UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

REJANE KIYOMI FURUYA

PROGRAMA EDUCATIVO COM
SEGUIMENTO POR TELEFONE PARA
PACIENTES SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO
CORONÁRIA PERCUTÂNEA: ENSAIO
CLÍNICO CONTROLADO E ALEATORIZADO

RIBEIRÃO PRETO
2013

REJANE KIYOMI FURUYA

**PROGRAMA EDUCATIVO COM
SEGUIMENTO POR TELEFONE PARA
PACIENTES SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO
CORONÁRIA PERCUTÂNEA: ENSAIO
CLÍNICO CONTROLADO E ALEATORIZADO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ENFERMAGEM

LINHA DE PESQUISA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E FILOSÓFICOS DO CUIDAR

ORIENTADOR:

PROF^a. DR^a. LIDIA APARECIDA ROSSI

**RIBEIRÃO PRETO
2013**

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Furuya, Rejane Kiyomi

Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea: ensaio clínico controlado e aleatorizado. Ribeirão Preto, 2013.

217 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem.

Orientador: Rossi, Lidia Aparecida.

1. Educação em saúde. 2. Enfermagem. 3. Telefone. 4. Intervenção coronária percutânea. 5. Doença da artéria coronariana. 6. Ensaio clínico controlado aleatório. 7. Autoeficácia.

REJANE KIYOMI FURUYA

**PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE PARA
PACIENTES SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA:
ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E ALEATORIZADO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades
de Doutorado em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade de São Paulo
e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

ORIENTADORA:
PROF^A. DR^A. LIDIA APARECIDA ROSSI

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR.: _____	INSTITUIÇÃO: _____
JULGAMENTO: _____	ASSINATURA: _____

PROF. DR.: _____	INSTITUIÇÃO: _____
JULGAMENTO: _____	ASSINATURA: _____

PROF. DR.: _____	INSTITUIÇÃO: _____
JULGAMENTO: _____	ASSINATURA: _____

PROF. DR.: _____	INSTITUIÇÃO: _____
JULGAMENTO: _____	ASSINATURA: _____

PROF. DR.: _____	INSTITUIÇÃO: _____
JULGAMENTO: _____	ASSINATURA: _____

Dedicatória

Aos meus pais, Roberto e Regina,
pelos ensinamentos, por serem meus maiores e melhores
exemplos e, principalmente, pelo amor incondicional.

Ao meu amor, Willian,
pelo amor, amizade, carinho,
compreensão e companheirismo.

Ao meu irmão Ricardo e a minha cunhada Aryana,
pela força e apoio, por acreditarem em mim e
por me proporcionarem momentos de muitas alegrias
ao lado do meu sobrinho e afilhado, Rafael,
um grande presente em nossas vidas.

Agradecimentos

A Deus
pela minha vida, minha família e meus amigos.
É Ele quem guia os meus passos e quem me fortalece.

À Nossa Senhora,
por sua intercessão e bênção todos os dias.

Em especial, à professora
Lidia Aparecida Rossi, minha orientadora.
Obrigada pelos ensinamentos, pela amizade,
pela preocupação em todos os momentos.
Obrigada por acreditar em meu potencial
e pelo estímulo para que eu pudesse amadurecer
como pessoa e como pesquisadora. Eu a admiro
muito e você é um grande exemplo para mim.

À professora **Rosana Aparecida Spadoti Dantas**.
Obrigada pelos ensinamentos, pela amizade e
pelos valiosos auxílios em todas as fases do doutorado.

À professora **Márcia Ciol**.
Obrigada pelos ensinamentos e pelos valiosos
auxílios em todas as fases do doutorado.
Obrigada pelas sugestões, correções e
aprimoramento realizados em minha tese.

Aos professores da minha banca examinadora,
pela disponibilidade e pelas contribuições nesta pesquisa.

À minha querida amiga, Eliana de Cássia Arantes Costa.

Obrigada pela amizade, por ser uma pessoa
em quem eu confio para todos os momentos.
Obrigada pela imensa ajuda para concretização
da minha tese de doutorado.

À minhas amigas, Carina Aparecida Marosti Dessote e
Rosamary Aparecida Garcia Stuchi.

Obrigada pela amizade e por toda ajuda nesta pesquisa.

Aos alunos de iniciação científica e, agora, enfermeiros,
Mariana Coelho e Vitor César Richter.

Obrigada pela ajuda para a realização desta pesquisa.

Às colegas de pós-graduação, Aridiane, Caroline, Fernanda,
Flávia, Inaiara, Lilian, Luciana, Marina e Natália.

Obrigada pela ajuda ao longo de minha trajetória,
pelos ensinamentos e pelos momentos compartilhados.

Às minhas amigas e às colegas do
Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina.

Obrigada por tornar possível o desenvolvimento do
doutorado concomitantemente com o serviço, e pela
amizade e pelo carinho que sempre recebi de vocês.

A todos os **participantes deste estudo**.
Obrigada por compartilharem as suas vidas comigo,
pelo carinho que recebi de vocês e por tornarem
possível a realização desta conquista.

Aos **funcionários** da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas,
pela atenção, pela disponibilidade, pelo apoio e
pelo auxílio para o desenvolvimento desta pesquisa.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de São Paulo (FAPESP)**,
por subsidiar esta pesquisa
(processo número 2010/10006-8 e
processo número 2010/19761-3,
Fundação de Amparo à
Pesquisa do Estado de São Paulo
[FAPESP]).

FURUYA, R. K. **Programa Educativo com Seguimento por Telefone para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea: ensaio clínico controlado e aleatorizado.** 2013. 217p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

RESUMO

Introdução. A intervenção coronária percutânea (ICP) é um dos tratamentos para pacientes com doença arterial coronária (DAC). Essa intervenção deve ser acompanhada de outras medidas terapêuticas com o intuito de reduzir as incapacidades e o risco de novos eventos coronários; de controlar a progressão da doença; e de melhorar a qualidade de vida. Essas medidas compreendem a prevenção secundária da DAC e estão, principalmente, relacionadas às mudanças no estilo de vida para o manejo de fatores de risco para DAC. O contato por telefone tem sido utilizado por profissionais da área da saúde para o seguimento do paciente e da família no cuidado com diversas condições crônicas, incluindo a DAC. **Objetivo.** Desenvolver, implementar e avaliar um programa educativo com seguimento por telefone, durante o período de quatro meses após a alta hospitalar, para pacientes submetidos à ICP com o objetivo de melhorar o estado de saúde percebido, a autoeficácia, a adesão aos medicamentos e o estado emocional desses pacientes, bem como comparar desfechos do Programa Educativo com os de serviços de rotina hospitalar. **Método.** Ensaio clínico controlado e aleatorizado, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A amostra deste estudo foi constituída pelos pacientes submetidos à primeira ICP, entre agosto de 2011 e junho de 2012. Os participantes foram aleatorizados para o Programa Educativo com Seguimento por Telefone (grupo intervenção [GI]: 30 participantes) ou cuidado conforme a rotina da instituição (grupo controle [GC]: 30 participantes). O referencial teórico que fundamentou o Programa Educativo aplicado neste estudo foi o construto de autoeficácia, presente na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. O desfecho principal foi o estado de saúde percebido, avaliado pelo *Medical Outcomes Survey 36- Item Short Form* (SF-36), e os desfechos secundários foram a autoeficácia avaliada pela Escala de Autoeficácia Geral Percebida, a adesão aos medicamentos por meio do instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e o estado emocional (ansiedade e depressão) avaliado pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Os desfechos foram avaliados antes do procedimento (T0) e seis meses após a ICP (T1). A análise foi por análise descritiva, análise de variância para medidas repetidas, teste de Qui-quadrado e risco relativo com intervalo de confiança de 95%. O nível de significância foi de 0,05. Este ensaio clínico foi registrado sob o número NCT01341093. **Resultados.** Na avaliação do estado de saúde percebido, com um nível de significância de 0,05, nenhuma interação (tempo e grupo) ou grupo foi estatisticamente significante, mas houve interação entre tempo e grupo com valores de nível de significância entre 0,05 e 0,10 no Sumário do Componente Mental ($p=0,08$) e no domínio Aspectos Emocionais ($p=0,07$) e melhora no domínio Aspectos Sociais no GI ($p=0,10$). Na avaliação da autoeficácia, não houve diferenças entre os grupos ou tempos. Houve alta percentagem de participantes que relataram adesão aos medicamentos nos tempos T0 e T1, nos dois grupos (mais de 90% inicial e no seguimento). Na avaliação da ansiedade, seis meses após a ICP, houve aumento de não-caso de ansiedade no GI e diminuição no GC, e a associação entre as variáveis foi estatisticamente significativa ($p=0,04$). Ao final do seguimento, o risco relativo do GI de ser não-caso de ansiedade foi de 1,6 (intervalo de confiança [IC] de 95%=1,0 a 2,4) quando comparado com o GC. Em relação à depressão, não houve evidência de diferenças no percentual de pacientes não-caso de depressão entre os grupos (GI e GC), tanto na internação como no seguimento. Ao final do seguimento, o risco relativo do GI de ser não-caso de depressão foi de 0,8 (intervalo de confiança [IC] de 95%=0,6 a 1,1), quando comparado com o GC. **Conclusão.** O Programa Educativo com Seguimento por Telefone é uma intervenção promissora para melhorar o estado de saúde percebido e para reduzir a ansiedade de pacientes submetidos à ICP. Pode ser necessário aperfeiçoar a intervenção para que haja efeitos na autoeficácia e na depressão. Os instrumentos para medidas de autoeficácia e de adesão aos medicamentos precisam ser melhorados.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde, educação de pacientes como assunto, enfermagem, telefone, intervenção coronária percutânea, doença da artéria coronariana, ensaio clínico, ensaio clínico controlado aleatório, autoeficácia.

FURUYA, Rejane Kiyomi. **Educational Program with Telephone Follow-up for patients submitted to percutaneous coronary intervention: randomized controlled clinical trial.** 217p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

ABSTRACT

Introduction. Percutaneous coronary intervention (PCI) is one of the treatments available for coronary artery disease (CAD) patients. This intervention should be accompanied by other therapeutic interventions with the aim of reducing disabilities and the risk of new coronary events, controlling the progression of the disease, and improving the quality of life. These interventions comprise the secondary prevention of CAD and are mainly related to lifestyle changes, aiming to manage risk factors for CAD. Health professionals have used telephone follow-up to monitor patients and families in the delivery of care to different chronic conditions, including CAD. **Objective.** To develop, to implement and to assess an educational program with telephone follow-up, during four months after hospital discharge, for patients submitted to PCI, with the aim of improving the perceived health status, self-efficacy, medication adherence and emotional status of these patients, as well as to compare outcomes of the Educational Program with routine hospital services. **Method.** Randomized controlled clinical trial, developed at the Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas*, Brazil. The study sample included patients who had been submitted to their first PCI between August 2011 and June 2012. The participants were randomly assigned to the Educational Program with Telephone Follow-up (intervention group [IG]: 30 participants) and routine care (control group [CG]: 30 participants). The theoretical framework that supported the Educational Program applied in this study was the self-efficacy construct in Albert Bandura's Social Cognitive Theory. The main outcome was the perceived health status, assessed using the *Medical Outcomes Survey 36-Item Short Form* (SF-36); and the secondary outcomes were self-efficacy, assessed using the Perceived General Self-Efficacy Scale; medication adherence, assessed using the *Medida de Adesão ao Tratamento* (MAT); and the emotional status (anxiety and depression), assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The outcomes were evaluated before the procedure (T0) and six months after the PCI (T1). Descriptive analysis was applied, as well as variance analysis for repeated measures, the chi-square test and relative risk, with the confidence interval set at 95%. Significance was set at 0.05. This clinical trial was registered under number NCT01341093. **Results.** In the assessment of the perceived health status, with significance set at 0.05, no interaction (time and group) or group was statistically significant, but interaction between time and group was verified, with significance levels ranging between 0.05 and 0.10 in the Mental Component Summary ($p=0.08$) and in the Emotional Aspects domain ($p=0.07$); as well as improvement in the Social Aspects domain for the IG ($p=0.10$). In the assessment of self-efficacy, no differences were found between the groups or times. Many participants indicated medication adherence at T0 and T1 in the two groups (more than 90% initially and during the follow-up). In the assessment of anxiety levels six months after the PCI, the number of non-cases of anxiety increased in IG and dropped in CG, with a statistically significant association between the variables ($p=0.04$). At the end of the monitoring, the relative risk of being a non-case of anxiety in IG corresponded to 1.6 (95% confidence interval [CI]=1.0 - 2.4) when compared to CG. As regards depression, no evidence was found of differences in the percentage of patients non-case of depression between the groups (IG and CG), neither during hospitalization nor during follow-up. At the end of the follow-up, the relative risk of IG being a non-case of depression corresponded to 0.8 (95% confidence interval [CI]=0.6 - 1.1) when compared to CG. **Conclusion.** The Educational Program with Telephone Follow-up is a promising intervention to improve the perceived health status and reduce the anxiety of patients submitted to PCI. The intervention may need further development to influence self-efficacy and depression. Self-efficacy and medication adherence instruments need improvements.

KEYWORDS: Health education, patient education as topic, nursing, telephone, percutaneous coronary intervention, coronary disease, clinical trial, randomized controlled trial, self-efficacy.

FURUYA, Rejane Kiyomi. **Programa Educativo con Seguimiento por Teléfono para pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea: ensayo clínico controlado y aleatorizado**. 217p.Tesis (doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

RESUMEN

Introducción. La intervención coronaria percutánea (ICP) es uno de los tratamientos para pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC). Esa intervención debe ser acompañada por otras medidas terapéuticas a fin de reducir las incapacidades y el riesgo de nuevos eventos coronarios; controlar la progresión de la enfermedad; y mejorar la calidad de vida. Esas medidas comprenden la prevención secundaria de la EAC y están principalmente relacionadas a cambios en el estilo de vida para el manejo de factores de riesgo para EAC. El contacto por teléfono ha sido utilizado por profesionales del área de la salud para el seguimiento del paciente y de la familia en el cuidado con diversas condiciones crónicas, incluso la EAC. **Objetivo.** Desarrollar, implementar y evaluar un Programa Educativo con Seguimiento por Teléfono, durante el período de cuatro meses después del alta hospitalaria, para pacientes sometidos a ICP, con objeto de mejorar el estado de salud percibido, la autoeficacia, la adhesión a los medicamentos y el estado emocional de esos pacientes, y también comparar desenlaces del Programa Educativo con aquellos de servicios de rutina hospitalaria. **Método.** Ensayo clínico controlado y aleatorizado, llevado a cabo en el *Hospital das Clínicas* de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Brasil. La muestra de este estudio abarcó los pacientes sometidos a la primera ICP, entre agosto del 2011 y junio del 2012. Los participantes fueron aleatorizados entre el Programa Educativo con Seguimiento por Teléfono (grupo intervención [GI]: 30 participantes) o cuidado según la rutina de la institución (grupo control [GC]: 30 participantes). El referencial teórico que fundamentó el Programa Educativo aplicado en este estudio fue el constructo de autoeficacia, presente en la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura. El desenlace principal fue el estado de salud percibido, evaluado mediante el *Medical Outcomes Survey 36- Item Short Form* (SF-36), y los desenlaces secundarios fueron la autoeficacia, evaluada con la Escala de Autoeficacia General Percibida, la adhesión a los medicamentos mediante la *Medida de Adesão ao Tratamento* (MAT) y el estado emocional (ansiedad y depresión) evaluado por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Los desenlaces fueron evaluados antes del procedimiento (T0) y seis meses después de la ICP (T1). Para el análisis fueron aplicados el análisis descriptivo, análisis de variancia para medidas repetidas, test de ji-cuadrado y riesgo relativo con intervalo de confianza del 95%. El nivel de significancia correspondió a 0,05. Este ensayo clínico fue registrado con el número NCT01341093. **Resultados.** En la evaluación del estado de salud percibido, con nivel de significancia de 0,05, ninguna interacción (tiempo y grupo) o grupo fue estadísticamente significativo, pero fue encontrada interacción entre tiempo y grupo con niveles de significancia entre 0,05 y 0,10 en el Sumario del Componente Mental ($p=0,08$) y en el dominio Aspectos Emocionales ($p=0,07$) y mejora en el dominio Aspectos Sociales en el GI ($p=0,10$). En la evaluación de la autoeficacia, no fueron encontradas diferencias entre los grupos o tiempos. Fue encontrada alto porcentaje de participantes que indicaron adhesión a los medicamentos en los momentos T0 y T1, en los dos grupos (más que el 90% inicial y en el seguimiento). En la evaluación de la ansiedad, seis meses después de la ICP, aumentó el número de no-casos de ansiedad en el GI y disminuyó en el GC, con asociación estadísticamente significativa ($p=0,04$) entre las variables. Al final del seguimiento, el riesgo relativo del GI de ser no-caso de ansiedad correspondió a 1,6 (intervalo de confianza [IC] del 95%=1,0 a 2,4) cuando comparado con el GC. Respecto a la depresión, no fueron evidenciadas diferencias en el porcentaje de pacientes no-caso de depresión entre los grupos (GI y GC), tanto en la hospitalización como en el seguimiento. Al final del seguimiento, el riesgo relativo del GI de ser no-caso de depresión fue igual a 0,8 (intervalo de confianza [IC] del 95%=0,6 a 1,1) cuando comparado con el GC. **Conclusión.** El Programa Educativo con Seguimiento por Teléfono es una intervención promisor para mejorar el estado de salud percibido y para reducir la ansiedad de pacientes sometidos a la ICP. Puede ser necesario perfeccionar la intervención para alcanzar efectos en la autoeficacia y depresión. Los instrumentos para medidas de autoeficacia y de adhesión a los medicamentos necesitan ser mejorados.

PALABRAS CLAVE: Educación en salud, educación del paciente como asunto, teléfono, intervención coronaria percutánea, enfermedad de la arteria coronaria, ensayo clínico, ensayo clínico controlado aleatorio, autoeficacia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials Statement</i>
CRM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronária
DALYS	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
D.P.	Desvio-padrão
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MEEM	Miniexame do Estado Mental
mmHg	Milímetros de mercúrio
SF-36	<i>Medical Outcomes Survey 36- Item Short Form</i>
SPSS	<i>Statistical Package Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T0	Antes da ICP
T1	Cinco a sete meses, após a ICP
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	1	Representação esquemática do procedimento de coleta de dados	55
FIGURA	2	Fluxo dos participantes em cada etapa do estudo	61
FIGURA	3	Médias estimadas pela análise de variância com medidas repetidas das medidas de estado de saúde percebido, usando os fatores grupo (grupo intervenção [GI] ou grupo controle [GC]), tempo (antes da intervenção coronária percutânea e seis meses após a intervenção coronária percutânea) e a interação entre grupo e tempo	72
FIGURA	4	Médias estimadas pela análise de variância com medidas repetidas das medidas de autoeficácia, usando os fatores grupo (grupo intervenção [GI] ou grupo controle [GC]), tempo (antes da intervenção coronária percutânea e seis meses após a intervenção coronária percutânea) e a interação entre grupo e tempo	76

LISTA DE TABELAS

TABELA	1	Caracterização sociodemográfica e clínica dos indivíduos aleatorizados de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Ribeirão Preto, 2011 – 2013	63
TABELA	2	Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]). Ribeirão Preto, 2011 – 2013	65
TABELA	3	Caracterização clínica dos participantes, segundo número de desobstruções realizadas pela ICP e tipo de ICP, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]). Ribeirão Preto, 2011 – 2013	67
TABELA	4	Valores médios dos sumários dos componentes do SF-36, dos oito componentes do SF-36, e da autoeficácia, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]), nos dois períodos de avaliação. Ribeirão Preto, 2011 – 2013	69
TABELA	5	P-valores das análises de variância para medidas repetidas para os componentes da SF-36 e medida de autoeficácia, incluindo tempo (T0* e T1**) e grupos (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] e cuidado usual [grupo controle])	70
TABELA	6	Distribuição da frequência de adesão aos medicamentos, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]), nos dois períodos de avaliação. Ribeirão Preto, 2011 – 2013	77
TABELA	7	Distribuição da frequência de ansiedade e de depressão, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]) e valores de probabilidade (<i>p</i>) associada ao teste Qui-quadrado, nos dois períodos de avaliação. Ribeirão Preto, 2011 – 2013	78

TABELA	8	Distribuição da frequência de ansiedade, de acordo com o período de avaliação, nos dois grupos (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]). Ribeirão Preto, 2011 – 2013	79
TABELA	9	Distribuição da frequência de depressão, de acordo com o período de avaliação, nos dois grupos (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]). Ribeirão Preto, 2011 – 2013	80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 APRESENTAÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA	18
1.2 O USO DO TELEFONE NO SEGUIMENTO DE PACIENTES APÓS REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	24
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO	25
1.4 AUTOEFICÁCIA E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES COM DAC	27
2 OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES	31
3 MÉTODO	33
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	34
3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	34
3.3 LOCAL DO ESTUDO	35
3.4 AMOSTRA	35
3.4.1 JUSTIFICATIVA DO TAMANHO DA AMOSTRA	36
3.4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	37
3.5 INTERVENÇÃO – PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE	39
3.5.1 REFERENCIAL TEÓRICO DO PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE	39
3.5.2 ELABORAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE	40
3.5.3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE	46
3.6 CUIDADO USUAL – ORIENTAÇÕES CONFORME A ROTINA DA INSTITUIÇÃO	47

3.7 DESFECHOS	48
3.7.1 ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO	48
3.7.2 AUTOEFICÁCIA	49
3.7.3 ADESÃO AOS MEDICAMENTOS	50
3.7.4 ESTADO EMOCIONAL	51
3.8 ALEATORIZAÇÃO	52
3.9 CEGAMENTO	52
3.10 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	53
3.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	56
3.12 REGISTRO DO ESTUDO	57
4 RESULTADOS	58
4.1 FLUXOGRAMA DOS PARTICIPANTES	59
4.2 PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE	62
4.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES E DAS SAÍDAS OU PERDAS	62
4.4 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES	64
4.5 DESFECHOS.....	68
4.5.1 ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO	68
4.5.2 AUTOEFICÁCIA	75
4.5.3 ADESÃO AOS MEDICAMENTOS	77
4.5.4 ESTADO EMOCIONAL	77
5 DISCUSSÃO	81
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	95
5.2 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PARA A PESQUISA	98

6 CONCLUSÃO ..	99
REFERÊNCIAS ..	102
APÊNDICES	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS SUJEITOS DA PESQUISA (PARTICIPANTE/PACIENTE)	113
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DA HISTÓRIA CLÍNICA (ANTES DA ICP).....	115
APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA (RETORNO AMBULATORIAL)	118
APÊNDICE D – MANUAL “ANGIOPLASTIA CORONÁRIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA (ANGIOPLASTIA CORONÁRIA)”	120
APÊNDICE E – MANUAL “A VOLTA PARA CASA APÓS ANGIOPLASTIA CORONÁRIA”	148
APÊNDICE F – MANUAL “COMO CUIDAR DO SEU CORAÇÃO E DA SUA SAÚDE”	168
APÊNDICE G – ROTEIRO PARA O SEGUIMENTO POR TELEFONE (1ª, 8ª E 16ª SEMANA)	200
APÊNDICE H – DESCRIÇÃO DAS LIGAÇÕES TELEFÔNICAS INICIADAS PELOS PARTICIPANTES DO ESTUDO OU POR SEUS FAMILIARES	204
ANEXOS	
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	207
ANEXO B – CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA — ACTP E ICP	208
ANEXO C – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM	209
ANEXO D – MEDICAL OUTCOMES SURVEY 36 - ITEM SHORT FORM (SF- 36)	210
ANEXO E – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA	214
ANEXO F – MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)	215
ANEXO G – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HADS	217

1 Introdução

1.1 APRESENTAÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA

As revoluções tecnológicas e industriais, com consequências econômicas e sociais, resultaram em mudança drástica no perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio de mortes devido às doenças não transmissíveis. Dos 57 milhões de mortes que ocorreram mundialmente em 2008, considerando os dados de mortalidade geral, 36 milhões (63,5%) foram devido a doenças não transmissíveis, com destaque para as mortes devido às doenças cardiovasculares (17,3 milhões de mortes, ou 30,5% do total de mortes em 2008), às neoplasias malignas (7,6 milhões ou 13,3%) e às doenças respiratórias, incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica e asma (4,2 milhões ou 7,4%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a, 2013). No que se refere às mortes globais por doenças cardiovasculares, em 2008, 7,2 milhões foram devido à doença arterial coronária (DAC), correspondendo a 12,8% do total de mortes; e 6,1 milhões (10,8%) foram devido às doenças cerebrovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A Organização Mundial da Saúde tem buscado formas para lançar uma resposta mais contundente à crescente ameaça representada pelas doenças não transmissíveis. Em 2008, foi lançado um plano de ação para evitar milhões de mortes prematuras e para ajudar a promover uma melhor qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a, 2011a). Destaca-se a preocupação com a evolução das doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda. Dados demonstram que cerca de 80% das mortes por doenças não transmissíveis ocorreram nestes países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a, 2011a). Nas populações pobres, há um ciclo vicioso no qual a pobreza expõe as pessoas aos fatores de risco para as doenças não transmissíveis e, por sua vez, as doenças resultantes tornam-se um importante direcionador para o aumento da pobreza. Como resultado, a menos que a epidemia das doenças não transmissíveis seja agressivamente confrontada nos países e comunidades mais afetados, o impacto crescente dessas doenças continuará, e a meta global de redução da pobreza será prejudicada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a, 2011a).

O percentual de mortes prematuras por doenças cardiovasculares, avaliada considerando-se a expectativa de vida padrão global, variou de 4% em países com alta renda a 42% em países com baixa renda, mostrando as crescentes desigualdades na ocorrência e evolução das doenças cardiovasculares entre os países e as populações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b). Se as tendências atuais continuarem, estima-se que a mortalidade global por doenças cardiovasculares aumentará de 17,1 milhões, em 2004, para 23,4 milhões, em 2030, com aumento significativo em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

Em relação às incapacidades geradas após a doença cardiovascular, o *disability-adjusted life years* (DALYs) combina anos potenciais de vida perdidos devido à morte prematura, com anos de vida saudável perdidos devido à deficiência ou piora da saúde. Em 2004, a sobrecarga gerada pela DAC foi de 62,6 milhões de DALYs, correspondendo à quarta principal causa de DALYs globalmente. Estima-se que a sobrecarga gerada pela doença aumentará e que, em 2030, será a segunda principal causa de DALYs (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-10]) são as principais causas de morte, considerando-se os dados de mortalidade geral. No ano de 2011, corresponderam a 28,6% dos óbitos segundo dados do Ministério da Saúde, totalizando 335.213 óbitos (BRASIL, 2013). Desses óbitos, 103.486 foram devido à DAC, correspondendo a 8,8% dos óbitos no país em 2011 (BRASIL, 2013).

A DAC é uma doença cardiovascular causada pela aterosclerose. A aterosclerose é um processo inflamatório na parede dos vasos sanguíneos que se desenvolve ao longo de muitos anos. Esse processo patológico resulta na formação de placas de ateroma que tornam a superfície interna dos vasos sanguíneos irregulares e estreitas, com consequente diminuição do fluxo sanguíneo. Quando esse processo continua, pode ocorrer a ruptura da placa e a formação de um trombo, com consequente obstrução parcial ou total do vaso

sanguíneo. Quando o fluxo sanguíneo nas artérias coronárias fica reduzido, a diminuição da demanda de oxigênio e de nutrientes para o miocárdio pode resultar em isquemia miocárdica, causando a angina. A isquemia prolongada resulta na morte de células miocárdicas, definida como infarto do miocárdio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

A revascularização do miocárdio é um dos tratamentos para pacientes com DAC, cujos objetivos são: aumentar a sobrevivência e/ou aliviar os sintomas (LEVINE et al., 2011). A revascularização do miocárdio pode ser realizada por meio de intervenção coronária percutânea (ICP), cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) ou por administração endovenosa de fibrinolíticos (LEVINE et al., 2011; MATTOS et al., 2008). A escolha do procedimento para revascularização depende das características anatômicas e fisiológicas da estenose, do objetivo da revascularização, de fatores clínicos e da preferência do paciente (LEVINE et al., 2011).

No que se refere à ICP, houve aumento do conhecimento, resultando em avanços e inovações relacionados à cardiologia intervencionista. A partir da angioplastia com balão (angioplastia coronária transluminal percutânea), novos dispositivos passaram a ser utilizados incluindo: *stents* metálicos, *stents* farmacológicos e métodos para avaliação fisiológica da estenose (LEVINE et al., 2011; MATTOS et al., 2008).

O efeito terapêutico da ICP é a redução da estenose-alvo com manutenção ou restabelecimento do fluxo sanguíneo no vaso coronário. O *stent* é uma órtese que possui o objetivo de ampliar o diâmetro do vaso por meio de implante definitivo na artéria coronária. Os *stents* farmacológicos foram desenvolvidos para reduzir o risco de estenose *intra-stent* por meio da liberação controlada de medicamentos na estenose-alvo (MATTOS et al., 2008). No Brasil, as ICPs com *stents* coronários foram incorporadas à lista de procedimentos reembolsados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no início de 2000. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) concedeu o registro e a liberação de 12 modelos distintos de *stents* farmacológicos para a utilização na prática clínica (MATTOS et al., 2008).

O sucesso da ICP é avaliado, considerando-se os resultados angiográficos (redução da estenose-alvo com manutenção ou restabelecimento do fluxo sanguíneo), a ausência de complicações clínicas maiores (como morte, infarto agudo do miocárdio e CRM de emergência) e aspectos clínicos (alívio dos sinais e sintomas de isquemia miocárdica) (LEVINE et al., 2011; MATTOS et al., 2008).

A ICP deve ser acompanhada de outras medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, com o intuito de reduzir as incapacidades e o risco de novos eventos coronários; controlar a progressão da DAC; e melhorar a qualidade de vida. Essas medidas compreendem a prevenção secundária da DAC (LEVINE et al., 2011; SMITH et al., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

A prevenção secundária está principalmente relacionada a mudanças no estilo de vida para o manejo de fatores de risco para DAC e inclui: a cessação do tabagismo, o controle da pressão arterial, o manejo do perfil lipídico, a realização de atividades físicas, o controle do peso, o manejo da diabetes, o uso correto dos medicamentos, a vacinação para influenza, o manejo da depressão e a participação em programas de reabilitação cardíaca (SMITH et al., 2011).

O manejo de fatores de risco reduz a morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Oito fatores de risco – uso de álcool, tabagismo, hipertensão arterial, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, baixa ingestão de frutas e vegetais e inatividade física – representam 61% de perda de anos de vida saudável por doenças cardiovasculares e 61% das mortes por doenças cardiovasculares. Esses mesmos fatores de risco representam mais de 75% das mortes por DAC e por doença cardíaca hipertensiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde publicou um plano de ação para prevenção e controle das doenças não transmissíveis. Uma das ações propostas é “desenvolver e implementar uma política ampla e plano para prevenção e controle das principais doenças não transmissíveis, e para a

redução dos fatores de risco modificáveis” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a, p.15).

Destaca, ainda, que a natureza progressiva de muitas doenças não transmissíveis demanda uma resposta ampla do sistema de saúde. Atualmente, muitos países de baixa e média renda possuem sistemas de saúde que não atendem aos requisitos para o cuidado crônico. Uma das intervenções que deve ser realizada é a capacitação das pessoas para o autocuidado, por um período de tempo sustentado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a).

Programas educativos são uma forma vital de prevenção de doenças em pessoas com alto risco e de melhora dos resultados em pessoas com doenças crônicas. Dessa forma, os programas buscam prevenir doenças, limitar a evolução nas pessoas que já possuem a doença, reduzir as complicações e restaurar a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a). Os programas educativos têm como objetivo aumentar o interesse e o envolvimento das pessoas no autocuidado e, com isso, capacitá-las para o manejo de suas condições. Essas intervenções são elaboradas para transmitir conhecimento e fornecer habilidades para que os pacientes participem na tomada de decisão, monitorem e controlem a sua doença e realizem mudanças de comportamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a).

A disponibilização efetiva de meios de informações sobre saúde é importante para os indivíduos que vivem com condições crônicas, incluindo a DAC. A educação adequada do paciente aumenta a probabilidade de adesão ao tratamento, assim como a detecção precoce de mudanças no seu estado clínico (WILLETTE et al., 2007). Aumento da satisfação do paciente, redução dos níveis de sofrimento psíquico e percepção reforçada de controle são outros benefícios obtidos por meio da prestação efetiva de informações de saúde (ASTIN et al., 2008).

Em relação à terapia farmacológica na prevenção secundária da DAC, o uso de aspirina diariamente é recomendado para todos os pacientes, exceto quando houver alguma contraindicação. Medicamentos anti-hipertensivos

são indicados para pacientes com pressão arterial a partir de 140/90 mmHg e estatinas devem ser incluídas para o tratamento de hipercolesterolemia (SMITH et al., 2011).

Em estudo realizado por Lehane et al. (2008), sobre a perspectiva dos pacientes sobre o uso de medicamentos para DAC, foi referido pelos participantes que o entendimento sobre os medicamentos era importante para a compreensão das razões da necessidade de seu uso. Os participantes também desejavam diferentes níveis de aprendizado para a melhora da percepção na capacidade de compreender ou reter a informação fornecida sobre os medicamentos. Além disso, eles referiram vários sentimentos em relação ao uso contínuo de medicamentos como, por exemplo: proteção contra a doença, melhor prognóstico, bem-estar, medo, percepção de ser uma pessoa doente e dependência do medicamento. Outro aspecto abordado foi a importância dos familiares na adesão aos medicamentos, os quais têm as funções de lembrar os pacientes sobre o uso dos medicamentos e de ser uma fonte de apoio aos participantes.

Muitos autores enfatizam a importância dos enfermeiros na identificação das necessidades de aprendizado, assim como na educação dos pacientes e familiares. Autores referem que o ensino do paciente é a essência da função da enfermagem e que pacientes que são ensinados sobre suas condições e tratamento podem participar no autocuidado de forma ativa (FRANCO et al., 2008; RABELO et al., 2007).

Os programas educativos não têm o intuito de substituir o retorno ambulatorial e a consulta médica, mas sim de tentar diminuir o número de complicações e, assim, a frequência de consultas, reduzindo o custo do atendimento hospitalar e para o paciente que, muitas vezes, percorre grandes distâncias para ser atendido. Dessa forma, trata-se de uma intervenção baseada em tecnologias, consideradas acessíveis a indivíduos e seus familiares, que pode ser executada utilizando-se meios aceitáveis e a um custo que tanto os sujeitos-alvo do cuidado como a equipe de profissionais e a instituição possam suportar (FERRI et al., 2007).

Como estratégia de acompanhamento, o contato por telefone tem sido utilizado por profissionais da área da saúde para seguimento do paciente e família nos cuidados com diversas condições crônicas (CUSACK; TAYLOR, 2010; GRAY; DRAYTON-BROOKS; WILLIAMSON, 2013; INGLIS et al., 2010; STOLIC; MITCHELL; WOLLIN, 2010), incluindo a DAC (NEUBECK et al., 2010).

Há uma variedade de aspectos que envolvem o seguimento por telefone, por exemplo, a frequência e o tempo das chamadas, o profissional que faz as chamadas, o objetivo das intervenções, o formato e o conteúdo das chamadas e o momento em que têm início as chamadas. O principal objetivo deste tipo de intervenção é aumentar a adesão ao tratamento e facilitar a transição entre o hospital e o retorno para casa, diminuindo o estresse e aumentando o conhecimento dos pacientes para lidar com os sintomas (MISTIAEN; POOT, 2006).

1.2 O USO DO TELEFONE NO SEGUIMENTO DE PACIENTES, APÓS REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Em uma revisão sistemática sobre o seguimento por telefone para pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, incluindo CRM e ICP, foram selecionados sete estudos sendo que apenas um incluiu pacientes submetidos à ICP (FURUYA et al., 2013).

As autoras agruparam os conteúdos do seguimento por telefone em quatro temas: 1) doença cardiovascular que inclui informações sobre a DAC, os sinais e sintomas de angina e de infarto do miocárdio e os exames diagnósticos; 2) complicações pós-operatórias, incluindo, dor, constipação, dificuldades para dormir e cuidados com a ferida cirúrgica; 3) autocuidado, incluindo mudanças comportamentais e no estilo de vida como, por exemplo, realização de atividade física, mudanças na alimentação, adesão aos medicamentos, participação em programas de reabilitação, cessação do tabagismo, perda de peso e controle da pressão arterial, da glicemia e do colesterol; 4) avaliação de aspectos psicológicos e sociais e apoio emocional, incluindo ouvir as preocupações e dúvidas; encorajar o tratamento; e avaliar aspectos mentais, como ansiedade e depressão (FURUYA

et al., 2013). Segundo as autoras, pelo menos três ligações são necessárias: a primeira deveria focar no autocuidado relacionado aos sintomas pós-operatórios e mudanças na alimentação, a segunda seria para orientar sobre o retorno das atividades diárias e sobre as mudanças no estilo de vida e a terceira deveria incluir os aspectos sociais. A avaliação de aspectos psicológicos e sociais e o apoio emocional deveriam ocorrer em todas as fases (FURUYA et al., 2013).

Dos sete estudos analisados, cinco forneceram evidências de que o seguimento por telefone é uma forma efetiva para promover suporte e informação, resultando em melhoras nos seguintes desfechos: estado de saúde percebido, dor, funcionamento físico, sintomas de humor, ansiedade, conhecimento, perfil lipídico e adesão aos medicamentos (FURUYA et al., 2013).

Em cinco estudos, o seguimento por telefone foi realizado por enfermeiros. As autoras da revisão concluíram que esses profissionais podem ser os mais indicados para realizar o acompanhamento telefônico, pois o ensino ao paciente é um componente essencial do cuidado de enfermagem. Além das ligações realizadas pelo profissional de saúde, idealmente, devem ser oferecidos meios para os pacientes e familiares iniciarem as ligações (FURUYA et al., 2013).

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A proposta deste estudo é a realização de educação em saúde, para a mudança de comportamento e a prevenção secundária da DAC. O programa educativo foi construído com base no construto de autoeficácia, presente na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (BANDURA, 1977, 2004). A autoeficácia é a convicção do indivíduo em realizar de modo bem-sucedido o comportamento necessário para produzir determinado resultado (BANDURA, 1977). A autoeficácia é um fator determinante para o início e a manutenção da mudança de comportamento, incluindo o quanto de esforço será despendido e a capacidade de superar os obstáculos e as experiências adversas (BANDURA, 1977). A autoeficácia possui papel central para mudança de comportamento e é o alicerce para motivação e para ação (BANDURA, 2004).

A Teoria Social Cognitiva especifica determinantes-chave para promoção da saúde e prevenção de doenças, nomeadamente: 1) conhecimento sobre os riscos e benefícios de diferentes práticas em saúde; 2) autoeficácia do indivíduo em exercer controle sobre seus hábitos de saúde; 3) expectativas de resultados, considerando os benefícios e os custos dos comportamentos em saúde; 4) metas que o indivíduo estabelece e os planos e estratégias concretos para cumprimento e; 5) fatores percebidos e os impedimentos sociais e estruturais para as mudanças buscadas (BANDURA, 2004).

A autoeficácia é um determinante focal porque afeta o comportamento de saúde diretamente e por meio de influência nos outros determinantes. A crença de eficácia influencia nas metas e nas aspirações. Quanto mais forte a autoeficácia, maiores são as metas que a pessoa estabelece para si e mais firme é o seu compromisso com essas metas. A autoeficácia molda os resultados esperados. Pessoas com mais autoeficácia esperam resultados, decorrentes de seus esforços, mais favoráveis. A autoeficácia também determina como os obstáculos e os impedimentos são percebidos. Pessoas com mais autoeficácia veem os impedimentos como superáveis por meio da melhora das habilidades de autogerenciamento e do esforço perseverante (BANDURA, 2004).

Nas mudanças comportamentais e na adaptação do estilo de vida, interações individualizadas como, por exemplo, impressos adaptados ou ligações telefônicas, podem ajudar o indivíduo a superar barreiras e dificuldades. O apoio social e o acompanhamento, nos períodos iniciais de mudança e de manutenção, aumentam o sucesso em longo prazo. O apoio social possui efeitos benéficos ao aumentar a autoeficácia do indivíduo para lidar com as circunstâncias da vida (BANDURA, 2004).

1.4 AUTOEFICÁCIA E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES COM DAC

Em um estudo com pacientes submetidos à CRM e com insuficiência cardíaca, a intervenção educativa, com base no construto de autoeficácia, foi realizada por meio de um dispositivo telefônico. Foram realizadas sessões diárias durante seis semanas, com duração de menos de 10 minutos, nas quais os participantes responderam a questões sobre seu estado de saúde e sobre a sua recuperação, após a cirurgia. As respostas eram padronizadas, com quatro opções de respostas, e o participante selecionava uma das opções. Enfermeiros revisavam as respostas dos pacientes diariamente. Em cada sessão, os conteúdos abordados foram: a) avaliação dos sintomas e estratégias para o manejo dos sintomas relatados; b) educação e estratégias para modificação de fatores de risco para DAC; c) educação sobre a recuperação, após a cirurgia; e d) reforço positivo para aumentar a autoeficácia dos participantes relacionada ao manejo dos sintomas, funcionamento fisiológico e psicossocial e adesão à modificação de fatores de risco para DAC (BARNASON et al., 2003). Os participantes que receberam a intervenção com o dispositivo eletrônico apresentaram melhores resultados. Esses resultados foram estatisticamente significantes, quando comparados aos participantes que receberam o cuidado usual, nos seguintes desfechos: autoeficácia, adesão às modificações relacionadas com os fatores de risco para DAC (restrição ao uso de sal para cozinhar, adesão à atividade física e redução do estresse) e estado de saúde percebido. A autoeficácia apresentou associação, estatisticamente significativa, com a adesão às modificações relacionadas com os fatores de risco para DAC (restrição ao uso de sal para alimentação e redução do estresse) (BARNASON et al., 2003). As associações entre as variáveis foram avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman e foram de forte magnitude (coeficiente de correlação maior que 0,5) (AJZEN; FISHBEIN, 1998). A autoeficácia também apresentou associações estatisticamente significantes com os componentes do estado de saúde percebido (BARNASON et al., 2003), com correlações de forte magnitude (maior que 0,5) (AJZEN; FISHBEIN, 1998).

Aspectos relacionados ao dispositivo telefônico utilizado no estudo de Barnason e colaboradores (2003) foram descritos em uma revisão de literatura (ZIMMERMAN; BARNASON, 2007). Um dos componentes da intervenção foi o reforço positivo para aumentar a autoeficácia do paciente para realizar as atividades recomendadas. Na perspectiva dos participantes, a intervenção foi muito útil e foi uma forma de fornecer apoio; guiar o participante para o autocuidado; e confirmar o seu progresso. Os participantes referiam satisfação com a intervenção para o manejo da recuperação, o progresso após a cirurgia e o conhecimento para o manejo dos sintomas e para a prevenção de complicações (ZIMMERMAN; BARNASON, 2007).

Em um estudo com pacientes após infarto do miocárdio, idosos (com 65 anos ou mais) e sem companheiro, realizou-se a intervenção educativa por seguimento por telefone com base no construto da autoeficácia. Um grupo recebeu ligações semanais por 12 semanas, realizadas por uma pessoa treinada e com história de infarto do miocárdio (*peer advisor*). A experiência dessa pessoa tornou-se um modelo confiável para persuasão verbal. Pelo fato de ambos terem apresentado infarto do miocárdio, ocorria a identificação do participante com a pessoa responsável pela intervenção e a troca de experiências e de informações (CARROLL; RANKIN, 2006). A persuasão verbal é um fonte de autoeficácia na qual as pessoas são levadas a acreditar que são capazes de desempenhar tarefas, por meio de sugestões, instruções e incentivo) (BANDURA, 1977). Outro grupo recebeu ligações semanais por 12 semanas, realizadas por um enfermeiro. O enfermeiro utilizava seu conhecimento sobre a doença cardiovascular, a persuasão verbal e técnicas de manejo de sintomas para influenciar na autoeficácia dos participantes em realizar os comportamentos para a reabilitação. Um terceiro grupo recebeu o cuidado usual com instruções realizadas por um enfermeiro na alta hospitalar sobre medicamentos, alimentação, atividade física, manejo dos sintomas e retornos ambulatoriais. Doze semanas após o infarto, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos nos desfechos avaliados, nomeadamente: autoeficácia, comportamento e estado de saúde percebido. Apesar de ausência de significância estatística, o grupo que recebeu a intervenção pelo enfermeiro foi o que apresentou maior mudança no estado de saúde

percebido, considerando-se os resultados obtidos nas avaliações iniciais e de 12 semanas (CARROLL; RANKIN, 2006).

Os resultados desses estudos (BARNASON et al., 2003; CARROLL; RANKIN, 2006) evidenciam que enfermeiros podem ser os mais indicados para aumentar a autoeficácia dos pacientes para prevenção secundária da DAC por meio de programas educativos, incluindo as intervenções com acompanhamento telefônico.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver, implementar e avaliar um programa educativo com seguimento por telefone, durante o período de quatro meses após a alta hospitalar, para pacientes submetidos à ICP com o objetivo de melhorar o estado de saúde percebido, a autoeficácia, a adesão aos medicamentos e o estado emocional desses pacientes, bem como comparar desfechos do programa educativo com os de serviços de rotina hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES

OBJETIVO 1 – Comparar o estado de saúde percebido de pacientes submetidos à ICP que participaram do programa educativo (grupo intervenção - GI) com o estado de saúde percebido de pacientes submetidos à ICP que receberam as informações de acordo com a rotina do serviço (grupo controle - GC), na internação e seis meses após a ICP.

HIPÓTESE 1 – Não haverá diferenças significativas no estado de saúde percebido entre os participantes do GI e do GC, durante a internação. Porém, seis meses após a ICP, o estado de saúde percebido dos participantes do GI será melhor que o do GC.

OBJETIVO 2 – Comparar a autoeficácia dos participantes do GI com a autoeficácia dos participantes do GC, na internação e seis meses após a ICP.

HIPÓTESE 2 – Não haverá diferenças significativas na autoeficácia entre os participantes do GI e do GC, durante a internação. Porém, seis meses após a ICP, a autoeficácia dos participantes do GI será maior que a autoeficácia do GC.

OBJETIVO 3 – Comparar a adesão aos medicamentos dos participantes do GI com a adesão aos medicamentos dos participantes do GC, na internação e seis meses após a ICP.

HIPÓTESE 3 – Não haverá diferenças significativas no percentual de participantes que relatarão adesão entre os grupos (GI e GC), durante a internação. Porém, seis meses após a ICP, o percentual de participantes que relatarão adesão no GI será maior que o percentual no GC.

OBJETIVO 4 – Comparar o estado emocional (ansiedade e depressão) dos participantes do GI com o estado de saúde emocional dos participantes do GC, na internação e seis meses após a ICP.

HIPÓTESE 4 – Não haverá diferenças significativas no percentual de participantes não-caso de ansiedade e/ou depressão entre os grupos (GI e GC), durante a internação. Porém, seis meses após a ICP, o percentual de participantes não-caso de ansiedade e/ou depressão no GI será maior que o percentual no GC.

3 Método

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo com delineamento experimental, do tipo ensaio clínico controlado e aleatorizado.

Em ensaios clínicos, o pesquisador implementa uma intervenção e observa os seus efeitos sobre um desfecho. Os participantes são alocados aleatoriamente para um grupo de intervenção (GI) ou para um grupo de controle (GC) (HULLEY et al., 2008).

Os ensaios clínicos controlados e aleatorizados, quando planejados, conduzidos e analisados apropriadamente, representam o padrão-ouro na avaliação de intervenções em saúde (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) e enquadrado na categoria aprovado, em sua 331ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de agosto de 2010 (Anexos A e B).

Os objetivos do estudo foram apresentados por escrito e verbalmente aos pacientes e, após eles terem concordado em participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelo participante e pela pesquisadora (Apêndice A). O TCLE foi obtido em duas vias, sendo uma entregue ao participante ou responsável e outra arquivada pela pesquisadora, conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os participantes foram informados sobre a possibilidade de serem incluídos em um dos dois grupos (GI ou GC), após o sorteio. As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir a identificação direta dos participantes. Cada participante possuía um número de identificação em que somente as pessoas relacionadas com a pesquisa conseguiriam relacionar o número com a pessoa. Diante da não concordância em participar do estudo ou da descontinuidade na participação do estudo, a pessoa foi assegurada de que não haveria prejuízo no atendimento no HCFMRP-USP.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Cardiologia (hemodinâmica), na Enfermaria de Cardiologia e na Unidade Pós-operatória de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do HCFMRP–USP. Após a alta hospitalar, o seguimento foi feito no ambulatório de angioplastia e de cardiologia do HCFMRP–USP.

O paciente submetido à ICP geralmente fica internado somente após o procedimento e recebe alta hospitalar no dia seguinte, recebendo acompanhamento nos ambulatórios até a alta definitiva.

O HCFMRP–USP é uma instituição de referência no atendimento a pacientes coronariopatas, com o financiamento do SUS. De um modo geral, as pessoas atendidas no hospital, pelo SUS, se caracterizam por ter baixa renda e baixo nível de escolaridade, correspondendo ao perfil da maioria da população brasileira que tem acesso somente ao serviço público de saúde.

3.4 AMOSTRA

A amostra deste estudo foi constituída pelos pacientes submetidos à ICP entre agosto de 2011 e junho de 2012. Os pacientes foram selecionados considerando-se os seguintes critérios de inclusão: pacientes adultos (18 anos ou mais), submetidos à primeira ICP e que dispunham de uma linha telefônica com funcionamento adequado.

Foram excluídos deste estudo os pacientes que não apresentavam condições cognitivas que possibilitavam a participação (avaliado por meio do Miniexame do Estado Mental – MEEM [Anexo C]). Os pacientes analfabetos que apresentaram pontuação inferior a 13 no MEEM; os pacientes com um a sete anos de escolaridade que apresentaram pontuação inferior a 18; e os pacientes com oito ou mais anos de escolaridade que apresentaram pontuação inferior a 26 (BERTOLUCCI et al., 1994). Um paciente, apesar de ter atingido a pontuação no

MEEM, foi excluído devido à dificuldade de compreender os itens do instrumento, no momento da entrevista.

Também foram excluídos os pacientes que não possuíam condições clínicas (físicas ou psicológicas) para responder aos questionários (paciente com dispneia e/ou com confusão mental), que tinham dificuldade para conversar por telefone (déficit auditivo), que apresentavam sequelas que influenciavam nas atividades de vida diária (amputação ou paralisção de um membro) ou que já estavam participando de outro programa educativo.

Ao final do estudo, foram considerados na avaliação dos resultados apenas os sujeitos que participaram de todas as etapas de coleta dos dados. Os sujeitos que saíram do estudo ou foram perdidos, após a aleatorização, foram denominados “saídas ou perdas”.

3.4.1 JUSTIFICATIVA DO TAMANHO DA AMOSTRA

Para calcularmos o tamanho da amostra, precisaríamos de informação sobre a distribuição das variáveis desfecho na população que usamos em nosso estudo. Devido à falta de estudos longitudinais nacionais prévios que avaliassem o estado de saúde percebido de pacientes submetidos à ICP, não há informação sobre as distribuições e não é possível formalmente fazer o cálculo do tamanho da amostra ou do poder estatístico dos testes. O tamanho final da amostra foi baseado na disponibilidade de recursos para a realização do estudo, com recrutamento de agosto de 2011 a junho de 2012, resultando em 90 participantes iniciais.

3.4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para caracterização dos participantes, foi elaborado um questionário denominado “Questionário de caracterização sociodemográfica e da história clínica” (Apêndice B). O instrumento foi construído a partir de dois instrumentos utilizados em outros estudos que abordaram pacientes com DAC, sendo um com pacientes com síndrome isquêmica miocárdica instável (DESSOTTE, 2010) e o outro com pacientes submetidos à CRM (DANTAS, 1999). O questionário foi avaliado por três enfermeiras, pesquisadoras (doutoras), com experiência em cardiologia e pesquisa quantitativa. Na avaliação, foram verificados o formato do questionário (validação de face), a pertinência e a clareza dos itens (validação de conteúdo).

O questionário continha o número de identificação do participante, as letras iniciais de seu nome, o número de registro no HCFMRP-USP, o leito onde o paciente estava internado, a alocação no estudo (GI ou GC), o endereço, o telefone e o melhor horário para encontrá-lo no domicílio (para identificar o melhor horário para ligar para o participante).

Os dados sociodemográficos coletados foram: data de nascimento, sexo, número de anos completos de estudo, situação de trabalho/desempenho de atividades remuneradas (ativo ou inativo), renda mensal familiar (em reais), renda mensal individual (em reais), número de dependentes da renda mensal familiar, cidade e Estado em que o participante morava. A idade do participante foi calculada a partir dos dados da data de nascimento e da entrevista.

Os dados clínicos coletados foram: data da internação, data da ICP, data da alta hospitalar, diagnósticos de internação, procedimento realizado, número de locais desobstruídos pela ICP, tipo de ICP (*stent* convencional, *stent* farmacológico ou balão), tratamento prévio de doença cardíaca (sim ou não), causas do tratamento prévio (angina, infarto do miocárdio, valvulopatias, arritmias, insuficiência cardíaca), realização prévia de revascularização do miocárdio (sim ou não), presença de diagnóstico médico de comorbidades que são fatores de risco para DAC (hipertensão arterial, diabetes melitus, dislipidemia e obesidade), nomes

dos medicamentos que os participantes utilizavam no domicílio, incluindo medicamentos para ansiedade ou depressão. Os dados clínicos foram coletados a partir de informações do prontuário e do sistema de registro do hospital. Quando não era encontrada informação sobre os medicamentos utilizados no domicílio, o participante era questionado e, na maioria das vezes, mostrava a prescrição médica ou os próprios medicamentos.

O questionário também continha questões sobre o estilo de vida dos participantes, incluindo, tabagismo atual, tabagismo anterior e se realizavam atividade física (sendo descritos, qual atividade, o número de dias na semana, o tempo de atividade por dia e há quanto tempo o participante realizava a atividade).

Um segundo questionário denominado “Questionário de caracterização sociodemográfica e da evolução clínica” (Apêndice C) foi elaborado para avaliar as alterações sociodemográficas e clínicas ocorridas, considerando os momentos antes da ICP e seis meses após a ICP. O questionário também foi avaliado pelas três enfermeiras, pesquisadoras (doutoras), com experiência em cardiologia e pesquisa quantitativa em relação ao formato do questionário (validação de face) e à pertinência e clareza dos itens (validação de conteúdo).

O questionário continha o número de identificação do participante, as letras iniciais de seu nome, o número de registro no HCFMRP-USP e a data de entrevista. Os dados sociodemográficos coletados foram: situação de trabalho/desempenho de atividades remuneradas (ativo ou inativo), renda mensal familiar (em reais), renda mensal individual (em reais), número de dependentes da renda mensal familiar. O questionário continha uma questão sobre presença de dificuldade com o tratamento (sim ou não) e uma para verificar se realizavam atividade física (sendo descritos, a atividade, o número de dias na semana, o tempo de atividade por dia e há quanto tempo o participante realizava a atividade) e uma tabela para descrever os medicamentos que o participante utilizava no domicílio, incluindo medicamentos para ansiedade ou depressão.

3.5 INTERVENÇÃO – PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE

Para os participantes do GI, foi realizado o Programa Educativo com Seguimento por Telefone. Além do Programa Educativo, os participantes do GI receberam as orientações, conforme a rotina da instituição.

3.5.1 REFERENCIAL TEÓRICO DO PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE

O referencial teórico que fundamentou o Programa Educativo aplicado neste estudo foi o construto de autoeficácia, presente na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (BANDURA, 2004). A autoeficácia é definida como a convicção do indivíduo em executar de modo bem-sucedido o comportamento necessário para produzir determinado resultado (BANDURA, 1977). Para pacientes submetidos à ICP, a autoeficácia está relacionada à confiança do indivíduo em realizar as mudanças de estilo de vida necessárias para o controle da DAC.

Bandura (1977) descreve quatro fontes de autoeficácia: realização do desempenho (*performance accomplishments*); experiências vicárias (*vicarious experience*); persuasão verbal (*verbal persuasion*); e estímulo emocional (*emotional arousal*).

A principal fonte de autoeficácia utilizada em nosso Programa Educativo foi a persuasão verbal, na qual as pessoas são levadas, por meio de sugestões, a acreditar que são capazes de superar as dificuldades e realizar o comportamento necessário (BANDURA, 1977).

As diferentes fontes de autoeficácia geralmente operam de modo complementar (NUNES, 2008), e a intervenção utilizou também outras fontes de autoeficácia. O estímulo emocional está relacionado às situações estressantes e de sobrecarga que influenciam no enfrentamento do problema pelo indivíduo (BANDURA, 1977). Com o Programa Educativo implementado neste estudo, buscamos reduzir o medo e a ansiedade relacionados à ICP e à DAC, melhorando

o enfrentamento dos participantes em relação ao procedimento e à convivência com a DAC.

A realização do desempenho é baseada nas experiências do indivíduo que resultam em sua maestria para executar determinado comportamento (BANDURA, 1977). Apesar de essa fonte de autoeficácia não ter sido enfatizada em nosso Programa Educativo, ela estava presente no dia a dia dos participantes a partir de suas vivências, incluindo as experiências relacionadas com as mudanças no estilo de vida.

A experiência vicária é a experiência adquirida após observar o desempenho de outras pessoas na mesma situação, o que aumenta a confiança do indivíduo em melhorar seu próprio desempenho (BANDURA, 1977). Essa fonte de autoeficácia também não foi enfatizada no Programa Educativo em foco. Entretanto, observamos que essa experiência ocorreu, na hemodinâmica e nos ambulatorios onde os pacientes foram avaliados e entrevistados, quando os pacientes conversavam sobre suas experiências uns com os outros e com familiares.

3.5.2 ELABORAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE

O Programa Educativo é composto de materiais educativos (manuais) e seguimento por telefone. Abaixo, será apresentado o processo para elaboração dos materiais educativos seguido pelo roteiro para o seguimento por telefone.

Para elaboração do material educativo, foram buscados na literatura estudos que descreviam as intervenções educativas para pacientes cardíacos.

Em programas de prevenção secundária para pacientes após infarto do miocárdio, estudos prévios utilizaram a Teoria Social Cognitiva, a qual incluía a autoeficácia do indivíduo em realizar mudanças no estilo de vida em

diversas circunstâncias (HAWKES et al., 2009; HAWKES et al., 2012; O'NEIL et al., 2012). Para os participantes de ambos os grupos (GC e GI), os autores forneceram o material educativo “*My Heart My Life*”. Para os participantes do GI, foram realizadas ligações telefônicas com enfoque na redução de fatores de risco clínicos e comportamentais, na adesão aos medicamentos e no manejo de aspectos psicossociais (HAWKES et al., 2009; HAWKES et al., 2012; O'NEIL et al., 2012). Em outro ensaio clínico com o objetivo de comparar dois programas de reabilitação cardíaca, um hospitalar e o outro domiciliar para pacientes após infarto do miocárdio ou revascularização cardíaca (JOLLY et al., 2007), o programa domiciliar foi composto do uso do material educativo “*The Heart Manual*”, visitas domiciliares e ligações telefônicas. O referencial teórico utilizado naquele estudo foi o Modelo de Crença em Saúde, o qual também utilizou técnicas cognitivo-comportamentais (JOLLY et al., 2007).

Os manuais “*My Heart My Life*” da *National Heart Foundation Of Australia* (2008) e “*The Heart Manual*” da *Lothian Health Board* (2007) fundamentaram a elaboração do material educativo desenvolvido neste estudo.

O material educativo foi elaborado pela pesquisadora, sua orientadora e uma aluna de pós-doutorado com experiência em cardiologia e em educação em saúde, e por um profissional técnico em recursos audiovisuais, o qual realizou a diagramação e as figuras introduzidas nos manuais. Após a elaboração, o material educativo foi encaminhado para cinco pesquisadores (sendo quatro doutoras em enfermagem e uma aluna de doutorado, com experiência em cardiologia, educação em saúde, ou ambas), para que fosse refinado em relação à aparência e ao conteúdo.

O material educativo contém três manuais que foram fornecidos aos participantes do GI durante a internação hospitalar, quando foram submetidos à ICP. O primeiro manual foi denominado de “Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (Angioplastia Coronária)” (Apêndice D). As informações contidas nesse manual foram descritas no Quadro 1. O segundo manual foi denominado de “A volta para casa após angioplastia coronária” (Apêndice E) e contém informações sobre os cuidados domiciliares após a ICP (Quadro 2). O terceiro manual,

denominado “Como cuidar do seu coração e da sua saúde” (Apêndice F), contém informações sobre o cuidado com o coração e com a saúde relacionado a hábitos de vida mais saudáveis (Quadro 3).

MANUAL 1 – ANGIOPLASTIA CORONÁRIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA (ANGIOPLASTIA CORONÁRIA)
<ul style="list-style-type: none">▶ Função cardíaca▶ Artérias coronárias▶ Angina▶ Infarto do miocárdio (ataque cardíaco)▶ Tratamento de emergência▶ Intervenção coronária percutânea (angioplastia)▶ Cuidados que devem ser realizados logo após o procedimento de angioplastia coronária:<ul style="list-style-type: none">▪ fazer repouso absoluto no leito por 12 horas com o braço ou a perna, utilizados para o procedimento, esticados;▪ manter o curativo no local da punção por 24 horas;▪ observar se há sangramento, inchaço, dor, dormência, formigamento, mudança na cor da pele ou sensação de que a pele está fria;▪ avisar os profissionais de saúde, caso perceba um desses sinais e sintomas.▶ Importância de fazer mudanças no estilo de vida para evitar novos entupimentos arteriais

QUADRO 1 – Descrição das informações contidas no manual “Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (Angioplastia Coronária)”

MANUAL 2 – A VOLTA PARA CASA APÓS ANGIOPLASTIA CORONÁRIA

- ▶ Cuidados com o braço ou perna utilizados para fazer a angioplastia:
 - retirar o curativo somente um dia depois da angioplastia, durante o banho;
 - lavar o local com água e sabonete e secar bem com a toalha;
 - não colocar qualquer tipo de remédio e não cobrir o local;
 - avaliar o local por onde foi feita a angioplastia e procurar uma serviço de saúde, se perceber aumento da mancha roxa, “inchaço”, sangramento, ou se sentir muita dor.
- ▶ Cuidados específicos com o braço, para a punção realizada na artéria radial ou braquial:
 - não dobrar, girar e utilizar o braço/cotovelo nas primeiras 24 horas;
 - começar a fazer movimentos lentos e sem força com o braço/cotovelos, 24 horas após a angioplastia;
 - aumentar lentamente o tipo e o número de vezes dos movimentos, sendo que, com seis ou sete dias, poderá usar o braço/cotovelo normalmente;
 - não dirigir nos primeiros sete dias.
- ▶ Cuidados específicos com a perna, para a punção realizada na artéria femoral:
 - começar a caminhar no dia seguinte da angioplastia, muito lentamente e colocar o peso do corpo sobre a outra perna;
 - colocar um pouco mais de peso do corpo sobre a perna que foi usada para o procedimento, a cada dia que passa;
 - caminhar cada vez mais, até seis ou sete dias, quando poderá caminhar normalmente;
 - não dirigir nos primeiros sete dias.
- ▶ Uso de medicamentos conforme a orientação médica:
 - uso do medicamento correto, na quantidade e horários corretos;
 - dicas para lembrar-se do horário do medicamento (utilizar a rotina e guardar os medicamentos em locais de fácil visualização);
 - orientações ao paciente para avisar o médico, se perceber que os medicamentos estão causando algum mal-estar e somente parar de utilizar os medicamentos ou mudar a quantidade após orientação médica.
- ▶ Atividade física:
 - importância da atividade física regular;
 - orientações sobre como realizar as atividades (iniciar tentando andar todo dia em terreno plano, com passos confortáveis; gradualmente, tentar andar mais longe; evitar atividades físicas se estiver se sentindo cansado, com mal estar ou indisposição; utilizar roupas confortáveis e calçado adequado; procurar fazer atividade física no início da manhã ou no fim da tarde; evitar correr, andar de bicicleta, subir escadas, pegar e empurrar objetos pesados, até o retorno);
 - orientações ao paciente para estar atento a como se sente (não sentir falta de ar, dor no peito, batimentos não regulares do coração ou cansaço);
 - informações sobre a atividade sexual (decisão com o médico e que, de modo geral, as relações sexuais podem ser mantidas, desde que sem esforço físico, depois do terceiro dia de angioplastia).

QUADRO 2 – Descrição das informações contidas no manual “A volta para casa após angioplastia coronária”

MANUAL 3 – COMO CUIDAR DO SEU CORAÇÃO E DA SUA SAÚDE

- ▶ Definição de fatores de risco
- ▶ Descrição dos fatores que aumentam o risco para a doença cardíaca e para o ataque cardíaco, tais como: alimentos gordurosos, falta de atividade e pressão arterial alta (hipertensão arterial)
- ▶ Colesterol e triglicerídeos:
 - definição;
 - valores desejados (normais);
 - tabela para o paciente anotar os valores observados nos exames.
- ▶ Maneiras para controlar as gorduras no sangue:
 - alimentação saudável;
 - uso de medicamentos;
 - atividade física.
- ▶ Alimentos que aumentam a gordura no sangue e aqueles relacionados a uma alimentação saudável
- ▶ Dicas para uma alimentação benéfica, com enfoque na moderação
- ▶ Peso saudável
- ▶ Hipertensão arterial:
 - definição;
 - maneiras para controlar a pressão arterial;
 - valores desejados;
 - tabela para o paciente anotar os valores observados de sua pressão arterial.
- ▶ Tabagismo
- ▶ Redução da ansiedade e do estresse
- ▶ Apoio social
- ▶ Como lidar com a doença cardíaca, enfatizando a capacidade do paciente em cuidar de si e da sua saúde e em realizar as mudanças no estilo de vida necessárias para controle da doença arterial coronária

QUADRO 3 – Descrição das informações contidas no manual “Como cuidar do seu coração e da sua saúde”

O acompanhamento telefônico teve o objetivo de esclarecer dúvidas e reforçar as orientações recebidas durante a internação hospitalar e motivar os participantes na realização do autocuidado e de mudanças no estilo de vida, no período de reabilitação e ao longo de sua vida.

Para elaboração do roteiro telefônico, a pesquisadora utilizou as informações contidas nos manuais que foram entregues aos participantes, durante a internação hospitalar. O roteiro telefônico contém questionamentos sobre os cuidados com o braço ou a perna utilizados para fazer a angioplastia, sobre as modificações de fatores de risco para DAC e sobre o uso correto de medicamentos.

Foram realizadas duas reuniões com outros pesquisadores (duas doutoras e cinco alunas de doutorado) que estavam desenvolvendo projetos de pesquisa com intervenções educativas e acompanhamento por telefone, e que estavam utilizando o referencial teórico da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (BANDURA, 2004). Nessas reuniões, discutimos como deveria ser o roteiro por telefone, com o intuito de aumentar a autoeficácia dos participantes. A principal fonte de autoeficácia utilizada foi a persuasão verbal, complementada com o estímulo emocional. As pesquisadoras que participaram das reuniões fizeram a validação de face e conteúdo do roteiro para o seguimento por telefone deste estudo.

Para o paciente com DAC, decidimos que o foco do roteiro telefônico seria o de enfatizar as mudanças no estilo de vida. Primeiro, o participante era questionado se estava conseguindo realizar as mudanças em relação à atividade física, à alimentação, à verificação da pressão arterial e ao tabagismo. Em seguida, a pesquisadora apresentava motivação para o indivíduo manter as modificações realizadas (nos casos em que o participante estava conseguindo realizar as modificações necessárias) e questionava sobre os fatores dificultadores para mudanças, buscando maneiras para superar as dificuldades relatadas e aumentar a confiança do indivíduo em sua capacidade para superar as dificuldades e realizar as modificações de fatores de risco para DAC. Os participantes, também, foram questionados em relação ao uso correto dos medicamentos prescritos pelo médico (Apêndice G).

3.5.3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE

A implementação do Programa Educativo foi por meio de instrução individual. Nesse método instrucional, a transmissão de informação é baseada nas necessidades singulares de aprendizagem de um único indivíduo (BASTABLE, 2010). Esse método foi escolhido por envolver ativamente o participante, facilitar o estabelecimento de objetivos a serem alcançados e proporcionar a troca de conhecimentos, ideias e sentimentos (BASTABLE, 2010). Realizaram-se questionamentos como uma estratégia para encorajar o indivíduo a participar ativamente no processo de ensino (BASTABLE, 2010). O participante era questionado sobre seu conhecimento, considerando os conteúdos abordados nos manuais e sobre aspectos relacionados ao autocuidado como, por exemplo, se já realizava determinado cuidado ou se considerava que podia começar a realizar as atividades de autocuidado ensinadas.

O primeiro manual foi discutido com o participante antes da ICP, com o intuito de ajudá-lo a entender mais sobre sua condição cardíaca e sobre o procedimento, e como forma de melhorar seu enfrentamento em relação ao procedimento e à convivência com a DAC.

Os outros manuais foram discutidos com o participante após a ICP (no dia do procedimento ou no dia posterior à ICP). O questionamento foi uma técnica utilizada para estimular o participante e para aumentar a sua confiança em realizar as modificações de fatores de risco para DAC. Por exemplo, na discussão sobre a atividade física, além de orientar o participante sobre como a atividade deveria ser feita, a pesquisadora questionava se o participante considerava que conseguiria realizar as atividades sugeridas. Em caso afirmativo, motivava o participante a realizar atividade física e fornecia palavras de incentivo. Em caso negativo, questionava sobre os fatores dificultadores e buscava com o participante maneiras para superar as dificuldades relatadas e fornecia palavras de incentivo com o intuito de aumentar a confiança do indivíduo em sua capacidade para superar as dificuldades e realizar as modificações em seu estilo de vida.

Foram realizadas três ligações telefônicas (primeira, oitava e décima sexta semana após a alta hospitalar de quando os participantes foram submetidos à ICP) e em todas as ligações foi utilizado o “Roteiro para o seguimento por telefone” (Apêndice G). As ligações foram gravadas, e a pesquisadora anotou suas considerações sobre a ligação incluindo: as modificações de fatores de risco para DAC realizadas pelos participantes, os fatores dificultadores relatados e as maneiras encontradas para superar as dificuldades relatadas. Foi, também, informado aos participantes para ligarem para a pesquisadora, caso apresentassem dúvidas ou necessitassem de alguma ajuda para prevenção secundária da DAC. Nesses casos, a pesquisadora anotou o motivo da ligação e as informações fornecidas pela pesquisadora ao participante.

3.6 CUIDADO USUAL – ORIENTAÇÕES CONFORME A ROTINA DA INSTITUIÇÃO

Os participantes do GC recebem as orientações conforme a rotina da instituição. Não há um protocolo de orientações. O mais comum é o técnico de enfermagem explicar que a ICP (angioplastia) é parecida com o cateterismo, podendo ser realizada por via braquial ou femoral, que será “colocada a molinha” na artéria da pessoa e que, após o procedimento, o paciente ficará internado, com provável alta no dia posterior à angioplastia. No momento da alta hospitalar, o médico fornece a prescrição médica e orienta o paciente sobre o uso de medicamentos (descreve o medicamento que o paciente usará e os horários) e sobre o retorno ambulatorial. Não são realizados contatos telefônicos.

Para todos os participantes (GI e GC), a pesquisadora fez uma ligação telefônica seis meses após a ICP para lembrar do retorno ambulatorial e informar que, caso o participante concordasse, seria realizada uma segunda entrevista para avaliar como estava a sua saúde.

Optamos por não realizar uma intervenção diferente do Programa Educativo para os participantes do GC, devido ao risco do efeito placebo, se o participante recebesse alguma orientação diferente do cuidado usual.

3.7 DESFECHOS

Os desfechos foram avaliados antes da ICP (T0) e seis meses, após a ICP (T1). Devido à dificuldade de agendamento de retorno ambulatorial de todos os pacientes em seis meses após a ICP, o período da segunda avaliação foi ampliado para cinco a sete meses após a ICP.

O desfecho principal deste estudo foi o estado de saúde percebido, com desfechos secundários de autoeficácia, adesão aos medicamentos e estado emocional. Os desfechos avaliados são descritos abaixo.

3.7.1 ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO

Para avaliação do estado de saúde percebido, foi utilizado o instrumento *Medical Outcomes Survey 36- Item Short Form* (SF-36) (WARE; SHERBOURNE, 1992), em sua versão validada para o português (CICONELLI et al., 1999) (Anexo D).

O SF-36 é o instrumento genérico mais utilizado para avaliar a qualidade de vida e o estado de saúde em diferentes condições e populações (GARRATT et al., 2002).

O SF-36 é um instrumento multidimensional formado por 36 itens agrupados em oito componentes: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Cada componente tem escore que varia de zero a 100, no qual o zero corresponde ao pior estado de saúde percebido e 100 ao melhor estado de saúde percebido. Na versão validada para o português, foram encontrados coeficientes de correlação de Pearson clinicamente satisfatórios e estatisticamente significantes entre os parâmetros clínicos, comumente utilizados na avaliação de pacientes com artrite reumatoide (rigidez matinal, dor, avaliação global da atividade de doença, número de articulações dolorosas e inflamadas) e os componentes do SF-36, o que indica a validade do instrumento (CICONELLI et al., 1999). Os

valores do coeficiente do alfa de Cronbach para o instrumento SF-36, obtidos em um estudo brasileiro recentemente realizado com pacientes com DAC, variaram de 0,71 (Estado Geral de Saúde) a 0,97 (Aspectos Emocionais), indicando uma boa consistência interna (DESSOTTE et al., 2011).

Os oito componentes do SF-36 podem também ser transformados em duas medidas sumárias: Sumário do Componente Mental e Sumário do Componente Físico, as quais também foram utilizadas para avaliação do estado de saúde percebido. O Sumário do Componente Mental foi o desfecho primário deste estudo. Cada medida sumária tem escore que varia de zero a 100, no qual o zero corresponde ao pior estado de saúde percebido e 100 ao melhor estado de saúde percebido em relação às partes física e mental da pessoa.

Os componentes sumários são calculados a partir de fórmulas geradas por análise fatorial e têm menores intervalos de confiança e eliminação dos efeitos tetos e chão (*floor e ceiling effects*) (WARE et al., 1995). O valor do coeficiente do alfa de Cronbach para o Sumário do Componente Físico foi de 0,92 e para o Sumário do Componente Mental foi de 0,91, indicando uma boa consistência interna. Os valores dos coeficientes de alfa de Cronbach para os Sumários do Componente Físico e do Componente Mental foram calculados considerando os valores dos coeficientes de alfa de Cronbach dos oitos componentes do SF-36 e as intercorrelações e peso dos componentes nas medidas sumárias (WARE et al., 1995).

3.7.2 AUTOEFICÁCIA

Para avaliação da autoeficácia, foi utilizado o instrumento Escala de Autoeficácia Geral Percebida (*The General Self-Efficacy Scale*) desenvolvido por Schwarzer e Jerusalem (1995), validado para o português (SOUZA; SOUZA, 2004) (Anexo E). Devido à ausência de uma escala específica para avaliar a autoeficácia de pacientes com DAC, validada para o Brasil, optamos em esse construto ser um desfecho secundário apesar de a autoeficácia ser o referencial teórico do Programa Educativo com Seguimento por Telefone.

A escala é composta de 10 itens, e cada item refere-se a lidar com sucesso com uma determinada situação. A escala de resposta é uma escala ordinal de cinco pontos, sendo o valor um atribuído quando o indivíduo discorda totalmente com a sentença e o valor cinco quando concorda totalmente. O valor da escala varia de 10 a 50, e maiores valores numéricos correspondem à maior percepção de autoeficácia.

A escala foi criada para avaliar um senso geral de autoeficácia percebida, incluindo a adaptação do indivíduo depois de experimentar algum evento estressante em sua vida. O instrumento apresentou propriedades psicométricas aceitáveis (alfa de Cronbach de 0,84) em sua versão original e na versão adaptada e validada para o Brasil (alfa de Cronbach de 0,81) (SOUZA; SOUZA, 2004).

3.7.3 ADESÃO AOS MEDICAMENTOS

Para avaliação da adesão aos medicamentos, foi utilizado o instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), elaborado por Delgado e Lima (2001) (Anexo F). O instrumento foi elaborado e testado entre indivíduos com condições crônicas em Portugal, sendo que 76% eram hipertensos, (DELGADO; LIMA, 2001) e, posteriormente, aplicado em estudos na população brasileira (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009; SILVA, 2010).

O instrumento é composto por sete itens que avaliam a adesão do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos. As respostas aos itens são em forma de escala ordinal de seis pontos que variam de “sempre” (1) a “nunca” (6). O escore final do MAT é a média dos valores das respostas aos sete itens. Neste estudo, adotamos a sugestão dos autores do MAT, ou seja, o uso da escala dicotômica convertida, transformando-se a média dos valores das respostas de cada sujeito da seguinte forma: valores iguais ou maiores que cinco corresponderam à adesão e valores menores que cinco corresponderam à não adesão (DELGADO; LIMA, 2001).

No estudo de validação da escala original, o MAT apresentou uma boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,75 na escala dicotômica convertida. A resposta em forma da escala de Likert revelou maior sensibilidade e especificidade para captar os diversos comportamentos de adesão aos medicamentos (DELGADO; LIMA, 2001).

3.7.4 ESTADO EMOCIONAL

Neste estudo, foram considerados para avaliação do estado emocional os construtos ansiedade e depressão que foram medidos pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*), desenvolvida por Zigmend e Snaith (1983), em sua versão validada e adaptada para o português (BOTEGA et al., 1995) (Anexo G).

A HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha, divididas em duas subescalas: ansiedade e depressão. Cada subescala é composta de sete itens. Cada item tem uma pontuação que varia de zero a três. O intervalo global, em cada subescala, varia de zero a 21, maiores valores indicam mais sintomas de ansiedade e depressão (BOTEGA et al., 1995).

Na validação para o português, obteve-se alfa de Cronbach de 0,68 para a subescala de ansiedade e de 0,77 para a subescala de depressão (BOTEGA et al., 1995). O ponto de corte que propiciou boa sensibilidade e boa especificidade foi a partir de oito pontos. O participante com oito pontos ou mais foi considerado caso, na subescala de ansiedade (74,0% de sensibilidade e 74,2% de especificidade) e na subescala de depressão (85,7% de sensibilidade e 72,4% de especificidade) (BOTEGA et al., 1998). Os participantes foram agrupados em duas categorias: não-caso (0-7) e caso (8-21) em cada subescala (BOTEGA et al., 1998).

3.8 ALEATORIZAÇÃO

A alocação dos participantes para o GI ou GC foi paralela. Foi gerada uma lista da ordem aleatória de alocação por meio do programa GraphPad. A partir dessa lista, foi realizada a aleatorização em blocos de 12, 16 e 32 participantes. A lista foi organizada no programa Excel 2004 e, posteriormente, sequenciada em envelopes opacos selados e numerados. Após a primeira entrevista (T0), o envelope foi aberto pela pesquisadora, para alocação do participantes para o GI ou GC.

3.9 CEGAMENTO

Não houve cegamento do participante, porque não é possível fazê-lo no caso de intervenções educativas.

Não houve cegamento dos avaliadores. Foi necessário um número maior que o estimado de avaliadores para a coleta de dados, seis meses após a ICP, porque os dados foram coletados na sala de espera dos ambulatorios, e um grande número de participantes tinha retorno ambulatorial no mesmo dia. Após a consulta, alguns não tinham disponibilidade para esperar para realização da entrevista porque precisavam retornar para suas cidades com o transporte do município em que moravam. Diante desse fato, a pesquisadora e o auxiliar de pesquisa (que já sabiam sobre a alocação dos participantes para o GI ou GC) realizaram a coleta de dados dos participantes, seis meses após a ICP. Porém, a influência dos avaliadores e o viés de resposta podem ser considerados pequenos, pois as respostas aos itens dos instrumentos foram relatadas pelos participantes.

3.10 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A identificação dos pacientes que seriam submetidos à ICP foi realizada por meio de uma agenda, na Unidade de Cardiologia (hemodinâmica). O recrutamento de participantes no estudo ocorreu entre agosto de 2011 e junho de 2012, pela pesquisadora e um auxiliar de pesquisa, treinado pela pesquisadora e com formação na área de saúde.

Após a identificação do paciente, foi verificado se o mesmo estava sendo submetido à primeira ICP, por meio de consulta aos prontuários, discussão com a equipe médica e/ou conversa com o paciente.

Os participantes foram recrutados no dia em que foi agendada a ICP e convidados a participar deste estudo, sendo assegurada a privacidade durante a entrevista e os procedimentos éticos conforme descrito anteriormente. Nos casos de recusa ou exclusão do participante, o motivo era anotado em um caderno de pesquisa ao qual somente a pesquisadora tinha acesso.

Uma entrevista e consulta aos prontuários, com duração média de uma hora, foram realizadas antes do procedimento de ICP. O primeiro instrumento aplicado foi o MEEM para avaliação do estado cognitivo do participante. Os participantes que não atingiram a pontuação mínima no MEEM foram excluídos do estudo.

Depois, foram aplicados os seguintes instrumentos: 1) Questionário de caracterização sociodemográfica e da história clínica; 2) *Medical Outcomes Survey 36- Item Short Form* (SF-36); 3) Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT); 4) Escala de Autoeficácia Geral Percebida (*The General Self-Efficacy Scale*); e 5) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS).

Após a entrevista, foi realizada a alocação aleatória dos participantes para o GI ou GC, por meio da abertura do envelope opaco e selado. Para os participantes do GI, foi implementado o Programa Educativo com

Seguimento por Telefone, pela pesquisadora ou pelo auxiliar de pesquisa. Enquanto os participantes do GC receberam o cuidado usual.

Após a alta hospitalar, a entrevista do seguimento foi realizada no ambulatório de angioplastia e de cardiologia do HCFMRP-USP. A pesquisadora verificava, por meio do sistema do hospital, as datas de retorno ambulatorial dos participantes do estudo e conferia se o retorno estava agendado no período de cinco a sete meses após a ICP. Nos casos em que havia retorno ambulatorial antes desse período, era solicitado à equipe médica, por meio do prontuário, que agendasse o próximo retorno, considerando o período de coleta de dados. Nos casos em que havia retorno ambulatorial depois desse período, o retorno ambulatorial era antecipado, após acordo com a equipe médica.

Os dados foram coletados na sala de espera dos ambulatórios, por meio de entrevista e consulta aos prontuários, com duração média de uma hora. Participaram deste etapa de coleta de dados: a pesquisadora, um auxiliar de pesquisa e dois alunos de iniciação científica, treinados pela pesquisadora. Quatro pessoas foram necessárias para coleta de dados, porque um grande número de participantes tinha retorno ambulatorial no mesmo dia. Após a consulta, alguns não tinham disponibilidade para esperar para realização da entrevista porque precisavam retornar para suas cidades com o transporte do município em que moravam.

Foram aplicados os seguintes instrumentos, na seguinte ordem: 1) Questionário de caracterização sociodemográfica e da evolução clínica; 2) *Medical Outcomes Survey 36- Item Short Form* (SF-36); 3) Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT); 4) Escala de Autoeficácia Geral Percebida (*The General Self-Efficacy Scale*); e 5) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS). O procedimento de coleta de dados está representado na Figura 1.

FIGURA 1 – Representação esquemática do procedimento de coleta de dados

3.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas (sexo, situação conjugal, desempenho de atividades remuneradas, presença de comorbidades, uso de medicamento vasodilatador coronariano, uso de medicamento para ansiedade ou depressão, tabagismo atual, tabagismo anterior, realização de atividades físicas, tratamento prévio de doença cardíaca, ter sido submetido à CRM, tipo de ICP) e para as variável numérica discreta (número de desobstruções realizadas pela ICP). Foram, ainda, realizadas análises de medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio-padrão [D.P.]) para as variáveis numéricas (idade, anos de estudo, renda mensal familiar, número de dependentes da renda mensal familiar).

Para avaliar se os participantes que saíram ou foram perdidos, durante o seguimento, eram diferentes dos participantes que completaram o estudo, comparamos as características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos aleatorizados de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Utilizamos o teste *t* de *Student* para amostras independentes para as variáveis numéricas e Qui-quadrado para as variáveis categóricas, exceto para a variável “presença de hipertensão”, para a qual usamos o teste exato de Fisher devido aos valores esperados serem menores do que cinco.

Para comparar as médias das variáveis numéricas entre os dois grupos no tempo T0, usamos teste *t* de *Student* para amostras independentes, e para comparar variáveis categóricas, usamos o teste Qui-quadrado.

Para responder ao Objetivo 1 (Hipótese 1), comparamos o estado de saúde percebido (avaliado pelo SF-36) de participantes do GI com o estado de saúde percebido de participantes do GC, na internação e seis meses após ICP, por meio de análise de variância para medidas repetidas.

Para responder ao Objetivo 2 (Hipótese 2), comparamos os grupos GI e GC com relação à autoeficácia (avaliada pela Escala de Autoeficácia Geral Percebida), por meio de análise de variância para medidas repetidas.

Para responder ao Objetivo 3 (Hipótese 3), comparamos a adesão aos medicamentos dos participantes do GI com a adesão aos medicamentos dos participantes do GC, na internação e seis meses após a ICP, foi utilizada apenas análise descritiva.

Para responder ao objetivo 4 (hipótese 4), comparamos o estado emocional (caso de ansiedade ou de depressão) dos participantes do GI com o estado de saúde emocional dos participantes do GC, na internação e seis meses após a ICP, utilizando o teste Qui-quadrado. Além disso, calculamos o risco relativo com intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram digitados e analisados usando o programa *Statistical Package Social Science* (IBM SPSS versão 18.0). O nível de significância adotado foi de 0,05.

3.12 REGISTRO DO ESTUDO

Este ensaio clínico foi registrado no Sistema *Clinical Trials* (*ClinicalTrials.gov Protocol Registration System*) com o título: “*Education program with telephone follow-up for patients after percutaneous coronary intervention: randomized controlled trial*” sob o número NCT01341093.

4 Resultados

4.1 FLUXOGRAMA DOS PARTICIPANTES

O fluxo dos participantes em cada etapa do estudo está representado na Figura 2. No período de recrutamento de participantes, 113 pacientes tinham o agendamento para realização da primeira ICP. Desses, quatro se recusaram a participar do estudo e 19 foram excluídos, pois apresentavam uma das condições descritas nos critérios de exclusão.

Dos pacientes excluídos, sete não atingiram a pontuação no MEEM, (dois eram analfabetos e obtiveram 10 de pontuação; um possuía um ano de estudo e pontuou 16, e quatro possuíam oito anos de estudo e pontuaram entre 21 e 24 pontos); um paciente foi excluído por ter demonstrado não compreender os itens do instrumento SF-36; oito pacientes não apresentaram condições clínicas para participar (dois pacientes apresentavam déficit auditivo; um estava em oxigenoterapia e com dispneia; dois apresentavam dificuldade de deambulação; um relatou que não realizava atividades do dia a dia devido ao desgaste ósseo; um realizava hemodiálise e aguardava transplante renal; e um apresentava história de confusão mental, informada pelos familiares); dois pacientes participavam de outro programa educativo; e um não possuía telefone.

Noventa participantes foram aleatorizados, sendo 45 alocados para o GI e 45 alocados para o GC. Houve 15 saídas e perdas em cada um dos grupos. Os motivos das saídas e perdas dos 30 participantes foram principalmente relacionados ao procedimento de ICP: indicação para CRM após reavaliação do cateterismo cardíaco (cinco participantes), ICP não necessária após reavaliação do cateterismo cardíaco ou reavaliação durante o procedimento (nove participantes), ICP sem sucesso devido a problemas durante o procedimento (seis participantes). Além desses motivos, quatro participantes foram encaminhados para outros programas educativos (três foram encaminhados para o Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP e um relatou que estava participando de um treinamento físico vinculado ao HCFMRP-USP). Quatro participantes do GI foram perdidos durante o acompanhamento por telefone (dois não foram encontrados na ligação da primeira semana após a alta, um na ligação da oitava semana após a alta e um na ligação

da décima sexta semana após a alta). Nestes quatro casos, o contato por telefone foi inviabilizado por não ser possível completar a ligação e não haver outro número de telefone além daquele informado pelos participantes. Dois participantes do GC foram perdidos na segunda avaliação (5 a 7 meses após a ICP). Foram feitas tentativas de contato telefônico com esses dois participantes, mas um estava viajando a trabalho no período da segunda avaliação, e o outro participante não foi localizado devido à dificuldade para completar a ligação e não havia outro número de telefone além daquele informado pelo participante.

Dessa forma, 60 indivíduos (30 do GI e 30 do GC) participaram de todas as etapas do estudo e foram considerados na fase de análise estatística.

FIGURA 2 – Fluxo dos participantes em cada etapa do estudo

4.2 PROGRAMA EDUCATIVO COM SEGUIMENTO POR TELEFONE

O Programa Educativo por meio dos materiais educativos (com a utilização dos três manuais) durou cerca de uma hora.

As ligações telefônicas foram utilizadas como formas de rever os cuidados para prevenção secundária da DAC; e motivar os participantes na realização do autocuidado e de mudanças no estilo de vida. A primeira ligação durou em média 8,8 minutos (D.P.= 0,57), a segunda ligação durou em média 9,3 minutos (D.P.= 0,73) e a terceira ligação durou 9,5 minutos (D.P.= 1,02).

Além das ligações realizadas pela pesquisadora, foram recebidas oito ligações dos participantes do estudo ou de seus familiares. Essas ligações estão relatadas detalhadamente no Apêndice H.

4.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES E DAS SAÍDAS OU PERDAS

A caracterização sociodemográfica e clínica dos 90 participantes aleatorizados de acordo com a participação no estudo encontra-se na Tabela 1. Sessenta pessoas participaram de todas as etapas da coleta de dados, enquanto 30 saíram do estudo ou foram perdidas após a aleatorização. Quando comparado com o grupo que permaneceu no estudo, o grupo perdido era em média um pouco mais novo, tinha renda mensal média mais baixa e menos dependentes familiares. O grupo perdido tinha uma proporção maior de mulheres, de pessoas que desempenhavam atividades remuneradas, de pacientes obesos, de pessoas que faziam uso de medicamento para ansiedade ou depressão e que realizaram tratamento prévio de doenças cardíacas.

Nenhuma variável foi estatisticamente diferente entre os dois grupos ($p \geq 0,10$ para todas as variáveis).

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos indivíduos aleatorizados de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Ribeirão Preto, 2011 – 2013

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	PARTICIPANTES DO ESTUDO (N = 60)		SAÍDAS OU PERDAS (N = 30)		VALOR DE <i>p</i>
	% (N)	MÉDIA (D.P.)*	% (N)	MÉDIA (D.P.)	
IDADE		61,9 (10,7)		58,5 (9,2)	0,12 ^(a)
ANOS DE ESTUDO		4,6 (3,7)		4,7 (4,7)	0,94 ^(a)
RENDA MENSAL FAMILIAR, EM REAIS		2036 (3234)		1693 (993)	0,45 ^(a)
NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA MENSAL FAMILIAR		3,2 (1,7)		2,7 (1,0)	0,10 ^(a)
SEXO					
Masculino	56,7 (34)		43,3 (13)		0,23 ^(b)
Feminino	43,3 (26)		56,7 (17)		
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casado/união consensual	75,0 (45)		73,3 (22)		0,24 ^(b)
Viúvo	10,0 (6)		10,0 (3)		
Divorciado	8,3 (5)		16,7 (5)		
Solteiro	6,7 (4)		0 (0)		
DESEMPENHO DE ATIVIDADES REMUNERADAS					
Não	65,0 (39)		60,0 (18)		0,64 ^(b)
Sim	35,0 (21)		40,0 (12)		
PRESENÇA DE COMORBIDADES, % SIM					
Hipertensão**	96,7 (58)		89,7 (26)		0,32 ^(c)
Dislipidemias**	76,7 (46)		72,4 (21)		0,66 ^(b)
Diabetes**	43,3 (26)		44,8 (13)		0,89 ^(b)
Obesidade	30,0 (18)		43,3 (13)		0,21 ^(b)
USO DE MEDICAMENTO VASODILATADOR CORONARIANO***	52,5 (31)		58,6 (17)		0,59 ^(b)
USO DE MEDICAMENTO PARA ANSIEDADE OU DEPRESSÃO**	20,0 (12)		31,0 (9)		0,25 ^(b)
TRATAMENTO PRÉVIO DE DOENÇA CARDÍACA	28,3 (17)		36,7 (11)		0,42 ^(b)

* D.P. = desvio-padrão.

** grupo de perdas (n=29).

*** grupo de participantes (n = 59) e grupo de perdas (n=29).

^(a) valor de *p* associado ao teste *t* de *Student* para amostras independentes.

^(b) valor de *p* associado ao teste Qui-quadrado.

^(c) valor de *p* associado ao teste exato de Fisher.

4.4 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

A caracterização sociodemográfica e clínica dos 60 participantes de acordo com a alocação para o GI ou para o GC encontra-se na Tabela 2. As médias de idade dos participantes do GI e do GC foram de 63,2 anos (D.P.=12,4) e 60,5 anos (D.P.=8,7), respectivamente. As médias de anos completos de estudo foram de 3,9 anos (D.P.=2,8) para os participantes do GI e de 5,4 anos (D.P.=4,2) para aqueles do GC. A média da renda mensal familiar, em ambos os grupos, foi próxima de 1.600 reais, sendo em média três dependentes da renda em cada família.

Para variáveis categóricas, os valores estão apresentados em ordem decrescente, de acordo com o grupo predominante em cada uma das variáveis. Houve predomínio de participantes do sexo masculino em ambos os grupos (60,0% no GI e 53,3% no GC). Em relação à situação conjugal, a maioria dos participantes era casada ou vivia em união consensual (76,6% no GI e 73,3% no GI). A maioria dos participantes não desempenhava atividades remuneradas (66,7% no GI e 63,3% no GC). Seis meses após a ICP, o percentual de participantes que não desempenhava atividades remuneradas manteve-se em 66,7% no GI, enquanto, no GC, aumentou de 63,3% para 66,7%.

Em relação às comorbidades consideradas como fatores de risco para DAC, a maioria dos participantes apresentava hipertensão arterial (96,7% em ambos os grupos) e dislipidemia (70,0% no GI e 83,3% no GC). Em ambos os grupos, 43,3% eram diabéticos e cerca de um terço dos participantes era obeso (26,7% no GI e 33,3% no GC).

Houve predomínio de uso de medicamento vasodilatador coronariano (mononitrato de isossorbida [monocordil], dinitrato de isossorbida [isordil, angil], propatilnitrato [sustrate] no GI (53,3%). No GC, metade dos participantes fazia uso deste medicamento. Seis meses após a ICP, houve diminuição no número de participantes que fazia uso de medicamento vasodilatador coronariano em ambos os grupos (40,0% no GI e 46,7% no GC).

TABELA 2 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]). Ribeirão Preto, 2011 – 2013

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	GRUPO INTERVENÇÃO (N = 30)		GRUPO CONTROLE (N = 30)	
	% (N)	MÉDIA (D. P.)*	% (N)	MÉDIA (D. P.)*
IDADE EM ANOS COMPLETOS		63,2 (12,4)		60,5 (8,7)
ANOS COMPLETOS DE ESTUDO		3,9 (2,8)		5,4 (4,2)
RENDA MENSAL FAMILIAR, EM REAIS		1632 (1171)		1689 (1203)
NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA MENSAL FAMILIAR		3,4 (1,9)		3,0 (1,4)
SEXO				
Masculino	60,0 (18)		53,3 (16)	
Feminino	40,0 (12)		46,7 (14)	
SITUAÇÃO CONJUGAL				
Casado/união consensual	76,6 (23)		73,3 (22)	
Viúvo	10,0 (3)		10,0 (2)	
Divorciado	6,7 (2)		10,0 (3)	
Solteiro	6,7 (2)		6,7 (2)	
DESEMPENHO DE ATIVIDADES REMUNERADAS				
Não	66,7 (20)		63,3 (19)	
Sim	33,3 (10)		36,7 (11)	
PRESENÇA DE COMORBIDADES, % SIM				
Hipertensão	96,7 (29)		96,7 (29)	
Dislipidemias	70,0 (21)		83,3 (25)	
Diabetes	43,3 (13)		43,3 (13)	
Obesidade	26,7 (8)		33,3 (10)	
USO DE MEDICAMENTO VASODILATADOR CORONARIANO, % SIM	53,3 (16)		50,0 (15)	
USO DE MEDICAMENTO PARA ANSIEDADE OU DEPRESSÃO, % SIM	23,3 (7)		16,7 (5)	
TABAGISMO ATUAL, % SIM	16,7 (5)		36,7 (11)	
TABAGISMO ANTERIOR, % SIM	40,0 (12)		36,7 (11)	
REALIZA ATIVIDADES FÍSICAS, % SIM	53,3 (16)		30,0 (9)	
TRATAMENTO PRÉVIO DE DOENÇA CARDÍACA, % SIM	36,7 (11)		20,0 (6)	
CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO ANTES DA ICP, % SIM	6,7 (2)		13,3 (4)	

* D.P. = desvio-padrão.

Em relação aos medicamentos para ansiedade ou depressão, 23,3% dos participantes do GI faziam o uso de, pelo menos, um desses medicamentos (cloridrato de amitriptilina [tryptanol], cloridrato de fluoxetina, cloridrato de sertralina, lorazepam, diazepam, bromazepam, clonazepam [rivotril], mesilato de codergocrina [hydergine] e bromidrato de citalopram), enquanto no GC, o uso desses ocorreu em 16,7% dos participantes. Seis meses após a ICP, o percentual de participantes que fazia uso de medicamento para ansiedade ou depressão diminuiu em ambos os grupos (16,7% no GI e 13,3% no GC).

Quanto ao tabagismo, 16,7% e 36,7% dos participantes do GI e do GC referiram ser tabagistas, respectivamente. Um maior número de participantes referiu história de tabagismo anterior (40,0% no GI e 36,7% no GC).

A maior parte dos participantes do GI referiu realizar atividades físicas (53,3%). Enquanto no GC a realização de atividades físicas foi menos frequente (30,0%). Seis meses após a ICP, houve aumento no número de participantes que realizavam atividades físicas em ambos os grupos (66,3% no GI e 53,3% no GC).

Cerca de um terço dos participantes do GI (36,7%) já havia realizado tratamento prévio de doença cardíaca, incluindo angina, infarto do miocárdio, valvulopatias, arritmia, insuficiência cardíaca e doença de Chagas. No GC, um quinto dos participantes (20,0%) já havia realizado tratamento para, pelo menos, uma dessas condições. Enquanto 6,7% dos participantes do GI e 13,3% do GC relataram história de terer sido submetidos à CRM antes da ICP.

A Tabela 3 mostra a caracterização clínica relacionada com o procedimento de ICP. Com relação ao número de desobstruções coronárias realizadas pela ICP, a maioria teve uma desobstrução (56,7% no GI e 63,3% no GC), seguida de duas desobstruções (30,0% no GI e 36,7% no GC). Na maioria dos participantes, a ICP foi do tipo *stent* comum (76,7% no GI e 83,3% no GC).

Cinco participantes do GI relataram ter tido alguma dificuldade com o tratamento, seis meses após a ICP. As dificuldades relatadas foram: financeira (dois participantes), no acompanhamento com a equipe de saúde (um

participante), na renovação da receita médica, na compra dos medicamentos e queixa de dor (um participante) e sentimento de angústia (um participante). No GC, oito participantes relataram ter tido alguma dificuldade com o tratamento, seis meses após a ICP, nomeadamente: dificuldade financeira (dois participantes), efeitos colaterais de medicamentos (dois participantes), cansaço e falta de ar (um participante), controle da pressão arterial (um participante), controle do colesterol (um participante) e falta de medicamento na Unidade Básica de Saúde (um participante).

TABELA 3 – Caracterização clínica dos participantes, segundo número de desobstruções realizadas pela ICP e tipo de ICP, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]).
Ribeirão Preto, 2011 – 2013

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	GRUPO INTERVENÇÃO (N = 30)	GRUPO CONTROLE (N = 30)
	% (N)	% (N)
NÚMERO DE DESOBSTRUÇÕES		
1	56,7 (17)	63,3 (19)
2	30,0 (9)	36,7 (11)
3	13,3 (4)	0 (0)
TIPO DE ICP		
<i>Stent</i> comum	76,7 (23)	83,3 (25)
<i>Stent</i> farmacológico	16,7 (5)	16,7 (5)
<i>Stent</i> comum e <i>stent</i> farmacológico	3,3 (1)	0 (0)
<i>Stent</i> comum e balão	3,3 (1)	0 (0)

4.5 DESFECHOS

Os desfechos avaliados foram: estado de saúde percebido, autoeficácia, adesão aos medicamentos e estado emocional (ansiedade e depressão). Os resultados serão apresentados considerando-se cada desfecho.

4.5.1 ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO

As médias e os desvios-padrões obtidos da avaliação do estado de saúde percebido (usando o instrumento SF-36) dos participantes de acordo com a alocação para o GI ou GC, nos dois períodos de avaliação, estão apresentados na Tabela 4.

Na avaliação inicial, antes da ICP, as médias do Sumário do Componente Mental foram 47,6 (D.P.=9,4) no GI e 49,4 (D.P.=12,1) no GC. Para o Sumário do Componente Físico, as médias foram 40,5 (D.P.=10,1) no GI e 37,7 (D.P.=8,7) no GC. As diferenças de valores não foram estatisticamente significantes, de acordo com o teste *t* de *Student* para amostras independentes ($p=0,51$ para o Sumário Mental e $p=0,25$ para o Sumário Físico). Esses resultados nos permitem concluir que não há evidências de diferenças significativas no estado de saúde percebido entre os participantes do GI e do GC, durante a internação.

Na avaliação inicial, os participantes de ambos os grupos relataram melhor estado de saúde percebido nos componentes Aspectos Sociais (média=75,4; D.P.=25,5 no GI e média=71,2; D.P.=29,2 no GC) e Saúde Mental (média=66,9; D.P.=20,8 no GI e média=68,0; D.P.=20,4 no GC). O componente percebido como mais comprometido (isto é, com o menor escore) foi Aspectos Físicos, em ambos os grupos (média=30,0; D.P.=34,4 no GI e média=33,3; D.P.=34,9 no GC). A comparação das médias entre os grupos em cada componente, na avaliação inicial, não mostrou diferenças de valores estatisticamente significantes, de acordo com o teste *t* de *Student* para amostras independentes ($p>0,05$ para todos as variáveis).

TABELA 4 – Valores médios dos sumários dos componentes do SF-36, dos oito componentes do SF-36, e da autoeficácia, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]), nos dois períodos de avaliação. Ribeirão Preto, 2011 – 2013

VARIÁVEL	GI (N=30)		GC (N=30)	
	T0*	T1**	T0*	T1**
	MÉDIA (D. P.)	MÉDIA (D. P.)	MÉDIA (D. P.)	MÉDIA (D. P.)
SUMÁRIO DOS COMPONENTES DO SF-36				
Componente Mental	47,6 (9,4)	51,7 (9,5)	49,4 (12,1)	48,4 (9,2)
Componente Físico	40,5 (10,1)	43,3 (10,6)	37,7 (8,7)	41,0 (11,0)
COMPONENTES DO SF-36				
Aspectos Sociais	75,4 (25,5)	79,2 (25,1)	71,2 (29,2)	64,2 (28,4)
Saúde Mental	66,9 (20,8)	70,9 (22,7)	68,0 (20,4)	70,1 (19,1)
Capacidade Funcional	65,5 (24,6)	72,5 (23,9)	57,8 (26,2)	64,5 (27,8)
Estado Geral de Saúde	64,0 (14,8)	66,1 (19,8)	61,9 (19,7)	63,9 (20,0)
Vitalidade	61,8 (23,0)	69,7 (20,6)	62,7 (23,8)	62,5 (20,7)
Dor	57,7 (29,8)	63,8 (28,5)	50,8 (27,9)	55,7 (24,2)
Aspectos Emocionais	51,1 (36,9)	77,8 (36,4)	58,9 (41,7)	64,4 (36,0)
Aspectos Físicos	30,0 (34,4)	52,5 (40,7)	33,3 (34,9)	50,0 (44,0)
AUTOEFICÁCIA	40,1 (7,5)	41,4 (7,1)	39,6 (7,0)	40,0 (6,6)

*T0 = antes da ICP.

**T1 = 5 a 7 meses após a ICP.

D.P. = Desvio-padrão

Na avaliação de seis meses após a ICP, os participantes do GI relataram melhor estado de saúde percebido nos componentes Aspectos Sociais (média=79,2 D.P.=25,1) e Aspectos Emocionais (média=77,8 D.P.=36,4). No GC, os componentes com melhores avaliações foram Saúde Mental (média=70,1 D.P.=19,1) e Capacidade Funcional (média=64,5 D.P.= 27,8). Em ambos os grupos, o componente percebido como mais comprometido continuou sendo Aspectos Físicos (média=52,5; D.P.=40,7 no GI e média=50,0; D.P.=44,0 no GC).

Para avaliar o efeito do tempo e da intervenção, fizemos análises de variância para medidas repetidas, usando tempo, grupo e a interação entre tempo e grupo como fatores. Os p-valores das análises são mostrados na Tabela 5. Com um nível de significância de 0,05, nenhuma interação (tempo e grupo) ou grupo foi estaticamente significativa, mas houve valores entre 0,05 e 0,10 (interações para o Sumário do Componente Mental: $p=0,08$ e para o componente Aspectos Emocionais: $p=0,07$; grupo para o componente Aspectos Sociais: $p=0,10$). Houve diferença em tempo para o Sumário do Componente Físico ($p=0,009$) e para os componentes Capacidade Funcional ($p=0,02$), Aspectos Emocionais ($p=0,007$) e Aspectos Físicos ($p<0,001$).

TABELA 5 – P-valores das análises de variância para medidas repetidas para os componentes da SF-36 e medida de autoeficácia, incluindo tempo (T0* e T1**) e grupos (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] e cuidado usual [grupo controle]).
Ribeirão Preto, 2011 – 2013

VARIÁVEL	P - VALOR PARA FATOR		
	GRUPO	TEMPO	INTERAÇÃO GRUPO POR TEMPO
SUMÁRIO DOS COMPONENTES DO SF-36			
Componente Mental	0,73	0,30	0,08
Componente Físico	0,28	0,009	0,82
COMPONENTES DO SF-36			
Aspectos Sociais	0,10	0,69	0,19
Saúde Mental	0,98	0,28	0,74
Capacidade Funcional	0,20	0,02	0,95
Estado Geral de Saúde	0,61	0,39	0,98
Vitalidade	0,52	0,19	0,17
Dor	0,22	0,14	0,86
Aspectos Emocionais	0,72	0,007	0,07
Aspectos Físicos	0,96	<0,001	0,55
AUTOEFICÁCIA	0,58	0,29	0,57

*T0 = antes da ICP.

** T1 = 5 a 7 meses, após a ICP.

P-valores menores que 0,10 em negrito

Para entender melhor as mudanças entre os tempos nos dois grupos, a Figura 3 mostra as médias estimadas pela análise de variância nos dois tempos em cada grupo. Embora a interação para o Sumário do Componente Mental não tenha sido significativa a um nível de 0,05, o GI melhorou neste sumário do tempo T0 para T1, enquanto o GC piorou. A partir dos dados da Tabela 4, podemos observar que do tempo T0 para T1, no Sumário Mental, o GI melhorou 4,1 pontos e que o GC piorou 1,0 ponto; resultando em diferença entre os grupos de T0 para T1 de cinco pontos. No Sumário do Componente Físico, houve discreta melhora nos dois grupos. No componente Aspectos Sociais houve melhora no GI (melhora de 3,8 pontos) enquanto no GC houve piora (piora de 7,0 pontos), com diferença entre os grupos de 11 pontos. No componente Vitalidade, houve melhora no GI (melhora de 7,9 pontos) enquanto no GC não houve mudança, com diferença entre os grupos de oito pontos. No componente Aspectos Emocionais, houve melhora em ambos os grupos porém, os participantes do GI apresentaram uma melhora mais acentuada (26,7 pontos) que aqueles do GC (5,5 pontos), resultando em diferença entre os grupos de 21 pontos.

4 Resultados

FIGURA 3 — Médias estimadas pela análise de variância com medidas repetidas das medidas de estado de saúde percebido, usando os fatores grupo (grupo intervenção [GI] ou grupo controle [GC]), tempo (antes da intervenção coronária percutânea e seis meses após a intervenção coronária percutânea) e a interação entre grupo e tempo

4.5.2 AUTOEFICÁCIA

Os resultados obtidos da avaliação da autoeficácia dos participantes de acordo com a alocação para o GI ou GC, nos dois períodos de avaliação, estão apresentados na Tabela 4.

Na avaliação inicial, os valores médios de autoeficácia foram 40,1 (D.P.=7,5) no GI e 39,6 (D.P.=7,0) no GC, e, na avaliação de seis meses após a ICP, foram 41,4 (D.P.=7,1) no GI e 40,0 (D.P.=6,6) no GC. A análise de variância para medidas repetidas não mostrou diferenças entre os grupos (GI e GC) ou tempos (T0 e T1) (Tabela 5).

A Figura 4 mostra as médias estimadas pela análise de variância, nos dois tempos em cada grupo. Houve discreto aumento da autoeficácia de T0 para T1 nos dois grupos (GI e GC). A partir dos dados da Tabela 4, podemos observar que do tempo T0 para T1 o GI aumentou 1,3 ponto, e que o GC aumentou 0,4 ponto; resultando em uma diferença entre os grupos de T0 para T1 de um ponto.

FIGURA 4 – Médias estimadas pela análise de variância com medidas repetidas das medidas de autoeficácia, usando os fatores grupo (grupo intervenção [GI] ou grupo controle [GC]), tempo (antes da intervenção coronária percutânea e seis meses após a intervenção coronária percutânea) e a interação entre grupo e tempo

4.5.3 ADESÃO AOS MEDICAMENTOS

Os resultados obtidos da avaliação da adesão aos medicamentos (usando o instrumento MAT) dos participantes, de acordo com a alocação para o GI ou GC, nos dois períodos de avaliação, estão apresentados na Tabela 6. É evidente nos resultados que a alta porcentagem de participantes que relataram adesão aos medicamentos, nos tempos T0 e T1 nos dois grupos (mais de 90% inicial e no seguimento), impossibilitou um teste estatístico formal. O MAT não parece ser uma medida que faça distinções de adesão ou os participantes tinham uma certa tendência em relatar adesão aos medicamentos.

TABELA 6 – Distribuição da frequência de adesão aos medicamentos, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]), nos dois períodos de avaliação. Ribeirão Preto, 2011 – 2013

GRUPO	CATEGORIA	% (N) *
GI	Não aderente no início e aderente no seguimento	0,03 (1)
	Aderente no início e não aderente no seguimento	0,03 (1)
	Aderente no início e no seguimento	0,93 (28)
GC**	Não aderente no início e aderente no seguimento	0,03 (1)
	Aderente no início e no seguimento	0,93 (28)

* Porcentagem calculada em relação ao tamanho do grupo

** Um paciente não fazia uso de medicamentos de modo contínuo, antes da ICP.

4.5.4 ESTADO EMOCIONAL

Os resultados obtidos da avaliação de ansiedade e de depressão dos participantes, de acordo com a alocação para o GI ou GC, nos dois períodos de avaliação, estão apresentados na Tabela 7.

Na avaliação inicial, antes da ICP, 53,3% dos participantes do GI e 60,0% dos participantes do GC eram não-caso para ansiedade. A associação entre as variáveis ansiedade e grupo (GI ou GC) não foi estatisticamente significativa, de

acordo com o teste Qui-quadrado ($p=0,60$). Seis meses após a ICP, houve aumento de não-caso de ansiedade no GI (73,3%) e diminuição no GC (46,7%), e a associação entre as variáveis foi estatisticamente significativa, de acordo com o teste Qui-quadrado ($p=0,04$). Portanto, concluímos que não há evidência de diferenças no percentual de pacientes não-caso para ansiedade entre os grupos (GI e GC) na internação. Entretanto, seis meses após a ICP, o percentual de pacientes não-caso para ansiedade no GI foi maior que o percentual no GC.

TABELA 7 – Distribuição da frequência de ansiedade e de depressão, de acordo com a alocação aleatória (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]) e valores de probabilidade (p) associada ao teste Qui-quadrado, nos dois períodos de avaliação. Ribeirão Preto, 2011 – 2013

VARIÁVEL	T0*					T1**				
	GI (N= 30)		GC (N= 30)		VALOR DE p	GI (N= 30)		GC (N= 30)		VALOR DE p
	%	N	%	N		%	N	%	N	
ANSIEDADE										
Não-caso	53,3	16	60,0	18	0,60	73,3	22	46,7	14	0,04
Caso	46,7	14	40,0	12		26,7	8	53,3	16	
DEPRESSÃO										
Não-caso	56,7	17	73,3	22	0,18	66,7	20	83,3	25	0,14
Caso	43,3	13	26,7	8		33,3	10	16,7	5	

* T0 = antes da ICP.

** T1 = 5 a 7 meses, após a ICP.

Em relação à depressão, na avaliação inicial, 56,7% dos participantes do GI e 73,3% dos participantes do GC eram não-caso para depressão. A associação entre as variáveis depressão e grupo (GI ou GC) não foi estatisticamente significativa, de acordo com o teste Qui-quadrado ($p=0,18$). Seis meses após a ICP, houve aumento de não-caso de depressão em ambos os grupos, com frequência de 66,7% no GI e de 83,3% no GC, e a associação entre

as variáveis continuou não estatisticamente significativa, de acordo com o teste Qui-quadrado ($p=0,14$). Portanto, não houve evidência de diferenças no percentual de pacientes não-caso de depressão entre os grupos (GI e GC), tanto na internação como no seguimento.

Os resultados obtidos da avaliação dos sintomas de ansiedade dos participantes de acordo com os dois períodos de avaliação, em cada grupo, estão apresentados na Tabela 8. As mudanças de ansiedade (caso) para ausência de ansiedade (não-caso) estão destacadas em cor amarela. Metade dos participantes do GI (50,0%) manteve-se como não-caso de ansiedade nas duas avaliações, 23,3% dos participantes passaram de caso para não-caso de ansiedade, 23,3% mantiveram-se como caso de ansiedade e apenas um participante (3,4%) foi de não-caso para caso de ansiedade. No GC, 26,7% dos participantes mantiveram-se como não-caso de ansiedade nas duas avaliações, 20,0% passaram de caso para não-caso, 20,0% mantiveram-se como não-caso de ansiedade, enquanto 10 participantes (33,3%) passaram de não-caso para caso. Ao final do seguimento, o risco relativo do GI de não apresentar ansiedade (não-caso) foi de 1,6 (intervalo de confiança [IC] de 95%=1,0 a 2,4), quando comparado com o GC.

TABELA 8 – Distribuição da frequência de ansiedade, de acordo com o período de avaliação, nos dois grupos (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]). Ribeirão Preto, 2011 – 2013

GRUPO	ANSIEDADE		% (N)
	T0*	T1**	
GI (N=30)	Sim	Sim	23,3 (7)
		Não	23,3 (7)
	Não	Sim	3,4 (1)
		Não	50,0 (15)
GC (N=30)	Sim	Sim	20,0 (6)
		Não	20,0 (6)
	Não	Sim	33,3 (10)
		Não	26,7 (8)

* T0 = antes da ICP.

** T1 = 5 a 7 meses, após a ICP.

Os resultados obtidos da avaliação de depressão dos participantes de acordo os dois períodos de avaliação, em cada grupo, estão apresentados na Tabela 9. As mudanças de depressão (caso) para ausência de depressão (não-caso) estão destacadas em cor amarela. Quarenta por cento dos participantes do GI mantiveram-se como não-caso de depressão nas duas avaliações; 26,6% passaram de caso para não-caso; 16,7% mantiveram-se como caso de depressão e 16,7% passaram de não-caso para caso de depressão. No GC, 70,0% dos participantes mantiveram-se como não-caso de depressão nas duas avaliações; 13,3% passaram de caso para não-caso; 13,3% mantiveram-se como caso de depressão e 3,4% passaram de não-caso para caso de depressão. Ao final do seguimento, o risco relativo do GI de não apresentar depressão (não-caso) foi de 0,8 (intervalo de confiança [IC] de 95%=0,6 a 1,1), quando comparado com o GC.

TABELA 9 – Distribuição da frequência de depressão, de acordo com o período de avaliação, nos dois grupos (programa educativo com seguimento por telefone [grupo intervenção] ou cuidado usual [grupo controle]). Ribeirão Preto, 2011 – 2013

GRUPO	DEPRESSÃO		% (N)
	T0*	T1**	
GI (N=30)	Sim	Sim	16,7 (5)
		Não	26,6 (8)
	Não	Sim	16,7 (5)
		Não	40,0 (12)
GC (N=30)	Sim	Sim	13,3 (4)
		Não	13,3 (4)
	Não	Sim	3,4 (1)
		Não	70,0 (21)

*T0 = antes da ICP.

** T1 = 5 a 7 meses, após a ICP.

5 Discussão

A caracterização dos participantes se assemelha a de outros estudos com indivíduos submetidos à ICP quanto ao predomínio do sexo masculino (AGUIAR FILHO et al., 2012; COHEN et al., 2011; GANASSIN et al., 2012; KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006; SINGH et al., 2011; WONG; CHAIR, 2007) e de indivíduos casados ou vivendo em união consensual (KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006; TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011; WONG; CHAIR, 2007). A média de idade, também, foi similar a de outros estudos com pessoas submetidas à ICP (AGUIAR FILHO et al., 2012; FAVARATO et al., 2007; GANASSIN et al., 2012; KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006; SCHENKEVELD et al., 2010; TAKIUTI et al., 2007).

Em relação às comorbidades consideradas como fatores de risco para DAC, a maioria dos participantes tinha hipertensão arterial (96,7% em ambos os grupos). Em outros estudos com pacientes submetidos à ICP, a maioria dos participantes também tinha hipertensão arterial, com frequência entre 58,0% e 85,3% (AGUIAR FILHO et al., 2012; FAVARATO et al., 2007; GANASSIN et al., 2012; TAKIUTI et al., 2007; TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011). Porém, em outros estudos com pacientes submetidos ao mesmo procedimento, a presença de hipertensão arterial foi menor, com frequências entre 32,0% e 49,2% (SCHENKEVELD et al., 2010; WONG; CHAIR, 2007). Neste estudo, a maioria dos participantes tinha dislipidemia (70,0% no GI e 83,3% no GC). Em outros estudos com pacientes submetidos à ICP, a maioria dos participantes também tinha dislipidemia, porém, a frequência foi menor, quando comparada aos resultados encontrados e variou entre 58,5% e 67,0% (AGUIAR FILHO et al., 2012; SCHENKEVELD et al., 2010; WONG; CHAIR, 2007). Quarenta e três por cento dos participantes deste estudo tinham diabetes, enquanto, em outros estudos com pacientes submetidos à ICP, a frequência foi ligeiramente menor e variou entre 27,5% e 36,0% (AGUIAR FILHO et al., 2012; GANASSIN et al., 2012; TAKIUTI et al., 2007; WONG; CHAIR, 2007). Em outros estudos com pacientes submetidos ao mesmo procedimento para revascularização do miocárdio, a presença de diabetes foi menor, com frequências entre 11,0% e 15,0% (SCHENKEVELD et al., 2010; TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011).

O uso de medicamento vasodilatador coronariano antes da ICP encontrado neste estudo (53,3% no GI e 50,0% no GC) se assemelha com o de outro estudo, no qual o uso foi de 44% em pacientes submetidos à ICP (KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006). A frequência de angina em pacientes antes da ICP foi de 78% em um estudo (FAVARATO et al., 2007) e de 91% em outro estudo (TAKIUTI et al., 2007), porém, nesses estudos, não havia informações sobre o uso de medicamentos vasodilatadores coronarianos.

Em relação aos medicamentos para ansiedade ou depressão, utilizados por 23,3% dos participantes no GI e por 16,7% no GC, estudos evidenciaram a relação de fatores psicológicos com o desenvolvimento, manifestação e progressão da DAC (ROZANSKI; BLUMENTHAL; KAPLAN, 1999; SERRANO et al., 2011). Em um estudo com pacientes submetidos à ICP, antes do procedimento, o uso de medicamentos para ansiedade ou depressão foi de 6% para antidepressivos, 13% para ansiolíticos e 14% para depressão maior (PEDERSEN et al., 2008).

A frequência de participantes tabagistas foi diferente entre os grupos (16,7% no GI e 36,7% no GC). Na maioria dos estudos, com pacientes submetidos à ICP, a frequência foi similar àquela encontrada no GI, variando de 15,4% a 20,2% (AGUIAR FILHO et al., 2012; COHEN et al., 2011; WONG; CHAIR, 2007; GANASSIN et al., 2012). Porém, em um estudo com pacientes submetidos à ICP, a frequência foi de 41,0% (SCHENKEVELD et al., 2010) e, em dois estudos com pessoas submetidas ao mesmo procedimento, a frequência ficou entre os valores encontrados nos participantes dos grupos intervenção e controle, com 26,8% e 27,0% de participantes tabagistas (GANASSIN et al., 2012; TAKIUTI et al., 2007).

A maioria dos participantes deste estudo teve uma desobstrução coronária realizada pela ICP (56,7% no GI e 63,3% no GC), seguida de duas desobstruções (30,0% no GI e 36,7% no GC). Resultados similares foram encontrados em outros estudos nacionais, com média de 1,1 vaso tratado (AGUIAR FILHO et al., 2012) e com maior frequência de doença coronária uniarterial, com percentuais entre 50,3% e 57,6% (GANASSIN et al., 2012). Porém,

em outro estudo com pacientes submetidos à ICP, 30,8% dos participantes tinham doença uniarterial, e 47,4% tinham doença biarterial (WONG; CHAIR, 2007). Em outros estudos com pessoas submetidas ao mesmo procedimento, as frequências de doença uniarterial, biarterial e triarterial foram similares (KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006; SZYGULA-JURKIEWICZ et al., 2005).

No presente estudo, na avaliação do estado de saúde percebido, por meio de instrumento SF-36, a participação no Programa Educativo com Seguimento por Telefone não resultou em melhores avaliações nas medidas sumárias e nos componentes do SF-36, com um nível de significância de 0,05. Entretanto, com valores entre 0,05 e 0,10, houve interação entre tempo e grupo no Sumário do Componente Mental ($p=0,08$) e no componente Aspectos Emocionais ($p=0,07$); no GI, houve melhora no componente Aspectos Sociais ($p=0,10$).

As diferenças de cinco pontos ou mais entre os grupos (GI e GC), de T0 para T1, no Sumário do Componente Mental (5 pontos) e nos componentes Aspectos Sociais (11 pontos), Vitalidade (8 pontos) e Aspectos Emocionais (21 pontos), atingiram significância clínica, de acordo com testes prévios do instrumento que estabeleceram que uma diferença de três a cinco pontos representa o menor efeito clinicamente significativo (STEWART et al., 1989).

Esses resultados nos permitem levantar a hipótese de que o Programa Educativo com Seguimento por Telefone pode melhorar o estado de saúde percebido pelos pacientes submetidos à ICP, principalmente em relação aos aspectos emocionais e sociais.

Em nosso estudo, o seguimento por telefone teve o objetivo de esclarecer dúvidas, rever os cuidados para prevenção secundária da DAC, e motivar os participantes na realização do autocuidado e de mudanças no estilo de vida. O seguimento por telefone foi uma forma de estabelecimento de vínculo, ao fornecer apoio social e emocional aos pacientes e seus familiares, e acreditamos que essa forma de acompanhamento motivou os participantes para realização do autocuidado e prevenção secundária da DAC. Em uma revisão sistemática sobre o seguimento por telefone para pacientes após revascularização do miocárdio, os

autores concluíram que as ligações telefônicas podem ser utilizadas para conversar com os pacientes sobre suas preocupações e ajudar na solução de problemas (FURUYA et al., 2013).

Em um estudo que avaliou um programa de prevenção secundária (*“ProActive Heart”*), realizado por meio de seguimento por telefone, para pacientes após infarto do miocárdio, também, foram encontrados efeitos positivos da intervenção no estado de saúde percebido, avaliado por meio do instrumento SF-36. O seguimento por telefone foi realizado por profissionais da saúde (enfermeiro e médico) e teve seis meses de duração. Foi realizada uma sessão introdutória para explicações sobre o programa e, depois, três sessões semanais, três quinzenais e quatro mensais. O seguimento por telefone abordou modificações relacionadas com os fatores de risco para DAC, adesão aos medicamentos e manejo de aspectos psicossociais. Na avaliação de seis meses, os participantes do GI apresentaram melhor estado de saúde, comparado com aqueles do GC no Sumário do Componente Mental (diferença das médias=2,7; intervalo de confiança [IC] de 95%=0,5 a 4,9; $p=0,02$) e nos componentes Aspectos Sociais (diferença das médias=2,3; intervalo de confiança [IC] de 95%=0,1 a 4,5; $p=0,02$) e Aspectos Emocionais (diferença das médias=2,7; intervalo de confiança [IC] de 95%=0,2 a 5,2; $p=0,03$) (HAWKES et al., 2012). Esses resultados corroboram os encontrados no presente estudo, com melhoras principalmente em relação ao Sumário do Componente Mental aos componentes Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais. Dessa forma, evidenciam a hipótese de que o seguimento por telefone pode ser uma forma de fornecimento de apoio social e emocional que pode resultar na melhora no estado de saúde percebido dos pacientes. Outros estudos fortalecem a hipótese de que o seguimento por telefone é uma forma de fornecer apoio aos pacientes, particularmente no que tange aos aspectos psicológicos e sociais, em pacientes com câncer de ovário (COX et al., 2008), com câncer colorretal (BEAVER et al., 2012) e em mães pela primeira vez (HANNAN, 2013). Programas educativos com seguimento por telefone resultaram em melhor qualidade de vida, particularmente relacionada a aspectos psicossociais em pacientes em diálise peritoneal (CHOW; WONG, 2010) e em melhora do apoio social em pacientes com diabetes (WU et al., 2011).

Em outro estudo em que o seguimento por telefone foi a intervenção para pacientes após infarto do miocárdio, houve melhor avaliação pelos participantes do GI no Sumário do Componente Físico, quando comparada aos participantes do GC. Nessa medida sumária, seis meses após a alta hospitalar, a média de diferença entre os grupos foi de 2,3 pontos (intervalo de confiança [IC] de 95%=0,1 a 4,5; $p=0,039$). O seguimento por telefone foi realizado por um enfermeiro e iniciado na primeira semana após a alta e realizado semanalmente no primeiro mês. Posteriormente, foram realizadas quatro ligações (6, 8, 12 e 24 semanas após a alta). Os participantes poderiam terminar o seguimento por telefone antes, caso preferissem, mas eram encorajados a responderem às primeiras cinco ou seis ligações, nos dois primeiros meses após a alta hospitalar. Também foi fornecido um número de telefone para os participantes e seus familiares ligarem, caso necessitassem de informações, orientações e apoio (HANSSEN et al., 2007).

Em um estudo com pacientes submetidos à CRM, o seguimento por telefone foi realizado por pacientes que haviam sido submetidos à CRM, nos cinco anos anteriores, e participado de programa de reabilitação cardíaca. Esses pacientes foram treinados para realizar a intervenção (*peer support*). No seguimento por telefone, foram abordados o manejo da dor e exercícios; os pacientes foram encorajados para participarem em um programa de reabilitação cardíaca. A dose e a frequência das ligações foram determinadas pelo paciente e pela pessoa responsável pela ligação. Na avaliação do estado de saúde percebido, a diferença das médias entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Entretanto, os participantes do GI apresentaram melhores resultados no Sumário do Componente Físico (diferença das médias=3,9; D.P.=11,8; $p=0,12$) e no componente Aspectos Físicos (diferença das médias=14,0; D.P.=36,3; $p=0,06$) (PARRY et al., 2009).

Ao contrário do presente estudo em que os participantes do GI apresentaram melhores avaliações principalmente em relação ao Sumário do Componente Mental e aos componentes Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais, nos dois estudos supracitados, os participantes do GI apresentaram melhores

resultados em relação ao componente Aspectos Físicos (PARRY et al., 2009) e ao Sumário do Componente Físico (HANSSEN et al., 2007; PARRY et al., 2009). Consideramos que esses resultados podem estar relacionados com o conteúdo das ligações telefônicas, já que, em um dos estudos, os aspectos emocionais e sociais não foram abordados (PARRY et al., 2009) e, no outro estudo, em cada ligação era abordado somente um tópico, conforme a necessidade do paciente, incluindo: dor torácica e desconforto físico; sentimento de ansiedade ou depressão; atividade física; tratamento médico; prevenção da DAC; relações familiares e conjugais (HANSSEN et al., 2007).

Consideramos que a avaliação de aspectos psicossociais e que o apoio emocional deveriam ocorrer em todas as ligações telefônicas. Em uma revisão sistemática sobre o seguimento por telefone para pacientes após revascularização do miocárdio, os autores sugeriram que, pelo menos, três ligações seriam necessárias: a primeira deveria focar em sintomas pós-operatórios, autocuidado e mudanças alimentares; a segunda no retorno de atividades diárias, atividade física e mudanças no estilo de vida; e a terceira deveria incluir os aspectos sociais. Os autores também sugeriram que a avaliação psicossocial e o apoio emocional deveriam ocorrer em todas as fases (FURUYA et al., 2013).

No presente estudo, na análise de variância para medidas repetidas, houve efeito do tempo na avaliação do Sumário do Componente Físico ($p=0,009$) e dos componentes Capacidade Funcional ($p=0,02$), Aspectos Emocionais ($p=0,007$) e Aspectos Físicos ($p<0,001$). Consideramos que a avaliação de melhor estado de saúde percebido, de T0 para T1, pode estar relacionada aos resultados da ICP. Após o procedimento, há redução de sintomas de isquemia miocárdica e melhora na tolerância aos exercícios (COHEN et al., 2011; MATTOS et al., 2008; SMITH et al., 2006); também, há rápido retorno ao trabalho (POCOCK et al., 1996), com consequente melhora na avaliação no Sumário Mental e nos componentes Capacidade Funcional e Aspectos Físicos. A melhora no componente Aspectos Emocionais também pode estar relacionada com o procedimento de ICP. Os itens relacionados ao componente Aspectos Emocionais questionam sobre a quantidade de tempo dedicado ao trabalho ou a

outra atividade, a realização de tarefas e o cuidado na realização de atividades, enfatizando os problemas emocionais. Após a ICP, o paciente consegue realizar mais atividades devido à ausência ou à redução da angina e de outros sintomas, o que pode resultar em uma melhor avaliação em itens sobre a realização de atividades.

No presente estudo, na avaliação da autoeficácia, a análise de variância para medidas repetidas não mostrou diferenças entre os grupos ou tempos.

A avaliação da autoeficácia poderia ser mais efetiva com a aplicação de uma escala específica que avaliasse a autoeficácia dos participantes relacionada à recuperação do seu estado de saúde e à realização de modificação de fatores de risco para DAC, a exemplo do que foi realizado em outros estudos (BARNASON et al., 2003; BAZARGANI et al., 2011). Na avaliação da autoeficácia, destaca-se que as mudanças de comportamento possuem relação com a superação de obstáculos. Dessa forma, na avaliação desse construto devem, também, ser considerados os fatores que podem dificultar ou facilitar determinados hábitos e mudanças no estilo de vida (BANDURA, 2004). Em nosso estudo, a utilização da Escala de Autoeficácia Geral Percebida, em razão da ausência de uma escala específica validada para o Brasil que avalie esse construto, pode ter contribuído para uma avaliação pouco precisa das mudanças que podem ter ocorrido nas crenças dos indivíduos em relação à capacidade para se autocuidar e para realizar mudanças em seu estilo de vida. Outro aspecto a ser considerado é que diversos fatores contextuais (social, situacional e temporal) podem influenciar na maneira em que uma informação é processada e avaliada pelo indivíduo e, dessa forma, alterar a autoeficácia da pessoa. Por essa razão, até mesmo experiências de sucesso, incluindo os programas educativos, podem não necessariamente aumentar a autoeficácia (BANDURA, 1977).

Em estudo que teve como objetivo determinar o impacto do uso de um dispositivo telefônico na autoeficácia de pacientes submetidos à CRM e com insuficiência cardíaca, os participantes do estudo responderam a questões sobre seu estado de saúde e sobre a recuperação após a cirurgia, por meio do

dispositivo telefônico. De forma semelhante ao realizado no presente estudo, os conteúdos abordados foram: avaliação de sintomas, estratégias para o manejo dos sintomas, modificação de fatores de risco para DAC, recuperação e autocuidado após a cirurgia, reforço para aumentar a autoeficácia relacionada ao manejo de sintomas e adesão à modificação de fatores de risco para DAC. A avaliação da autoeficácia foi por meio do instrumento *Barnason Efficacy Expectation Scale* (BEES) que determina a autoeficácia do paciente relacionada à recuperação e às mudanças no estilo de vida, após a CRM. Houve diferença estatisticamente significativa na comparação da média dos escores de autoeficácia, sendo que a média foi ajustada considerando o grupo e o tempo (avaliações inicial, de seis semanas e três meses), entre os participantes do GI e do GC (média=50,6; D.P.=1,1 no GI e média=46,5; D.P.=1,1 no GC; $p<0,02$) (BARNASON et al., 2003). Em nosso estudo, além de o instrumento utilizado para avaliar a autoeficácia não ter sido específico, é possível que a intervenção precise ser aperfeiçoada em relação às estratégias utilizadas para melhorar esse construto. Em nosso estudo, procuramos incentivar os comportamentos de autocuidado e de mudanças no estilo de vida, utilizando palavras encorajadoras, durante a internação hospitalar e no seguimento por telefone. O questionamento foi uma técnica utilizada para estimular o participante e para aumentar a sua confiança em realizar as modificações de fatores de risco para DAC. Primeiramente, questionando se o participante estava conseguindo realizar as mudanças em relação à atividade física, à alimentação, à verificação da pressão arterial, ao tabagismo e ao uso de medicamentos, conforme a necessidade de cada participante; seguindo-se a motivação para o indivíduo em manter as modificações realizadas; ou o questionamento sobre os fatores dificultadores, a busca de maneiras para superar as dificuldades relatadas e o aumento da confiança do indivíduo em sua capacidade para superar as dificuldades e realizar as modificações de fatores de risco para DAC. O Programa Educativo pode ser aperfeiçoado por meio de maior utilização de outras fontes de autoeficácia (realização do desempenho, experiências vicárias e estímulo emocional) e do aumento da persuasão verbal e do estímulo aos participantes para realizarem as mudanças no estilo de vida para prevenção secundária da DAC.

Em outro estudo, com pacientes submetidos à CRM, a intervenção foi composta de seis sessões psicoeducacionais, sendo cada sessão de 150 minutos em uma semana, e uma ligação telefônica semanal com o intuito de motivar o participante a manter os comportamentos aprendidos recentemente. A avaliação da autoeficácia foi por meio do instrumento *Cardiac Self-Efficacy Questionnaire* que avalia a autoeficácia em relação ao controle de sintomas e ao funcionamento físico e como pessoa. Dois meses após a avaliação inicial, a média nos escores de autoeficácia foi maior para os participantes do GI, quando comparados com aqueles do GC (média=43,87; D.P.=4,27 no GI e média=24,57; D.P.=8,04 no GC). Resultados similares foram encontrados nas avaliações de três meses (BAZARGANI et al., 2011).

Em relação à adesão aos medicamentos, no presente estudo, houve alta adesão relatada pelos participantes de ambos os grupos, nos dois tempos (mais de 90% inicial e no seguimento). O uso do medicamento, muitas vezes, é percebido pelos pacientes como algo sagrado, pois o não uso pode gerar sintomas imediatos, percebidos como desagradáveis pelos pacientes, ou aparecer em medidas objetivas, como aumento da pressão arterial e do colesterol. Efeitos da mudança no estilo de vida, incluindo alimentação e exercícios físicos, podem ser percebidos em longo prazo. Outro fator que pode estar relacionado com a alta adesão aos medicamentos é a crença de que o medicamento é necessário e benéfico (CHUMMUN; BOLAN, 2013).

Resultados de um estudo qualitativo com pacientes submetidos à ICP propuseram fatores-chave associados com a adesão aos medicamentos, nomeadamente: ter um bom relacionamento com o médico; compreender a condição de saúde; conhecer as indicações e consequências da não adesão; perceber os benefícios dos medicamentos no estado de saúde, incluindo a melhora dos sintomas (RUSHWORTH et al., 2012). No que se refere à boa relação entre médico e paciente, a confiança do paciente é uma fator que potencializa a adesão aos medicamentos (MOURÃO-JÚNIOR; SOUZA, 2010; RUSHWORTH et al., 2012). No presente estudo, destaca-se que todos os participantes, no momento da

alta hospitalar após a ICP, receberam do médico a prescrição e orientações relacionadas ao uso dos medicamentos.

A percepção do paciente sobre a DAC, como uma doença grave que tem alta mortalidade, pode ser um dos fatores relacionados à alta adesão aos medicamentos. Em uma meta-análise, os autores encontraram que pacientes que percebem sua doença como tendo maior gravidade, possuem melhor adesão ao tratamento, quando acreditam na possibilidade de melhora, se comparados com pacientes que consideram sua doença como de menor gravidade. Entretanto, pacientes com condições graves como câncer, insuficiência cardíaca, doença renal em estágio terminal e presença do vírus da imunodeficiência humana, quando apresentam pior estado de saúde, têm 11% mais risco de não aderir ao tratamento quando comparados àqueles com melhor estado de saúde (DIMATTEO; HASKARD; WILLIAMS, 2007).

Outro aspecto que precisa ser considerado na alta percentagem de adesão é que o MAT pode ser uma medida incapaz de fazer distinções de adesão aos medicamentos. Em outros estudos em que o instrumento MAT foi utilizado para avaliar a adesão aos medicamentos também houve alta percentagem de adesão, com mais de 90% dos participantes relatando adesão aos medicamentos, sendo um estudo com pacientes hipertensos (91,7% aderentes) (CALIXTO, 2010) e outro, com pacientes em uso de anticoagulação oral (97,4%) (CARVALHO, 2010).

Um estudo teve como objetivo avaliar se o seguimento por telefone melhoraria a adesão ao uso de terapia dupla com antiagregantes plaquetários (aspirina e clopidogrel) em pacientes após ICP com implante de *stent*. O seguimento por telefone foi realizado por meio de quatro ligações (sete dias, um mês, seis meses e nove meses após a ICP). As ligações foram realizadas por enfermeiros ou por assistentes de pesquisa e tinham como objetivo: avaliar a adesão à terapia com antiagregantes plaquetários; reforçar a importância de adesão a esses medicamentos; e discutir sobre fatores relacionados com a descontinuação prematura. Cada ligação durou entre cinco e 10 minutos. A adesão ao medicamento foi avaliada, considerando-se o número de comprimidos que o

paciente tinha retirado da farmácia, em três, seis e 12 meses. Em 12 meses, a mediana de adesão do GI foi de 99,2% para aspirina e de 99,3% para o clopidogrel, enquanto do GC foi de 90,2% para aspirina e de 91,5% para o clopidogrel ($p < 0,001$ para ambos os medicamentos). Os autores concluíram que o seguimento por telefone resultou em melhor adesão, 12 meses após a ICP (RINFRET et al., 2013). Ao compararmos os resultados do nosso estudo com esse, observamos que, nos dois estudos, houve alta adesão pelos participantes de ambos os grupos. Autores consideram como aderentes os pacientes que possuem pelo menos 80% de relação de posse de medicamentos (*medication possession ratio*) (KAZEROONI; WATANABE; BOUNTHAVONG, 2013; ZHU et al., 2011), definida como a soma de dias que o paciente possui o medicamento dividida pelo número total de dias durante o seguimento (CURTIS et al., 2013).

Em outro estudo, com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, com objetivo de avaliar se adesão aos medicamentos poderia melhorar por meio de lembretes enviados por um dispositivo telefônico, constatou-se que seis meses após a alta hospitalar, 74,5% dos participantes do GI e 49,7% dos participantes do GC relataram adesão aos medicamentos (risco relativo=0,34; intervalo de confiança [IC] de 95%=0,20 a 0,56; $p < 0,001$) (SHERRARD et al., 2009). Por meio de um sistema automático de ligação telefônica, os participantes do GI receberam 11 ligações telefônicas, durante seis meses, com perguntas sobre adesão aos medicamentos e informações sobre cada medicamento. Nesse estudo, a porcentagem de pacientes que relataram adesão aos medicamentos foi menor, quando comparada aos participantes do nosso estudo. Entretanto, os autores não forneceram informações claras sobre como a adesão foi avaliada. Os participantes do GC responderam se estavam utilizando todos os medicamentos prescritos na alta hospitalar, e os participantes do GI responderam ao dispositivo eletrônico, porém, para esse grupo, os procedimentos e técnicas utilizados para obtenção dos relatos sobre adesão e não adesão não ficaram claros. Destacamos, ainda, a avaliação sobre a adesão aos medicamentos do GC, por meio do questionamento sobre os medicamentos prescritos na alta, apresenta um viés, pois podem ter ocorrido mudanças na prescrição dos medicamentos (adição, suspensão) pelo médico e, com isso, os participantes podem ter respondido que não estavam

utilizando todos os medicamentos prescritos na alta hospitalar. A partir disso, ressaltamos a importância do uso de escalas validadas para avaliação da adesão por meio do relato do paciente ou o uso de outros métodos como contagem de comprimidos, dados de fornecimento do medicamento pela farmácia e avaliação de marcadores fisiológicos ou laboratoriais (KRONISH; YE, 2013).

Na avaliação do estado emocional, seis meses após a ICP, houve aumento no percentual de pacientes não-caso para ansiedade no GI (73,3%) e diminuição no GC (46,7%) e a associação entre as variáveis (ansiedade e grupo) foi estatisticamente significativa ($p=0,04$). De T0 para T1, sete participantes (23,3%) do GI passaram de caso para não-caso, enquanto, no GC, 10 participantes (33,3%) passaram de não-caso para caso de ansiedade. Em relação à depressão, não houve evidência de diferenças no percentual de pacientes não-caso de depressão entre os grupos (GI e GC), tanto na internação como no seguimento.

Esses resultados nos permitem levantar a hipótese de que o Programa Educativo com Seguimento por Telefone pode reduzir os casos de ansiedade. Como descrito anteriormente, em uma revisão sistemática sobre o seguimento por telefone para pacientes após revascularização do miocárdio, os autores constataram que, em todas as ligações, deveria ocorrer avaliação de aspectos psicossociais e apoio emocional (FURUYA et al., 2013), o que pode resultar na redução de ansiedade.

Em uma revisão sistemática que teve como objetivo avaliar os efeitos do seguimento por telefone, no primeiro mês após a alta hospitalar, realizada por profissionais de saúde, para pacientes com alta do hospital para o domicílio, os autores agruparam os objetivos do seguimento por telefone em dois grupos: 1) melhorar a adesão dos pacientes aos medicamentos ou consultas; 2) facilitar a transição do hospital para o domicílio e diminuir o sofrimento experimentado no período após a alta (como por exemplo, a ansiedade, as necessidades de informações ou os sintomas), por meio do aumento do conhecimento para melhor manejo dos sintomas ou por meio do fornecimento de apoio e de segurança (MISTIAEN; POOT, 2006). Consideramos que o seguimento por telefone relacionado ao segundo objetivo pode resultar na redução da

ansiedade do paciente, pois busca auxiliar no retorno ao domicílio e, dessa forma, fornece apoio emocional aos pacientes. Outros estudos com seguimento por telefone para pacientes cardíacos (O'NEIL et al., 2012; VALE et al., 2003) corroboram os resultados do presente estudo, com resultados estatisticamente significantes para redução de ansiedade, mas não da depressão.

No estudo *ProActive Heart*, descrito anteriormente (HAWKES et al., 2009; HAWKES et al., 2012), foi realizado o seguimento por telefone para pacientes após infarto do miocárdio. O desfecho primário foi o estado de saúde percebido avaliado pelo SF-36, e os desfechos secundários foram ansiedade e depressão, avaliados pelo HADS. No seguimento por telefone, realizado por profissionais de saúde (enfermeiro e médico), foram feitas 10 ligações em seis meses. Assim como no presente estudo, o programa focava nos determinantes-chave para o comportamento de saúde: conhecimento dos riscos e dos benefícios do comportamento, aumento da confiança do participante para realização de mudanças de comportamento e estratégias-alvo para o alcance de mudanças comportamentais incluindo o manejo de aspectos psicossociais. Na avaliação de seis meses, houve redução na média de ansiedade dos participantes do GI, quando comparados ao GC (diferença das médias=-0,7; intervalo de confiança [IC] de 95%=-1,4 a -0,02; $p=0,04$). Resultados similares foram encontrados na média de depressão, mas não foram estatisticamente significantes (diferença das médias=-0,5; intervalo de confiança [IC] de 95%=-1,2 a 0,1; $p=0,11$) (O'NEIL et al., 2012).

Em um estudo com pacientes com DAC, foi realizado um programa educativo com seguimento por telefone com enfoque na modificação de fatores de risco coronarianos. O seguimento por telefone foi realizado por enfermeiros e nutricionistas que fizeram cinco ligações telefônicas, durante seis meses, para cada participante. O seguimento por telefone tinha como objetivos: incentivar o paciente a ir às consultas médicas; estimular o participante a obter os resultados relacionados aos fatores de risco coronarianos; ensinar o participante em relação às metas para diminuição de fatores de risco; negociar um plano de ação para alcance das metas; e monitorar o progresso do paciente. Entre os desfechos

secundários, a ansiedade foi avaliada por meio do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) e a depressão por meio do *Cardiac Depression Score* (CDS). Na avaliação da diferença das médias, considerando a avaliação inicial e de seis meses, os participantes do GI apresentaram maior redução nos níveis de ansiedade, quando comparados aos do GC (diferença das médias no GI=2,2; diferença das médias no GC=1,1; $p=0,03$). Resultados similares foram encontrados na avaliação da depressão, mas não foram estatisticamente significantes (diferença das médias no GI=4,9; diferença das médias no GC 2,8; $p=0,14$) (VALE et al., 2003).

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Houve grande número de saídas ou perdas de participantes que foram aleatorizados. A perda do seguimento pode ser considerada um viés, porque os indivíduos que não participaram de todas as etapas do estudo frequentemente possuem prognósticos diferentes, quando comparados àqueles que foram considerados na avaliação dos resultados. Dentro dos prognósticos diferentes podem ser considerados os efeitos adversos relacionados com a doença ou com o tratamento e o fato de estarem tão bem que não retornam para o acompanhamento (DICENSO; GUYATT; CILISKA, 2005). Dessa forma, o viés ocorrerá principalmente se as saídas ou perdas possuírem características diferentes dos participantes considerados na avaliação dos resultados e, também, nos casos em que os prognósticos dos que perderam o seguimento forem diferentes entre os grupos. Não há garantia de que os resultados de um estudo com saídas e perdas menores que 20% possuem menor risco de viés (HIGGINS et al., 2011). No presente estudo, dos 90 participantes aleatorizados, houve 30 saídas ou perdas, correspondendo a um terço dos que foram aleatorizados. Os motivos de saídas ou perdas foram similares entre os grupos. Dentro dos efeitos adversos, podemos considerar a indicação cirúrgica (quatro casos no GI e um caso no GC) e a ICP sem sucesso (um caso no GI e cinco casos no GC). Dentre os efeitos positivos, podemos considerar a ICP não necessária após reavaliação do cateterismo cardíaco ou reavaliação durante o procedimento (quatro casos no GI e cinco casos no GC) e a participação em outro programa educativo (dois casos em

cada grupo). Em relação às características sociodemográficas e clínicas dos participantes e das saídas ou perdas, as características foram similares entre os grupos e não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos ($p \geq 0,10$ para todas as variáveis).

A ausência do cálculo do tamanho da amostra também é uma limitação deste estudo. O tamanho da amostra é um dos tópicos do Enunciado CONSORT (*CONsolidated Standards of Reporting Trials Statement*), e o CONSORT recomenda a explicitação sobre como o tamanho da amostra foi determinado (MOHER et al., 2010; SCHULZ; ALTAMAN; MOHER, 2010). Idealmente, um estudo deveria conter uma amostra grande o suficiente para ter alta probabilidade (poder) de detectar, de maneira estatisticamente significativa, uma diferença clinicamente importante, se essa diferença existir (MOHER et al., 2010). Porém, de um modo geral, o tamanho da amostra relatado nos estudos parece pequeno. Além disso, os resultados de estudos com poder reduzido, mas, sem viés e reportado de modo apropriado, podem ser utilizados em revisões sistemáticas e meta-análises (MOHER et al., 2010).

Ressaltamos que o número de participantes considerados na avaliação dos resultados possui relação com a precisão do estudo. Uma amostra pequena influencia na extensão em que os resultados do estudo estão livres de erro aleatório. Dessa forma, um ensaio clínico com baixo risco de viés; porém, com poucos participantes, pode apresentar resultados imprecisos (HIGGINS et al., 2011).

O tamanho da amostra de nosso estudo de 60 indivíduos (30 do GI e 30 do GC) pode ter influência na precisão dos resultados. Dessa forma, este estudo pode ser considerado um estudo-piloto que pode ser implementado em uma amostra maior. Além disso, os resultados podem ser utilizados para o cálculo do tamanho da amostra de outros estudos.

O cegamento também é um dos tópicos no enunciado CONSORT (MOHER et al., 2010; SCHULZ; ALTAMAN; MOHER, 2010). Diversas pessoas podem introduzir o viés em um ensaio clínico por meio do conhecimento sobre a

alocação e das intervenções atribuídas aos participantes, em cada grupo. A ausência de cegamento dos participantes pode influenciar em suas respostas e, conseqüentemente, na avaliação dos desfechos. A ausência de cegamento do avaliador também pode influenciar na avaliação dos desfechos, por meio do encorajamento durante as avaliações. O cegamento dos participantes tem relação, também, com a sua participação no estudo, sendo que a ausência de cegamento pode aumentar o risco de saídas ou perdas. A ausência do cegamento dos profissionais da saúde pode levar a uma mudança na assistência aos pacientes e o não cegamento do analista de dados pode influenciar nos resultados, se houver retirada de algum participante da amostra ou se for realizada uma análise diferente daquela proposta inicialmente (MOHER et al., 2010).

Em nosso estudo, consideramos que o principal viés relacionado ao cegamento é a ausência de cegamento dos avaliadores. Porém, a influência dos avaliadores pode ser considerada pequena, pois as respostas são relatadas pelos participantes. O não cegamento dos participantes também é um viés, mas, nesse caso, não seria possível realizar o cegamento, pois optamos em não realizar uma intervenção placebo aos participantes do GC, para não influenciar nos resultados dos participantes que receberam o cuidado usual. Destacamos que não houve influência dos analistas de dados, já que todos os pacientes que participaram de todas as etapas do estudo foram incluídos nas análises, e as análises estatísticas realizadas foram aquelas que foram propostas no projeto de pesquisa.

Na avaliação dos desfechos, consideramos que o uso de uma escala geral para avaliação da autoeficácia, devido à ausência de uma escala específica validada para o Brasil, pode ter resultado em uma avaliação pouco precisa na autoeficácia do indivíduo para se autocuidar e para realizar a prevenção secundária da DAC. Na avaliação da adesão aos medicamentos, houve alta percentagem de adesão em ambos os grupos e nos dois tempos (T0 e T1), o que impossibilitou a realização de testes estatísticos. Observamos que o MAT pode ser uma medida incapaz de fazer distinções de adesão aos medicamentos.

5.2 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PARA A PESQUISA

Os resultados deste estudo mostraram a importância de orientar e acompanhar os pacientes. Destaca-se a importância e o significado das ligações telefônicas, como forma de motivação, apoio emocional e social, com consequente melhora do estado de saúde percebido e diminuição da ansiedade. Dessa forma, consideramos que o Programa Educativo com Seguimento por Telefone pode ser implementado na prática clínica e que programas educativos similares podem ser implementados para pacientes com outras condições crônicas.

Outros estudos são necessários para avaliar o custo dessas intervenções e analisar a implementação na prática, considerando-se os recursos humanos e o tempo disponível pelos profissionais de saúde para esta atividade.

Estamos realizando dois estudos que complementam os resultados encontrados. Um deles é um estudo quantitativo que avalia os participantes 12 meses após a ICP em relação ao acompanhamento ambulatorial, às re-internações e aos procedimentos que os participantes foram submetidos. O outro é um estudo qualitativo que avalia a percepção dos participantes em relação às orientações recebidas e ao acompanhamento após a alta hospitalar.

6 Conclusão

6 Conclusão

Na avaliação do estado de saúde percebido por meio do instrumento SF-36, a participação no Programa Educativo com Seguimento por Telefone não resultou em melhores avaliações, nas medidas sumárias e nos componentes do SF-36, com um nível de significância de 0,05. Entretanto, com valores entre 0,05 e 0,10, houve interação entre tempo e grupo no Sumário do Componente Mental e no componente Aspectos Emocionais; no GI, houve melhora no componente Aspectos Sociais.

Os participantes do GI apresentaram melhores avaliações clinicamente significantes que os participantes do GC, considerando os dois momentos de avaliação, no Sumário do Componente Mental e nos componentes Aspectos Sociais, Vitalidade e Aspectos Emocionais.

Seis meses após a ICP, houve melhora na avaliação do estado de saúde percebido nos dois grupos no Sumário do Componente Físico e nos componentes Capacidade Funcional, Aspectos Emocionais e Aspectos Físicos, provavelmente devido ao procedimento de ICP.

Na avaliação da autoeficácia, realizada pela Escala de Autoeficácia Geral Percebida, não houve diferenças entre os grupos ou tempos. Pode ser necessário aperfeiçoar a intervenção para que haja efeitos positivos na autoeficácia e utilizar instrumentos específicos para uma melhor avaliação desse construto.

Em relação à adesão aos medicamentos, avaliada pelo instrumento MAT, houve alta adesão relatada pelos participantes de ambos os grupos, nas avaliações iniciais e de seis meses. A percepção do paciente sobre a DAC, como uma doença grave que tem alta mortalidade, pode ser um dos fatores relacionados à alta adesão aos medicamentos. Outros fatores que podem ter resultado na alta adesão são: o recebimento de orientações do médico sobre o uso dos medicamentos e a relação do medicamento com o alívio dos sintomas. O MAT pode ser uma medida incapaz de fazer distinções de adesão aos medicamentos.

Na avaliação do estado emocional, avaliado pela HADS, seis meses após a ICP, houve aumento no percentual de pacientes não-caso para

6 Conclusão

ansiedade no GI e diminuição no GC, e a associação entre as variáveis (ansiedade e grupo) foi estatisticamente significativa. De T0 para T1, sete participantes (23,3%) do GI passaram de caso para não-caso, enquanto no GC 10 participantes (33,3%) passaram de não-caso para caso de ansiedade. Em relação à depressão, não houve evidência de diferenças no percentual de pacientes não-caso de depressão entre os grupos (GI e GC), tanto na internação como no seguimento.

Dessa forma, seis meses após ICP, os participantes do Programa Educativo com Seguimento por Telefone apresentaram melhores avaliações no estado de saúde percebido (principalmente em relação aos aspectos emocionais e sociais) e aumento de não-caso de ansiedade, quando comparados com aqueles que receberam o cuidado usual.

Referências

AGUIAR FILHO, G. B. et al. Intervenção Coronária Percutânea pela Via Radial: Incorporação da Técnica e Resultados de um Centro de Formação em Cardiologia Intervencionista. **Revista Brasileira Cardiologia Invasiva**, v. 20, n. 4, p. 367-372, 2012.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998. p. 97-99.

ASTIN, F. et al. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: an exploratory study. **Patient Education and Counseling**, v. 73, n. 2, p. 325-332, 2008.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BANDURA, A. Health Promotion by Social Cognitive Means. **Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education**, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.

BARNASON S. et al. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. **Heart & lung: the journal of critical care**, v. 32, n. 3, p.147-58, 2003.

BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como Educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2010. 688p. 9788536322155

BAZARGANI, R. H. et al. The efficacy of chronic disease self management programs and tele-health on psychosocial adjustment by increasing self-efficacy in patients with CABG. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 30, p. 830-834, 2011.

BEAVER, K. et al. An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. **Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland**, v. 14, n. 10, p. 1201-1209, 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n. 6, p. 285-289, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Aprovas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM)** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 23 jun. 2013.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CARROLL, D. L.; RANKIN, S. H. Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. **European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology**, v. 5, n.1, p. 83-89, 2006.

CARVALHO, A. R. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde e adesão ao tratamento de indivíduos em uso de anticoagulação oral: avaliação dos seis primeiros meses de tratamento**. 2010. 119 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CHOW, S. K.; WONG, F. K. Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 8, p. 1780-1792, 2010.

CHUMMUN, H.; BOLAND, D. How patient beliefs affect adherence to prescribed medication regimens. **British journal of nursing (Mark Allen Publishing)**, v. 22, n. 5, p. 270-276, 2013.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) . **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COHEN, D. J. et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. **The New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 11, p. 1016-1026, 2011.

COX, A. et al. Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: a psychosocial perspective. **European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society**, v. 12, n. 5, p. 412-417, 2008.

CURTIS, L. H. et al. Transitional adherence and persistence in the use of aldosterone antagonist therapy in patients with heart failure. **American Heart Journal**, v. 165, n. 6, p. 979-986, 2013.

CUSACK, M.; TAYLOR, C. A literature review of the potential of telephone follow-up in colorectal cancer. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 17-18, p. 2394-2405, 2010.

DANTAS, R. A. S. **Reabilitação de pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio**. 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia Saúde & Doenças**, v. 2, n. 2, p.81-100, 2001.

DESSOTTE, C. A. M. **Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável**. 2010. 115f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

DESSOTTE, C. A. M, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n 5, p. 1106-1113, 2011.

DICENSO, A.; GUYATT, G.; CILISKA, D. **Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice**. St. Louis, MO: Elsevier Mosby Publishing. 2005.

DIMATTEO, M. R.; HASKARD, K. B.; WILLIAMS, S. L. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. **Medical Care**. v. 45, n. 6, p. 521-528, 2007.

FAVARATO, M. E. et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: a comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. **International Journal of Cardiology**, v. 116, n. 3, p. 364-370, 2007.

FERRI, S. M. N. et al. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

FRANCO, B. et al. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviços de emergência: implicações para a educação em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 414-418, 2008.

FURUYA, R. K. et al. Original research: telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: a systematic review. **American Journal of Nursing**, v. 113, n. 5, p. 28-31, 2013.

GANASSIN, F. B. et al. Resultados da Intervenção Coronária Percutânea de Pacientes Tratados pelo Sistema Único de Saúde e pela Saúde Suplementar. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, v. 20, n. 4, p. 386-391, 2012.

GARRATT, A. et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **BMJ: British medical journal / British Medical Association**, v. 324, n. 7351, p. 1417, 2002.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009

GRAY, P. A.; DRAYTON-BROOKS, S.; WILLIAMSON, K. M. Diabetes: follow-up support for patients with uncontrolled diabetes. **The Nurse practitioner**, v. 38, n. 4, p. 49-53, 2013.

HANNAN, J. APN telephone follow up to low-income first time mothers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 1-2, p. 262-270, 2013.

HANSEN, T. A. et al. Improving outcomes after myocardial infarction: a randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. **European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation: official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology**, v. 14, n. 3, p. 429-437, 2007.

HAWKES, A. L. et al. Randomised controlled trial of a secondary prevention program for myocardial infarction patients ('ProActive Heart'): study protocol. Secondary prevention program for myocardial infarction patients. **BMC cardiovascular disorders**, v. 9, p.16, 2009.

HAWKES, A. L. et al. Effect of a Telephone-Delivered Coronary Heart Disease Secondary Prevention Program (ProActive Heart) on Quality of Life and Health Behaviours: Primary Outcomes of a Randomised Controlled Trial. **International journal of behavioral medicine**, 2012. No prelo. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12529-012-9250-5>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

HIGGINS, J. P. et al. Cochrane Bias Methods Group; Cochrane Statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ : British medical journal / British Medical Association**, v. 343, p. d5928, 2011.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2008. 384 p. 9788536313610

INGLIS, S. C. et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 8, p. CD007228, 2010.

JOLLY, K. et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. **Health technology assessment: HTA / NHS R&D HTA Programme**, v. 11, n. 35, p. 1-118, 2007.

KATTAINEN, E.; MERILÄINEN, P.; SINTONEN H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. **European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology**, v. 5, n. 1, p. 21-30, 2006.

KAZEROONI, R.; WATANABE, J. H.; BOUNTHAVONG, M. Association Between Statin Adherence and Cholesterol Level Reduction from Baseline in a Veteran Population. **Pharmacotherapy**, 2013. No prelo. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/phar.1305/full>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

KRONISH, I. M.; YE, S. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 55, n. 6, p. 590-600, 2013.

LEHANE, E. et al. Medication-taking for coronary artery disease – patients' perspectives. **European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology**, v. 7, n. 2, p. 133-139, 2008.

LEVINE, G. N. et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. **Circulation**, n. 124, p. e574-e651, 2011.

LOTHIAN HEALTH BOARD. **The Heart Manual**: Revascularisation Edition. Edinburgh: Lothian Health Board, Astley Ainslie Hospital, 2007. 173p.

MATTOS L. A., et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 6, p. 1-58, 2008. Suplemento 1.

MISTIAEN, P.; POOT E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 18, n. 4, 2006.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ: British medical journal / British Medical Association**, v. 340, p. c869, 2010.

MOURÃO-JUNIOR C. A.; SOUZA, A. B. Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 96-106, 2010.

NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA. **My Heart My Life**: A manual for patients with coronary heart disease. National Heart Foundation of Australia, 2008. 76p.

NEUBECK, L. et al. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review. **European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation: official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology**, v. 16, n. 3, p. 281-289, 2009.

NUNES, M. F. O. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: Uma revisão. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 9, n. 1, p. 29-42, 2008.

O'NEIL, A. et al. Telephone-delivered, health coaching improves anxiety outcomes after myocardial infarction: the 'ProActive Heart' trial. **European journal of preventive cardiology**, 2012. No prelo. Disponível em:
<<http://cpr.sagepub.com/content/early/2012/09/06/2047487312460515.full.pdf+html>> Acesso em: 25 jun. 2013.

PARRY, M. J. et al. Cardiac Home Education and Support Trial (CHEST): a pilot study. **The Canadian journal of cardiology**, v. 25, n. 12, p. e393-398, 2009.

PEDERSEN, S. S. et al. Course of anxiety symptoms over an 18-month period in exhausted patients post percutaneous coronary intervention. **Psychosomatic medicine**, v. 70, n. 3, p. 349-355, 2008.

POCOCK, S. J. et al. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial. **Circulation**, v. 94, n. 2, p. 135-142, 1996.

RABELO, E. R. et al. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n.1, p.165-170, 2007.

RINFRET, S. et al. Telephone contact to improve adherence to dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation. **Heart**, v. 99, n. 8, p. 562-569, 2013.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J. A.; KAPLAN, J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. **Circulation**, v. 99, n. 16, p. 2192-2217, 1999.

RUSHWORTH, G. F. et al. Patient-specific factors relating to medication adherence in a post-percutaneous coronary intervention cohort. **The International journal of pharmacy practice**, v. 20, n. 4, p. 226-237, 2012.

SCHENKEVELD, L. et al. Health-related quality of life and long-term mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention. **American Heart Journal**, v. 159, n. 3, p. 471-476, 2010.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. CONSORT GROUP. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMC Medicine**, v. 8, p. 18, 2010.

SERRANO, C. V. Jr. et al. Association between depression and development of coronary artery disease: pathophysiologic and diagnostic implications. **Vascular health and risk management**, v. 7, p. 159-164, 2011.

SHERRARD H. et al. Using technology to create a medication safety net for cardiac surgery patients: a nurse-led randomized control trial. **Canadian Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 19, n. 3, p. 9-15, 2009.

SILVA, N. L. da. **Avaliação da adesão de pacientes portadores de síndrome metabólica ao tratamento**: acesso e uso de medicamentos e conhecimento de fatores de risco. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas: Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SINGH, M. et al. Influence of Frailty and Health Status on Outcomes in Patients With Coronary Disease Undergoing Percutaneous Revascularization. **Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 4, p. 496-502, 2011.

SMITH, S. C. Jr. et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: a Guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. **Circulation**, v.124, p. 2458-2473, 2011.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. Validação da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida. **Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas**, Seropédica, v. 26, n.1-2, p. 12-17, 2004.

STEWART, A. L. et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 262, n. 7, p. 907-913, 1989.

STOLIC, S.; MITCHELL, M.; WOLLIN, J. Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: a review of the research literature. **European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology**, v. 9, n. 4, p. 203-217, 2010.

SZYGULA-JURKIEWICZ, B. et al. Health related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. 12-month follow up. **European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery**, v. 27, n.5, p. 882-886, 2005.

TAKIUITI, M. E. et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 5, p. 537-544, 2007.

TROTTER, R.; GALLAGHER, R.; DONOGHUE, J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. **Heart & lung: the journal of critical care**, v. 40, n. 3, p.185-192, 2011.

VALE, M. J. et al. COACH Study Group. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. **Archives of Internal Medicine**. v.163, n. 22, p. 2775-2783, 2003.

WARE, J. E. Jr. et al., Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. **Medical Care**, v. 33, p. AS264-2679, 1995. Supplement 4.

WARE, J. E. Jr.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n.6, p. 473-483, 1992.

WILLETTE, E. W. et al. Nurses' knowledge of heart failure self-management. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 22, n. 4, p.190-195, 2007.

WONG, M. S.; CHAIR, S. Y. Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: a longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 8, p. 1334-1342, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. World Health Organization, Geneva, 2008a. 48p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease: 2004 update.** World Health Organization, Geneva 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** World Health Organization, Geneva, 2009. 70p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** World Health Organization, Geneva 2011a. 176p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control.** World Health Organization, Geneva 2011b. 164p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory Data Repository. **Cause-specific mortality, 2008: WHO region by country.** Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.887?lang=en>>. Acesso em 23 jun. 2013.

WU, S. F. et al. A self-management intervention to improve quality of life and psychosocial impact for people with type 2 diabetes. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 17-18, p. 2655-2665, 2011.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n.6, p. 361-370, 1983.

ZIMMERMAN, L.; BARNASON, S. Use of a telehealth device to deliver a symptom management intervention to cardiac surgical patients. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 22, n. 1, p. 32-37, 2007.

ZHU, B. et al. Factors associated with clopidogrel use, adherence, and persistence in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention. **Current Medical Research and Opinion**, v. 27, n. 3, p. 633-641, 2011.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS SUJEITOS DA PESQUISA (PARTICIPANTE/PACIENTE)

1. Nome da pesquisa: “Programa educativo para pacientes após revascularização do miocárdio: avaliação do impacto no estado de saúde percebido e na adesão ao tratamento”.
2. Pesquisador responsável: Enfermeira Doutoranda Rejane Kiyomi Furuya COREN/PR Nº: 00178771 e Prof. Dra. Lidia Aparecida Rossi
3. Promotor da pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

O (A) Senhor (a) e um membro da sua família, que participará do seu cuidado após a alta, estão sendo convidados a participar como voluntários de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar um Programa Educativo para o autocuidado para pessoas submetidas à revascularização do miocárdio (que inclui a cirurgia de revascularização do miocárdio e a angioplastia coronária transluminal percutânea). Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, será realizado um sorteio para determinar em qual grupo do estudo deverá participar: – Grupo 1- pessoas que receberão informações através do programa educativo que estará sendo avaliado que incluirá informações sobre o seu tratamento durante a internação e após a alta por telefone durante seis meses ou Grupo 2 – pessoas que receberão as informações de acordo com o que já está programado na Unidade de Pós-operatório de Cirurgia Torácica, Sala de Recuperação Pós-anestésica, Hemodinâmica e Enfermarias de Cardiologia e Cirurgia Cardíaca. Em qualquer um dos grupos que o (a) senhor (a) estiver participando poderemos esclarecer suas dúvidas. Este estudo permitirá conhecer se o programa que está sendo testado fornece melhores resultados ou não. Se o (a) senhor (a) concordar em participar, em qualquer um dos grupos que estiver, será convidado a responder algumas perguntas durante a internação hospitalar e nos retorno ambulatoriais por seis meses. A recusa em participar não trará mudanças no seu tratamento, tendo liberdade para deixar de responder as perguntas que possam lhe causar algum incomodo ou constrangimento, deixando-as em branco. Dependendo do grupo que estiver iremos telefonar para sua residência, no horário que escolher. Caso o (a) senhor (a) concorde, informamos que as conversas por telefone serão gravadas. Esses telefonemas não demorarão mais que dez minutos e, nestas ocasiões, esclareceremos suas dúvidas. Serão oferecidos esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e o (a) senhor (a) estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, não sendo identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para o (a) senhor (a), não trará riscos e o (a) Sr (a) não receberá qualquer compensação financeira. Em caso de dúvidas poderá chamar a pesquisadora responsável, Rejane Kiyomi Furuya ou a Prof^ª. Dra. Lidia Aparecida Rossi no telefone ou endereço abaixo.

Eu, _____ RG _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

— Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

— Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo, sendo minha contribuição na busca da melhora do atendimento a pacientes que possam encontrar-se futuramente em situação semelhante à minha.

Assinatura do Paciente

Lídia Aparecida Rossi

Rejane Kiyomi Furuya

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto - SP
Telefones: (16) 36023402 e (16) 3602-3398 (recados)

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DA HISTÓRIA CLÍNICA (ANTES DA ICP)

N. _____ Iniciais _____ Registro HCRP _____

Leito: _____

Grupo: () 1 GI
() 2 GC

Endereço: _____

Telefone: _____

Melhor horário para encontrar no domicílio _____

Data de nascimento: ____/____/____

Data da entrevista: ____/____/____

Data de internação: ____/____/____

Data da ICP: ____/____/____

Data de alta hospitalar: ____/____/____

Sexo: () 1 masculino
() 2 feminino

Grau de escolaridade (em anos): _____

Estado civil:

() 1 casado () 2 solteiro () 3 viúvo () 4 separado () 5 união consensual

Situação de trabalho antes da internação atual:

() 1 ativo Ocupação: _____
() 2 inativo

Renda Mensal Familiar _____ (em reais)

Renda Individual: _____ (em reais)

Número de pessoas que dependem da renda familiar: _____

Onde o(a) Sr(a) mora (cidade/estado)? _____

Diagnóstico da internação: _____

Procedimento realizado: _____

Número de ICP: _____

Tipos de ICP:

() 1 stent convencional

() 2 stent farmacológico

() 3 balão

Tratamento prévio de doenças cardíacas: () 1 sim () 2 não

Se sim, assinalar as causas:

() 1 angina () 2 IAM () 3 vavulopatias

() 4 arritmias () 5 insuficiência cardíaca () 6 outros

Realização Prévia de Revascularização do Miocárdio:

() 1 sim Especificar: () 1.1 medicamentosa

() 1.2 cirúrgica (CRM)

() 2 não

Fatores de Risco e Condições Associadas:

HA : () 1 sim () 2 não

DM: () 1 sim () 2 não

DLP: () 1 sim () 2 não

Obesidade: () 1 sim () 2 não

Tabagismo atual: () 1 sim () 2 não

Tempo de tabagismo atual: _____

Nº de cigarros atuais/dia: _____

História de tabagismo anterior: () 1 sim () 2 não

Tempo que fumou: _____

Tempo que parou de fumar: _____

Nº de cigarros/dia anteriormente: _____

Realiza atividade física: () 1 sim () 2 não

Se sim, descrever qual atividade: _____

Se sim, descrever número de dias da semana: _____

Se sim, descrever horas de atividade/dia: _____

Se sim, descrever há quanto tempo (em anos): _____

Uso de Medicamentos:

Nome	Dose	Horário

Faz uso de medicação para ansiedade ou depressão?

() 1 sim

() 2 não

Nome do medicamento _____

Frequência _____

APÊNDICE C

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA (RETORNO AMBULATORIAL)

N. _____ Iniciais _____ Registro HCRP _____

Data da entrevista: ____/____/____

Situação de trabalho atual:

() 1 ativo Ocupação: _____

() 2 inativo

Renda Mensal Familiar _____ (em reais)

Renda Individual: _____ (em reais)

Número de pessoas que dependem da renda familiar: _____

Está tendo alguma dificuldade com o tratamento: () 1 sim () 2 não

Se sim, especificar:

Realiza atividade física: () 1 sim () 2 não

Se sim, descrever qual atividade:

Se sim, descrever número de dias da semana:

Se sim, descrever horas de atividade/dia:

Se sim, descrever há quanto tempo (em anos):

Uso de medicamentos:

Nome	Dose	Horário

Faz uso de medicação para ansiedade ou depressão?

() 1 sim

() 2 não

Nome do medicamento _____

Frequência _____

APÊNDICE D

ANGIOPLASTIA CORONÁRIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA (ANGIOPLASTIA CORONÁRIA)

Ficha Catalográfica

Furuya, Rejane Kiyomi

Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea
Organizado por Rejane Kiyomi Furuya, Lídia Aparecida
Rossi, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Rosemary
Aparecida Garcia Stuchi. Ribeirão Preto, 2011.
26p.; il., 21cm.

1. Revascularização Miocárdica 2. Angioplastia Coronária
com balão 3. Educação de Pacientes como Assunto. 4.
Educação em Saúde. 5. Enfermagem. I. Rossi, Lídia
Aparecida, colab. II. Dantas, Rosana Aparecida Spadoti,
colab. III. Stuchi, Rosemary Aparecida Garcia, colab. IV.
Título.

Este manual tem o objetivo de
ajudar você e seus familiares a
entender mais sobre sua condição
cardíaca e sobre a angioplastia.

NOME:

Como é o coração
e para que ele serve?

Como é o coração e para que ele serve?

- O coração é um músculo que bombeia sangue para todo o corpo.
- O sangue fornece oxigênio e nutrientes necessários para o funcionamento do corpo.

As Artérias Coronárias

As Artérias Coronárias

As artérias coronárias são as artérias que fornecem sangue e oxigênio para todas as partes do músculo do coração.

Por que a dor no peito acontece?

A dor no peito, chamada de **angina**, ocorre quando parte do músculo cardíaco não recebe sangue e oxigênio suficientes para suas necessidades.

Área do coração
onde falta sangue.

Quando ocorre a dor no peito?

- A dor no peito geralmente ocorre quando o coração precisa trabalhar mais que o normal e ele não tem capacidade para isso.

Esforço

Exercício físico
excessivo

Estresse

O problema está
em que local do coração ?

O problema está nas
artérias coronárias que
vão ficando entupidas, e não
diretamente no coração.

O que causa a dor no peito ?

A causa mais comum é um estreitamento (entupimento) causado por placas de gordura ou coágulos dentro das artérias coronárias, o que diminui a quantidade de sangue que vai para o coração.

O que é um ataque cardíaco?

O ataque cardíaco é quando não há passagem do sangue para o músculo cardíaco.

É um entupimento
da artéria coronária

Como é chamado o ataque cardíaco?

- O ataque cardíaco também é conhecido por:
 - *infarto do miocárdio*
 - *infarto agudo do miocárdio (IAM)*
 - *oclusão coronária (fechamento da coronária)*

Como posso perceber que estou tendo um ataque cardíaco?

- Dor no peito
(sensação de peso ou pressão)
- Dor no peito que vai para
o pescoço e braços
- Falta de ar

O ataque cardíaco
é uma emergência!

Ligar
192

O atendimento rápido
pode salvar o coração.

O ataque cardíaco
não atendido em tempo
pode levar à parada cardíaca

SOBRE A ANGIOPLASTIA

O que é a angioplastia?

- É o tratamento indicado para melhorar a passagem de sangue nas artérias coronárias.
- Para fazer a angioplastia, o médico passa um tubo fininho chamado cateter, por uma artéria do braço ou da virilha que vai até o coração.
- Um balão especial é utilizado para abrir a artéria entupida.

O que é angioplastia?

O que é angioplastia?

Depois de encher o balão dentro da artéria coronária, uma molinha muito fina (*stent*) pode ser colocada na parte desentupida para manter a artéria coronária aberta.

O *stent* implantado não irá se mover.

O que é angioplastia?

Cuidados logo depois da angioplastia

- Repouso absoluto no leito por 12 horas.
- Mantenha o braço ou a perna utilizados para fazer a angioplastia esticados.
- Não mova ou apoie o braço ou a perna utilizados para fazer a angioplastia.
- Mantenha o curativo no braço ou na perna por 24 horas.

Cuidados logo depois da angioplastia

- Observe se no braço ou na perna utilizados para fazer a angioplastia há sangramento, inchaço ou se está ficando roxo.
- Caso sinta dor, dormência, formigamento, pele fria ou veja mudança na cor da pele (roxa ou pálida), avise os profissionais que estão cuidando de você.
- Tome líquidos (após a liberação médica).

Com a angioplastia,
sua angina irá diminuir.
Mas o procedimento não cura
a doença nas artérias coronárias.

É importante fazer mudanças
na sua vida para que não haja
novos entupimentos.

Conte com a gente para
tirar suas dúvidas.

Telefone: (16) 3602-3402
Terça-feira e Quinta-feira das 14 às 17 horas

Referências

- DANTAS,R.A.S. Reabilitação de pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio. 1999. 178f. Tese-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- LOTHIAN HEALTH BOARD. The Heart Manual: Revascularisation Edition. Edinburgh: Lothian Health Board, Astley Ainslie Hospital, 2007. 173p.
- NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA. My Heart My Life: A manual for patients with coronary heart disease. National Heart Foundation of Australia, 2007. 76p.

Este manual está vinculado ao estudo: “Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à revascularização do miocárdio: ensaio clínico controlado randomizado” subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

APÊNDICE E

A VOLTA PARA CASA APÓS A ANGIOPLASTIA CORONÁRIA

Ficha Catalográfica

Furuya, Rejane Kiyomi

A volta para casa após a angioplastia coronária
Organizado por Rejane Kiyomi Furuya, Lídia Aparecida
Rossi, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Rosemary
Aparecida Garcia Stuchi. Ribeirão Preto, 2011.
18p.; il., 21cm.

1. Revascularização Miocárdica 2. Angioplastia Coronária
com balão 3. Educação de Pacientes como Assunto. 4.
Educação em Saúde. 5. Enfermagem. I. Rossi, Lídia
Aparecida, colab. II. Dantas, Rosana Aparecida Spadoti,
colab. III. Stuchi, Rosemary Aparecida Garcia, colab. IV.
Título.

Este manual tem o objetivo de
ajudar você e seus familiares a
entender mais sobre sua condição
cardíaca e sobre a angioplastia.

NOME:

Familiares, amigos e vizinhos são pessoas que podem estar com você nas primeiras semanas após a alta hospitalar e ajudar na realização de suas atividades.

Cuidados com o braço ou a perna utilizados para fazer a angioplastia:

- Retire o curativo somente um dia depois da angioplastia.
- Para facilitar, tire o curativo na hora do banho.
- Lave o local com água e sabonete e seque muito bem com a toalha.
- Não coloque qualquer tipo de remédio e não cubra o local.

Cuidados com o braço ou a perna utilizados para fazer a angioplastia:

- É comum que o local por onde foi feita a angioplastia fique roxo.
- Avalie o local e procure um serviço de saúde se perceber: aumento da mancha roxa, inchaço, sangramento ou se sentir muita dor.

Cuidados com o braço utilizado para fazer a angioplastia:

- Não dobre, não gire e não use o braço (cotovelo) nas primeiras 24 horas.
- Comece a fazer movimentos lentos e sem força, com o braço (cotovelo) 24 horas após a angioplastia.
- Aumente lentamente, a cada dia que passa, o tipo e o número de vezes dos movimentos. Com 6 ou 7 dias poderá usar o braço (cotovelo) normalmente.
- Não dirija nos primeiros 7 dias.

Cuidados com a perna utilizada para fazer a angioplastia:

- Comece a caminhar no dia seguinte da angioplastia, muito lentamente e coloque o peso do corpo sobre a outra perna.
- A cada dia que passa, vá colocando um pouco mais do peso do corpo sobre a perna que foi usada para o exame e vá caminhando, cada vez mais, até 6 ou 7 dias, quando poderá caminhar normalmente.
- Não dirija nos primeiros 7 dias.

Seus medicamentos

- Tome seu medicamento conforme a orientação do médico:
 - medicamento correto
 - quantidade correta
 - horário correto

Use sua rotina para ajudar a lembrar do horário do medicamento:

Ao acordar

No café da manhã

No almoço e no jantar

Quando for dormir

Seus medicamentos

- Guarde seus medicamentos em lugar de fácil visualização e onde não bata sol diretamente.
- Se for viajar ou ficar fora de casa por um longo período, leve seus medicamentos com você na quantidade correta.

Seus medicamentos

- Se você perceber que seus medicamentos estão causando algum mal estar, avise seu médico.

Somente pare de tomar seus medicamentos ou mude a quantidade quando isso for orientado pelo seu médico

Atividade Física

- Fazer atividade física regular:
 - ajuda na sua recuperação;
 - melhora a sua saúde;
 - faz você se sentir mais confiante, feliz e relaxado;
 - melhora o controle do colesterol, peso, pressão arterial e diabetes

Atividade Física

- Inicie suas atividades tentando andar todo dia em terreno plano, com passos confortáveis para você.
- Gradualmente, tente andar mais longe.
- Você pode andar devagar pequenas distâncias, como por exemplo, dentro de casa ou até o portão.

Evite atividades físicas, se você estiver se sentindo cansado, com mal-estar ou indisposição.

Atividade Física

- Utilize roupas confortáveis e calçado adequado durante as atividades.
- Procure fazer atividades físicas no início da manhã ou no fim da tarde
- Beba água, conforme orientação médica.

Até o dia do retorno, evite correr, andar de bicicleta, subir escadas, pegar e empurrar objetos pesados.

Atividade Física com Segurança

Um nível seguro de atividade física
é você sempre estar atento
a como você se sente.

O ideal é que você:
não sinta falta de ar, dor no peito,
batimentos não regulares do coração e
cansaço durante e após a atividade.
caso você sinta alguns desses sintomas,
procure o seu médico.

***Você deve se sentir confortável ao fazer
a atividade física!***

Atividade Sexual

- Você deve decidir junto com seu médico quando voltar a atividade sexual.
- Você e sua (seu) companheira(o) precisarão conversar para encontrarem o momento ideal.
- De modo geral, as relações sexuais podem ser mantidas, desde que sejam moderadas, sem esforço físico, e depois do terceiro dia de angioplastia.

Referências

- DANTAS, R.A.S. Reabilitação de pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio. 1999. 178f. Tese - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- LOTHIAN HEALTH BOARD. The Heart Manual: Revascularisation Edition. Edinburgh: Lothian Health Board, Astley Ainslie Hospital, 2007. 173p.
- NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA. My Heart My Life: A manual for patients with coronary heart disease. National Heart Foundation of Australia, 2007. 76p.

Este manual está vinculado ao estudo: “Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à revascularização do miocárdio: ensaio clínico controlado randomizado” subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

APÊNDICE F

COMO CUIDAR DO SEU CORAÇÃO E DA SUA SAÚDE

Ficha Catalográfica

Furuya, Rejane Kiyomi

Como cuidar do seu coração e da sua saúde/
Organizado por Rejane Kiyomi Furuya, Lídia Aparecida
Rossi, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Rosemary
Aparecida Garcia Stuchi. Ribeirão Preto, 2011.
30p.; il., 21cm.

1. Revascularização Miocárdica 2. Ponte de Artéria
Coronária 3. Educação de Pacientes como Assunto. 4.
Educação em Saúde. 5. Enfermagem. I. Rossi, Lídia
Aparecida, colab. II. Dantas, Rosana Aparecida Spadoti,
colab. III. Stuchi, Rosemary Aparecida Garcia, colab. IV.
Título.

Este manual tem o objetivo de
ajudar você a cuidar de seu
coração e sua saúde.
Você aprenderá como adquirir
hábitos de vida mais saudáveis.

NOME:

Fatores de risco

- São fatores que aumentam o risco de doença do coração e de ataque cardíaco.
- É importante reduzir ou remover esses fatores de risco e mudar para um estilo de vida mais saudável.

Alimentos gordurosos

Falta de atividade

Pressão arterial alta

Gorduras no Sangue

- As gorduras no sangue são chamadas de colesterol e triglicérides:
 - **LDL Colesterol**: chamado de colesterol ruim, se deposita nas artérias (e leva ao entupimento).
 - **HDL Colesterol**: chamado de colesterol bom, retira parte do colesterol ruim depositado nas artérias.
 - **Triglicerídeos**: principal forma de reserva de energia do corpo; são acumulados na forma de gordura

Gorduras no Sangue

- Tente manter sua gordura no sangue na faixa desejável que é:

Colesterol total: menor que 200 mg/dl

LDL Colesterol: menor que 100 mg/dl

HDL Colesterol: maior que 40 mg/dl (homens)
maior 50 mg/dl (mulheres)

Triglicerídeos: menor que 150 mg/dl

**Anote os valores do seu
colesterol e triglicerídeos:**

DATA	COLESTEROL TOTAL	LDL	HDL	Triglicerídeos

Gorduras no Sangue

- Muita gordura no sangue pode causar entupimento das artérias.
- Para diminuir seu colesterol ruim (LDL) e triglicérides você deve:

Ter uma
alimentação saudável

Utilizar seus
medicamentos

Fazer
atividades físicas

Esses alimentos aumentam
a gordura no sangue
e a sua pressão arterial

Para alimentação saudável
consuma

Dicas para alimentação saudável

- É importante você se sentir bem com a nova maneira de se alimentar.

Não é preciso se privar totalmente dos alimentos que gosta, desde que sejam consumidos com moderação.

Peso saudável

Um dos caminhos para alcançar e manter o peso adequado é ter uma alimentação saudável (com refeições regulares, nos horários e quantidades indicadas) e realizar atividade física.

Pressão Arterial Alta (Hipertensão Arterial)

Pressão Arterial Alta (Hipertensão Arterial)

- Pressão arterial é a pressão do sangue, bombeada pelo coração para o corpo, contra a parede das artérias.
- Se não tratada e controlada, a pressão arterial alta pode fazer com que haja muito esforço do coração e agilizar o processo de entupimento das artérias.

Pressão Arterial Alta (Hipertensão Arterial)

- Para controle da pressão arterial é preciso:
 - alcançar e manter peso adequado
 - diminuir o consumo de sal
 - realizar atividade física

Pressão Arterial Alta (Hipertensão Arterial)

- Para controle da pressão arterial é preciso:
 - parar de fumar
 - limitar o consumo de álcool
 - limitar os níveis de estresse

Verifique sua pressão arterial regularmente

Valores da pressão arterial

Classificação	Pressão Arterial (mmHg)
Ótima	Menor que 120 x 80
Normal	Menor que 130 x 85
Normal-Alta	Entre 130 x 85 e 139 x 89
Alta (hipertensão)	Igual ou maior que 140 x 90
Muito Alta	Igual ou maior que 180 x 110

**Anote os valores
da sua pressão arterial**

DATA	HORÁRIO	PRESSÃO ARTERIAL

Tabagismo

- Dois anos após parar de fumar, seu risco de um futuro ataque cardíaco diminui pela metade (comparado a alguém que continua fumando).
- Para algumas pessoas, parar de fumar pode parecer difícil no começo, mas os benefícios valem a pena.

Parar de fumar é um desafio que
você pode superar!

Avalie os métodos para deixar de fumar:

- Parada abrupta (de uma só vez)
 - a maior parte dos indivíduos que pararam de fumar, interromperam abruptamente.
- Parada gradual (aos poucos)
 - redução: fumar um número menor, predeterminado, a cada dia
 - adiamento: adiar a hora na qual você começa a fumar por um número de horas predeterminado a cada dia
 - você não deve gastar mais do que duas semanas nesse processo de parada gradual.

Tabagismo

- Aprenda como lidar com o estresse e vontade de fumar.
- Pense sobre quem e o que pode ajudar você nos momentos difíceis.
- Converse com seu médico sobre medicamentos e adesivos para te ajudar a parar de fumar.

Seja perseverante, e você conseguirá atingir o seu objetivo de parar de fumar!

O que você pode fazer para reduzir a ansiedade e o estresse?

Busque fazer coisas que te dê prazer e que
faça você se divertir e se sentir relaxado.

O que você pode fazer para reduzir a ansiedade e o estresse?

- ter pensamentos positivos
- fazer exercícios físicos e
exercícios respiratórios

Aprenda uma nova forma de viver com menos estresse:

- assumir somente o que pode fazer
- aprender a dizer “não” em algumas situações
- buscar satisfação com o que conquistou
- respeitar o seu tempo na realização de atividades

Apoio social

Apoio social

- Amigos e familiares podem te ouvir, tentar entender como você se sente, dar apoio emocional e fornecer oportunidades de participação em atividades sociais.
- Também é importante conversar com profissionais de saúde sobre como você se sente.

Como lidar com sua doença cardíaca

Pense que você é capaz de cuidar de você e de sua saúde!

Você conseguirá adotar mudanças no seu estilo de vida para melhorar sua qualidade de vida!

Dicas importantes:

- Visite seu médico regularmente
- Priorize as mudanças no seu estilo de vida
- Tome seus medicamentos conforme as orientações de seu médico
- Modifique seus fatores de risco

Dicas importantes:

- Não desista!
- Esteja sempre informado sobre sua saúde e sobre como se cuidar !
- Busque melhorar sua qualidade de vida!

Acreditamos que com essas informações
você vai conseguir se cuidar melhor
em casa.

Conte com nossa ajuda durante
a sua recuperação!

Telefone: (16) 3602-3402
Terça-Feira e Quinta Feira das 14 às 17 horas

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. 2. ed. rev. reimp. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 13p.
- DANTAS, R.A.S. Reabilitação de pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio. 1999. 178f. Tese - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- LOTHIAN HEALTH BOARD. The Heart Manual: Revascularisation Edition. Edinburgh: Lothian Health Board, Astley Ainslie Hospital, 2007. 173p.
- NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA. My Heart My Life: A manual for patients with coronary heart disease. National Heart Foundation of Australia, 2007. 76p.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, n. 1, p.1-51, 2010. Suplemento 1.

Este manual está vinculado ao estudo: “Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à revascularização do miocárdio: ensaio clínico controlado randomizado” subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Desenho, diagramação e arte-final:

Paulo Alexandro Fernandes
Serviços de Produção e Criação Multimídia
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP)

APÊNDICE G

ROTEIRO PARA O SEGUIMENTO POR TELEFONE (1ª, 8ª E 16ª SEMANA)

Nome: _____ N. _____
 Telefone: _____ Data: ____/____/____

Semana após a alta:

() 1. 1ª semana () 2. 8ª semana () 3. 16ª semana

Horário início ligação: _____ h _____ min.

Horário término ligação: _____ h _____ min.

Duração da ligação: _____ min.

Número de tentativas: _____

CATEGORIA	QUESTÕES
<p>1 – Apresentação</p> <p>1.1 Apresentação inicial</p>	<p>Bom dia/ Boa tarde/Boa noite. Meu nome é Rejane Furuya, enfermeira que entrevistou o Sr. (a) NOME durante a internação para angioplastia no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Gostaria de falar com o (a) Sr. (a) NOME . Ele (a) está?</p> <p>() 1. Sim</p> <p>() 2. Não – Qual o melhor dia da semana e horário para conversar com o (a) Sr. (a). NOME? _____ Obrigada, retornarei a ligação.</p> <p>() 3. Está na residência, mas não quer conversar. Tentar conversar com o participante, dizer que será rápido, que gostaria de saber como tem passado. Se não conseguir falar com o participante, ir para “encerramento” (conversa com o cuidador/familiar).</p> <p>Motivo de recusa: _____ _____</p>
<p>1.2 Apresentação ao participante do estudo</p>	<p>Bom dia/ Boa tarde/Boa noite. Meu nome é Rejane Furuya, enfermeira que entrevistou o Sr. (a) durante a internação para angioplastia no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.</p> <p>Esse é um bom momento para podermos conversar?</p> <p>() 1. Sim. Irei questionar sobre os cuidados que o (a) Sr(a) tem realizado, as dificuldades que tem encontrado e reforçar alguns cuidados importantes para sua recuperação. Gostaria de saber se posso gravar essa nossa conversa.</p> <p>() 2. Não – Qual o melhor dia da semana e horário para conversar com o (a) Sr. (a).? _____</p> <p>Obrigada, retornarei a ligação.</p>

<p>2 – Cuidados com o braço ou a perna utilizados para fazer a angioplastia (somente na ligação da primeira semana)</p>	<p>O (a) senhor (a) está conseguindo observar se o local por onde foi feita a angioplastia tem aumento da mancha roxa, inchaço ou sangramento? Ou perceber a sensação de dor, dormência ou formigamento no braço ou na perna utilizados para fazer a angioplastia?</p> <p><i>Se o cuidado estiver correto, elogiar o paciente e estimular a avaliação diária do local por onde foi feita a angioplastia.</i></p> <p><i>Se o cuidado não estiver correto, questionar se o participante se sente capaz de avaliar diariamente o local por onde foi feita a angioplastia. Questionar quais são os fatores dificultadores para realização avaliação diária do local por onde foi feita a angioplastia e mostrar ao participante que ele é capaz de realizar esse cuidado (por meio da superação dos fatores dificultadores citados e das informações oferecidas para realizar a avaliação diária do local por onde foi feita a angioplastia).</i></p> <p>O que o (a) senhor (a) fez quando observou algum desses problemas?</p> <p><i>Se o participante referir que procurou um serviço de saúde, confirmar que a ação foi correta.</i></p> <p><i>Se o participante referir que não soube o que fazer, lembrar que deve procurar um serviço de saúde.</i></p>
<p>3 – Modificação de fatores de risco</p>	
<p>3.1 Atividade física</p>	<p>O (a) senhor (a) está conseguindo fazer alguma atividade física?</p> <p><i>Se o participante referir estar fazendo atividade física: Questionar que atividade está fazendo. Parabenizar o participante; incentivar a manter a atividade física.</i></p> <p><i>Se o participante referir não estar fazendo atividade física: Perguntar se o participante se sente capaz de iniciar uma atividade física. Questionar os fatores dificultadores para atividade física. Mostrar ao participante que ele é capaz de realizar atividades físicas (por meio da superação dos fatores dificultadores citados e utilizar exemplos de atividades do dia a dia que o participante pode fazer que possam ser comparadas a atividades físicas como, por exemplo, andar em casa, tomar banho, vestir-se). Estimular o participante e iniciar pequenas atividades, como caminhadas curtas.</i></p>
<p>3.2 Alimentação</p>	<p>O (a) senhor (a) está seguindo as orientações fornecidas sobre alimentação (como redução do sal e gordura, comer frutas, verduras, carnes magras, alimentos rico em fibras, queijo branco e uso de temperos caseiros como salsa, cebolinha, cebola e cheiro verde).</p> <p><i>Se o participante referir estar seguindo as orientações alimentares: Parabenizar o participante, incentivar a manter a alimentação saudável.</i></p> <p><i>Se o participante referir não estar seguindo as orientações alimentares: Perguntar se o participante se sente capaz de seguir uma alimentação saudável. Questionar os fatores dificultadores para seguimento das orientações. Mostrar ao participante que ele é capaz de seguir as orientações alimentares (por meio da superação dos fatores dificultadores citados e das informações oferecidas para alimentação saudável; utilizar exemplos de alimentos que podem ser encontrados em mercados ou plantados em casa).</i></p> <p>O (a) senhor (a) está tendo alguma dificuldade para se alimentar?</p>

3.3 Pressão Arterial	<p>O (a) senhor (a) tem ido a algum serviço de saúde ou farmácia para verificar e anotar o valor da sua pressão arterial?</p> <p><i>Se o participante referir que tem ido a um serviço de saúde ou farmácia para verificar e anotar o valor da pressão arterial:</i> <i>Parabenizar o participante, incentivar a manter esse cuidado.</i> <i>Questionar como está o valor da pressão arterial.</i> <i>(Se a pressão arterial estiver elevada, orientar a agendar uma consulta médica).</i></p> <p><i>Se o participante referir que não tem ido a um serviço de saúde ou farmácia para verificar e anotar o valor da pressão arterial:</i> <i>Perguntar se o participante se sente capaz de ir a um serviço de saúde ou farmácia para verificar e anotar o valor da pressão arterial:</i> <i>Questionar os fatores dificultadores para esse cuidado. Orientar a importância de monitorizar a pressão arterial para saber quais são os valores no dia a dia e se esses valores são os mesmos que o orientado pelo médico.</i> <i>Mostrar ao participante que ele é capaz de ir a um serviço de saúde ou farmácia para verificar e anotar o valor da pressão arterial (por meio da superação dos fatores dificultadores citados).</i></p>
3.4 Tabagismo (se o participante não fumar, ir para o item 4).	<p>O que o (a) senhor (a) tem feito para diminuir ou parar de fumar?</p> <p><i>Se o participante referir cessação ou diminuição, parabenizar e incentivá-lo(a).</i></p> <p><i>Se participante referir que mantém o mesmo hábito:</i> <i>Questionar se tentou diminuir o número de cigarros alguma vez; dizer que a diminuir o número de cigarros ou parar de fumar ajudará na sua saúde, que isto exige esforço e encorajá-lo a tentar.</i> <i>Questionar os fatores dificultadores para cessação ou diminuição do tabagismo.</i> <i>Perguntar se o participante se sente capaz de diminuir o número de cigarros ou parar de fumar.</i> <i>Mostrar ao participante que ele é capaz de realizar as mudanças (por meio da superação dos fatores dificultadores citados, sendo possível a redução abrupta ou gradual, conforme orientado durante a internação hospitalar e o material educativo fornecido).</i></p>
4 – Medicamentos	<p>E os medicamentos, o (a) senhor (a) está conseguindo tomar na quantidade e no horário certo?</p> <p><i>Se o participante referir estar tomando os medicamentos corretamente:</i> <i>Parabenizar o participante, incentivar a manter o uso correto.</i></p> <p><i>Se o participante referir não estar tomando os medicamentos corretamente:</i> <i>Questionar os fatores dificultadores para o uso correto.</i> <i>Questionar se o participante se sente capaz de tomar os medicamentos corretamente.</i> <i>Mostrar ao participante que ele é capaz de tomar os medicamentos corretamente (por meio da superação dos fatores dificultadores citados, uso dos medicamentos conforme a rotina e separação dos medicamentos conforme a quantidade e horários corretos).</i></p> <p>Perguntar sobre dificuldades como efeitos colaterais ou para obtenção dos medicamentos.</p> <p>O (a) senhor (a) está apresentando mal estar ao tomar os medicamentos?</p> <p>O (a) senhor (a) está tendo dificuldade em comprar e ou pegar seus medicamentos no posto de saúde?</p>

APÊNDICE H

DESCRIÇÃO DAS LIGAÇÕES TELEFÔNICAS INICIADAS PELOS PARTICIPANTES DO ESTUDO OU POR SEUS FAMILIARES

Foram recebidas oito ligações dos participantes do estudo ou de seus familiares. Dessas ligações, uma foi de um participante que retornou a ligação realizada pela pesquisadora na oitava semana. Foi explicado o motivo da ligação e, também, aplicado o “Roteiro para o seguimento por telefone”, após informar que poderia ligar novamente se o participante preferisse e após o consentimento do participante em continuar a ligação. Um telefonema foi da filha de uma participante que teve a ICP reagendada e ligou para avisar que sua mãe não estava bem. Relatou que sua mãe teve precordialgia (“dor no peito”) e que, na consulta com o cardiologista de sua cidade, havia sido solicitado que ela procurasse o HCFMRP – USP para fazer a ICP o quanto antes devido à piora de seu estado de saúde. Após a ligação, foi relatada a situação aos médicos que estavam acompanhando a paciente no HCFMRP – USP e que solicitaram para que a pesquisadora conversasse com a paciente e avaliasse sua dor. Quando a pesquisadora ligou para a paciente no dia seguinte, a paciente relatou que estava bem, fazendo suas atividades normalmente e informou que não apresentava precordialgia. Como a paciente já estava com ICP agendada para a semana em que ocorreram estas ligações, a data da ICP se manteve conforme o agendamento. Essa participante ligou novamente, em menos de uma semana após a ICP, com queixa de diarreia que se iniciou após o procedimento. Essa informação foi comunicada ao médico que estava acompanhando a paciente no HCFMRP – USP e que agendou uma consulta na mesma semana. Na consulta médica, foi informado à paciente que a diarreia era devido a um medicamento, mas que esse medicamento deveria ser usado pela paciente até o retorno ambulatorial de um mês, após a ICP. Outro participante ligou, seis dias após a ICP, com dúvidas sobre se poderia iniciar atividades físicas (caminhada). No mesmo dia, foi realizada ligação para o paciente e foram fornecidas orientações quanto à realização de caminhadas de forma gradual, pois o paciente tinha o hábito de realizar caminhada por mais de uma hora. Considerando que já estava completando uma semana após a alta hospitalar, também foi aplicado o “Roteiro para o seguimento por telefone”. Uma participante ligou após a alta hospitalar e informou que havia recebido uma ligação do setor de endocrinologia do HCFMRP – USP para fazer acompanhamento com o intuito de monitorar a diabetes. A participante solicitou contato com a médica que havia realizado a ligação para informar seu interesse no acompanhamento. Após a ligação, foi conversado

com a médica do setor de endocrinologia que informou que iria telefonar para a paciente quando surgisse uma vaga para realizar a internação e o acompanhamento. Essa informação foi fornecida à participante por telefone. Um participante ligou cerca de um mês, após a alta hospitalar, para nos informar que teve “uma alergia com coceira e sensação de fechar a garganta e dor no estômago”. Informou, também, que foi ao pronto-socorro e que o médico receitou remédios e orientou que esses sinais não estavam relacionados à DAC. Foi informado que tomou a conduta correta, ao procurar o hospital, e que realmente os sinais não eram devido à DAC e foi solicitado que comunicasse por telefone, caso voltasse a apresentar sinais de alergia. Um participante ligou cerca de seis meses, após a alta hospitalar, para verificar quanto tempo demoraria para chegar uma declaração médica. Esta declaração tinha relação com a solicitação de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Após a ligação, foi conversado com a pessoa responsável pela emissão do documento que informou que o documento seria enviado pelo correio ao paciente, após ser assinado pelo médico. Essa informação foi fornecida ao participante por telefone.

Um participante que faz parte do grupo de saídas e perdas, pelo fato de não ter sido possível realizar as ligações telefônicas, ligou cerca de quatro meses, após a alta hospitalar. Nessa ligação, constatou-se que ele havia informado o número de seu telefone de maneira incorreta. O paciente ligou para informar que sentia dispneia e que já havia procurado o serviço médico e lhe disseram que não havia remédio para essa condição. Foi comunicado ao Serviço de Hemodinâmica do HCFMRP – USP e, conforme orientações recebidas da equipe médica, o paciente foi informado para procurar o pronto-atendimento de sua cidade novamente, para ser avaliado pelo médico e para explicar sobre a ICP e solicitar referência para outro serviço (HCFMRP – USP). O paciente recebeu informações adicionais sobre o autocuidado e foi solicitado para ele voltar a ligar, caso precisasse de algo.

Anexos

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 18 de agosto de 2010

Ofício nº 2772/2010
CEP/SPC

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **"PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NO ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E NA ADESÃO AO TRATAMENTO"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 311ª Reunião Ordinária realizada em 16/08/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 7333/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente,

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

REJANE KIYOMI FURUYA

PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B

CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA — ACTP E ICP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2011

Ofício nº 2555/2011
CEP/RCC

PROCESSO HCRP nº 7333/2010

Prezadas Senhoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa em sua 328ª Reunião Ordinária, realizada 18/07/2011, aprovou a inclusão de pacientes submetidos à ACTP, aprovou a alteração do título do projeto "PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES APÓS REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NO ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E NA ADESÃO AO TRATAMENTO", assim como tomou ciência do relatório parcial.

Atenciosamente.

PROF. DR. RICARDO DE CARVALHO CAVALLI

Vice-Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

REJANE KIYOMI FURUYA

PROFª. DRª. LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

N. _____ Iniciais _____

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS
1) Que dia é hoje? (1 ponto) _____	_____
2) Em que mês estamos? (1 ponto) _____	_____
3) Em que ano estamos? (1 ponto) _____	_____
4) Em que dia da semana estamos? (1 ponto) _____	_____
5) Qual a hora aproximada?* (1 ponto) _____ *(considerar variação de mais ou menos 1 hora)	_____
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	
6) Em que local nós estamos? * (1 ponto) _____ *(consultório, dormitório – apontando para o chão)	_____
7) Que local é este aqui? ** (1 ponto) _____ **(apontando ao redor num sentido mais amplo – hospital, casa...)	_____
8) Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (1 ponto) _____	_____
9) Em que cidade nós estamos? (1 ponto) _____	_____
10) Em que país nós estamos? (1 ponto) _____	_____
MEMÓRIA IMEDIATA	
11) Eu vou dizer três palavras e o Sr (a) irá repeti-las a seguir: Carro (1 ponto), Vaso (1 ponto), Tijolo (1 ponto) (se houver erro, repetir as palavras até três vezes)	_____
CÁLCULO: subtração de setes seriadamente	
12) 100-7 = ____ (1 ponto) 13) 93-7 = ____ (1 ponto) 14) 86-7 = ____ (1 ponto)	_____
15) 79-7 = ____ (1 ponto) 16) 72-7 = ____ (1 ponto) 65	_____
(se houver erro, corrija-o e prossiga, considerar correto se o paciente se autocorrige)	
EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS	
17) Quais são as palavras que o Sr (a) acabou de repetir? _____ (Carro/ Vaso/ Tijolo (1 ponto para cada palavra))	_____
NOMEAÇÃO	
18) Qual o nome desses objetos? Mostrar o relógio (1 ponto) e a caneta (1 ponto)	_____
REPETIÇÃO	
19) Por favor, repita a frase “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto – se a repetição for perfeita)	_____
COMANDO	
20) Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e devolva-o para mim (1 ponto) (não dar dica para o paciente)	_____
LEITURA	
21) FECHE OS OLHOS (mostrar a frase e pedir para o indivíduo fazer o que é solicitado) (1 ponto)	_____
FRASE	
22) Escreva _____ uma _____ frase _____ (1 ponto): _____ _____ (alguma frase que tenha começo meio e fim, para a correção não considerar erros gramaticais ou ortográficos)	_____
CÓPIA DO DESENHO (1 ponto)	
23)	_____
TOTAL	_____

ANEXO D

MEDICAL OUTCOMES SURVEY 36 - ITEM SHORT FORM (SF- 36)

N. _____ Iniciais _____

A. Antes da ICP B. 6 meses

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
- Muito boa.....2
- Boa.....3
- Ruim.....4
- Muito ruim.....5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**

(Circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás	2
Quase a mesma coisa de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance lances de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

(circule uma)

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Leve.....3
- Moderada.....4
- Grave.....5
- Muito grave.....6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**:

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....3
- Uma pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?
(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO E

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

N. _____ Iniciais _____

A. Antes da ICP B. 6 meses

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	5. Concordo totalmente
------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------

1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

ANEXO F

MEDIDA DE ADESAO AOS TRATAMENTOS (MAT)

N. _____ Iniciais _____

A. Antes da ICP B. 6 meses

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com freqüência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os medicamentos para sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com freqüência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com freqüência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com freqüência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com freqüência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com freqüência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com freqüência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO G

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HADS

N. _____ Iniciais _____

A. Antes da ICP B. 6 meses

Este questionário ajudará o seu médico, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

D 6) Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca