. O termo generalizado faz menção ao fato de esses recursos serem efetivos em qualquer tipo de situação, ou seja, não são especificamente aplicados a este ou aquele problema. O termo resistência enfoca que esses recursos aumentam a resistência do indivíduo.
- Senso de Coerência (SC): este é o conceito central do modelo de Antonovsky, é considerado o centro da resposta do modelo salutogênico. Neste modelo, Antonovsky chamou de Senso de Coerência (Sense of Coherence - SOC) a habilidade individual de compreensão das situações, aliada à capacidade de utilização de recursos disponíveis. Segundo ele, essa capacidade seria a combinação das habilidades das pessoas em entender a situação nas quais estariam envolvidas, a fim de buscarem um modo de enfrentamento das situações conflitantes e se direcionarem à promoção da saúde²⁰.

O Senso de Coerência consiste em três elementos^{20,21,22}:

- *Compreensão*: faz referência ao modo como as pessoas percebem os estímulos provenientes dos meios interno e externo em que vivem. Um escore alto no senso de compreensão mostra que estes estímulos são previsíveis. Este é o componente cognitivo do Senso de Coerência.
- *Capacidade de gerenciamento ou Manuseio*: faz referência ao modo no qual as pessoas percebem os seus recursos e a adequação desses recursos para atender às suas necessidades. Este é o componente instrumental do Senso de Coerência.
- *Significado*: faz referência ao significado da vida para o indivíduo, o quanto vale a pena investir nos problemas e o quanto é entendido como desafio e não como encargo. Esse é o componente motivacional do Senso de Coerência.

O entrelaçamento entre os aspectos constituintes do SC respondem ao indágamento inicial de Antonovsky sobre como algumas pessoas permanecem bem ou saudáveis a despeito de viverem situações geradoras de estresse. O autor também indica claramente que a salutogênese não foi delimitada por fronteiras disciplinares de uma única profissão; refere-se portanto, a uma abordagem interdisciplinar²⁰.

Além disso, o autor enfatiza que não é uma questão que aborda somente o indivíduo, mas sim, a interação entre as pessoas e as estruturas da sociedade, ou seja, recursos humanos nos mais variados contextos de vida^{20,21,22}.

Com relação à temática Senso de Coerência e cardiopatias, na análise de 127 pacientes hospitalizados para tratamento cirúrgico, os autores revelaram que altas médias de escores para o construto Senso de Coerência significam um fator de proteção destes doentes para o desenvolvimento de ansiedade e depressão no período perioperatório²⁴.

Dantas enfatiza, ainda, que, nas pesquisas realizadas na área da saúde, os autores costumam não encontrar resposta às suas questões, ao utilizar como referencial a visão patogênica, centrada no modelo biomédico tradicional de estudar e cuidar dos doentes²⁵. Assim, a autora reitera a importância de estudos com o referencial Senso de Coerência, a fim de possibilitar uma abordagem com enfoque nos potenciais de fortalecimento

dos indivíduos, com vistas ao enfrentamento dos estressores presentes na vida. Dantas refere que um forte Senso de Coerência nos pacientes cardiopatas poderá manifestar um sentimento dinâmico de confiança na habilidade de ajustamento à instabilidade vivida na trajetória da doença crônica, contribuir para o processo de adaptação à nova condição física e emocional, dar a motivação necessária para o retorno à trajetória da vida, minimizar o impacto da doença cardíaca sobre a família e permitir o engajamento do paciente em atividades que sejam significativas na sua condição de portador de doença crônica²⁵.

O SC tem influência direta sobre o organismo dos indivíduos, na medida em que determina a percepção individual sobre a periculosidade de determinada situação ou exposição. Desta maneira, a depender do SC de cada um, as reações apresentadas, frente aos mais diversos estímulos, poderiam, por exemplo, facilitar o manejo das situações, a fim de diminuir o estresse e, de maneira indireta, influenciar as respostas cardiovasculares e imunológicas do organismo²¹.

Também foi descrito na literatura que o SC é um bom recurso de promoção à saúde, enfatizando que a teoria salutogênica deve ser utilizada na área da saúde com finalidade de se obter, junto aos pacientes, melhores condições para o *Manuseio* das situações de doença²⁶.

Além disso, acredita-se que os indivíduos com alto Senso de Coerência tendem a fazer escolhas mais saudáveis em suas vidas, com melhor dieta alimentar e prática de exercícios físicos, além de serem mais assíduos às consultas e aos exames preventivos^{21,27}.

Em diabéticos tipo 2, maiores escores de SC relacionaram-se com menores taxas de hemoglobina glicada²⁸. Estudo de coorte descobriu menor taxa de mortalidade entre os participantes com alto Senso de Coerência num seguimento de 8 anos em uma amostra de mais de dezoito mil pessoas²⁹.

O SC está presente na literatura relacionado às estratégias de enfrentamento de várias doenças, como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares; porém, em revisão bibliográfica, não se verificaram registros sobre a associação específica entre IC, dados biossociais de

seus portadores e SC, tendo em vista o entendimento dos motivos que levam à adesão ou à não adesão destes doentes^{28,30,31,32,33}.

Com relação à IC propriamente dita, foi demonstrado que, dentre os indivíduos acometidos pela doença, naqueles que apresentavam forte Senso de Coerência podia se observar alto enfrentamento ou *coping*³⁴ e que fraco Senso de Coerência nessa população estava associado negativamente à fadiga mental³⁵.

Por considerar a relevância do processo educativo em saúde, na atividade do enfermeiro, e a promoção de práticas que visem a adesão do doente às novas condições impostas pela doença, um estudo que aborde a associação entre Senso de Coerência e grau de adesão ao tratamento poderá oferecer subsídios para melhoria da prática clínica no manejo dos sintomas e no tratamento dos pacientes com IC.

Ademais, com relação à questão central deste estudo, o conhecimento do Senso de Coerência nestes pacientes poderá ser uma ferramenta eficaz para apontar deficiências no modo de compreender e dar sentido à condição clínica gerada pela cardiopatia com a baixa adesão ao tratamento. Em posse das conclusões desta pesquisa, estudos serão propostos para se delinear as intervenções de enfermagem que promovam melhor adesão dos pacientes ao tratamento proposto, com objetivo de melhor compreender o processo saúde-doença.

Objetivos

Considerando-se a importância da análise da adesão ao tratamento, bem como o Senso de Coerência em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica e, ainda, o fato de a literatura científica apresentar escassez de estudos que investiguem essa associação, esta pesquisa foi desenvolvida com os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a correlação entre adesão ao tratamento de pacientes em atendimento ambulatorial com diagnóstico de insuficiência cardíaca e o Senso de Coerência, evidenciando as características biossociais e clínicas da doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características biossociais dos portadores de IC.
- Analisar as características clínicas destes doentes.
- Identificar o grau de adesão, destes doentes, ao tratamento.
- Identificar o Senso de Coerência e seus elementos predominantes entre estes doentes.
- Verificar a correlação existente entre os dados biossociais, as características clínicas, o SC e o grau de adesão ao tratamento destes pacientes.

Material e Método

3.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo exploratório, descritivo, prospectivo, de abordagem quantitativa.

3.2 CARACTERIZAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo realizou-se no ambulatório especializado em IC e transplante do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor HC- FMUSP).

O InCor é um hospital público universitário de alta complexidade, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíaca e torácica. É parte do HC e campo de ensino e de pesquisa para a FM da USP.

O hospital tem um quadro aproximado de dois mil e oitocentos funcionários, sendo que 43% desses profissionais têm nível superior e perto de 10% deles têm pós-graduação no Brasil e no exterior.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Formou-se uma amostra aleatória simples, com pacientes com diagnóstico de IC crônica, pertencentes a qualquer uma das quatro classes funcionais, que estivessem em tratamento ambulatorial no InCor e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade superior ou igual a dezoito anos, capacidade de compreensão preservada, podendo estar ou não cadastrado na fila estadual de transplante cardíaco, e que tenham aceitado participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da amostra: gestantes, indivíduos menores de dezoito anos, pacientes em tratamento de neoplasias e pacientes que sofreram cirurgias até noventa dias antes da data da entrevista.

3.4 AMOSTRA

A amostra foi formada por pacientes com diagnóstico de IC, agendados para a consulta médica e que se enquadraram nos critérios de seleção.

Diariamente, era fornecida uma lista de pacientes agendados, que eram, então, convidados a responderem aos questionários. As entrevistas ocorreram no período entre julho e setembro de 2012, com amostra final de cem pacientes.

3.5 DINÂMICA DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES E COLETA DE DADOS

Os participantes do estudo foram os sujeitos com diagnóstico de IC em atendimento ambulatorial no referido hospital. A periodicidade das consultas dependeu da gravidade dos pacientes.

A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº1090/2011/CEP EEUSP- SISNEP CAAE: 0104.0.196.015-11) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Parecer nº 58894 CAAE: 00705012.5.0000.0068).

As entrevistas foram realizadas no mesmo dia da consulta médica e ocorreram após o atendimento, a fim de garantir que todos os pacientes receberam as orientações rotineiras sobre seu quadro clínico. Os pacientes foram informados que o tempo previsto da entrevista era de, aproximadamente, trinta minutos.

Inicialmente, foi aplicado o Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca (ANEXO IV). Foi realizada a leitura de cada item ao participante e a resposta foi anotada pela pesquisadora. Posteriormente, e da mesma forma, foi aplicado o Questionário de Senso de Coerência (ANEXO III). Quando o participante manifestava alguma dúvida, acerca das perguntas de cada questionário, era feita nova leitura do item, de maneira pausada e cuidadosa, de modo a permitir que o paciente entendesse o que estava sendo perguntado, sendo esse procedimento repetido quantas vezes fossem necessárias. As informações sobre dados clínicos foram retiradas do prontuário eletrônico dos pacientes. A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora principal e por uma coletadora.

3.6 PROTEÇÃO AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Antes de iniciar a entrevista, foram assegurados aos participantes a privacidade e sua não identificação. Foram também apresentadas informações sobre os objetivos da pesquisa para, a seguir, se proceder à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2). Somente após a concordância dos voluntários, seguindo a regulamentação da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, a coleta dos dados era iniciada. O TCLE foi feito em duas vias; assim, uma via ficou com a pesquisadora e a outra em posse do sujeito da pesquisa.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

Foi esclarecido a todos os participantes que o estudo não oferecia riscos ou benefícios diretos para a saúde deles. Contudo, foi-lhes explicado que a análise da relação existente entre senso de coerência e adesão ao tratamento de insuficiência cardíaca poderá contribuir futuramente para melhorar a resistência ou o enfrentamento dos indivíduos para lidar com situações de doença e, ainda, que esta pesquisa contribuirá para que intervenções de enfermagem se desenvolvam e auxiliem os sujeitos a lidar

com as tensões provenientes das limitações relacionadas à doença e às ações terapêuticas.

Quando foram identificados indivíduos que apresentavam exacerbação dos resultados, esses pacientes foram encaminhados para atendimento em serviço especializado no próprio InCor.

3.8 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Com a intenção de se atender aos objetivos deste estudo, foram coletados os dados de caracterização biossociais ou registro de caracterização da doença e tratamento, bem como instrumentos de senso de coerência e adesão ao tratamento.

3.8.1 Ficha de identificação do paciente

Os dados coletados para caracterização biossocial e clínica foram obtidos por meio de entrevista e consulta de prontuário eletrônico do paciente e consistiram nos seguintes itens (APÊNDICE 1):

- Ficha de identificação do paciente e registro dos dados biossociais: nome, número de registro, gênero, idade atual e no momento do diagnóstico, situação marital, escolaridade, ocupação, afastamento do trabalho, renda familiar, crença religiosa, filhos ou dependentes.
- Característica da doença e tratamento: diagnóstico principal, doenças associadas (relativas às comorbidades que os indivíduos apresentavam e que poderiam ou não correlacionarem-se com o seu diagnóstico principal), tempo do diagnóstico, tempo do início dos sintomas, tempo de acompanhamento no ambulatório InCor, classe funcional da IC, fração de ejeção, medicamentos em uso.

3.8.2 Questionário de Senso de Coerência

Construto proveniente da Teoria Salutogênica de Aaron Antonovsky. A proposta do instrumento está no enfoque dos recursos de *coping*; ou seja, está na explicação das estratégias de enfrentamento ao estresse. Para o autor, o SC é uma orientação global que se ajusta a três componentes essenciais. O primeiro, *Compreensão*, refere-se à percepção do indivíduo sobre o estímulo proveniente do ambiente ou interno a ele. Nesta perspectiva, o estímulo faz um sentido cognitivo; é consistente, estruturado e claro. Mesmo um estímulo inesperado poderá ser ordenado e explicável. O segundo componente, denominado *Manuseio*, é a maneira como o indivíduo interpreta os recursos disponíveis para enfrentar ou superar os estímulos e a tensão; é a percepção das habilidades do indivíduo para enfrentar as situações. Os recursos para lidar com as situações podem estar presentes no próprio indivíduo ou em seu ambiente externo (familiar, amigos, comunidade, profissional). O *Significado* é o terceiro componente essencial deste construto. Refere-se à percepção do sentido emocional da vida. As demandas e os problemas da vida são fontes produtivas de energia, que merecem o envolvimento e o partilhar dos sentimentos com outros indivíduos. As mudanças podem estar presentes, não necessariamente de maneira feliz, mas de forma digna e compreensível^{17,18,25}.

O questionário foi construído por Antonovsky¹⁷, com 29 itens distribuídos nos três componentes do construto: *Compreensão*, com onze itens; *Manuseio*, com dez itens; e *Significado*, com oito itens. As respostas aos itens são obtidas em uma escala de pontuação com valores extremos de um a sete, que representam do mais fraco ao mais forte. Os dois números são inseridos em cada extremidade e os números intermediários são distribuídos, com a possibilidade de escolha de todos os números da escala, como resposta à frase em questão. Treze itens são respondidos em uma escala reversa de valores. O intervalo possível de pontuação varia de 29 a 203, sendo que os valores mais elevados significam alto Senso de Coerência. O construto foi traduzido e validado para o português por Dantas, em uma amostra de pacientes cardíacos, apresentando boa

equivalência semântica e conceitual, quando comparado ao original em língua inglesa, e mostrando-se bem adaptado para a língua portuguesa (alfa de Cronbach=0,78), como uma medida de avaliação de *coping*²⁵.

A partir de 1993, o questionário do Senso de Coerência passou a ser usado em catorze idiomas e em trinta e dois países, como Tailândia, China, Japão e África do Sul³⁶.

Apesar de o questionário original do SC consistir em vinte e nove itens e, a versão mais curta, em treze, há muitos instrumentos disponíveis. Existem pelo menos quinze diferentes versões com escores alternativos, incluindo duas versões sobre Senso de Coerência familiar e um questionário específico ajustado para crianças^{36, 37, 38}. Há ainda uma versão simplificada, composta de 13 itens, elaborada pelo próprio Antonovsky²¹.

Em geral, todos apontam para o resultado no qual o alto SC é relacionado à alta qualidade de vida³⁶.

3.8.3 Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

Trata-se de um instrumento construído e validado pelos pesquisadores no ensaio intitulado REMADHE¹⁴, realizado com pacientes cardiopatas portadores de IC. Este instrumento é composto de dez questões, que versam sobre os seguintes aspectos: tratamento medicamentoso, ingestão hídrica, consumo de sal, hábitos alimentares e comprometimento com o tratamento médico e de enfermagem. A pontuação de cada questão varia de zero a seis, sendo que altos escores indicam a adesão satisfatória ao tratamento.

3.9 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

3.9.1 Agrupamento dos dados coletados

O agrupamento das variáveis do estudo deu-se, após a coleta de dados, da seguinte maneira:

- Variáveis dependentes: Questionário de Senso de Coerência e Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca.
- Variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, escolaridade.

Para os dados biossociais, clínicos, questionário de Senso de Coerência e Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca, foram feitos os seguintes agrupamentos:

Dados biossociais

Idade

Agrupada em três categorias: 20 a 39 anos; 40 a 64 anos e 65 anos ou mais.

Estado Civil

Classificado em duas categorias: com companheiro(a), representados pelos casados legalmente ou aqueles que informaram união estável, e sem companheiro(a), representados pelos solteiros, divorciados e viúvos.

Escolaridade

As categorias foram organizadas em conformidade com a Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996³⁹, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Desta forma, o item escolaridade foi dividido em cinco categorias: analfabeto; ensino fundamental completo ou incompleto; ensino médio incompleto ou completo; ensino superior incompleto ou completo; e pós-graduação completa ou incompleta.

Religião

A religião foi dividida em quatro categorias: católicos; evangélicos; outras religiões; e ateu. A baixa frequência de religiões diferentes de católica e evangélica foi a razão pela opção do agrupamento denominado “outras religiões”.

Profissão

Devido à ocorrência de variados tipos de profissões, optou-se em categorizá-las, para melhor análise, em: aposentados por invalidez ou por tempo de serviço; profissionais com curso superior ou técnico; e profissionais sem formação acadêmica ou técnica e do lar.

Estado da federação de procedência

Como a maioria dos entrevistados era constituída por paulistas e devido ao fato de apenas dois pacientes serem provenientes de outros dois estados, Rio de Janeiro e Acre, optou-se por dividir este item em duas categorias: procedentes de São Paulo e procedentes do Rio de Janeiro e do Acre.

Afastamento do trabalho

O agrupamento deste item ocorreu em três categorias: sim, para aqueles que se encontravam afastados do trabalho por invalidez, podendo ou não estar aposentado; não, para aqueles que não foram afastados de seu trabalho por invalidez ou incapacidade; e “não se aplica” foi a categoria empregada para os entrevistados que informaram ser “do lar”.

Renda familiar

Correspondente à renda apresentada por todos os membros que tinham atividade remunerada e contribuíam financeiramente no círculo familiar. Esse item foi dividido em 5 categorias: menor que 1 salário-mínimo; entre 1 e 3 salários-mínimos; entre 3 e 5 salários-mínimos; entre 5 e 8 salários-mínimos e maior que 8 salários-mínimos. Para que o

entrevistado respondesse de modo mais acertado possível, era informado o valor do salário-mínimo na ocasião da entrevista.

Número de dependentes

O número de dependentes faz menção à quantidade de pessoas que dependem da renda familiar mencionada. O item foi subdividido em três categorias: nenhum dependente; de um a três dependentes e de 4 a 5 dependentes.

Dados clínicos

Diagnóstico principal

Referente à patologia responsável pela ocorrência da IC. O diagnóstico principal, assim como mencionado no prontuário do paciente, foi transcrito na ficha de coleta de dados dos participantes do estudo. As doenças foram agrupadas em categorias semelhantes:

- As miocardiopatias: periparto, chagásica, isquêmica, hipertensiva, hipertrófica, idiopática, de etiologia a esclarecer, dilatada, dilatada alcoólica, dilatada hipertensiva, dilatada isquêmica, dilatada valvar, dilatada com remodelamento reverso, dilatada de etiologia familiar, dilatada de etiologia chagásica, dilatada idiopática e dilatada de etiologia a esclarecer foram agrupadas na categoria denominada *miocardiopatias*.
- Foi criada uma categoria para o diagnóstico de IC idiopática e a esclarecer.
- Foi incluída a categoria *cardiopatias valvares*, pois considerou-se importante a distinção entre esta patologia e a miocardiopatia dilatada de origem valvar, que foi colocada na categoria *miocardiopatias*.
- A fibrilação atrial crônica ou paroxística foi incluída como categoria, pois, apesar de ter aparecido em número reduzido (5%), foi considerado importante a sua distinção das demais categorias, por referir-se a um tipo particularmente comum de arritmia.
- Devido ao fato de aparecerem em percentual baixo, na amostra da população estudada, foi criada uma categoria que englobou as seguintes

patologias, dentro do diagnóstico principal: insuficiência coronariana, angina instável, doença arterial coronariana e doença isquêmica do coração.

Doenças associadas

As doenças associadas ao diagnóstico principal foram coletadas do prontuário dos sujeitos participantes do estudo e categorizadas da seguinte forma:

- Diabetes: foram considerados aqueles indivíduos com diagnóstico tanto de diabetes tipo 1 como de diabetes tipo 2
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Dislipidemias
- Arritmias: neste item, foram categorizadas todas as arritmias descritas no prontuário como doença associada ao diagnóstico principal.
- Insuficiência renal crônica
- Asma e DPOC compuseram uma mesma categoria, por serem doenças pulmonares
- Depressão
- Síndrome de Guillan Barré: apesar de aparecer em percentual baixo, foi apresentada como categoria por ter sido considerada de característica incomum às outras categorias criadas.
- HIV e Hepatite C foram agrupadas por serem causadas por agentes virais.
- Hipotireoidismo

Antecedentes pessoais

Optou-se pela criação da categoria “antecedentes pessoais”, na qual foram incluídos aqueles indivíduos que apresentaram os seguintes itens descritos no prontuário:

- Tabagismo atual ou pregresso: foi criada como categoria, com a finalidade de se agrupar os participantes dependentes de tabaco, sobre a forma de cigarro, cachimbo, cigarrilha ou cigarro de palha, bem como àqueles que se utilizaram da substância e referiram ter abandonado o vício
- Etilismo atual ou pregresso: categoria criada para inclusão de pacientes categorizados como etilistas no prontuário médico e para aqueles que, no

mesmo documento, foram descritos como consumidores de álcool em tempos pregressos

- Obesidade

Classe funcional

De acordo a III Diretriz de IC crônica³ e com a recomendação da New York Heart Association, a classe funcional de insuficiência cardíaca dos indivíduos foi dividida em quatro categorias (I, II, III e IV). Devido ao fato de alguns prontuários não apresentarem essa descrição, foi criada uma quinta categoria para este item, denominada “sem descrição”.

Fração de ejeção

O critério para o estabelecimento de categorias para valores de fração de ejeção seguiu o valor considerado normal (55%) nos parâmetros ecocardiográficos do InCor. Desta forma, foram feitas as seguintes subdivisões: 12 a 35%; 36 a 45%; 46 a 54%; 55% ou mais. Além disso, a III Diretriz de IC Crônica³ entende como fração de ejeção anormal, ou seja, aquela responsável por uma disfunção sistólica, valores menores que 45-50%.

Tempo de início dos sintomas

Relativo ao período de tempo em que o paciente referiu ter sentido, pela primeira vez, um ou mais dos seguintes sintomas: cansaço excessivo, dispneia, precordialgia, edema em membros inferiores, ascite, ganho de peso excessivo em curto período de tempo. As categorias criadas para este item foram: de dois meses a um ano; de dois a quatro anos; de cinco a dez anos; e onze anos ou mais, contados da data na qual foi realizada a entrevista.

Tempo de acompanhamento no ambulatório do InCor

Referente ao período de tempo, contado a partir da data em que foi realizada a entrevista, o qual o paciente faz seu tratamento no ambulatório de Insuficiência Cardíaca e Transplante do InCor. As categorias criadas para

este item foram: de dois meses a um ano; de dois a quatro anos; de cinco a dez anos; e onze anos ou mais, contados da data na qual foi realizada a entrevista.

Quantidade de medicamentos ingeridos por dia

Foi transcrita do prontuário dos participantes a quantidade de medicamentos distintos ingeridos ao dia. Foram criadas as seguintes categorias: de dois a seis medicamentos ao dia; de sete a onze medicamentos ao dia; e de doze a quinze medicamentos ao dia.

3.9.2 Confiabilidade dos instrumentos

O coeficiente alfa de Cronbach, que avalia a adequação e a qualidade dos instrumentos, foi utilizado para verificar a confiabilidade dos instrumentos⁴⁰.

No presente estudo, o coeficiente foi aplicado no Questionário de Senso de Coerência, bem como para Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Admitiu-se o instrumento com boa confiabilidade quando o valor do alfa de Cronbach foi maior que 0,5.

3.9.3 Apresentação e análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados, através do programa Excel, versão 2010, aplicativo do Microsoft Office 2010. Para a análise estatística, utilizou-se o programa SPSS - *Statistical Package for Science* (2011), versão 18, e procedeu-se ao agrupamento dos dados referentes à amostra estudada.

Testes paramétricos e não paramétricos foram utilizados para a análise dos dados, de acordo com a natureza da distribuição dos valores ou a variabilidade das medidas efetuadas.⁽⁴¹⁻⁴³⁾

Foi utilizada a distribuição de frequências, com valores absolutos e percentuais, para a caracterização da amostra através das variáveis biossociais e clínicas.

Para a análise dos dados, foi utilizado a estatística descritiva dos instrumentos de Senso de Coerência e Adesão ao Tratamento, com valores mínimos, máximos, média e desvio padrão.

Para as variáveis quantitativas selecionadas, foram realizados os testes de correlação de Spearman e Pearson, de acordo com o teste de normalidade realizado para cada uma das variáveis.

Para a análise das variáveis qualitativas selecionadas, foram utilizados o Teste exato de Fischer e o Teste do Qui-Quadrado.

A determinação de fatores preditores ocorreu através do teste de regressão linear múltipla.

Adotou-se o nível de significância de 5% para todos os testes utilizados.

Resultados

Com a finalidade de se buscar a melhor *Compreensão* dos dados e atender aos objetivos propostos, na apresentação, os resultados do estudo foram segmentados em três etapas, a saber:

Apresentação descritiva dos dados

Caracterização da amostra, conforme as características biossociais gerais.

Caracterização da amostra conforme as características clínicas.

Análise da confiabilidade dos questionários utilizados

Questionário de Senso de Coerência

Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

Descrição da pontuação dos instrumentos utilizados

Questionário de Senso de Coerência

Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

Modelo de Regressão Linear Múltipla para os Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca e de Senso de Coerência

Modelo de Regressão Linear Múltipla para o Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

Modelo de Regressão Linear Múltipla para o Questionário de Senso de Coerência

Testes de Correlação entre Adesão e Senso de Coerência total e por domínios.

Análise de variáveis qualitativas através do Teste Exato de Fisher e Qui-Quadrado

4.1 APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS DADOS

Os resultados, apresentados a seguir, são referentes aos dados coletados dos cem participantes que compuseram a amostra deste estudo.

4.1.1 Caracterização da população conforme dados biossociais gerais

Segue a apresentação dos dados da Tabela 1, referentes às características biossociais dos pacientes com diagnóstico de IC, em tratamento ambulatorial no grupo de Insuficiência Cardíaca e Transplante do InCor HC-FMUSP, conforme as variáveis sexo, idade, estado civil, estado de procedência, escolaridade, profissão, afastamento do trabalho, renda familiar, número de dependentes e religião.

A amostra revelou variação de idade de 26 e 78 anos, com maior frequência de pacientes adultos e idosos (89%), com média de 55,2 anos e desvio padrão de 10,25 anos. Quanto ao gênero, predominou o sexo masculino, com 70% do total da amostra.

Com relação ao estado civil, a maior porcentagem foi formada de pacientes legalmente casados ou categorizados como união estável (66%).

A maioria dos pacientes entrevistados foi proveniente do estado de São Paulo (95%). Os demais, em número menos expressivo, eram indivíduos naturais dos estados do Rio de Janeiro (4%) e do Acre (1%).

A respeito do nível de escolaridade, as categorias foram organizadas em conformidade com a Lei nº 9394/96³⁹. A maioria dos entrevistados (65%) possuía o ensino fundamental incompleto ou completo, seguidos por aqueles (20%) que tinham o ensino médio incompleto ou completo. O ensino superior incompleto ou completo foi realizado por 9% dos pacientes e a pós-graduação foi compreendida por especialização, mestrado ou doutorado, variável apresentada por apenas 3% dos participantes. Os analfabetos perfizeram o total de 3% da amostra.

Dentre aqueles pacientes que mencionaram a profissão ou o trabalho realizado, 44% do total era formado de indivíduos aposentados, quer por invalidez ou por tempo de serviço. Os demais foram subdivididos em duas categorias: profissionais advindos de curso superior ou técnico, que formaram uma categoria composta de 40% dos entrevistados, e indivíduos sem formação acadêmica específica (6%); 10% que não se enquadraram a nenhuma das duas últimas por terem referido serem do lar.

Na amostra, o total de pacientes, que afirmaram estarem afastados do trabalho por limitações impostas pela doença, foi de 50%. Para indivíduos que informaram o item *do lar* no enquadramento profissional (10%), não foi aplicado o questionamento sobre afastamento do trabalho.

Referente à renda familiar, 55% dos participantes informaram baixos salários e enquadraram-se na categoria entre 1 e 3 salários-mínimos.

Com referência à quantidade de dependentes, 60% do total da amostra população de entrevistados afirmaram não possuir familiares que dependessem de sua renda; porém, 34% apresentavam de 1 a 3 e 6% referiram ter 4 ou 5 dependentes.

Na análise da temática religião ou crença religiosa, houve predomínio de católicos (66%) e evangélicos (25%). Dentre os que pertenciam às outras religiões (8%), quatro (4%) eram espíritas, dois (2%) eram Testemunhas de Jeová, um (1%) era presbiteriano e um (1%) se definiu apenas como cristão. Somente um participante (1%) afirmou não possuir nenhuma crença religiosa.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca em tratamento ambulatorial, conforme as características biossociais, como sexo, idade, estado civil, estado de procedência, escolaridade, profissão, afastamento do trabalho, renda familiar, número de dependentes e religião. São Paulo, 2012

CARACTERÍSTICAS BIOSSOCIAIS	N	%
SEXO		
Masculino	70	70,0
Feminino	30	30,0
IDADE		
20 H 39 anos	11	11,0
40 H 64 anos	72	72,0
65 +	17	17,0
ESTADO CIVIL		
Casado legalmente/ união estável	66	66,0
Solteiro/divorciado/viúvo	34	34,0
ESTADO DE PROCEDÊNCIA		
São Paulo	95	95,0
Rio de Janeiro/Acre	5	5,0
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	3	3,0
Ensino fundamental incompleto ou completo	65	65,0
Ensino médio incompleto ou completo	20	20,0
Superior incompleto ou completo	9	9,0
Pós-graduação incompleta ou completa	3	3,0
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
Aposentado por invalidez/tempo de serviço	44	44,0
Profissionais com curso superior/técnico	40	40,0
Profissionais sem formação técnica ou acadêmica	6	6,0
AFASTAMENTO DO TRABALHO		
Sim	50	50,0
Não	40	40,0
Não se aplica (do lar)	10	10,0
RENDA FAMILIAR		
Menor que 1 salário-mínimo	3	3,0
Entre 1 e 3 salários-mínimos	55	55,0
Entre 3 e 5 salários-mínimos	28	28,0
Entre 5 e 8 salários-mínimos	10	10,0
Maior que 8 salários-mínimos	4	4,0
NÚMERO DE DEPENDENTES		
Nenhum	60	60,0
1 H 3	34	34,0
4 H 5	6	6,0
RELIGIÃO		
Católica	66	66,0
Evangélica	25	25,0
Outras religiões	8	8,0
Sem religião	1	1,0

4.1.2 Caracterização da população conforme dados clínicos

Os dados referentes às variáveis clínicas da população são apresentados nas Tabelas de 2 a 6. A coleta dos dados clínicos se deu através do prontuário eletrônico dos pacientes.

As patologias descritas nos prontuários foram subdivididas em diagnóstico principal e doenças associadas, sendo estas últimas relativas às comorbidades que os indivíduos apresentavam e que poderiam ou não correlacionarem-se com o seu diagnóstico principal.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas dos pacientes que compuseram a amostra, conforme as patologias descritas no diagnóstico principal, as doenças associadas e os antecedentes pessoais. A Tabela 3 mostra a quantidade de indivíduos com mais de um diagnóstico principal e com mais de uma doença associada.

Dentre as patologias classificadas no prontuário médico como diagnóstico principal, as diversas formas de miocardiopatia ocorreram em número mais expressivo (91%). A fibrilação atrial (5%) e a insuficiência cardíaca idiopática e de etiologia a esclarecer (5%) também foram descritas. As cardiopatias valvares apareceram como diagnóstico principal no prontuário de 4% dos entrevistados. Em número menos expressivo, foram descritas a doença isquêmica do coração (2%), a doença arterial coronariana (1%) e a angina instável (1%).

Com relação à quantidade de diagnósticos encontrados em cada prontuário, foi observado que 92% dos pacientes apresentavam apenas um diagnóstico, 6% da amostra apresentavam dois diagnósticos e 2% dos participantes possuíam três diagnósticos.

Quanto às doenças associadas e aos antecedentes pessoais dos indivíduos pesquisados, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica como a doença mais prevalente, presente em 54% da amostra. As dislipidemias (31%) e o diabetes tipo 1 ou 2 (25%) também apresentaram percentuais relevantes nestes pacientes.

As doenças associadas foram encontradas em quantidades diversas nos pacientes. A maior parte dos participantes (56%) apresentou associação

de duas ou mais patologias. Em igual percentual (22%), apareceram os que não apresentavam nenhuma doença associada ao diagnóstico principal e aqueles que possuíam apenas uma.

Tabela 2 - Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo diagnóstico principal, doenças associadas e antecedentes pessoais. São Paulo, 2012.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N	%
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
Miocardopatias	91	91,0
Fibrilação atrial crônica ou paroxística	5	5,0
IC a esclarecer/idiopática	5	5,0
Cardiopatias valvares	4	4,0
Insuficiência coronariana/Angina instável	5	5,0
doença arterial coronariana/doença isquêmica do coração		
DOENÇAS ASSOCIADAS E ANTECEDENTES PESSOAIS		
Diabetes tipos 1 e 2	25	25,0
Hipertensão Arterial Sistêmica	54	54,0
Dislipidemias	31	31,0
Arritmias	13	13,0
Tabagismo atual ou pregresso	22	22,0
Etilismo atual ou pregresso	16	16,0
Obesidade	7	7,0
Insuficiência renal crônica	8	8,0
Asma/DPOC	3	3,0
Depressão	5	5,0
Síndrome de Guillan Barré	1	1,0
HIV/hepatite C	2	2,0
Hipotireoidismo	6	6,0

Tabela 3 - Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo quantidade de diagnósticos, doenças associadas e antecedentes pessoais. São Paulo, 2012.

QUANTIDADE DE DIAGNÓSTICOS	N	%
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
1 diagnóstico principal	92	92,0
2 diagnósticos principais	6	6,0
3 diagnósticos principais	2	2,0
DOENÇAS ASSOCIADAS E ANTECEDENTES PESSOAIS		
Nenhuma doença/antecedente pessoal	22	22,0
1 doença/antecedente pessoal	22	22,0
2 doenças/antecedentes pessoais	20	20,0
3 doenças/antecedentes pessoais	19	19,0
4 doenças/antecedentes pessoais	15	15,0
5 doenças/antecedentes pessoais	1	1,0
6 doenças/antecedentes pessoais	1	1,0

Conforme apresentado na Tabela 4, observa-se que a classe funcional II (28%) está em maioria entre os pacientes, seguidas das classes I (21%), III (15%) e IV (5%), respectivamente. Em 31% dos prontuários analisados, não havia descrição de classe funcional desejada. Ainda na Tabela 4, verifica-se que a maioria (87%) apresentava fração de ejeção ventricular fora da faixa de normalidade. A fração de ejeção dos indivíduos foi considerada dentro dos padrões de normalidade quando maior ou igual a 55% e anormal quando inferior a este valor. Apenas 9% dos pacientes apresentavam fração de ejeção ventricular considerada com normalidade. Não foi encontrado registro deste parâmetro em 4% dos prontuários.

Tabela 4 - Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo os valores de classe funcional de insuficiência cardíaca e fração de ejeção. São Paulo, 2012

CLASSE FUNCIONAL E FRAÇÃO DE EJEÇÃO	N	%
CLASSE FUNCIONAL		
I	21	21,0
II	28	28,0
III	15	15,0
IV	5	5,0
Perdas	31	31,0
FRAÇÃO DE EJEÇÃO		
12 $\leq$ 35%	67	67,0
36 $\leq$ 45%	8	8,0
46 $\leq$ 54%	12	12,0
$\geq$ 55%	9	9,0
Perdas	4	4,0

A realização de atividades físicas foi referida por 17% dos pacientes. Destes, aproximadamente 47% referiram a prática de exercícios de 1 a 3 vezes na semana e 53% de 4 a 7 dias durante a semana.

A Tabela 5 ilustra os dados referentes ao tempo de surgimento dos sintomas, assim como o tempo de acompanhamento no ambulatório do InCor. Verifica-se que o tempo de início dos sintomas variou entre 2 meses e 56 anos, a contar a partir da data de realização da entrevista para a pesquisa atual. O tempo de acompanhamento dos pacientes no ambulatório do referido hospital variou de 2 meses a 27 anos. Foi constatado que a maioria dos entrevistados (51%) faz seu tratamento no InCor há mais de 5 anos.

Tabela 5 - Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo tempo referido de início dos sintomas e o tempo de acompanhamento no ambulatório do InCor. São Paulo, 2012

TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS E DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	N	%
TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS		
2 meses H 1 ano	7	7,0
2 anos H 4 anos	20	20,0
5 anos H 10 anos	38	38,0
≥11 anos	35	35,0
TEMPO DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL		
2 meses H 1 ano	17	17,0
2 anos H 4 anos	30	30,0
5 anos H 10 anos	34	34,0
≥11 anos	19	19,0

A Tabela 6 ilustra a quantidade de diferentes medicamentos ingeridos ao dia pelos participantes deste estudo. Observa-se que 58% dos indivíduos da amostra necessitavam ingerir de 7 a 11 medicamentos diferentes a cada dia, 31% necessitavam consumir de 2 a 6 medicamentos e 10% de 12 a 15 medicamentos por dia.

Tabela 6 - Distribuição dos 100 indivíduos com IC, segundo a quantidade de diferentes medicamentos ingeridos ao dia*. São Paulo, 2012.

QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS	N	%
2 H 6 medicamentos por dia	32	32,0
7 H 11 medicamentos por dia	58	58,0
12 H 15 medicamentos por dia	10	10,0
TOTAL	100	100,00

*Quantidade de medicamentos ingeridos ao dia faz menção ao número de fármacos distintos ingeridos ao dia pelos pacientes. Não são consideradas as quantidades de ingesta ao dia do mesmo medicamento.

4.2 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS

As Tabelas de 7 a 10 apresentam os coeficientes alfa de Cronbach para o Questionário de Senso de Coerência e para o Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Foi considerado o valor mínimo de 0,5, para garantir a confiabilidade do instrumento.

4.2.1 Questionário de Senso de Coerência

Os coeficientes alfa de Cronbach foram medidos para a escala, como um todo, e para cada item individualmente.

Tabela 7 - Resultados da correlação do escore total com cada item e coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012

	Correlação item total	Alfa de Cronbach se item da escala for deletado
1- Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?	0,403	0,787
2- Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração dos outros, você teve a sensação de que:	0,247	0,794
3- Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?	0,301	0,791
4- Com que frequência você tem a sensação que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor?	0,000	0,806
5- Alguma vez já aconteceu com você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	0,308	0,791
6- Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?	0,344	0,789
7- A vida é:	0,363	0,788
8- Até agora, a sua vida tem sido:	0,385	0,789
9- Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?	0,433	0,785

	Correlação item total	Alfa de Cronbach se item da escala for deletado
10- Nos últimos dez anos a sua vida tem sido:	0,131	0,799
11- A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:	0,414	0,786
12- Com que frequência você têm a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?	0,338	0,790
13- Como você vê a vida?	0,285	0,792
14- Quando você pensa na vida, frequentemente você:	0,410	0,788
15- Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:	0,248	0,794
16- Fazer as coisas que você faz todos os dias é:	0,394	0,788
17- Sua vida no futuro provavelmente será:	-0,111	0,811
18- Quando algo desagradável aconteceu sua tendência foi:	0,263	0,793
19- Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?	0,410	0,786
20- Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente?	0,418	0,788
21- Com que frequência acontece de você ter sentimentos que preferiria não sentir?	0,422	0,785
22- Você acha que sua vida pessoal no futuro será:	0,304	0,791
23- Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?	0,437	0,785
24- Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?	0,225	0,795
25- Muitas pessoas- mesmo aquelas mais fortes- algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?	0,544	0,780
26- Quando alguma coisa acontece à você, em geral você acha que:	0,201	0,796
27- Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você têm a sensação de que:	0,403	0,788
28- Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que você faz na sua vida diária?	0,371	0,788
29- Com que frequência tem a sensação de que não consegue manter seu auto-controle?	0,356	0,789

Verifica-se que o Questionário de Senso de Coerência apresentou boa confiabilidade, uma vez que o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,797, valor superior àquele aceitável para a realização da análise.

Os valores do coeficiente alfa variaram de 0,780 a 0,811. A questão número 4 apresentou correlação nula e a questão número 17 apresentou correlação negativa. Desta forma, observa-se que, caso a questão número 17 fosse deletada, readaptada ou reajustada para esta amostra, o valor do coeficiente alfa seria 0,811.

Também foram verificados os coeficientes alfa de Cronbach para cada um dos três componentes do Questionário de Senso de Coerência. Nesse aspecto, foram considerados o valor alfa de Cronbach total de cada componente, bem como o valor de cada questão pertencente aos componentes.

Os dados descritos na Tabela 8 são referentes ao componente *Compreensão* do Questionário Senso de Coerência.

Tabela 8 - Resultados da correlação do escore total com cada item e o coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do componente *Compreensão* do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012

	Correlação item total	Alfa de Cronbach se item da escala for deletado
1- Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?	0,327	0,524
3- Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?	0,211	0,551
5- Alguma vez já aconteceu com você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	0,124	0,569
10- Nos últimos dez anos a sua vida tem sido:	0,212	0,550
12- Com que frequência você têm a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?	0,313	0,524
15- Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:	0,344	0,519
17- Sua vida no futuro provavelmente será:	-0,023	0,607
19- Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?	0,333	0,523
21- Com que frequência acontece de você ter sentimentos que preferiria não sentir?	0,390	0,505
24- Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?	0,281	0,533
26- Quando alguma coisa acontece à você, em geral você acha que:	0,184	0,557

O componente *Compreensão* apresentou valor do coeficiente alfa de Cronbach 0,567 e foi considerado aceitável para a análise.

O componente *Manuseio* foi analisado e considerado segundo o valor do coeficiente alfa de Cronbach total, bem como para cada questão pertencente a este domínio. A análise está descrita na Tabela 9.

Tabela 9 - Resultados da correlação do escore total com cada item e o coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do componente *Manuseio* do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012

	Correlação item total	Alfa de Cronbach se item da escala for deletado
2- Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração dos outros, você teve a sensação de que:	0,277	0,675
6- Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?	0,319	0,667
9- Com que frequência você têm a sensação de que está sendo tratado injustamente?	0,464	0,638
13- Como você vê a vida?	0,345	0,662
18- Quando algo desagradável aconteceu sua tendência foi:	0,202	0,692
20- Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente?	0,502	0,642
23- Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?	0,383	0,654
25- Muitas pessoas- mesmo aquelas mais fortes- algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?	0,424	0,646
27- Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você têm a sensação de que:	0,345	0,663
29- Com que frequência tem a sensação de que não consegue manter seu autocontrole?	0,274	0,675

O componente *Manuseio* apresentou valor do coeficiente alfa de 0,685 e foi considerado aceitável para a análise.

O componente *Significado* do Questionário de Senso de Coerência foi avaliado seguindo os mesmos parâmetros utilizados nos componentes anteriores; os resultados constam na Tabela 10.

Tabela 10 - Resultados da correlação do escore total com cada item e o coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do componente *Significado* do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012

	Correlação item total	Alfa de Cronbach se item da escala for deletado
4- Com que frequência você tem a sensação que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor?	0,026	0,647
7- A vida é:	0,432	0,501
8- Até agora a sua vida tem sido:	0,306	0,554
11- A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:	0,334	0,539
14- Quando você pensa na vida, frequentemente você:	0,318	0,548
16- Fazer as coisas que você faz todos os dias é:	0,376	0,527
22- Você acha que sua vida pessoal no futuro será:	0,363	0,538
28- Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que você faz na sua vida diária?	0,276	0,560

O componente *Significado* apresentou valor do coeficiente alfa de 0,587 e foi considerado aceitável para esta análise.

4.2.2 Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

Os coeficientes alfa de Cronbach foram medidos para a escala, como um todo, e para cada item individualmente. A Tabela 11 mostra os resultados da correlação item ao total do coeficiente alfa de Cronbach para os dez itens do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca.

Tabela 11 - Resultados da correlação do escore total com cada item e coeficiente alfa de Cronbach se item excluído do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. São Paulo, 2012

	Correlação item total	Alfa de Cronbach se item da escala for deletado
1 - Toma regularmente os medicamentos de acordo com a prescrição?	0,159	0,439
2 - Tem se pesado diariamente?	-0,056	0,490
3 - Você restringe a adição de sal nos alimentos?	0,167	0,435
4 - Você adiciona temperos, molhos e outros alimentos industrializados com sal em suas refeições?	0,193	0,426
5 - Você se alimenta fora de casa sem restringir o sal?	0,030	0,472
6 - Você tem consumido em suas refeições sopas, gelatina, sorvete, suco, leite, chá, café, refrigerantes, etc, sem considerar a quantidade de líquido?	0,454	0,281
7 - Você restringe a ingestão de líquidos de acordo com a orientação médica ou da enfermeira?	0,341	0,353
8 - Você ingere frutas com alto teor de líquido, tal como as laranja, melão, melancia, abacaxi, água de coco, etc, sem considerar o líquido?	0,260	0,396
9 - Você ingere alguma bebida alcoólica?	0,079	0,455
10 - Você faltou a alguma consulta médica, de enfermagem ou de exames programados?	0,018	0,461

O Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca apresentou valor de 0,455, inferior àquele recomendado nesta análise. O instrumento não mostrou confiabilidade.

4.3 DESCRIÇÃO DA PONTUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Neste item, será apresentada a distribuição da pontuação dos instrumentos utilizados na pesquisa.

4.3.1 Questionário de Senso de Coerência

Com a finalidade de se conhecer a distribuição da pontuação do Senso de Coerência dos indivíduos que compuseram a amostra deste estudo, será apresentada a distribuição das pontuações mínima, máxima e do desvio padrão.

A pontuação foi avaliada para cada um dos três domínios que compõem o questionário. Essa forma de avaliação foi escolhida por se considerar que os mesmos são diferentes entre si, com diferentes números de itens em cada um deles, bem como com distinta forma de interpretação.

Ao se valer dos valores das médias de cada domínio, pode-se inferir que, quanto maior a média, maior será o Senso de Coerência dos pacientes. E, ainda, de acordo com os valores de média apresentados em cada domínio, pode-se concluir que o indivíduo apresenta melhor SC em determinado componente em detrimento de outro. Em resumo, poder-se-ão encontrar respostas sobre em quais domínios há necessidade de aprimoramento do Senso de Coerência dos indivíduos.

A Tabela 12 mostra os escores mínimo, máximo, média e desvio padrão para o Questionário de Senso de Coerência como um todo. A Tabela 13 representa os mesmos parâmetros, porém para cada um dos domínios do Senso de Coerência em separado.

Tabela 12 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão do Questionário de Senso de Coerência (QSC). São Paulo, 2012

Distribuição da pontuação				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Escore do total do QSC	79,00	196,00	147,99	23,101

Conforme os dados apresentados na Tabela 12, observa-se que a distribuição da pontuação na amostra da população estudada variou entre 79 e 196, com média de 147,99 e desvio padrão de 23,101. A pontuação do questionário pode variar entre 29 e 203 pontos.

Tabela 13 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão dos domínios *Compreensão*, *Manuseio* e *Significado* do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012

Distribuição da pontuação				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Compreensão	15,00	76,00	47,40	10,64
Manuseio	19,00	70,00	54,84	10,05
Significado	22,00	52,00	45,75	7,78

A Tabela 13 apresenta os dados referentes à distribuição das pontuações máxima, mínima, bem como a média e o desvio padrão para os domínios do Questionário de Senso de Coerência. Entretanto, salienta-se a necessidade da análise em separado, já que a variação de pontuação é diferente em cada um deles. Para o componente *Compreensão*, a variação de pontuação pode estar entre 11 e 77 pontos; no domínio *Manuseio*, varia de 10 e 70 pontos e, finalmente, para o domínio *Significado*, essa variação pode ocorrer no intervalo compreendido entre 8 e 56 pontos.

Tabela 14 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimo, máximo, médias e desvio padrão para cada item do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012

	Mínimo	Máximo	Média	DP
1- Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?	1	7	5,29	2,076
2- Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração dos outros, você teve a sensação de que:	1	7	5,34	2,100
3- Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?	1	7	3,93	2,280
4- Com que frequência você tem a sensação que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor?	1	7	5,25	2,276
5- Alguma vez já aconteceu com você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	1	7	3,77	2,074
6- Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?	1	7	4,42	2,114
7- A vida é:	1	7	5,45	2,231
8- Até agora, a sua vida tem sido:	1	7	6,18	1,403
9- Com que frequência você têm a sensação de que está sendo tratado injustamente?	1	7	5,53	2,007
10- Nos últimos dez anos a sua vida tem sido:	1	7	2,84	2,264
11- A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:	1	7	5,50	1,982
12- Com que frequência você têm a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?	1	7	4,88	2,392
13- Como você vê a vida?	1	7	6,04	1,775
14- Quando você pensa na vida, frequentemente você:	1	7	6,37	1,593
15- Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:	1	7	4,63	2,102
16- Fazer as coisas que você faz todos os dias é:	1	7	5,77	1,874
17- Sua vida no futuro provavelmente será:	1	7	3,03	2,333
18- Quando algo desagradável aconteceu sua tendência foi:	1	7	4,91	2,257
19- Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?	1	7	5,41	2,016

	Mínimo	Máximo	Média	DP
20- Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente?	1	7	6,33	1,471
21- Com que frequência acontece de você ter sentimentos que preferiria não sentir?	1	7	5,02	2,270
22- Você acha que sua vida pessoal no futuro será:	1	7	6,15	1,540
23- Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?	1	7	5,72	2,156
24- Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?	1	7	3,94	2,436
25- Muitas pessoas- mesmo aquelas mais fortes- algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?	1	7	4,86	2,123
26- Quando alguma coisa acontece à você, em geral você acha que:	1	7	4,66	2,284
27- Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:	1	7	6,16	1,516
28- Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que você faz na sua vida diária?	1	7	5,08	2,237
29- Com que frequência tem a sensação de que não consegue manter seu auto-controle?	1	7	5,53	2,007

A Tabela 14 apresenta valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão dos 29 itens que compõe o Questionário de Senso de Coerência. A maior média (6,37) apareceu na questão 14 e a menor (2,84) na questão 10.

4.3.2 Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

Com a finalidade de se conhecer o grau de adesão ao tratamento de IC dos indivíduos que compuseram a amostra deste estudo, é apresentada a distribuição das pontuações mínima, máxima e desvio padrão.

A pontuação foi avaliada através da somatória total obtida das dez questões que compõem o instrumento. Apesar de este construto apresentar três domínios, optou-se pela não realização da análise em separado, pois dois domínios são compostos por apenas uma questão e não apresentaram variabilidade nas respostas.

A Tabela 15 mostra os escores mínimo, máximo, média e desvio padrão para o Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca.

TABELA 15 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. São Paulo, 2012

Distribuição da pontuação				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Escore do total do Questionário de Adesão	26,00	58,00	43,13	8,099

TABELA 16 - Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão de cada questão do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. São Paulo, 2012

	Mínimo	Máximo	Média	DP
1 - Toma regularmente os medicamentos de acordo com a prescrição?	0	6	5,52	1,275
2 - Tem se pesado diariamente?	0	6	1,02	1,477
3 - Você restringe a adição de sal nos alimentos?	0	6	5,27	1,644
4 - Você adiciona temperos, molhos e outros alimentos industrializados com sal em suas refeições?	0	6	4,49	2,376
5 - Você se alimenta fora de casa sem restringir o sal?	0	6	5,27	1,607
6 - Você tem consumido em suas refeições sopas, gelatina, sorvete, suco, leite, chá, café, refrigerantes, etc, sem considerar a quantidade de líquido?	0	6	2,80	2,916
7 - Você restringe a ingestão de líquidos de acordo com a orientação médica ou da enfermeira?	0	6	3,81	2,751
8 - Você ingere frutas com alto teor de líquido, tal como as laranja, melão, melancia, abacaxi, água de coco, etc, sem considerar o líquido?	0	6	3,37	2,669
9 - Você ingere alguma bebida alcoólica?	0	6	5,69	0,825
10 - Você faltou a alguma consulta médica, de enfermagem ou de exames programados?	5	6	5,89	0,314

A Tabela 16 mostra valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão de cada questão do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Neste questionário, cada uma das 10 questões poderia ter a pontuação variando entre 0 e 6 pontos, sendo que maiores pontuações relacionavam-se à maior adesão. Desta forma, a variação possível para o questionário estava compreendida no intervalo de 0 a 60 pontos.

4.4 MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA PARA O QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA E PARA O QUESTIONÁRIO DE ADESÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Com a finalidade de se conhecer as variáveis que mais se relacionam com o Senso de Coerência e com o Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca, aplicou-se a regressão linear múltipla com o critério backward de seleção das variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, afastamento do trabalho.

Tabela 17 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla para o valor da pontuação total, obtida através do Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012

Modelo	Variáveis	Coefficiente β	T	p-valor
1	Idade	-0,137	-1,283	0,203
	Gênero	0,037	0,354	0,724
	Estado Civil	-0,130	-1,219	0,226
	Escolaridade	0,012	0,114	0,910
	Renda Familiar	-0,108	-1,009	0,315
	Afastamento do Trabalho	0,130	1,245	0,216
6	Idade	-0,201	-2,023	0,046

A análise da Tabela 17 mostra que a regressão estabilizou-se no 6º. Modelo, permanecendo apenas a idade como variável preditora. Observa-se que a variável idade teve coeficiente β negativo de 0,201 e nível de significância de $p=0,046$, revelando que, para cada um ano de aumento na idade, há redução, no escore em questão (Adesão ao Tratamento), de aproximadamente dois pontos. Isso significa que existe relação entre a idade do indivíduo e a sua adesão ao tratamento, no sentido de que quanto maior é a idade, pior é a adesão ao tratamento.

Tabela 18 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla no domínio *Compreensão* do Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012

Modelo	Variáveis	Coefficiente β	T	p-valor
1	Idade	0,129	1,371	0,174
	Gênero	-0,417	-4,560	0,000
	Estado civil	0,040	0,428	0,670
	Escolaridade	0,127	1,372	0,173
	Renda familiar	0,199	2,115	0,037
	Afastamento do trabalho	-0,056	-0,611	0,543
5	Gênero	-0,415	-4,704	0,000
	Renda familiar	0,248	2,805	0,006

A análise da Tabela 18 mostra que, para o domínio *Compreensão* do Questionário de Senso de Coerência, a regressão estabilizou-se no 5º. modelo, permanecendo apenas o gênero e a renda familiar como variáveis preditoras. Observa-se que a variável gênero teve coeficiente β negativo de 0,415 e nível de significância de $p = 0,000$. Desta forma, e de acordo com os valores supracitados, pode-se observar que, para o domínio *Compreensão*, o escore feminino é reduzido em 4,704; ou seja, ser mulher reduz o valor do item *Compreensão* em 4,704 pontos.

A renda familiar apresentou-se com coeficiente β positivo e $p = 0,006$, indicando que há relação desta variável com o componente *Compreensão*; assim, quanto maior a renda do indivíduo maior será a sua pontuação no item.

Tabela 19 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla no domínio *Manuseio* do Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012

Modelo	Variáveis	Coeficiente β	T	p-valor
1	Idade	0,019	0,184	0,855
	Gênero	-0,290	-2,828	0,006
	Estado civil	-0,043	-0,411	0,682
	Escolaridade	0,066	0,637	0,526
	Renda familiar	-0,036	-0,340	0,735
	Afastamento do trabalho	-0,086	-0,834	0,406
6	Gênero	-0,297	-3,080	0,003

A Tabela 19 indica que, para o componente *Manuseio* do Questionário de Senso de Coerência, a regressão estabilizou-se no sexto modelo, permanecendo, como variável preditora, apenas o gênero.

De acordo com esta análise, pode-se inferir que há relação entre o gênero e o componente *Manuseio* ($p=0,003$) e que pertencer ao sexo feminino reduz o escore em aproximadamente três pontos.

Tabela 20 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla no domínio *Significado* do Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012

Modelo	Variáveis	Coeficiente β	T	p-valor
1	Idade	-0,015	-0,141	0,888
	Gênero	-0,223	-2,146	0,034
	Estado civil	-0,057	-0,535	0,594
	Escolaridade	0,064	0,610	0,543
	Renda familiar	-0,128	-1,198	0,234
	Afastamento do trabalho	-0,044	-0,418	0,677
6	Gênero	-0,230	-2,336	0,022

A Tabela 20 indica, com valores diferentes, a mesma interpretação realizada para o componente *Manuseio*. A regressão estabilizou-se no sexto modelo, novamente com a variável gênero como a única variável preditora

do domínio Significado, sendo que, para o gênero feminino, há redução de aproximadamente dois pontos no escore total do componente.

Tabela 21 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla para o escore total obtido no Questionário de Senso de Coerência para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012

Modelo	Variáveis	Coefficiente β	t	p-valor
1	Idade	0,063	0,627	0,532
	Gênero	-0,393	-4,043	0,000
	Estado civil	-0,019	-0,196	0,845
	Escolaridade	0,109	1,105	0,272
	Renda familiar	0,033	0,328	0,743
	Afastamento do trabalho	-0,078	-0,797	0,427
6	Gênero	-0,406	-4,399	0,000

A Tabela 21 mostra repetição de evento descrito para os dois últimos componentes do questionário de Senso de Coerência. A regressão estabilizou-se novamente no sexto modelo, mostrando a variável gênero como a única variável preditora para o construto Senso de Coerência. Para o gênero feminino, há redução de aproximadamente quatro pontos no escore total do questionário.

4.5 TESTES DE CORRELAÇÃO ENTRE ADESÃO AO TRATAMENTO E SENSO DE COERÊNCIA TOTAL E POR DOMÍNIOS

Para as variáveis quantitativas selecionadas, foram realizados os testes de correlação de Spearman e Pearson, de acordo com o teste de normalidade realizado para cada uma das delas.

Tabela 22 - Resultado do teste de correlação de Pearson para os construtos Adesão ao Tratamento e os domínios do Questionário de Senso de Coerência. São Pulo, 2012

	Adesão ao Tratamento			
	<i>Compreensão</i>	<i>Manuseio</i>	<i>Significado</i>	Total SC
Coeficiente de correlação	-0,039	0,169	0,108	0,095
p-valor	0,698	0,095	0,286	0,351

A Tabela 22 mostra que não há correlação entre Adesão ao Tratamento e o Senso de Coerência, tanto na análise por domínios como pelo valor total do construto.

Também foram realizados testes de correlação para as variáveis independentes: idade, quantidade de medicamentos ingeridos ao dia e fração de ejeção com as variáveis dependentes Adesão ao Tratamento e Senso de Coerência (total e por domínios). Os dados são apresentados nas Tabelas 23, 24e 25.

Tabela 23 - Resultado do teste de correlação de Pearson entre a idade e os construtos de Adesão e Senso de Coerência Total e por domínios. São Paulo, 2012

	Idade				Total SC
	<i>Adesão</i>	<i>Compreensão</i>	<i>Manuseio</i>	<i>Significado</i>	
Coef. de correlação	-0,201	0,186	0,030	-0,037	0,086
p-valor	0,046	0,065	0,771	0,716	0,395

A Tabela 23 ilustra que a variável idade correlaciona-se negativamente com a Adesão; desta forma, entende-se que a adesão ao tratamento piora para cada aumento de 1 ano na idade dos indivíduos. Com relação ao Senso de Coerência total e por domínios, não foi observada correlação.

Tabela 24 - Resultado do teste de correlação de Spearman entre a variável quantidade de medicamentos diferentes ingeridos ao dia e os construtos de Adesão e Senso de Coerência Total e por domínios. São Paulo, 2012

Quantidade de medicamentos diferentes ingeridos ao dia					
	<i>Adesão</i>	<i>Compreensão</i>	<i>Manuseio</i>	<i>Significado</i>	Total SC
Coef. de correlação	0,000	0,049	0,040	-0,075	0,017
p-valor	0,999	0,626	0,693	0,461	0,870

A Tabela 24 ilustra que a variável quantidade de medicamentos ingeridos ao dia não se correlaciona com a Adesão ao tratamento, nem com o Senso de Coerência Total e por domínios.

Tabela 25 - Resultado do teste de correlação de Spearman entre a variável Fração de Ejeção e os construtos de Adesão e Senso de Coerência Total e por domínios. São Paulo, 2012

Fração de Ejeção (FE)					
	<i>Adesão</i>	<i>Compreensão</i>	<i>Manuseio</i>	<i>Significado</i>	Total SC
Coef. de correlação	-0,008	0,059	-0,051	0,026	0,008
p-valor	0,935	0,565	0,620	0,805	0,940

A Tabela 25 ilustra que a variável fração de ejeção não apresentou correlação com a Adesão, nem com o Senso de Coerência Total e por domínios.

4.6 ANÁLISE DE VARIÁVEIS QUALITATIVAS ATRAVÉS DOS TESTES EXATO DE FISHER E QUI-QUADRADO

Para a análise das variáveis qualitativas selecionadas, foram utilizados o Teste Exato de Fischer e o Teste do Qui-Quadrado. Os valores dos escores de Adesão ao Tratamento, Senso de Coerência total e por domínios foram dicotomizados, de forma a serem avaliados para valores menores ou iguais a média e valores acima da média para cada um deles.

As variáveis miocardiopatias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, etilismo, insuficiência renal crônica e depressão foram utilizadas.

A seguir, são descritas aquelas variáveis que apresentaram significância.

Tabela 26 - Resultado do teste exato de Fisher para a variável miocardiopatias para Adesão ao tratamento. São Paulo, 2012

Adesão ao Tratamento				
		≤ média	> média	Total
Miocardiopatia p-valor = 0,031	Não	8	1	9
	Sim	43	48	91
	Total	51	49	100

A análise da Tabela 26 indica que a miocardiopatia é uma variável significativa quando se trata da adesão ao tratamento (p- valor = 0,031). Dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou igual à média para o escore Adesão (51%), 43% eram miocardiopatas. A miocardiopatia não apresentou-se significativa quando analisada para o Senso de Coerência total e domínios.

Tabela 27 - Resultado do teste Qui-quadrado para a variável hipertensão arterial sistêmica no domínio *Compreensão* do Questionário de Senso de Coerência. São Paulo, 2012

Domínio <i>Compreensão</i> (QSC)				
		≤ média	> média	Total
HAS p-valor = 0,043	Não	29	17	46
	Sim	22	32	54
	Total	51	49	100

HAS = hipertensão arterial sistêmica

A análise da Tabela 27 indica que a hipertensão arterial sistêmica é uma variável significativa para o domínio *Compreensão* do construto Senso de Coerência (p- valor = 0,043). Dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou iguais à média, para o escore em questão (51%), 22% eram hipertensos. A hipertensão arterial sistêmica não apresentou-se significativa quando analisada para o Senso de Coerência total, para os domínios *Manuseio* e *Significado* e para a Adesão ao Tratamento.

Discussão

Neste capítulo, será apresentada a discussão dos resultados encontrados referentes aos dados biossociais e clínicos, as pontuações encontradas no instrumento Senso de Coerência, o grau de adesão ao tratamento de pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca e as associações encontradas entre as variáveis selecionadas e os instrumentos utilizados dos 100 pacientes que formaram a amostra deste estudo.

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DO ESTUDO QUANTO AOS ASPECTOS BIOSSOCIAIS E CLÍNICOS

Quanto às características biossociais, observa-se predomínio do sexo masculino (80%). Estudos sobre a temática doenças cardiovasculares, com o recrutamento de indivíduos para composição de amostra, demonstram que a parcela masculina, em geral, é majoritária^{4,44-48}.

Com relação aos dados supracitados, uma possível explicação poderia ser relativa às mulheres, em geral, serem mais atentas ao seu autocuidado, procurando atendimento médico mais precocemente, fato que poderia diminuir a presença desta população em serviços de tratamentos especializados. A sobrevida feminina no curso da IC parece ser maior que a masculina a despeito de, ambos, homens e mulheres, em geral, apresentarem o mesmo padrão de tratamento e taxas de re-internações pela doença⁴⁹.

A diferença entre o gênero na perspectiva do enfrentamento da doença foi avaliada e observou-se que as preocupações dos homens com IC eram relativas às limitações que a doença impunha nas atividades relacionadas ao trabalho e ao convívio social. Já as mulheres, referiam que a doença foi geradora de insegurança e sentimentos de incapacidade, além do fato de sentirem-se um fardo para a família^{50,51}.

A variação de idade dentre os participantes do estudo ocorreu no intervalo entre 26 e 76 anos, com média superior a 55 anos.

Dados extraídos da atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (de 2012) enfatizam que, com o envelhecimento da

população brasileira, haverá potencial crescimento do número de indivíduos considerados de risco e com diagnóstico de insuficiência cardíaca⁵².

O estudo de Framingham indica que a incidência desta doença aumenta exponencialmente com a idade e é consideravelmente mais comum em homens do que em mulheres⁵³.

Com a finalidade de se conhecer a localidade de onde provinha a amostra deste estudo, os participantes foram questionados acerca de seu local de origem. A quase totalidade dos entrevistados (95%) era constituída por moradores do estado de São Paulo.

O tratamento de doenças crônicas sintomáticas, como é o caso da IC, requer assiduidade dos pacientes e maior número de consultas médicas, com a finalidade de acompanhamento e monitoramento dos casos. Este fato dificulta o tratamento efetivo e o comparecimento daqueles doentes que vivem em regiões distantes da capital de São Paulo, o que pode explicar o número expressivo de paulistas em detrimento de outros estados da federação e ainda por se tratar de um hospital público, que atende uma clientela de baixa renda e sem recursos financeiros, muitas vezes, para o deslocamento do domicílio até o hospital. Com o novo conceito da municipalização da saúde e, ainda, com o objetivo de reduzir gastos, o encaminhamento ao InCor se dá àqueles pacientes que não conseguem tratamento adequado em seus locais de moradia.

Dos pacientes entrevistados nesta pesquisa, 66% referiram ter um(a) companheiro(a) e, dentro deste percentual, foram consideradas as uniões estáveis e os casamentos civis. Dentre àqueles que se declararam solteiros ou divorciados (24%), houve muitos relatos de terem sido abandonados por seus companheiros após tornarem-se doentes.

Estudo que avaliou o apoio social e suas relações com variáveis biossociais de pacientes com IC em seguimento ambulatorial encontrou que o cônjuge ou o companheiro era a principal fonte de suporte social para 60% dos indivíduos entrevistados⁵⁴. Ainda sobre este tema, foi demonstrado que a ausência de um companheiro estava relacionada com a re-hospitalização em indivíduos com IC⁵⁵.

Os participantes apresentaram-se, em sua maioria (65%), com nível baixo de escolaridade. Foi percebido, embora não mensurado, que os pacientes com baixa escolaridade tinham maior dificuldade de compreensão das questões dos instrumentos, quando comparados com indivíduos de maior escolaridade.

Estudo sobre o autocuidado, realizado com iranianos, que, em sua maioria, tinham baixo nível de escolaridade, concluiu que considerável parcela dos pacientes não tinha ideia alguma sobre o que era a IC, sobre os malefícios do uso abusivo de sódio e sobre a necessidade de controle do peso, inferindo a importância da educação em saúde para estes doentes⁵⁶.

Uma questão a ser discutida sobre este item seria a forma de abordagem destes pacientes. O conceito de individualização do cuidado deve ser aplicado nestes casos, pois talvez o modo como as informações são transmitidas não esteja sendo eficaz. A linguagem e a validação do entendimento das orientações devem ser adequadas ao grau de instrução dos pacientes, para que as recomendações tenham sentido e possam ser adotadas.

O papel do enfermeiro como educador de pacientes com diagnóstico de IC foi objeto de estudo de revisão da literatura⁵⁷, cujos autores defenderam a ideia de que a educação para o autocuidado, que inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas, deve ser incorporada ao cuidado do enfermeiro aos pacientes com IC em níveis ambulatorial e hospitalar. Esses autores enfatizam, ainda, que essas informações precisam ser transmitidas de maneira repetitiva, a fim de serem incorporadas pelos indivíduos.

No que diz respeito à profissão, os aposentados, quer por invalidez ou tempo de serviço, perfizeram 44% do total da amostra. Os demais foram divididos em profissionais que exerciam atividade com ou sem formação acadêmica ou técnica (40%) e àqueles que se declaram do lar (6%).

Dentre os aposentados, 50% eram por invalidez ou incapacitação advinda da doença cardíaca. Esse aspecto foi relevante durante as entrevistas. Houve diversos relatos sobre o impacto negativo do afastamento

das atividades para estes pacientes, que afirmavam piora considerável em sua qualidade de vida.

Estudo recente, que avaliou a qualidade de vida em pacientes com IC, enfatizou o impacto negativo que a doença causa neste componente e o impacto financeiro para o indivíduo e a sociedade⁵⁸. Os autores do estudo alertam, ainda, sobre a necessidade de uma abordagem holística por parte do enfermeiro, a fim de se incentivar e melhorar as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes indivíduos⁵⁸.

Com relação à renda familiar dos participantes, a maioria (55%) informou encontrar-se na faixa que vai de 1 a 3 salários-mínimos. Esse dado deve-se ao fato de o hospital ser público e atender pacientes, em sua maioria, de baixa renda.

A questão da renda, ou mais especificamente, da má distribuição dela, tem sido discutida em vários âmbitos. A literatura sobre o assunto, elucida que, além dos notórios problemas de acesso aos serviços de saúde pela população de baixa renda, a desigualdade de renda promove aumento de risco de re-admissões hospitalares em pacientes com IC, infarto agudo do miocárdio e pneumonia⁵⁹.

No presente estudo, a crença religiosa foi incluída como variável, pois este item pode ser considerado como ponto de fortalecimento e meio de enfrentamento da doença. Dentre aqueles que mencionaram possuir alguma crença (99%), a maior parcela foi composta por seguidores da religião católica (66%).

Verifica-se a importância do aspecto espiritual entre os doentes com IC. Em estudo transversal, que buscou identificar a relação entre bem-estar espiritual e a ocorrência de depressão para os portadores de IC ~~doente~~, foi encontrada correlação entre essas variáveis, no sentido de que quanto maior é considerado o bem-estar espiritual destes pacientes menor é a ocorrência de depressão⁶⁰.

Em estudo que analisou a associação entre Senso de Coerência e a espiritualidade em portadores de doença pulmonar, foi encontrado que quanto maiores eram os escores nestas duas variáveis, maiores eram os

índices relacionados à qualidade de vida e menor era o estresse nestes pacientes⁶¹.

Os diversos tipos de miocardiopatias foram o diagnóstico principal mais comum na amostra estudada, presente em 91% dos pacientes. Dados extraídos da III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica³ mostram que, no Brasil, a cardiopatia isquêmica crônica, associada à hipertensão arterial, são as principais causas de IC, o que corrobora com este estudo, já que a hipertensão arterial sistêmica foi listada como doença associada em 54% dos pacientes. Estudo que avaliou os fatores associados à exacerbação da IC encontrou também maior parcela de hipertensos na amostra pesquisada⁶².

A miocardiopatia chagásica, patologia comum em países pobres, está presente em 10% dos doentes na pesquisa atual. Ainda de acordo com a III Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica³, a IC de etiologia chagásica acomete de 4 a 8% dos pacientes atendidos em nível ambulatorial, no Brasil.

Com a finalidade de se obterem dados relativos à gravidade destes doentes, escolheu-se a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e a classe funcional (CF) de IC, à qual o paciente pertence, como bons preditores de gravidade³.

A III Diretriz de IC Crônica³ entende como fração de ejeção anormal, ou seja, aquela responsável por uma disfunção sistólica, valores menores entre 45 e 50%. Para a análise e a discussão desta pesquisa, adotou-se valor inferior a 55% como anormal ou indesejável, pois este percentual é utilizado como referência no exame de ecocardiograma dos pacientes da Instituição pesquisada.

Na amostra deste estudo, dos pacientes que continham este dado no prontuário (96%), a quase totalidade (90%) apresentava valores inferiores a 55% de fração de ejeção.

A insuficiência cardíaca é classificada, segundo a New York Association, em classe funcional de acordo com uma descrição numérica de I a IV³ e segundo grau de limitação imposto pela doença na realização de atividades rotineiras e de autocuidado.

Embora a classe funcional seja demasiadamente importante na estratificação destes pacientes, o dado estava ausente em 31% dos prontuários pesquisados. Entre os prontuários com registro desta classificação, a maioria (40,6%) encontrava-se em classe funcional II. As classes funcionais III e IV, que são consideradas de maior limitação para os pacientes, apareceram em percentual não menos considerável, atingindo, respectivamente, os valores de 21,7 e 7,2%.

Dentre os pacientes que compuseram esta amostra, 6% estavam cadastrados na fila de transplante cardíaco. Destes, 80% encontravam-se em classe funcional III ou IV, demonstrando que, nestas últimas classes, estão pacientes de maior gravidade e que, neste caso, não responderam ao tratamento convencional.

O transplante cardíaco é o tratamento de escolha para a insuficiência cardíaca refratária, apesar da grande melhora na expectativa de vida com o tratamento clínico convencional¹⁰. De acordo com a II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco, existem muitos fatores relacionados à seleção dos candidatos a receberem um coração, tais como: etiologia da IC, reduzida fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e classe funcional da IC¹⁰.

Quanto ao tempo de surgimento dos sintomas da doença e o tempo de tratamento no ambulatório do InCor, a maioria dos doentes (38%) referiu o início dos sintomas no intervalo de 5 a 10 anos antes da data da entrevista e também foi prevalente percentualmente daqueles que são acompanhados no ambulatório do InCor no mesmo período de tempo (34%). Os entrevistados que mencionaram terem sido diagnosticados e fazerem seu tratamento na instituição no período de 2 meses a 1 ano da data da entrevista atingiram valores menos significativos, com percentuais de 7 e 17%, respectivamente.

Esses dados são importantes, pois mostram que o perfil destes indivíduos é, em sua maioria, composto por aqueles diagnosticados e cadastrados como pacientes de um hospital de referência em cardiologia por longo período. Desta forma, pode-se inferir que a maioria destes pacientes já recebeu, mais de uma vez, orientações sobre a doença e o tratamento.

Devido ao fato de a IC causar grande perda da capacidade funcional dos indivíduos, foi perguntado aos participantes deste estudo a respeito da realização ou não de atividades físicas. Do total da amostra, como era esperado, responderam positivamente ao questionamento apenas 17% dos entrevistados.

A maioria dos pacientes (58%) afirmou ingerir entre 7 e 11 medicamentos distintos diariamente. Essa quantidade de medicamentos pode ser um fator dificultador para esses pacientes aderirem ao tratamento clínico, apesar de afirmarem, pela observação das respostas ao instrumento de Adesão ao Tratamento, que não se esquecem de ingerir os fármacos.

Mesmo considerando o fato acima, o relato informal destes pacientes durante as entrevistas foi diferente, com frequentes comentários de não tomarem diuréticos devido ao desconforto de se levantarem no período de sono para urinare. Frente a estes discursos, pode-se concluir que o desconhecimento ou a falta de compreensão destes indivíduos acerca da necessidade do uso destes medicamentos pode ser considerado como causa importante relacionada ao agravamento da doença e, conseqüentemente, a não adesão ao tratamento. Quando os pacientes eram elucidados pela pesquisadora, sobre os possíveis transtornos advindos da não tomada destes medicamentos, tais como a congestão pulmonar e o risco de piora da função cardíaca, os interlocutores mostravam-se demasiadamente surpresos, com não raros relatos de ausência de informação ou de entendimento sobre a questão.

Ainda neste contexto, a adesão ao tratamento medicamentoso tem sido amplamente discutida pela Organização Mundial de Saúde. A entidade informa que 50% dos indivíduos acometidos por doenças crônicas são considerados não aderentes⁶³.

5.2 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS SOBRE O SENSO DE COERÊNCIA E ADESÃO NA AMOSTRA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Após a análise da amostra sobre os aspectos biossociais e clínicos, será discutido o resultado das respostas do Senso de Coerência e de Adesão ao Tratamento em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca e sua relação com algumas variáveis selecionadas para a amostra estudada.

O Senso de Coerência apresentado pelo pacientes obteve média de 147,99 pontos, do total de 203 pontos possíveis. Maiores escores correspondem a maiores valores de Senso de Coerência. Para a análise da pontuação, foi realizada uma dicotomização da variável em valores menores ou iguais a média e valores superiores à média.

Desta forma, 55% da amostra apresentaram-se acima da média e 45% abaixo dela, para o valor do instrumento como um todo. Estudo que avaliou o uso do instrumento Senso de Coerência como estratégia no cuidado de pacientes cardíacos encontrou valores semelhantes (149,6) aos desta pesquisa em relação à média pontuação⁴⁶.

Antonovsky não estabeleceu normas para classificar uma pontuação compatível ao que consideraria como forte ou fraco Senso de Coerência²². O que estabeleceu foi que quanto maior a pontuação, maior o Senso de Coerência do indivíduo. Observa-se, na análise da literatura consultada, que, para efeito de comparação de resultados, utilizam-se as médias da pontuação obtida entre os indivíduos^{46,64}.

Embora a média da pontuação do Senso de Coerência, obtida entre os pacientes da pesquisa atual, tenha sido relativamente alta, foi observada dificuldade de compreensão de alguns itens. Não foram raras as vezes em que houve necessidade da pesquisadora realizar a leitura e a releitura do questionário, para sanar esta dificuldade do participante.

A despeito de o construto ter sido validado para a língua portuguesa, talvez sejam necessárias algumas adequações de linguagem, com a finalidade de facilitar a compreensão do instrumento.

Apesar de as literaturas nacional e internacional apresentarem poucos estudos específicos sobre a temática Senso de Coerência e insuficiência cardíaca, o construto já é utilizado em outros estudos, com intuito de facilitar a compreensão do comportamento de pacientes no contexto das doenças crônicas e das cardiopatias em geral ^{64,65}.

Na análise da comparação realizada entre o Senso de Coerência de pacientes hospitalizados por doença cardíaca e por câncer, não foi observada diferença estatística de pontuação entre esses grupos e, tal qual como no estudo atual, também não foi encontrada relação entre o nível de escolaridade dos pacientes e o Senso de Coerência ⁶⁵.

No presente estudo, o construto Senso de Coerência foi analisado, estatisticamente, de duas diferentes formas: por meio da pontuação total, obtida através da somatória dos 29 itens que compõem o instrumento, e pela somatória da pontuação por domínios, em separado, a fim de verificar quais variáveis eventualmente se relacionam.

A literatura sobre a temática Senso de Coerência em geral não faz análise da pontuação total e por domínios; entretanto, considerou-se importante a análise da pontuação desta forma, com a finalidade de se obter a observação mais detalhada sobre o Senso de Coerência dos indivíduos.

Para o domínio *Compreensão*, foi encontrado que o gênero feminino e a renda familiar apresentam tal relação. Neste caso, o fato de ser mulher reduz o escore do domínio em quase 5 pontos num total de 77 pontos possíveis.

De acordo com Antonovsky²¹, o domínio *Compreensão* está relacionado com a intensidade de percepção dos estímulos que as confrontam e derivam tanto de estímulos intrínsecos advindos da própria personalidade do sujeito, como de estímulos extrínsecos, derivados do ambiente em que vive. O autor enfatiza que este é o componente cognitivo do Senso de Coerência e que o alto escore no domínio *Compreensão* indica

que os estímulos que o indivíduo encontrará no futuro serão previsíveis, ordenados e claros.

O motivo pelo qual as mulheres apresentaram menor pontuação neste domínio pode estar relacionado a diversos fatores. Na percepção extrínseca, a dificuldade de compreensão das informações oferecidas pela equipe de saúde, o comprometimento para o planejamento futuro, dada a gravidade da doença, e o papel feminino da mulher na família, que, ao adoecer, percebe o risco da desestruturação familiar.

Estudo transversal de investigação sobre o Senso de Coerência em uma população de cardiopatas brasileiros, com características biossociais semelhantes às da pesquisa atual, mostrou menor pontuação global para o Senso de Coerência no gênero feminino⁴⁶. O mesmo resultado foi encontrado na avaliação do Senso de Coerência em adolescentes, mostrando maiores escores no gênero masculino⁶⁶. Resultado diferente foi encontrado em estudo finlandês que buscou a associação entre a ocorrência de eventos negativos e o Senso de Coerência. O gênero não mostrou ser diferente, indicando que homens e mulheres reagem igualmente a eventos negativos em suas vidas⁶⁷.

Ainda para o domínio *Compreensão*, na pesquisa atual, a variável renda familiar mostrou-se com coeficiente positivo, indicando que quanto maior a renda do indivíduo, maior foi a sua pontuação.

Estudo sueco, que pesquisou a relação entre o Senso de Coerência, as condições socioeconômicas e a saúde de indivíduos com IC também encontrou que níveis altos de renda estavam associados ao alto Senso de Coerência⁶⁸.

Ao se referir a realidade do sistema público de saúde, deve-se considerar que a baixa renda é um dificultador para esses pacientes, no tocante à adesão ao tratamento. A dificuldade financeira pode contribuir, no caso dos pacientes deste estudo, para a maior dificuldade no acesso à compra de alimentos saudáveis, aos remédios, quando acabam ou, por algum motivo, não são entregues pelo governo, e, ainda, ao

deslocamento de sua residência ao hospital, o que pode justificar o não comparecimento aos compromissos médicos agendados.

Com relação ao domínio *Compreensão* ter sido afetado negativamente, dentre aqueles considerados de baixa renda, pode-se inferir que, geralmente, rendas maiores estão associadas a melhor nível de educação, o que poderia influenciar na melhor compreensão do indivíduo quanto à situação que vivencia e também com o autocuidado.

De acordo com Lazarus e Folkman, o impacto de condições sociais e econômicas na saúde dos indivíduos se dá através das avaliações cognitivas que cada um faz da situação. Segundo os autores, pertencer à classe social com situações econômicas desfavoráveis poderia contribuir para desajustes psicológicos que levariam a problemas de saúde⁶⁹.

Na análise dos domínios *Manuseio* e *Significado*, a variável gênero também apresentou relação com ambos. Nestes casos, o sexo feminino mostrou coeficientes negativos, ou seja, ser mulher reduz os escores nestes domínios.

Antonovsky define o domínio *Manuseio* como o componente instrumental/comportamental do Senso de Coerência. O autor preconiza que este domínio está relacionado ao modo como as pessoas percebem e se utilizam dos recursos externos que mais se adequam às suas demandas²¹.

Com relação ao componente Significado do construto, o autor o define como concepção individual de valorização emocional da vida; é a percepção de sentido da vida, é o sentido de vida: quanto vale a pena lutar pelo que se acredita e o quanto a vida é encarada como um desafio e não um encargo. Trata-se do componente motivacional do Senso de Coerência²¹.

Durante as entrevistas, foi relatado à pesquisadora que muitas mulheres foram abandonadas por seus parceiros após instaurada a situação de doença. O mesmo discurso ocorria em número comparativamente reduzido na população masculina do estudo. Esse fato merece destaque na análise, pois, numa situação de doença, a mulher, quando abandonada por seus companheiros, pode ter maior dificuldade em lidar com a situação doença e os diversos papéis como mãe, esposa e, muitas vezes, provedora do lar. Muito provavelmente, isso justifique os índices reduzidos nos

domínios *Manuseio* e *Significado*, já que a situação da doença, aliada à necessidade de cumprimento de papéis, pode causar desânimo e falta de estímulo frente à situação vivida.

Além disso, durante a entrevista, era comum, principalmente na parcela feminina, a ocorrência de episódios de choro e discursos característicos de sintomas depressivos, apesar de o diagnóstico médico de depressão ter sido constatado em somente 5% dos entrevistados. A depressão e o Senso de Coerência têm sido tema de muitos estudos nos quais a relação negativa foi encontrada na análise entre ambos⁽⁷⁰⁻⁷²⁾.

O instrumento de Adesão ao tratamento, embora tenha sido usado em ensaio importante na área cardiológica¹⁴, não se mostrou, no presente estudo, com uma boa consistência interna ($\alpha = 0,455$), mesmo atingindo valores próximos àquele considerado desejável para a análise ($\alpha = 0,5$).

Sendo assim, optou-se pela discussão da Adesão ao Tratamento a partir dos resultados encontrados em cada uma das dez questões individualmente. Todas as perguntas deste questionário eram relativas aos últimos quinze dias a partir da data da entrevista.

A média obtida pelos pacientes neste questionário foi de 43,13 pontos, numa escala que poderia variar entre 0 e 60 pontos.

A análise da questão 1 (***Toma regularmente os medicamentos de acordo com a prescrição?***) do instrumento mostrou que 80% dos entrevistados enquadravam-se no último item (***Sempre, durante 15 dias ou 100%***) que conferia pontuação máxima (6 pontos) à questão. Isso indica que a quase totalidade dos entrevistados refere boa ou excelente adesão ao tratamento medicamentoso.

O fato de apenas uma questão do instrumento ser dedicada à avaliação da adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico pode ter sido um fator contribuinte para a avaliação que gere dúvidas sobre este aspecto. A baixa variabilidade de respostas pode indicar maior dificuldade de entendimento dos entrevistados sobre a questão.

Com intuito de contribuir com a interpretação acima descrita, através de relatos informais, os doentes afirmavam seguir corretamente o tratamento

farmacológico, porém, ao perceberem os efeitos colaterais indesejados, como ocorre com os diuréticos, eles referiam a interrupção da ingestão dos remédios, apesar de se considerarem aderentes ao tratamento medicamentoso, como mostra os resultados da questão 1 do instrumento.

A esse respeito, alguns fatores, como a baixa escolaridade dos participantes, a dificuldade de compreensão sobre a importância da adesão ao tratamento farmacológico, bem como do risco de deterioração das condições clínicas, caso não sejam tomados os medicamentos corretos, podem contribuir com estes comportamentos.

Apesar da disparidade entre o resultado da pontuação e a informação sobre a ingestão de medicamentos dos pacientes da pesquisa atual, um estudo de adesão ao tratamento farmacológico, em pacientes com insuficiência cardíaca, mostrou resultados semelhantes, ao apresentar parcela significativa da amostra com alta adesão ao tratamento farmacológico⁷³.

A problemática da adesão ao tratamento vai além da questão farmacológica. A adesão está intimamente relacionada ao entendimento que o paciente tem da doença e, no caso específico da IC, às mudanças drásticas no estilo de vida; especialmente a melhor adequação alimentar. A literatura mostra que 50% dos pacientes com doenças crônicas têm baixa adesão ao tratamento⁷⁴ e que a educação repetitiva é o objetivo a ser alcançado quando se trata da melhora na adesão ao tratamento nas doenças crônicas⁷⁵.

No que se refere à pergunta número 2 do questionário de Adesão (*Tem se pesado diariamente?*), 79% dos entrevistados responderam que não se pesaram nos últimos 15 dias ou o fizeram de uma ou duas vezes no mesmo período. Sabe-se que a variação do peso é um bom parâmetro de volemia quando realizado em pequenos espaços de tempo. Esta medida é importante no controle clínico do paciente com IC, mas, também, enfatiza a problemática deste controle em nível ambulatorial, pela dificuldade na diferenciação entre ganho de peso por incremento de massa muscular e gordura daquele relacionado com a volemia³.

Conforme as respostas apresentadas pelos participantes deste estudo, esses dados podem indicar que os pacientes não se conscientizaram sobre

importância deste parâmetro clínico de avaliação ou até mesmo não têm facilidade de acesso ao instrumento de pesagem.

No que se refere à ingestão de sódio (terceira questão do questionário de adesão ao tratamento (*Você restringe a adição de sal nos alimentos?*)), observa-se que 76% dos pacientes entrevistados no estudo afirmaram restringir o sal nos alimentos. Este dado deve ser considerado como bom preditor de adesão ao tratamento. Entretanto, percebeu-se, durante a entrevista, que os pacientes tinham dificuldade em correlacionar alimentos com alto teor de sódio aos embutidos, aos enlatados e aos temperos preparados.

A importância da restrição do sódio no controle da insuficiência cardíaca crônica tem sido discutida⁷⁶, sendo que a American Heart Association recomenda não mais do que 2 ou 3 gramas de sódio ao dia para estes pacientes⁷⁷.

Com relação à restrição salina (*Você adiciona temperos, molhos e outros alimentos industrializados com sal em suas refeições?*), a resposta dos pacientes mostra que 62% dos indivíduos apresentam boa adesão. Entretanto, é importante salientar que foi observado, durante a entrevista, que os pacientes consideravam a importância de se restringir apenas o sal e não o sódio.

Ainda com relação à restrição de sal (*Você se alimenta fora de casa sem restringir o sal?*), os pacientes responderam de forma negativa em 71% dos casos, indicando uma boa adesão à restrição salina.

Estes resultados sustentam a hipótese que a boa adesão dos pacientes à restrição de sal se deve ao fato de que a maioria da amostra estudada (54%) apresenta, como doença associada à insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial sistêmica, patologia muito mais conhecida e divulgada sobre a necessidade de restrição salina, quando comparada com esta mesma necessidade na IC.

Outro aspecto de fundamental importância do tratamento não farmacológico no controle da Insuficiência Cardíaca Crônica é a adesão ao controle hídrico. A restrição hídrica é fundamental no controle da doença e deve ser recomendada aos pacientes³. Apesar da inexistência de estudos

que demonstrem que a restrição hidrossalina diminui a morbidade de IC em nível ambulatorial, há consenso de que a avaliação da adesão dos pacientes neste quesito é um bom marcador de qualidade assistencial³.

A pergunta número 6 (*Você tem consumido em suas refeições sopas, gelatina, sorvete, suco, leite, chá, café, refrigerantes, etc., sem considerar a quantidade de líquido?*) foi respondida afirmativamente por 50% dos indivíduos; entretanto, nota-se uma contradição quando na análise da questão 7 (*Você restringe a ingestão de líquidos de acordo com a orientação médica ou da enfermeira?*), na qual 56% dos entrevistados afirmaram seguir as recomendações, bem como com a questão 8 (*Você ingere frutas com alto teor de líquido, como laranja, melão, melancia, abacaxi, água de coco, etc., sem considerar o líquido?*), na qual 35% dos respondentes afirmaram que sempre ingerem frutas, sem considerar o líquido contido nestes alimentos.

A discrepância nos percentuais das questões relacionadas à restrição hídrica pode indicar que os pacientes não estão compreendendo ou valorizando as informações oferecidas pela equipe, já que consideram apenas a água como líquido.

O item 9 do construto (*Você ingere alguma bebida alcoólica?*) foi respondido negativamente em 80% dos casos, o que nos faz concluir que a adesão neste aspecto é considerada satisfatória.

No entanto, foi surpresa o fato de 16% dos pacientes serem diagnosticados como etilistas ou ex-etilistas neste estudo. A miocardiopatia dilatada de origem alcoólica estava presente em 4% da amostra. O abuso do álcool e sua incidência em pacientes com IC têm sido discutido na literatura⁷⁸.

No estudo atual, dentre a amostra de pacientes com miocardiopatia dilatada de origem alcoólica (4%), a metade apresentou valores de Senso de Coerência inferiores à média (147,99). Entretanto, 100% apresentaram escores inferiores à média para o domínio *Manuseio* do questionário.

Um baixo escore no componente *Manuseio* pode significar que estes pacientes não são capazes de buscar e utilizar recursos que possam ajudá-los na luta contra o alcoolismo e na consequente adesão ao tratamento.

A última questão do instrumento de adesão (*Você faltou a alguma consulta médica, de enfermagem ou de exames programados?*) mostrou boa adesão, já que 89% dos entrevistados afirmaram não ter faltado a nenhum compromisso supracitado nos últimos 15 dias.

Também foram realizados testes de correlação entre Adesão e Senso de Coerência Total e por domínios. O teste de correlação de Pearson mostrou que não há correlação entre a Adesão ao Tratamento e o Senso de Coerência dos pacientes.

Os mesmos testes foram realizados para as variáveis independentes: idade, quantidade de medicamentos ingeridos ao dia e fração de ejeção, com as variáveis dependentes Adesão ao Tratamento e Senso de Coerência total e por domínios. Destas, a única relação que revelou associação foi entre *adesão e idade*. O coeficiente foi negativo, indicando que cada ano aumentado na idade do indivíduo, diminui o escore do questionário em aproximadamente 2 pontos.

Esses dados podem estar relacionados à dificuldade de compreensão apresentada por alguns idosos, pela falta de um acompanhante durante as consultas, fato comum presenciado pela pesquisadora, ou ainda pela própria incapacidade gerada pela doença, que pode causar sentimentos desmotivadores quando em fases avançadas da vida.

Estudo norte-americano, que analisou práticas e problemas associados ao tratamento de insuficiência cardíaca em idosos, enfatiza que a baixa adesão à terapia farmacológica e não farmacológica pode estar relacionada às questões depressivas e cognitivas comuns nesta faixa etária. Além disso, menciona o isolamento social como forte contribuinte na questão da baixa adesão⁷⁹.

Também foram realizadas análises entre algumas variáveis qualitativas selecionadas e os construtos de Adesão ao Tratamento e Senso de coerência. Dentre as variáveis selecionadas, obteve-se relação entre miocardiopatia e Adesão ao tratamento, verificada pelo Teste Exato de

Fisher. De acordo com o teste, dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou igual à média para o escore Adesão (51%), 43% eram miocardiopatas. Ou seja, ter o diagnóstico de miocardiopatia é um fator que pode ser responsável pela baixa adesão. Entretanto, o fato de 91% da amostra terem este diagnóstico, pode ser uma variável de confusão na análise e, além disso, soma-se ao fato de este questionário não ter apresentado uma boa consistência interna.

A variável hipertensão arterial sistêmica apresentou-se relacionada ao domínio *Compreensão* do Questionário de Senso de Coerência. O resultado do teste qui-quadrado para esta variável mostrou que, dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou iguais à média, para o escore em questão (51%), 22% eram hipertensos.

De acordo com Antonovsky²¹, o domínio *Compreensão* é o componente cognitivo do construto Senso de Coerência. A hipertensão é uma doença que exige muito controle e adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos⁸⁰; desta forma, talvez estes pacientes necessitem de maior atenção da equipe com relação à elucidação mais enfática sobre a hipertensão arterial e ao comprometimento que a não adesão ao tratamento pode causar no agravamento da insuficiência cardíaca.

O estudo do Senso de Coerência e da Adesão nesta amostra trouxe resultados que indicam deficiências na prática do cuidado e que indicam a necessidade de aprimoramento para a melhoria da condição clínica destes pacientes. Pesquisas futuras poderão ater-se ao estudo da associação entre a problemática da adesão e o Senso de Coerência ligados ao suporte social destes indivíduos.

Conclusões

Através dos achados deste estudo, pode-se concluir que:

- O perfil biossocial da amostra foi predominantemente de homens (70%), com idade superior a 40 anos (89%), casados ou com companheiros (66%), baixa escolaridade (65% com ensino fundamental), vinculados à religião católica (66%) e aposentados (44%).
- A maioria apresentou antecedentes clínicos de hipertensão (54%), dislipidemias (31%) e diabetes (25%).
- O principal diagnóstico responsável pelo quadro de insuficiência cardíaca foram as miocardiopatias (91%).
- Com relação ao Senso de Coerência, a distribuição da pontuação na amostra da população estudada variou entre 79 e 196, com média de 147,99 e desvio padrão de 23,101.
- Nos domínios do Questionário de Senso de Coerência, a variação da pontuação ocorreu na seguinte forma:
 - a) domínio *Compreensão*: variação entre 15 e 76 pontos, com média de 47,40 e desvio padrão em 10,64. Neste domínio, a pontuação poderia variar entre 11 e 77 pontos.
 - b) domínio *Manuseio*: variação entre 19 e 70 pontos, com média de 54,84 e desvio padrão em 10,05. Neste domínio, a pontuação poderia variar entre 10 e 70 pontos.
 - c) domínio *Significado*: variação entre 22 e 52 pontos, com média de 45,75 e desvio padrão em 7,78. Neste domínio, a pontuação poderia variar entre 8 e 56 pontos.
- A pontuação no Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca variou entre 26 e 58 pontos, média de 43,13, desvio padrão em 8,099. Neste questionário, a pontuação poderia variar entre 0 e 6 pontos.

- A idade foi o único fator preditor de Adesão ao tratamento.
- Gênero e renda familiar apareceram como fatores preditores do domínio *Compreensão* de Senso de Coerência.
- O gênero isoladamente foi determinado como fator preditor dos domínios *Manuseio*, significado e para o Senso de Coerência total.
- A correlação entre Senso de Coerência e Adesão ao tratamento não foi significativa.
- Houve correlação significativa e negativa entre idade e Adesão ao tratamento.
- A miocardiopatia mostrou-se como uma variável significativa quando se trata da adesão ao tratamento. Neste caso, dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou igual à média, para o escore Adesão (51%), 43% eram miocardiopatas.
- A hipertensão arterial sistêmica apresentou-se como uma variável significativa para o domínio *Compreensão* do construto Senso de Coerência. Dentre os indivíduos que apresentaram valores menores ou iguais à média, para o escore em questão (51%), 22% eram hipertensos.

Considerações Finais

O estudo do Senso de Coerência relacionado à adesão ao tratamento, em pacientes com diagnóstico de IC, apresentou algumas dificuldades no tocante à aplicabilidade dos questionários e à ausência de dados clínicos relevantes registrados no prontuário dos pacientes.

O questionário de Senso de Coerência, apesar de validado para a língua portuguesa, foi referido como de difícil compreensão pela população com baixo nível de escolaridade. Diante disso, talvez as terminologias utilizadas na construção dos itens possam ser readequadas, para que indivíduos com baixa escolaridade possam utilizar esta ferramenta de modo eficaz.

O Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca também mostrou-se de difícil compreensão pelos pacientes, além de não ter se apresentado com boa consistência interna nos testes estatísticos realizados.

A despeito disso, a pesquisa revelou resultados significativos no tocante aos aspectos bio-sociais e ao Senso de Coerência dos participantes.

A teoria Salutogênica foi considerada adequada na temática abordada, já que foram observados que muitos aspectos sociais e psicológicos, além da doença propriamente dita, estão envolvidos na questão da adesão e que, em última análise, não estão sendo considerados na abordagem destes pacientes.

Os resultados desta pesquisa sugerem reflexões acerca da utilização apenas do modelo biomédico no tratamento destes indivíduos e, especialmente, refletem a importância do trabalho do enfermeiro como agente transformador neste cenário, no qual os profissionais de saúde precisam utilizar ferramentas que individualizem o cuidado, com a finalidade de melhorar as condições de saúde da população.

Limites da Pesquisa

Alguns aspectos foram ressaltados como fatores de limites desta pesquisa, segundo as dificuldades encontradas em relação a:

➤ Escassez de artigos relacionados ao tema

Os estudos relacionados ao tema são de menor número, o que mostrou a necessidade de mais trabalhos sobre as temáticas adesão ao tratamento e Senso de Coerência na literatura de enfermagem. Além disso, em revisão literária, não foram encontrados artigos nacional e internacional que integrem os temas Senso de Coerência e adesão ao tratamento em pacientes com diagnóstico de IC, fato este que dificultou a comparação de resultados.

➤ Questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

O questionário de adesão não apresentou uma boa consistência interna, mas, apesar deste resultado, pelo estudo das questões individualmente, através de valores absolutos e médias das respostas, pode-se constatar que alguns aspectos da adesão ao tratamento precisam ser considerados para um melhor cuidado destes doentes.

➤ Questionário de Senso de Coerência

Foi percebido que os pacientes apresentavam muita dificuldade de compreensão de alguns itens do questionário. Apesar de o mesmo ter sido validado para a língua portuguesa, talvez sejam necessárias algumas adequações de linguagem com a finalidade de facilitar a compreensão do instrumento.

Referências Bibliográficas

- 1 - Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, Deckers JW, Poole-Wilson PA, Sutton GC et al. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J*. 1997; 18 (2): 208-225.
- 2 - Bocchi EA, Guimarães G, Tarasoutshi F, Spina G, Mangini S, Bacal F. Cardiomyopathy, adult valve disease, and heart failure in South América. *Heart* 2009; 95(3): 181-9.
- 3 - Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WAA, Rodrigues D et al . III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq. Bras. Cardiol*. 2009; 93:3-70.
- 4 - Kannel WB, Belanger AJ. Epidemiology of heart failure. *American Heart Journal*. 1991; 121(3):951-57.
- 5 - Data SUS [Internet] São Paulo; 2012. [atualizado 2012; citado 2012 dez. 3]. Disponível em [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).
- 6 - Barretto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO et al. Re-hospitalizações e morte por Insuficiência Cardíaca- índices ainda alarmantes. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(5): 335-41.
- 7 - Morgan K, McGee H, Shelley E. Quality of life assessment in heart failure interventions: a 10 year review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007; 14:589-607.
- 8 - Cohn JN, Johnson G, Ziesche S. A comparison of enalapril with hydralazine-isosorbide dinitrate in the treatment of chronic congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1991; 325:303-310.
- 9- Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: The Framingham Study. *J Amer College of Cardiol*. 1993; 22 (4): 6-13.

- 10 - Bacal F, Souza JDN, Fiorelli AI, Mejia J, Goulart FMB, Mangini S et al. II Diretriz brasileira de transplante cardíaco. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94:16-73.
- 11 - Dracup K, Baker DW, Dunbar SB, Dacey RA, Brooks NH, Johnson JC et al. Counseling, education and lifestyle modifications. *JAMA.* 1994; 272:1442-1446.
- 12 - Jacob AJ, Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2001; 54: 57–60.
- 13 - Cruz FD. Effect of a sequential education and monitoring programme on quality-of-life components in heart failure. *European Journal of Heart Failure.* 2010; 12:1009-15.
- 14 - Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA, et al. Long-Term Prospective, Randomized, Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The remadhe trial. *Circ health fail.* 2008; 1:115-24.
- 15 - Shalansky SJ, George J. Predictors of refill non-adherence in patients with heart failure. *British Journal of Clinical Pharmacology.* 2006; 63: 488-93.
- 16- Cardoso G, Trancas B, Luengo A, Reis D. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica. *Rev Port Cardiol.* 2008; 27 (1): 91-109.
- 17 - De Smedt RH, Jaarsma T, Ranchor AV, van derMeer K, Groenier KH, Haaijer-Ruskamp FM et al. Coping with adverse drug events in patients

with heart failure: Exploring the role of medication beliefs and perceptions. *Psychology & Health*. 2011; 1: 1-18.

18 - Jia-Rong W, Holmes GM, DeWalt DA, O'Connell AM, Domingo KB, Ruo B et al. Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2013;28 (3)1-7.

19 - Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.

20 - Eriksson M, Lindström B. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59:440–442.

21 - Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.

22 - Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 1993; 36:725–33.

23 - Antonovsky A. Breakdown: a needed fourth step in conceptual armamentarium of modern medicine. *Soc Sci Med*. 1972; 6:537-44.

24 - Gaspar FT, França C LG, Aparecida RS D. Strategy in the care of cardiac surgical patients: evaluation of the sense of coherence. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44 (3): 728-33.

25 -Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do questionário de senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. São Paulo. Tese [livre docência]- Universidade de São Paulo; 2007.

- 26 - Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60: 376-81.
- 27 - Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. *Research and Practice of Health Promotion*. 1999; 4: 1-132.
- 28 - Sanden-Eriksson B. Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs*. 2000; 31(6):1393-7.
- 29 - Wainwright NWJ, Surtees PG, Welch AA, Luben RN, Khaw KT, Bingham AS, et al. Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62: 829-831.
- 30 - Berg A, Hallberg IR. Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* . 1999; 6:371–81.
- 31 - Delbar V, Benor DE. Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2001;19:57–75.
- 32 - Strang S, Strang P. Spiritual thoughts, coping and 'sense of coherence' in brain tumour patients and their spouses. *Palliat Med*. 2001;15(2):127-34.
- 33- Kamwendo K, Hansson M, Hjerpe I. Relationships between adherence, sense of coherence, and knowledge in cardiac rehabilitation. *Rehabil Nurs*. 1998;23(5):240-5, 51.

- 34- Gustavsson A, Brannholm IB. Experienced health, life satisfaction, sense of coherence and coping resources in individuals living with heart failure. *Scand J Occup Ther*. 2003; 10:138-43.
- 35- Falk K, Swedberg K, Gaston-Johansson F, Ekman I. Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007;6:99-104.
- 36 - Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:460-6.
- 37 - Hoehn A K. The relationship between family sense of coherence and family quality of life after illness diagnosis. Collective and consensus views. In: McCubbin HI, Thompson TE, Thompson AI, et al, eds. *Stress, coping, and health in families. Sense of coherence and resiliency*. Thousand Oaks. 1998:169-87.
- 38 - Vinson JA. Children with asthma: initial development of the child resilience model. *Pediatric Nursing*. 2002;28:149-58.
- 39- Brasil. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB [Internet]. Brasília; 1996 [citado 2013 abr. 5]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/ldb>.
- 40 - Cronbach LJ. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
- 41 - Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Li W. *Applied Linear Statistical Models*. Mc Graw-Hill/Irwin, 2004;5:1973.

- 42 - LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- 43 - Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 5ªed..São Paulo: Artmed;2004.
- 44 - Ruzyczka EW, Milaniak I, Przybylowski P, Wierzbicki K, Siwinska J, Hubner FK, SadowskiJ. Depression and Quality of Life in Terms of Personal Resources in Heart Transplant Recipients. Transplantation Proceedings. 2011; 43: 3076-81.
- 45 - Bergman E, Malm D, Karlsson JE, Bertero C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: sense of coherence, quality of life, and symptoms. Heart and lung. 2009; 38 (2): 129-40.
- 46 - Torрати FG, Gois CFL, Dantas RAS. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3): 739-44.
- 47 - Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(2): 225-31.
- 48 - Jong MJ, Chung ML, WU JR, Riegel B, Raynes MK, Moser DK. Linkages between anxiety and outcomes in heart failure. Heart and lung. 2011; 30:1-12.
- 49 - Vaccarino V, Chen YT, Wang Y, Radford MJ, Krumholz HM. Sex differences in the clinical care and outcomes of congestive heart failure in the elderly. Am Heart J. 1999;138:835-42.

- 50 - Martensson J, Karlsson JE, Fridlund B. Male patients with congestive heart failure and their conception of life situation. *J Adv Nurs* 1997;25:579-86.
- 51 - Martensson J, Karlsson JE, Fridlund B. Female patients with congestive heart failure: how do they conceive their life situation. *J Adv Nurs* 1998; 28:1216-24.
- 52 - Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência cardíaca Crônica-2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 98 (supl. 1): 1-33.
- 53 - Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, et al: Factors of risk in the development of coronary heart disease—six year follow-up experience. The Framingham Study. *Ann Intern Med* 1961;55:33-50.
- 54 - Dantas RAS, Pelegrino VM, Garbin LM. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saúde.* 2007; 6(4): 456-62.
- 55 - Esqueivel JH, Spicer JG. Association of Partner Status and Disposition With Re-hospitalization in Heart Failure Patients. *Am J Crit Care* 2012; 21: 65-73.
- 56 - Baghianimoghadam MH, Shogafard G, Sanati HR, Baghianimoghadam B, Mazloomi SS, et al. Application of the Health Belief Model in Promotion of Self-Care in Heart Failure Patients. *Acta Medica Iranica.* 2013; 51(1):52-58.
- 57 - Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos

enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(1):165-170.

58 - Soares AD, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(2):243-8.

59- Lindenauer PK, Lagu T, Rothberg MB, Avrunin J, Pekow OS, et al. Income inequality and 30 day outcomes after acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia: retrospective cohort study. *BMJ* 2013; 346:1-10.

60 - Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, Gottlieb SH. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2007;22(4):470-7.

61 - Delagado C. Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(3): 229–234.

62 - Murray MD, Tu W, WU J, Morrow D, Smith F, Brater DC. Factors associated with exacerbation of heart failure include treatment adherence and health literacy skills. *Clin Pharmacol Ther*. 2009; 85(6): 651-58.

63 - World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action.[Internet]. Geneva.;2003. [citado 2013 jan 15]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

64 - Dantas RAS, Motzer AS, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39:745-55.

- 65 - Bruscia K, Shultis C, Dennery K, Dileo C. The Sense of Coherence in Hospitalized Cardiac and Cancer Patients. *Journal of Holist Nursing*. 2008; 26(4):286-94.
- 66 - Nio K. Sense of coherence in adolescents with congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young* 2010; 20(5): 538–546.
- 67 - Volanen SM, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scand J Psychol*. 2007; 48(5): 433-41.
- 68 - Larsson G, Kallenberg KO. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of Public Health*. 1996; 6(3): 175-80.
- 69 - Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- 70 - Takakia H, Ishiib Y. Sense of coherence, depression, and anger among adults with atopic dermatitis. *Psychology, Health & Medicine*. 2013;1-10.
- 71 - Luutonen S, Sohlman B, Salonkangas RKR, Lehtineni V, Dowrick C. Weak sense of coherence predicts depression: 1-year and 9-year follow-ups of the Finnish Outcomes of Depression International Network (ODIN) sample. *Journal of Mental Health*. 2011; 20(1): 43–51.
- 72 - Konttinen H, Haukkala A, Uutela A. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social Science & Medicine*. 2008; 66: 2401-12.
- 73 - Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2): 225-31.

74 - Ekman I, Andersson G, Boman K, Charlesworth A, Cleland JG, Poole-Wilson P, et al. Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-years randomized trial. *Patient Educ Couns*. 2006; 61 (3): 348-53.

75 - Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(4): 647-53.

76 - Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G., McMurray JJV., Ponikowski P., Poole-Wilson PA. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur J Heart Fail* 2008; 10 (10): 933-989.

77 - Riegel B., Moser DK., Anker SD., Appel LJ., Dunbar SB., Grady KL. et al. State of the Science: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2009; 120 (12): 1141-63.

78 - Skotzo CE, Vrinccanu A, Krueger L, Freudenberger. Alcohol use and congestive heart failure: incidence, importance, and approaches to improved history taking. *Heart Fail Rev*. 2009;14:51-5.

79 - Abete P, Testa G, Della-Morte D, Gargiulo G, Galizia G, et al. Treatment for chronic heart failure in the elderly: current practice and problems. *Heart Fail Rev*. 2012;17 (6):1-23.

80 - Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Jr D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16(1):38-43.

Anexos

ANEXO I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - HCFMUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: ANÁLISE DA CORRELAÇÃO EXISTENTE ENTRE SENSO DE COERÊNCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Área Temática:

Pesquisador: Edimar Alcides Bocchi

Versão: 2

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

CAAE: 00705012.5.0000.0068

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 58894

Data da Relatoria: 18/07/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto bem elaborado, que respeita as normas de um estudo científico.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as características sócio demográficas dos doentes 2. Analisar as características clínicas dos portadores de IC; 3. Identificar o grau de adesão destes doentes ao tratamento; 4. Identificar o senso de coerência e seus elementos predominantes; 5. Verificar a correlação existente entre os dados sociodemográficos, as características clínicas, o SOC e o grau de adesão ao tratamento de pacientes portadores de insuficiência cardíaca

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto é praticamente sem riscos, mas trará benefícios para adesão dos pacientes ao tratamento após sua conclusão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada, com objetivos claros e método adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequados.

Recomendações:

As sugestões enviadas no parecer anterior foram acatadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as questões colocadas foram respondidas e o TCLE foi ajustado. Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Julho de 2012

Assinado por:
Luiz Eugênio Garcez Leme

ANEXO II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 1º de novembro de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Ana Lucia Siqueira Costa

Ref.: Processo nº 1090/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0104.0.196.015-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Análise da correlação entre senso de coerência e adesão ao tratamento em portadores de insuficiência cardíaca**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO III

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM
ENFERMAGEM**

Questionário de Senso de Coerência

Aqui está uma série de questões relacionadas à vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa a sua resposta com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras escritas abaixo do número 1 circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras escritas abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

1 - Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?						
1 Nunca tenho essa sensação	2	3	4	5	6	7 Sempre tenho essa sensação
2 - Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração dos outros, você teve a sensação de que:						
1 Com certeza não seria feito	2	3	4	5	6	7 Com certeza seria feito
3 - Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?						
1 Você sente que não as conhece	2	3	4	5	6	7 Você as conhece muito bem
4 - Com que frequência você tem a sensação que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor?						
1 Raramente ou nunca	2	3	4	5	6	7 Com muita frequência
5 - Alguma vez já aconteceu com você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?						
1 Nunca aconteceu	2	3	4	5	6	7 Sempre aconteceu
6 - Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?						
1 Nunca aconteceu	2	3	4	5	6	7 Sempre aconteceu

7 - A vida é:						
1 Muito interessante	2	3	4	5	6	7 Muito rotineira
8 - Até agora a sua vida tem sido:						
1 Sem qualquer objetivo ou finalidade	2	3	4	5	6	7 Com finalidade e objetivos claros
9 - com que frequência você têm a sensação de que está sendo tratado injustamente?						
1 Com muita frequência	2	3	4	5	6	7 Raramente ou nunca
10 - Nos últimos dez anos a sua vida tem sido:						
1 Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida	2	3	4	5	6	7 Completamente previsível (esperada)
11 - A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:						
1 Completamente fascinante	2	3	4	5	6	7 Extremamente chata
12 - Com que frequência você têm a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?						
1 Com muita frequência	2	3	4	5	6	7 Raramente ou nunca
13 - Como você vê a vida?						
1 Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida	2	3	4	5	6	7 Não há soluções para os sofrimentos da vida
14 - Quando você pensa na vida, frequentemente você:						
1 Sente o quanto é bom estar vivo	2	3	4	5	6	7 Pergunta a si mesmo porque você existe

15 - Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:						
1 Sempre confusa e difícil de encontrar	2	3	4	5	6	7 Sempre completamente clara e fácil de encontrar
16 - Fazer as coisas que você faz todos os dias é:						
1 Uma fonte de grande prazer e satisfação	2	3	4	5	6	7 Uma fonte de sofrimento e chatice
17 - sua vida no futuro provavelmente será:						
1 Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida	2	3	4	5	6	7 Completamente previsível (esperada)
18 - Quando algo desagradável aconteceu sua tendência foi:						
1 Ficar se “remoendo de raiva” sobre o acontecido	2	3	4	5	6	7 Dizer “está tudo bem, tenho que viver com isso” e seguir em frente
19 - Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?						
1 Com muita frequência	2	3	4	5	6	7 Raramente ou nunca
20 - Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente?						
1 Com certeza você continuará sentindo-se bem	2	3	4	5	6	7 Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação
21 - Com que frequência acontece de você ter sentimentos que preferiria não sentir?						
1 Com muita frequência	2	3	4	5	6	7 Raramente ou nunca

22 - Você acha que sua vida pessoal no futuro será:						
1 Totalmente sem significado e finalidade	2	3	4	5	6	7 Cheia de significado e finalidade
23 - Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?						
1 Você está certo que essas pessoas existirão	2	3	4	5	6	7 Você duvida que essas pessoas existirão
24 - Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?						
1 Com muita frequência	2	3	4	5	6	7 Raramente ou nunca
25 - Muitas pessoas- mesmo aquelas mais fortes- algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?						
1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Com muita frequência
26 - Quando alguma coisa acontece à você, em geral você acha que:						
1 Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu	2	3	4	5	6	7 Você viu as coisas na medida certa
27 - Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você têm a sensação de que:						
1 Sempre terá sucesso em superar as dificuldades	2	3	4	5	6	7 Não terá sucesso em superar as dificuldades
28 - Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que você faz na sua vida diária?						
1 Com muita frequência	2	3	4	5	6	7 Raramente ou nunca

29 - Com que frequência tem a sensação de que não consegue manter seu auto-controle?						
1 Com muita frequência	2	3	4	5	6	7 Raramente ou nunca

ANEXO IV

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DE ADEÇÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

1- Medicamentos

1.1 - Toma regularmente os medicamentos de acordo com a prescrição?

- 0 - Nunca (0%) ()
- 1 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 2 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 5 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 6 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()

2- Alimentação e líquidos

2.1 - Tem se pesado diariamente?

- 0 - Nunca (0%) ()
- 1 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 2 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 5 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 6 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()

2.2 - Você restringe a adição de sal nos alimentos?

- 0 - Nunca (0%) ()
- 1 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 2 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 5 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 6 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()

2.3 - Você adiciona temperos, molhos e outros alimentos industrializados com sal em suas refeições?

- 0 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()
- 1 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 2 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 5 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 6 - Nunca (0%) ()

2.4 - Você se alimenta fora de casa sem restringir o sal?

- 0 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()
- 1 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 2 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 5 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 6 - Nunca (0%) ()

2.5 - Você tem consumido em suas refeições sopas, gelatina, sorvete, suco, leite, chá, café, refrigerantes, etc, sem considerar a quantidade de líquido?

- 0 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()
- 1 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 2 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 5 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 6 - Nunca (0%) ()

2.6 - Você restringe a ingestão de líquidos de acordo com a orientação médica ou da enfermeira?

- 0 - Nunca (0%) ()
- 1 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 2 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 5 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 6 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()

2.7 - Você ingere frutas com alto teor de líquido, tal como as laranjas, melão, melancia, abacaxi, água de coco, etc, sem considerar o líquido?

- 0 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()
- 1 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 2 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 5 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 6 - Nunca (0%) ()

2.8 - Você ingere alguma bebida alcoólica?

- 0 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()
- 1 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 2 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 5 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 6 - Nunca (0%) ()

3- Compromissos médicos

3.1 - Você faltou a alguma consulta médica, de enfermagem ou de exames programados?

- 0 - Sempre (durante 15 dias ou 100%) ()
- 1 - Quase sempre (de 12 a 14 dias ou de 76 a 99%) ()
- 2 - A maioria das vezes (de 8 a 11 dias ou de 80 a 93%) ()
- 3 - Algumas vezes (de 5 a 7 dias ou de 33 a 47%) ()
- 4 - Poucas vezes (durante 3 a 4 dias ou de 20 a 27%) ()
- 5 - Quase nunca (de 1 a 2 dias ou de 1 a 13%) ()
- 6 - Nunca (0%) ()

Apêndices

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM
ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA E COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO
LEVANTAMENTO DE DADOS BISSOCIAIS E CLÍNICOS DOS PACIENTES
ATENDIDOS NA UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E TRANSPLANTE

Dados de Identificação		Formulário nº:
Nome:		RG HC:
Sexo: () Masculino () Feminino		
Data de Nascimento:		
Idade Atual:	Idade Diagnóstico:	
Situação marital: () casado () solteiro () divorciado () viúvo		
Escolaridade: () Doutorado () Mestrado () Pós Graduação () Superior completo () Superior Incompleto () Ensino médio completo () Ensino médio Incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental Incompleto () Analfabeto		
Profissão:		
Afastamento do Trabalho: () Sim () Não		
Renda Familiar: () Menor que um salário mínimo () Entre 1 e 3 salários mínimos () Entre 3 e 5 salários mínimos () Entre 5 e 8 salários mínimos () Maior que 8 salários mínimos		
Possui dependentes: () Não () Sim Quantos?		
Crença Religiosa:		
Dados Clínicos		
Diagnósticos:		
Classe Funcional IC: () I () II () III () IV		
Fração de Ejeção:		
Doenças Associadas:		
Fila de Tx? () Sim () Não		
Pratica Atividade Física? () Não () Sim Quantas Vezes por semana?		
Tempo de Início dos Sintomas:		
Tempo de Acompanhamento no Ambulatório InCor:		
Data da Entrevista:		
Comentários Entrevistador:		

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) têm uma doença chamada insuficiência cardíaca que causa muitos sintomas como: cansaço, falta de ar, dificuldade para caminhar e para fazer atividades comuns como subir escadas, varrer o quintal e em alguns casos, até para tomar banho.

Muitas pessoas assim como o senhor (a) também têm essa doença, porém, não conseguem seguir o tratamento médico e então, acabam piorando esses sintomas.

Estamos realizando uma pesquisa para tentar entender porquê algumas pessoas não conseguem seguir o tratamento médico. O pesquisador responsável é o Prof. Dr. Edimar Alcides Bocchi e a pesquisadora que realizará a entrevista é a Enfermeira Simone Alvarez Moretto.

O senhor (a) está sendo convidado a participar desta pesquisa. Para isso, terá que responder à dois questionários. Um deles se chama questionário de senso de coerência e têm 29 perguntas. Neste questionário o senhor (a) responderá perguntas sobre a sua vida cotidiana como, por exemplo, qual a sua reação quando alguém lhe magoa ou ainda, se o senhor (a) se considera uma pessoa otimista ou pessimista com relação ao futuro. Através das suas respostas identificaremos se o senhor tem um alto senso de coerência ou um baixo senso de coerência.

O Senso de Coerência diz respeito a quanto somos afetados com os problemas da nossa vida e o que fazemos para resolvê-los. Procura saber porque algumas pessoas superam os problemas enquanto outras não conseguem enfrentá-los. As pessoas que têm um alto senso de coerência são, em geral, aquelas que resolvem os problemas que vão aparecendo em suas vidas de um modo mais fácil. Já as pessoas que têm um baixo Senso de

Coerência são aquelas que, em geral, se abalam mais com os problemas e têm mais dificuldade em pedir ajuda de outras pessoas. Algumas pesquisas já comprovaram que pacientes com problemas no coração que têm um alto senso de coerência têm menos chance de ter depressão, comem alimentos mais saudáveis, fazem mais exercícios físicos e vão mais nas consultas com o médico do que as pessoas que têm um senso de coerência baixo.

O outro se chama questionário de Adesão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca e têm 10 perguntas. Esse questionário quer saber como o senhor (a) está seguindo o tratamento. Esse questionário têm perguntas sobre os remédios que o senhor(a) toma, sobre a quantidade de líquidos que o senhor(a) bebe por dia, sobre a quantidade de sal que o senhor come por dia e, quanto mais pontos o senhor fizer neste questionário, melhor o senhor (a) estará seguindo seu tratamento.

Analisaremos suas respostas nos dois questionários para sabermos como está o seu senso de coerência e como o senhor está seguindo o seu tratamento. Depois, suas respostas serão comparadas com as respostas de outros pacientes com insuficiência cardíaca para que, futuramente, nós possamos ajudar as pessoas a melhorarem seu senso de coerência e também a seguirem melhor as recomendações sobre o tratamento da doença.

Caso concorde em participar, responderá à esses dois questionários antes ou depois da sua consulta com o médico, de acordo com a sua preferência. Também coletaremos algumas informações sobre a sua doença diretamente do seu prontuário médico. O tempo para responder aos questionários é, em média, 20 minutos.

Gostaria de informar que esta pesquisa não trará nenhum benefício ao seu tratamento atual. Sua participação poderá ajudar futuramente às pessoas que têm insuficiência cardíaca a seguirem melhor o tratamento médico. Ao final das perguntas, o senhor (a) apenas ficará sabendo como está o seu senso de coerência e se está seguindo corretamente o tratamento médico.

O senhor (a) não receberá dinheiro por sua participação e a qualquer momento poderá retirar seu consentimento em participar desta pesquisa. Seu

tratamento neste hospital será realizado da mesma forma, sem nenhum prejuízo.

timos que não divulgaremos seu nome nem seus dados pessoais em hipótese alguma. Suas respostas só serão usadas em eventos científicos, e só serão publicadas em revistas científicas sem revelar sua identidade.

Em qualquer fase desta pesquisa o senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis para qualquer esclarecimento. A pesquisadora Simone Alvarez Moretto poderá ser encontrada no endereço: Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, n. 419, telefone (11) 2661-7544. Se o senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)- Rua Ovídio Pires de Campos, 225- 5º andar- tel: 2661-6422 ramais 16,17,18 ou 20, FAX: 2661-6422 ramal 26- E mail: cappesq@hcnet.usp.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Análise da Correlação Existente entre Senso de Coerência e Adesão ao Tratamento de Pacientes com Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca".

Eu discuti com o Prof.Dr. Edimar Alcides Bocchi e/ ou com a Enfermeira Simone Alvarez Moretto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram 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 tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. 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.

São Paulo, _____de _____de 2012

Nome do participante: _____

Nº do registro: _____

Endereço e telefone para contato: _____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Simone Alvarez Moretto