

Telenfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca crônica: estudo quase-experimental

RESUMO | Objetiva-se avaliar a adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida, antes e após a intervenção consulta por telefone, em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Estudo quase-experimental com pacientes de uma clínica especializada em insuficiência cardíaca no Brasil. Os escores de adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida foram avaliados por questionários validados antes e após a intervenção telefônica. Dos 14 pacientes, 64,3% eram do sexo masculino, 78,6% casados, idade média de $64,8 \pm 8,7$ anos, 50% classe funcional II, 92,9% eram hipertensos e 35,7% já sofreram infarto agudo do miocárdio. Houve melhora na adesão ao tratamento ($p < 0,0001$), na manutenção ($p = 0,002$), no manejo ($p < 0,0001$) e na confiança do autocuidado ($p = 0,004$), no entanto, não houve diferença estatística significativa na qualidade de vida. Conclui-se que a consulta telefônica melhorou as habilidades para o autocuidado e adesão de pacientes com insuficiência cardíaca. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos sob n.º RBR-6P9FJG.

Palavras-chaves: insuficiência cardíaca; telenfermagem; autocuidado.

ABSTRACT | The aim is to evaluate adherence to treatment, self-care and quality of life, before and after the intervention by phone contact in patients with chronic heart failure. Quasi-experimental study with patients from a clinic specializing in heart failure in Brazil. The scores of compliance to treatment, self-care and quality of life were assessed by questionnaires validated before and after the telephone intervention. Of the 14 patients, 64.3% were males, 78.6% were married, mean age was 64.8 ± 8.7 years, 50% functional class II, 92.9% were hypertensive and 35.7% had suffered acute myocardial infarction. There was improvement in treatment adherence ($P < 0.0001$), maintenance ($P = 0.002$), management ($P < 0.0001$) and self-care confidence ($P = 0.004$), however, there was no statistically significant difference in quality of life. It was concluded that the telephone consultation improved the skills for self-care and adherence of patients with heart failure. Brazilian Registry of clinical trials under No. RBR-6P9FJG.

Keywords: heart failure, telenursing, self-care.

RESUMEN | El objetivo es evaluar la adherencia al tratamiento, el cuidado personal y la calidad de vida, antes y después de la intervención de teleuno, en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Estudio cuasi-experimental con pacientes de una clínica especializada en insuficiencia cardíaca en Brasil. Las puntuaciones de adherencia al tratamiento, cuidado personal y calidad de vida se evaluaron mediante cuestionarios validados antes y después de la intervención telefónica. De los 14 pacientes, el 64,3% fueron varones, el 78,6% se casaron, la edad media fue $64,8 \pm 8,7$ años, 50% clase funcional II, 92,9% fueron hipertensos y 35,7% sufrieron infarto agudo de miocardio. Hubo mejoría en la adherencia del tratamiento ($P < 0,0001$), mantenimiento ($P = 0,002$), administración ($P < 0,0001$) y confianza en el cuidado personal ($P = 0,004$), sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida. Se concluyó que la consulta telefónica mejoró las habilidades para el cuidado personal y la adherencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Registro brasileño de ensayos clínicos bajo N.º RBR-6P9FJG.

Descriptor: insuficiencia cardíaca; telenfermagem; autocuidado.

Lyvia da Silva Figueiredo

Enfermeira. Doutoranda em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil. Autor correspondente.

Juliana de Melo Vellozo Pereira

Enfermeira. Doutoranda em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Rosimere Ferreira Santana

Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). RJ, Brasil.

Bruna Lins Rocha de Padua

Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado da Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Paula Vanessa Peclat Flores

Enfermeira. Doutora em Ciências Cardiovasculares. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). RJ, Brasil.

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Enfermeira. Pós-Doutorado em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). RJ, Brasil.

Recebido em: 07/01/2019

Aprovado em: 07/01/2019

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) vêm alcançando proporções epidêmicas em todo o mundo, tornando-se um problema de saúde pública. É considerada a via final das doenças cardiovasculares e IC afeta em torno de 23 milhões de pessoas no mundo. Nos EUA, aproximadamente 5,1 milhões de indivíduos apresentam as manifestações clínicas de insuficiência cardíaca e a tendência é continuar aumentando, portanto estima-se que até 2050 um em cada cinco norte-americanos maior que 65 anos apresentarão as manifestações clínicas^{1,2}.

No período de outubro de 2017 a outubro de 2018, a IC foi a primeira causa de internação hospitalar das doenças do aparelho circulatório, totalizando 216.857 mil casos de internações no Brasil, acarretando em R\$ 332 milhões de reais em serviços hospitalares. A região Sudeste possui o maior número de internações, com 88.920 mil casos. Em relação aos óbitos no Brasil, esta síndrome é a segunda maior causa de mortalidade, alcançando 24.154 mil óbitos³.

Alguns hospitais têm implementado programas para o gerenciamento da doença, tais como clínicas de IC, nas quais enfermeiros especializados no manejo da doença oferecem acompanhamento individualizado e/ou em grupo com intuito de oferecer intervenções educativas e monitoramento da doença e tratamento^{4,5}.

A terapêutica, tanto farmacológica, quanto não farmacológica para a IC visa melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir o número de internações por descompensações e aumentar a sobrevida. São vários os fatores que podem desencadear a descompensação dos pacientes com IC, dentre eles a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, conhecimento deficiente sobre a doença, monitorização hídrica e salina deficientes^{1,2,6}.

Um ensaio clínico randomizado re-

alizado no Rio Grande do Sul, com 200 pacientes associou a visita domiciliar (VD) com reforço de orientações por telefone para pacientes com IC, com internação recente por descompensação evidenciou a melhora do conhecimento, habilidade para desempenhar o autocuidado e maior adesão ao tratamento no grupo submetido a intervenção, quando comparado ao atendimento convencional⁷.

A consulta por telefone é um método importante associado à consulta tradicional a pacientes com IC para o alcance do autocuidado e adesão ao tratamento. Estudos indicam ainda, que esta abordagem reforça o uso correto das medicações assim como desfaz alguns equívocos acerca do manejo da doença por parte do paciente ou familiar⁸⁻¹⁰.

Apesar de já existirem estudos que tenham comprovado o efeito da consulta por telefone em pacientes com IC em desfechos de adesão e qualidade de vida, não é de nosso conhecimento que estudos tenham demonstrado o efeito desta intervenção na adesão, autocuidado e qualidade de vida de pacientes com IC acompanhados em uma clínica especializada no Brasil. Sob esse aspecto, ressalta-se que a construção de evidências científicas de maior confiabilidade e precisão para a tomada de decisão de condutas terapêuticas e recomendações que impactem sistemas de saúde, utilizam estudos clínicos de bom nível, valorizando a necessidade de informações científicas de variados cenários.

Portanto, este estudo teve como questão norteadora: Pacientes com insuficiência cardíaca crônica em intervenção de enfermagem consulta por telefone, possuem melhora na adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida? E como objetivo, avaliar a adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida antes e após a consulta por telefone em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, acompa-

nhados em uma clínica especializada em Niterói/RJ/Brasil.

METODOLOGIA

Estudo quase-experimental que comparou os desfechos de adesão, autocuidado e qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca crônica de uma clínica especializada antes e após a intervenção de consulta por telefone.

A amostra atendeu aos seguintes critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos (adultos); com diagnóstico médico de IC, independente da etiologia; com atendimento prévio presencial com a equipe multiprofissional de uma clínica especializada em IC; com fração de ejeção preservada ou diminuída; com classe funcional I-III (NYHA). Foram excluídos pacientes com sequelas neurológicas cognitivas relacionadas em prontuário e que não possuísem contato telefônico direto.

O estudo foi realizado em uma clínica multiprofissional especializada em atendimento ambulatorial de pacientes com IC Crônica, localizada no município de Niterói, RJ/Brasil. A presente clínica está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), recebe pacientes captados na internação e pós alta hospitalar, encaminhados da Atenção Básica, das Unidades Secundárias e de outras especialidades.

A clínica conta com as seguintes especialidades: enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, nutrição e fisioterapia. Sendo realizado também o teste de caminhada de seis minutos (TC6M), grupos de orientação para educar o paciente sobre sua doença, visita domiciliar através de uma equipe multidisciplinar caso o paciente não tenha condições físicas ou financeiras para deslocamento para a consulta presencial e consulta telefônica.

O protocolo de intervenção foi baseado na intervenção de enfermagem "Consulta por Telefone" da Nursing Interventions Classification (NIC). Esta

classificação define a consulta por telefone como “provocação das preocupações do paciente, ouvir e oferecer apoio, informações ou ensino em resposta a preocupações expressas pelo paciente usando o telefone”. Para sua implementação são preconizadas as seguintes atividades: identificar-se pelo nome e as credenciais; usar voz que crie uma relação terapêutica com o paciente; identificar preocupações quanto ao estado de saúde; determinar a capacidade do paciente para compreender ensino/instruções por telefone; perguntar sobre queixar ou sintomas associados conforme o instrumento de consulta; oferecer instruções claras sobre a forma de acessar os cuidados necessários se a preocupação se tornarem graves; informar sobre a terapia e medicamentos prescritos; informar sobre promoção de saúde/educação de saúde; responder as dúvidas por parte do paciente; determinar como o paciente ou família pode ser contatado para consulta de retorno, e; documentar todas as informações dadas ao paciente durante a consulta por telefone¹¹.

Os pacientes foram selecionados e alocados por conveniência de acordo com os agendamentos dos atendimentos da consulta de enfermagem da clínica especializada do período de agosto a novembro de 2015. Durante a consulta de enfermagem, estes foram convidados a participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido com informações sobre os objetivos, benefícios e riscos do estudo. Nenhum paciente se recusou a participar.

Na mesma consulta foram aplicados os questionários de Adesão ao Tratamento¹², Autocuidado¹³ e Qualidade de Vida¹⁴. Após sete dias da avaliação dos desfechos, as consultas telefônicas tiveram início para todos os pacientes incluídos no estudo.

A consulta telefônica teve duração média de 15 minutos e foi guiada por

um instrumento padronizado, constituído por 14 questões, dentre as quais apresentam caracterização do paciente, avaliação e reconhecimento dos sinais de descompensação, avaliação do seguimento domiciliar do plano terapêutico e a adesão à terapia medicamentosa.

Este instrumento passou por teste piloto no primeiro semestre de 2015, onde foram realizadas 30 consultas telefônicas para avaliar a clareza e entendimento dos pacientes sobre as perguntas elaboradas.

Foram quatro consultas por telefone com intervalo de sete dias. Após um mês da última consulta os ques-

"O escore de autocuidado foi avaliado por um questionário adaptado e validado para pacientes com IC"

tionários para avaliação dos desfechos foram reaplicados. Vale destacar que a intervenção foi realizada por um único profissional, assim como a aplicação dos questionários. Ambos foram devidamente treinados para a realização do estudo. O profissional que aplicou os questionários não foi o mesmo que implementou a intervenção.

Os escores de Adesão ao Tratamento¹², Autocuidado - manutenção, manejo e confiança¹³ e Qualidade de Vida¹⁴ foram os desfechos avaliados nos pacientes por questionários validados antes e após a intervenção telefônica por meio de consulta de enfermagem presencial na clínica especializada.

O escore de adesão foi avaliado por um questionário adaptado e validado para uso no Brasil, sobre adesão ao tra-

tamento farmacológico e não farmacológico de pacientes com IC. Possui 10 questões relacionadas ao uso dos medicamentos prescritos, verificação do peso, ingestão de sal, ingestão hídrica e comparecimento a consultas e exames marcados. A variação da pontuação é de zero a 26 pontos, é considerada adequada a adesão quando o paciente atinge um escore de 18 pontos, correspondente a 70%¹².

O escore de autocuidado foi avaliado por um questionário adaptado e validado para pacientes com IC, possui 22 questões divididas em três escalas: manutenção, manejo e confiança do autocuidado. Em relação à subescala de manutenção, as respostas podem variar de “nunca/raramente” a “sempre/diariamente”, para a subescala de manejo varia de “pouco provável” a “muito provável” e “não confiante” a “extremamente confiante” para a subescala de confiança no autocuidado¹³. Para fazer o cálculo da subescala de manutenção, deve considerar a reversão do item 8, devido ao fato dele ser o único já que é o único item com resposta negativa. O escore desta subescala tem como pontuação mínima 10 e máxima de 40 pontos.

O escore da subescala de Manejo do autocuidado, tem como pontuação mínima 4 e máxima de 24 pontos. Porém, a aplicação desta escala só é indicada a pacientes que apresentaram episódios de descompensação no mês anterior a aplicação do questionário¹³. Na subescala confiança do autocuidado, o escore mínimo é de 6 e máximo de 24 pontos¹³.

O escore de qualidade de vida foi avaliado por um questionário adaptado e validado Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), foi criado para avaliar a qualidade de vida, dos pacientes com IC, levando ele a ser mais específico para a população estudada. O MLHFQ é composto por 21 questões sobre as limitações que frequentemente estão relacionadas quan-

to a IC impede os pacientes de viverem como desejam. A resposta para cada questão é feita através de uma escala likert, onde 0 (sem limitação) a 5 (limitação máxima). Essas questões se dividem em dimensão física, emocional e outras questões que quando somadas às dimensões anteriores, formam o escore total. A variação da pontuação é de zero a 105 pontos¹⁴.

Para obter o tamanho amostral, foi realizado o cálculo pelo software estatístico PEPI for Windows (WinPepi) v.14.46, com base em estudo prévio, que utilizou os mesmos desfechos do presente estudo⁷. Após o cálculo da amostra com os desfechos de adesão ao tratamento, qualidade de vida, autocuidado, foi selecionado o valor da amostra considerando o desfecho 'autocuidado', visto que este apresentou o maior número amostral. A amostra final foi de 14 pares de pacientes (28 observações para teste t-pareado bicaudal), após considerar nível de confiança de 95%, poder de 96%, diferença de 12 pontos e perda 10%.

Foram consideradas as seguintes variáveis para o estudo: sexo, idade, estado civil, fonte de renda, renda mensal familiar, tempo de estudo (em anos), tempo de doença (em meses), tempo de tratamento (em meses), classe funcional (NYHA), etiologia da IC, números de medicamentos em uso, comorbidades, etilismo, tabagismo, visita à emergência nos últimos três meses e presença de cuidador.

Os escores de qualidade de vida, manutenção, manejo e confiança para o autocuidado e adesão foram analisados no início do estudo e um mês depois da intervenção.

A organização dos dados foi realizada através da construção e síntese do banco de dados pelo programa Microsoft Excel, 2010. Os dados coletados a partir dos instrumentos de pesquisa foram tabulados e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 20.0.

As variáveis categóricas foram expressas através de distribuições de frequências e percentuais e as contínuas com o cálculo de média, mediana e desvio padrão, de acordo com o comportamento das variáveis (normalidade) identificado pelo teste Shapiro-Wilk. As diferenças entre as médias dos escores iniciais e finais de qualidade de vida, manutenção, manejo e confiança para o autocuidado e adesão foram testadas com o T-Student pareado, quando houve distribuição normal da amostra ou Wilcoxon, quando não houve distribuição normal. O valor de p bivariado < 0,05 foi considerado estatisticamente significativo para todas as análises.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro pelo Parecer 1.055.465 e está registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob n.º RBR-6P9FJG.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as variáveis de sociodemográficas e clínicas dos pacientes do estudo. Observa-se o predomínio da população masculina (64,3%), casados/amasiados (78,6%), apresentando uma média de idade de 64,8±8,7 anos, possuidor de uma renda de R\$ 936,00 e tempo de escolaridade de cinco anos, aposentados (50%) com tempo de doença, em torno de 103 meses e o tratamento de 78 meses.

Dos pacientes em atendimento ambulatorial na clínica especializada, 50% possui classe funcional II, seguido da classe funcional III (42,9%), apresentando etiologia hipertensiva (71,4%). As comorbidades mais frequentes são a hipertensão arterial (92,9%), e o infarto agudo do miocárdio (35,7%). O etilismo e o tabagismo representaram 21,4% e 7,1%, respectivamente. Dos 14 pacientes do estudo, apenas dois tiveram visita à emergência nos últimos três meses e quatro possuem cuidador.

A Tabela 2 apresenta os escores dos desfechos qualidade de vida, adesão ao tratamento e manutenção, manejo e confiança do autocuidado antes e após a consulta telefônica. Verificou-se que, exceto a qualidade de vida, todos os desfechos aumentaram nos pacientes após a intervenção. Ao final do período de estudo, foi observada melhora na adesão ao tratamento ($p < 0,0001$), na manutenção ($p = 0,002$), manejo ($p < 0,0001$) e na confiança do autocuidado ($p = 0,004$).

Tabela 1. Apresentação das variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica de uma clínica especializada. Niterói, RJ, Brasil, 2015.

Variáveis clínicas e sociodemográficas	(n=14)
Sexo	
Masculino	9 (64,3%)
Feminino	5 (35,7%)
Idade (anos), média±DP	64,8±8,7
Estado Civil	
Casado/Amasiado	11 (78,6)
Solteiro	2 (14,3%)
Divorciado	1 (7,1%)

Fonte de Renda	
Aposentado	7 (50,0%)
Exerce atividade Trabalhista	2 (14,3%)
Auxílio Doença	2 (14,3%)
Pensionista	2 (14,3%)
Sem renda	1 (7,1%)
Renda per capita (R\$)*	936,0 (788,0-3000,0)
Tempo de estudo (anos)*	5,0 (4,7-12,0)
Tempo de doença (meses)*	103,2 (24,0-159,0)
Tempo de Tratamento (meses)*	78,0 (24,0-147,0)
Classe funcional (NYHA)	
I	1 (7,1%)
II	7 (50%)
III	6 (42,9%)
Número de medicamentos, média±DP	5,2±1,0
Comorbidades	
Hipertensão arterial	13 (92,9%)
Infarto agudo do miocárdio	5 (35,7%)
Diabetes mellitus	4 (28,6%)
Fibrilação atrial	1 (7,1%)
Dislipidemia	7 (50%)
Etilismo	3 (21,4%)
Tabagismo	1 (7,1%)
Visita à emergência nos últimos três meses	2 (14,3%)
Cuidador	4 (28,6%)

*Cálculo de mediana e intervalo interquartil.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2. Comparação dos escores dos questionários nos momentos antes e após a consulta telefônica de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica de uma clínica especializada. Niterói, RJ, Brasil, 2015

Escores	Antes	Depois	p valor
Adesão ao tratamento	15,6±2,8	21,8±2,8	p < 0,0001
Autocuidado			
Manutenção	47,3±13,2	69,3±16,7	0,002
Manejo	52,5±8,8	86,7±10,3	p < 0,0001
Confiança	61,5±16,8	81,0±15,8	0,004
Qualidade de Vida*	43,6(23,2-9,0)	42,7(11,7-75,2)	0,730

*Teste Wilcoxon

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou pela primeira vez que a intervenção de enfermagem “Consulta por Telefone” baseada na NIC, adaptada para uso em uma central de telemonitoramento eletrônica melhora o manejo, a manutenção e

a confiança no autocuidado e adesão terapêutica de pacientes com IC crônica acompanhados em uma clínica especializada no município de Niterói/RJ/Brasil. No entanto, esta intervenção não impactou na qualidade de vida destes pacientes.

A fraca adesão aos regimes terapêuticos é um impedimento significativo para melhorar os resultados clínicos na população com IC. As taxas típicas de adesão a medicamentos prescritos, dietas pobres em sódio, e programas de exercícios são inferiores a necessária

para reduzir a morbidade e mortalidade associada à IC. Fatores que contribuem para pobre aderência incluem múltiplas comorbidades, depressão, e diminuição das funções cognitivas⁵.

Várias estratégias de intervenção para aumentar a adesão aos regimes terapêuticos, sob a ótica da melhoria da autocuidado têm sido estudadas nos últimos anos. Os estudos trazem evidências sobre a necessidade de pacientes desenvolverem a capacidade de reconhecer sinais e sintomas da doença, além de desenvolver as habilidades necessárias para mudar o manejo do seu autocuidado. Alguns estudos avaliaram especificamente o efeito de intervenções educativas no comportamento do autocuidado^{7,15,16}. Educação e programas para melhorar a autogestão de IC no Brasil e no mundo, com programas de manejo de IC, incorporando estratégias educativas implementadas por equipe multiprofissional, com a presença de enfermeiros têm construído conhecimento científico sobre a necessidade da utilização das mesmas para melhor adesão ao tratamento, autocuidado e qualidade de vida. No entanto, a telemonitorização para melhorar comportamentos de adesão e de autogestão tem demonstrado resultados clínicos significativos nesses pacientes¹⁷⁻¹⁹.

Uma pesquisa feita em Medellín/Colômbia, em 2012, avaliou o efeito de um programa educativo de enfermagem, composto por encontros educativos, visitas domiciliares, telenfermagem e cartilha impressa, no autocuidado de pacientes com IC. Foram incluídos 63 pacientes, sendo 33 no grupo intervenção e 30 no grupo controle, com um seguimento de nove meses. O programa educativo com telenfermagem teve efeito positivo no autocuidado¹⁵. Corroborando com o resultado do presente estudo que demonstra uma melhora do escore de autocuidado após a realização da consulta telefônica (Manutenção: 69,3±16,7; Manejo: 86,7±10,3 e

Confiança: 81,0±15,8).

Em 2015, na Alemanha, foi realizado um ensaio clínico randomizado com 110 pacientes para avaliar o efeito do seguimento de três meses com a intervenção telefônica no autocuidado e na qualidade de vida. Houve melho-

" A consulta telefônica pautada na NIC e a partir de um prontuário eletrônico melhora as habilidades para o autocuidado e a adesão ao tratamento, demonstrando sua efetividade para pacientes com IC acompanhados em clínicas especializadas. "

ra do escore de autocuidado, mas sem mudança estatisticamente significativa no escore de qualidade de vida¹⁶.

Os achados deste estudo realizado na Alemanha corroboram com os desfechos avaliados no presente estudo, pois após intervenção foi verificado uma melhora no autocuidado, no entanto não houve mudança significativa na qualidade de vida (44,07±23,45, antes

da intervenção; e 42,79±29,43 após a intervenção). Este resultado pode estar relacionado com variáveis clínicas e sociodemográficas, como por exemplo: idade; medicamentos em uso, pacientes com IC necessitam de um tratamento farmacológico vasto, podendo ainda está associado com outras comorbidades; efeitos colaterais das medicações; sinais e sintomas incapacitantes para atividades de vida diárias.

Um estudo realizado no Brasil em 2017, objetivou analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca e apontou que os aspectos físicos e a dificuldade de adesão à dieta foram as variáveis com maior influência negativa na percepção da qualidade de vida. Os autores sugerem a implementação de estratégias terapêuticas multidisciplinares para minimizar o impacto da insuficiência cardíaca na qualidade de vida relacionada à saúde²⁰. Este estudo, mostra que nesta perspectiva, a telenfermagem pode ser um importante recurso para impactar positivamente nos referidos desfechos.

Ainda no Brasil, utilizando os mesmos questionários para avaliação dos desfechos, também foram encontrados resultados positivos em um estudo conduzido em Porto Alegre – Brasil/RS, que demonstrou melhora do autocuidado e da adesão ao tratamento, ao utilizar a combinação de visitas domiciliares intercaladas com as consultas telefônicas, em pacientes ambulatoriais com IC acompanhados durante seis meses. Os escores nos grupos intervenção e controle após as intervenções foram de 22,36±6,46 e 30,91±7,30, no desfecho de autocuidado; e para o desfecho de adesão ao tratamento foi observado um resultado superior a 70% no grupo controle, e no grupo um escore de 60%, mostrando assim a efetividade das intervenções realizadas⁷.

Como limitação, o presente estudo teve uma amostra pequena, apesar de ser representativa para avaliar os des-

fechos na população em questão. Também, destaca-se o desenho do estudo quase experimental realizado em um curto recorte temporal, que se apresenta menos efetivo em relação ao ensaio clínico randomizado, uma vez que não houve randomização e cegamento dos pacientes.

CONCLUSÃO

A consulta telefônica pautada na NIC e a partir de um prontuário eletrônico melhora as habilidades para o autocuidado e a adesão ao tratamento, demonstrando sua efetividade para pacientes com IC acompanhados em clínicas especializadas. Destaca-se o baixo custo desta intervenção, sua fácil aplicabilidade e manejo, tanto por profissionais de saúde, tanto por pa-

cientes.

Intervenções educativas através da consulta telefônica valorizam o autocuidado e podem aumentar o comportamento de adesão a terapêutica. No entanto, é necessário determinar a efetividade da mesma em resultados clínicos, tais como, mortalidade, visita a emergência, admissões e readmissões hospitalares nesta população. 🐾

Referências

- Bocchi EA, Marcondes FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica – 2012. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012 [acesso em 5 de junho de 2018]; 98(1 Supl.1). Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cr%C3%B4nica.pdf>.
- Yancy CW, Jessup M, Brozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation* [Internet]. 2017 [acesso em 15 de julho de 2018]; 70(6). Disponível em: http://www.onlinejacc.org/content/70/6/776?_ga=2.119219721.1663587524.1536236330-42661325.1536236330.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de informática do SUS. [acesso em 6 de setembro de 2018]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qgms.def>.
- Silva AF, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, Fé A, et al. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas. *Rev Lat-Am Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 17 de julho de 2018]; 23(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00888.pdf.
- Corotto PS, McCarey MM, Adam S, Khazanie P, Whellan DJ. Heart failure patient adherence: epidemiology, cause, and treatment. *Heart Fail Clin* [Internet]. 2013 [acesso em 3 de setembro de 2018]; 9(1). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551713612000906>.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* [Internet]. 2016 [acesso em 10 de janeiro de 2018]; 37(27). Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921>.
- Mussi CM, Ruschel K, Souza EM, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev Latin-Am Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 12 de fevereiro de 2018]; 21(spe). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/04.pdf>.
- Oliveira MT, Paula LJC, Marcolino MS, Canesin MF. Executive Summary - Guideline on Telecardiology in the Care of Patients with Acute Coronary Syndrome and Other Cardiac Diseases. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [acesso em 10 de fevereiro de 2018]; 105(2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559118/pdf/abc-105-02-0105.pdf>.
- Bertuzzi D, de Souza EN, Moraes MA, Mussi C, Rabelo ER. The knowledge of patients with heart failure in the homecare context: an experimental study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2012 [acesso em 10 de janeiro de 2018]; 11(3). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3736/html_2.
- Piette, JD and Striplin, D and Marinec, M and Chen, J and Aikens, JE. A randomized trial of mobile health support for heart failure patients and their informal caregivers: impacts on caregiver-reported outcomes. *Med Care* [Internet]. 2015 [acesso em 18 de março de 2018]; 53(8). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4503477/pdf/nihms682881.pdf>.
- Bulechek G, Butcher HK, Dochterman JM, et al. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Elsevier. 2016; 6:117–8.
- Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Pinho MLF, Issa VC, Ayub FSM, et al. A Long-term Prospective Randomized Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADHE Study Trial. *Circ Heart Fail* [Internet]. 2008 [acesso em 16 de fevereiro de 2018]; 1(2). Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.107.744870>.
- Ávila C, Riegel B, Pokorski C, Casey S, Silveira L, Silva E. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Brazilian Version of the Self-Care of Heart Failure Index Version 6.2. *Nursing Research and Practice* [Internet]. 2013 [acesso em 16 de junho de 2018]; Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/178976/>.
- Carvalho V, Guimarães G, Carrara D, Bacal F, Bocchi E. Validation of the portuguese version of the minnesota living with heart failure questionnaire. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2009 [acesso em 16 de junho de 2018]; 93(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1/en_08.pdf.
- Rodríguez-Gázquez M, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev Latin- Am Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 18 de julho de 2018]; 20(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/12.pdf>.
- Köberich S, Lohman C, Mitta O, Dassen T. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 10 de junho de 2018]; 24. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.12766>.
- Stevens S. Preventing 30-day readmissions. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2015 [acesso em 21 de março de 2018]; 50(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.010>.
- Albert N, Dinesen B, Spindler H, Southard J, Bena J, Catz S. Factors associated with telemonitoring use among patients with chronic heart failure. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2017 [acesso em 15 de janeiro de 2018]; 23(2). Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1357633X16630444>.
- Evangelista L, Lee J, Moore A, Motie M, Ghasemzadeh H, Sarrafzadeh M. Examining the effects of remote monitoring systems on activation, self-care, and quality of life in older patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 15 de janeiro de 2018]; 30(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447139/pdf/nihms-692941.pdf>.
- Sousa M, Oliveira J, Soares M, Bezerra S, Oliveira S. Efeitos físicos e psicossociais da insuficiência cardíaca na percepção da qualidade de vida. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 6 de setembro de 2018]; 22(2). Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/49783-206907-1-PB.pdf>.