



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Karen Christine de Faria Velloso de Brito

**Qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência
cardíaca atendidos pelo Programa de Boas Práticas Clínicas em
Cardiologia**

Rio de Janeiro

2020

Karen Christine de Faria Velloso de Brito

**Qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca
atendidos pelo Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Denilson Campos de Albuquerque

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B862 Brito, Karen Christine de Faria Velloso de.
Qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca
atendidos pelo Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia /
Karen Christine de Faria Velloso de Brito. - 2020.
91 f.

Orientador: Denilson Campos de Albuquerque.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Qualidade de vida. 2. Insuficiência cardíaca. 3. Cuidados de
enfermagem. 4. Enfermagem cardiovascular. I. Albuquerque, Denilson
Campos de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Karen Christine de Faria Velloso de Brito

**Qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca
atendidos pelo Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Denilson Campos de Albuquerque (Orientador)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Ronilson Gonçalves Rocha
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Tereza Cristina Felipe Guimarães
Instituto Nacional de Cardiologia

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me permitir proporcionar essa conquista que foi tão sonhada, porém tão difícil. Por me guiar e acalmar meu coração nos angustiantes episódios de ansiedade durante estes anos. Por me fazer acreditar ainda mais no seu amor e nas promessas que Ele tem para minha vida.

À minha família, que esteve comigo em todo o processo, vibrando com cada conquista e me amparando nos momentos de fraqueza. Minha mãe, Monica, por sempre acreditar em mim e por toda sua dedicação como mãe, que me tornou quem eu sou hoje. Ao meu marido, Fernando, meu porto seguro, que me faz acreditar em mim e permitir sonhar cada vez mais alto.

Aos meus avós, Jurê e Dulce, aos meus sogros, Lena e Fernando, por todo incentivo e orgulho.

À minha Psicóloga, Rayana, que foi fundamental para me ajudar a enfrentar as fases difíceis da vida.

Ao Professor Denilson, por ter sido meu orientador, por confiar em mim e me transmitir paz em todo o processo. Agradeço por sua paciência, compreensão, flexibilidade e incentivo.

A Simone Offrede, por todo auxílio durante o mestrado e por toda disponibilidade, em especial, a fase de coleta de dados, em que me recebeu carinhosamente.

Ao Dr. Pedro Spinetti, que desvendou os mistérios dos números no software. Por toda ajuda e paciência. Sem você, jamais teria conseguido.

Aos meus amigos, por todo apoio, admiração e incentivo.

Aos meus colegas de mestrado, por estarmos juntos em todo o processo.

Às minhas chefes, Patricia Dal Col e Renata Gadelha, por permitirem que fosse possível conciliar o trabalho com o mestrado. Por todo carinho e incentivo durante o processo.

Imagine uma nova história para sua vida e acredite nela.

Martin Luther King

RESUMO

BRITO, Karen Christine de Faria Velloso de. **Qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca atendidos pelo Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia**. 2020. 91f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Introdução: A insuficiência cardíaca é considerada a via final comum das cardiopatias. O aumento da prevalência e o envelhecimento da população colocam a atenção primária como nível ideal de intervenção, em que o conhecimento sobre a doença, o autocuidado e o manejo de sinais e sintomas são orientados, também, por uma enfermeira especialista. A avaliação da qualidade de vida é uma importante ferramenta para indicar ações de enfermagem, principalmente, voltadas para área da educação. **Objetivo:** Comparar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca crônica descompensada na admissão hospitalar e 180 dias após a alta, através da aplicação do questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) pela equipe da pesquisa, no período de março de 2016 a dezembro de 2018. Os objetivos específicos foram descrever o perfil do paciente, avaliar a taxa de re-hospitalização global e mortalidade global no período de 180 dias. **Metodologia:** Coorte retrospectiva com abordagem quantitativa na qualidade de vida. **Resultados:** Dos 145 pacientes iniciais, 99 tiveram o questionário de qualidade de vida respondidos na admissão e, 41, respondidos aos 180 dias após a alta. A média do domínio físico apresentou melhora estatisticamente significativa ($35,19 \pm 17,23$ x $39,98 \pm 18,32$ p 0,021) aos 180 dias. O domínio psicológico também apresentou relevância estatística e piorou aos 180 dias ($58,33 \pm 18,06$ x $53,66 \pm 19,30$ p 0,024); entre as médias dos domínios social e ambiental não houve diferenças estatísticas. **Discussão:** O fato de os participantes do estudo apresentarem, predominantemente, classificação NYHA III e IV, impacta diretamente a limitação física do paciente justificando, que a média do domínio físico seja mais baixa tanto na admissão quanto aos 180 dias. Quanto ao domínio psicológico pode-se relacionar ao fato de que quando internado o participante tenha a segurança do cuidado fornecido, com profissionais à sua volta; enquanto aos 180 dias, já em casa, o mesmo teria que desempenhar o seu cuidado sozinho, o que, por vezes, traz insegurança por receio de não estar fazendo o certo. Além disso, os pacientes com este diagnóstico enfrentam desafios psicológicos, dentre eles, ansiedade e depressão, porém, neste estudo, apenas 2,8% dos pacientes revelaram ter depressão, e, quando comparados aos 180 dias após a alta percebe-se o declínio do domínio psicológico. **Conclusão:** Houve uma melhora consistente no domínio físico; em contrapartida o domínio psicológico apresentou importante piora, sugerindo um cuidado com maior suporte psicológico. Os domínios social e ambiental não apresentaram diferenças importantes.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Insuficiência cardíaca. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

BRITO, Karen Christine de Faria Velloso de. **Quality of life of patients admitted with heart failure attended by the Boas Práticas Clínicas em Cardiologia Program.** 2020. 91f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Introduction: Heart failure is considered the common final pathway of heart diseases. The increased prevalence and aging of the population make primary care the ideal level of intervention, in which knowledge about the disease, self-care and the management of signs and symptoms are also guided by a specialist nurse. Quality of life assessment is an important tool to indicate nursing actions, especially focused on education. Objective: To compare patients the quality of life of with decompensated chronic cardiac insufficiency at hospital admission and at 180 days after discharge by applying the World Health Organization (WHO) quality of life questionnaire by the research team, from March 2016 to December 2018. The specific objectives were to describe the patient's profile, to assess the overall rehospitalization rate and overall mortality within 180 days. Method: Retrospective cohort with quantitative approach to quality of life. Results: Amongst the 145 initial patients, 99 had the quality of life questionnaire answered at admission and 41 answered at 180 days after discharge. The physical domain average showed a statistically significant improvement ($35,19 \pm 17,23$ x $39,98 \pm 18,32$ p 0,021) at 180 days. The psychological domain was also statistically significant and worsened at 180 days ($58,33 \pm 18,06$ x $53,66 \pm 19,30$ p 0,024); between the averages of social and environmental domains there were no statistical differences. Discussion: The fact that the study participants present, predominantly, NYHA III and IV classification impacts directly the patient's physical limitation, justifying that the physical domain average is the lowest at both admission and 180 days. Regarding to the psychological domain, it can be related to the fact that, when hospitalized, the participant has the security of the provided care, with professionals around him; while, at 180 days, already at home, he would have to perform it by himself, which, sometimes, brings insecurity for fear of not doing it properly. Moreover, patients with this diagnosis face psychological challenges, including anxiety and depression, however, in this study, only 2.8% of patients have depression and, when compared to the 180 days after discharge, the decline of the psychological domain is noted. Conclusion: There was a consistent improvement in the physical domain; in contrast, the psychological domain showed significant worsening, which suggests care with greater psychological support. The social and environmental domains showed no significant differences.

Keywords: Quality of life. Heart failure. Nursing care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Algoritmo diagnóstico na suspeita de IC	21
Figura 2 – Algoritmo do tratamento farmacológico na IC	25
Figura 3 – Linha do tempo do estudo	39
Figura 4 – Fluxograma pacientes incluídos na fase intra-hospitalar	43
Figura 5 – Fluxograma pacientes aos 180 após a alta hospitalar	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Recomendações oferecidas no momento da alta hospitalar	46
Gráfico 2 –	Taxa de re-hospitalização global da amostra	47
Gráfico 3 –	Mortalidade global da amostra	48
Gráfico 4 –	Qualidade de vida na internação e aos 180 dias (n=41)	50
Gráfico 5 –	Frequência das respostas do questionamento um	50
Gráfico 6 –	Frequência das respostas do questionamento dois	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Internações por IC e taxa de mortalidade intra-hospitalar de IC nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, especificadas por ano	16
Quadro 2 –	Internações por IC e taxa de mortalidade intra-hospitalar por IC no HUPE, especificadas por ano	17
Quadro 3 –	Sintomas mais típicos e menos típicos da IC	20
Quadro 4 –	Sinais mais específicos e menos específicos da IC	20
Quadro 5 –	Classificação da IC de acordo com a fração de ejeção	22
Quadro 6 –	Classificação da IC de acordo com a <i>New York Heart Association</i> (NYHA)	23
Quadro 7 –	Estágio da IC de acordo com a <i>American College of Cardiology</i> e a <i>American Heart Association</i> (ACC/AHA)	24
Quadro 8 –	Indicadores de qualidade e desempenho do PBPCC	29
Quadro 9 –	Compreensão dos Domínios abordados no questionário WHOQOL-Bref e suas perguntas relacionadas	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características basais da amostra (n=130)	44
Tabela 2 – Qualidade de vida na admissão (n=99)	46
Tabela 3 – Qualidade de vida na admissão e 180 dias após a alta hospitalar (n=41)	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC	American College of Cardiology
AHA	American Heart Association
BB	Betabloqueadores
BRA	Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina
BREATHE	Brazilian Registry of Acute Heart Failure
CDI	Cardiodesfibrilador implantável
EVA	Escala Visual Analógica
FEVE	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
HCOR	Hospital do Coração
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IC	Insuficiência Cardíaca
ICFEi	Insuficiência Cardiovascular Fração de Ejeção Intermediária
ICFEp	Insuficiência Cardiovascular Fração de Ejeção Preservada
ICFEr	Insuficiência Cardiovascular Fração de Ejeção Reduzida
IECA	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
KCCQ	Kansas City Cardiomy Questionnaire
NYHA	New York Heart Association
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBPCC	Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia
QV	Qualidade de Vida
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia

SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TRC	Terapia de ressincronização cardíaca
VE	Ventrículo esquerdo
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1	Insuficiência cardíaca	19
1.2	Sinais e sintomas	19
1.3	Diagnóstico	20
1.4	Classificação	21
1.4.1	<u>Classificação de acordo com a fração de ejeção (FEVE)</u>	22
1.4.2	<u>Classificação de acordo com a gravidade de sintomas</u>	22
1.4.3	<u>Classificação de acordo com a progressão da doença</u>	23
1.5	Tratamento farmacológico	24
1.6	Tratamento não farmacológico	25
1.7	Programas de acreditação e melhoria no tratamento do paciente com IC	27
1.8	Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (PBPCC)	28
2	O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM IC	30
3	QUALIDADE DE VIDA	32
3.1	Conceito	32
3.2	Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	33
3.2.1	<u>Instrumentos genéricos</u>	33
3.2.2	<u>Instrumentos específicos para IC</u>	33
3.3	Qualidade de vida na IC	34
4	OBJETIVO DO ESTUDO	37

4.1	Objetivo geral	37
4.2	Objetivos específicos	37
5	METODOLOGIA	38
5.1	Tipo de estudo	38
5.2	Cenário do estudo	38
5.3	População do estudo	38
5.3.1	<u>Critérios de inclusão</u>	38
5.3.2	<u>Critérios de exclusão</u>	39
5.4	Técnica e instrumento de coleta de dados	39
5.4.1	<u>Questionário de qualidade de vida</u>	40
5.5	Análise de dados	41
5.6	Aspectos éticos	42
6	RESULTADOS	43
6.1	Qualidade de vida na admissão hospitalar	45
6.2	Recomendações quanto ao tratamento não farmacológico da IC no momento da alta hospitalar	46
6.3	Desfechos após a alta hospitalar	47
6.3.1	<u>Taxa de re-hospitalização global da amostra</u>	47
6.3.2	<u>Mortalidade global da amostra</u>	47
6.4	Qualidade de vida na admissão e 180 dias após a alta hospitalar ..	48
7	DISCUSSÃO	52
8	LIMITAÇÕES	59
	CONCLUSÃO	60
	REFERÊNCIAS	61

APÊNDICE A – Formulário para caracterização de perfil do participante do estudo	67
APÊNDICE B – Termo de confidencialidade e sigilo	68
ANEXO A – Folheto de orientações para o paciente inserido no estudo	69
ANEXO B – Transcrição do formulário de alta hospitalar do Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia adaptado à pesquisa	79
ANEXO C – Transcrição do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref	80
ANEXO D – Transcrição do formulário de seguimento de 180 dias adaptado à pesquisa	84
ANEXO E – Parecer de aprovação pela Plataforma Brasil	85
ANEXO F – Orientações para cálculo das médias do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref	91

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo (OPAS/OMS, 2018). A insuficiência cardíaca (IC) é considerada a via final comum das cardiopatias, sendo um importante desafio para os profissionais de saúde devido à sua alta morbimortalidade.

As projeções mostram que a prevalência da IC aumentará 46% entre 2012-2030 (ALBUQUERQUE et al., 2014). É a principal causa de hospitalização nos EUA e Europa, compreendendo de 1% a 2% de todas as internações, sendo cerca de 30% desses pacientes readmitidos entre 60 e 90 dias (COWIE et al., 2017). Na Espanha, é a terceira causa de morte e a primeira causa de hospitalização entre a população maior de 65 anos (SALVADÓ-HERNANDEZ et al., 2018).

Os registros do DATASUS demonstram que, nos últimos 10 anos, a IC foi relacionada a 2.507.423 internações e 240.878 óbitos no Brasil. No Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2016 a abril de 2019, ocorreram 36.297 internações devido à IC, sendo essas diminuídas a cada ano, como é visto no Quadro 1.

O valor gasto com serviços hospitalares no mesmo período com a doença passou dos 35 milhões de reais (SIH/SUS). No Rio de Janeiro, no período de janeiro 2016 a abril de 2019, a taxa de mortalidade por IC foi de 16,82% (SIH/SUS).

Quadro 1 – Internações por IC e taxa de mortalidade intra-hospitalar de IC nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, especificadas por ano

Janeiro 2016 a Abril de 2019		
Ano	Internações	Taxa de mortalidade intra-hospitalar
2016	12.762	14,75%
2017	10.703	17,44%
2018	10.005	18,57%
Abril / 2019	2.827	17,62%
Total:	36.297	16,82%

Fonte: A autora, 2019 (com base em informações coletadas em BRASIL, 2019).

No Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), ocorreram 444 internações por IC no período de janeiro de 2016 a abril de 2019, como especificado no Quadro 2. O custo desta internação para o hospital em questão ultrapassou 900 mil reais (SIH/SUS).

Quadro 2 – Internações por IC e taxa de mortalidade intra-hospitalar por IC no HUPE, especificadas por ano

Janeiro 2016 a abril 2019		
Ano	Internações	Taxa de mortalidade por IC intra-hospitalar
2016	124	7,26%
2017	114	3,51%
2018	145	9,66%
Abril / 2019	61	9,84%
Total:	444	7,43%

Fonte: A autora, 2019 (com base em informações coletadas em BRASIL, 2019).

Segundo Albuquerque et al. (2014), a literatura internacional identifica a falta de aderência ao tratamento, terapias inadequadas, piora da função cardíaca e isolamento social como causas frequentes da re-hospitalização do paciente. Para Salvadó-Hernandez et al. (2018), a alta taxa de readmissão pode ser relacionada à dificuldade que o paciente tem em manter seu autocuidado. Outras três causas parecem afetar diretamente essa re-hospitalização: comorbidades, congestão e lesões em órgãos-alvo (MESQUITA et al., 2017).

O aumento da prevalência de IC e o envelhecimento da população colocam a atenção primária como nível ideal de intervenção (SALVADÓ-HERNANDEZ et al., 2018), em que o conhecimento sobre a doença, o autocuidado e o manejo de suas comorbidades também são orientados por uma enfermeira especializada, resultando em melhor qualidade de vida para esse paciente (DOMINGO et al., 2018).

A IC tem sua predominância na população com faixa etária mais elevada, e, com o aumento da expectativa de vida, entende-se que haverá mais casos da doença. Visto isso, há necessidade de programar estratégias de baixo custo para atuar na prevenção e melhor adesão do tratamento dos pacientes portadores de IC, proporcionando qualidade de vida ao conviver com o diagnóstico.

O atendimento ambulatorial pode ser eficaz e possui um baixo custo quando comparado às internações hospitalares. O paciente incluído no programa recebe orientações sobre autocuidado, desempenho de atividades diárias, nutrição e terapia farmacológica a fim de melhorar a adesão ao tratamento e impactar sua qualidade de vida.

Os enfermeiros, como integrantes de uma equipe multidisciplinar, possuem papel fundamental no cuidado do paciente com IC através das intervenções de enfermagem, visando promover a saúde e a qualidade de vida dessas pessoas e minimizar as complicações decorrentes do seu diagnóstico.

A hipótese deste estudo é que pacientes admitidos no HUPE com IC crônica descompensada possam apresentar melhor qualidade de vida aos 180 dias após a alta hospitalar quando comparados com a admissão.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Insuficiência cardíaca

Insuficiência cardíaca (IC) é definida como “uma síndrome clínica complexa, onde o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares” (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018). Pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e se caracteriza por sinais e sintomas típicos. É um diagnóstico que pode ser tratado e convivido através de mudanças de hábitos de vida e adesão medicamentosa.

Pode ser crônica, em que há persistência e progressão da doença; ou aguda, com alterações rápidas de sinais e sintomas, necessitando de atendimento urgente (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

É uma síndrome grave associada a taxas substanciais de re-hospitalizações e mortalidade e que acomete mais de 23 milhões de pessoas no mundo. A sobrevivência após 5 anos com a doença é estimada em 35%, aumentando conforme a idade. É uma das síndromes mais caras nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa, sendo responsável por 1% a 2% do orçamento geral da saúde (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

De acordo com dados do estudo BREATHE (*Brazilian Registry of Acute Heart Failure*), o Brasil apresenta elevada taxa de mortalidade hospitalar, e a má adesão à terapêutica básica se caracteriza como a principal causa de re-hospitalizações.

1.2 Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas são importantes para a suspeita de IC. Existe diferenciação dos sintomas quando relacionados ao lado esquerdo e ao lado direito. No primeiro, as manifestações clínicas são respiratórias, enquanto, no segundo, as manifestações são sistêmicas.

Quadro 3 – Sintomas mais típicos e menos típicos da IC

Sintomas típicos	Sintomas menos típicos
Falta de ar/dispneia	Tosse noturna
Ortopneia	Ganho de peso
Dispneia paroxística noturna	Dor abdominal
Fadiga/cansaço	Perda de apetite e perda de peso
Intolerância ao exercício	Noctúria e oligúria

Fonte: A autora, 2019 (adaptado de COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

Quadro 4 – Sinais mais específicos e menos específicos da IC

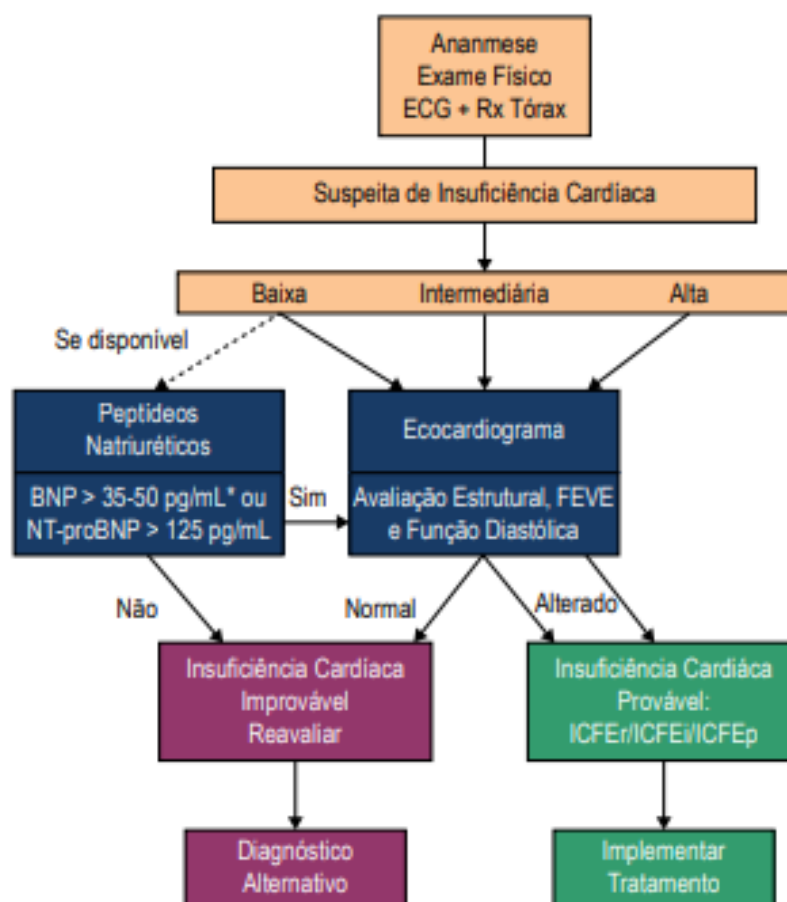
Sinais mais específicos	Sinais menos específicos
Turgência jugular	Crepitações pulmonares
Refluxo hepatojugular	Taquicardia
Terceira bulha cardíaca	Hepatomegalia e ascite
<i>Ictus cordis</i> desviado à esquerda	Extremidades frias
	Edema periférico

Fonte: A autora, 2019 (adaptado de COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

1.3 Diagnóstico

O diagnóstico da IC tem como base uma boa história clínica e exame físico, que podem ser auxiliados por exames complementares, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Algoritmo diagnóstico na suspeita de IC



Fonte: COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018.

1.4 Classificação

A IC pode ser classificada de acordo com a fração de ejeção, quanto à gravidade dos sintomas e quanto ao tempo e progressão da doença.

1.4.1 Classificação de acordo com a fração de ejeção (FEVE)

A IC pode ser causada por alguma anormalidade na função sistólica ou diastólica, porém muitos pacientes apresentam ambos os tipos de disfunção. Assim, convencionou-se classificar os pacientes com IC de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em: reduzida (ICFEr), intermediária (ICFEi) e preservada (ICFEp), conforme exposto no Quadro 5.

Essa classificação tem uma importância particular, visto que os pacientes diferem em relação às principais etiologias, morbidades associadas e, principalmente, à resposta terapêutica (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Quadro 5 – Classificação da IC de acordo com a fração de ejeção

Insuficiência Cardíaca	Função Ventricular
com fração de ejeção reduzida	FEVE < 40%
com fração de ejeção intermediária	FEVE 40 – 49%
com fração de ejeção preservada	FEVE ≥ 50%

Fonte: A autora, 2019 (adaptado de COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

1.4.2 Classificação de acordo com a gravidade dos sintomas

A classificação funcional de acordo com a *New York Heart Association* (NYHA) é utilizada para descrever e classificar a gravidade dos sintomas, baseando-se no grau de tolerância do exercício. Essa classificação varia desde a ausência de sintomas até sintomas em repouso, conforme exposto no Quadro 6.

Além disso, auxilia no manejo terapêutico e se relaciona com o prognóstico. Pacientes com NYHA III e IV apresentam condições clínicas progressivamente piores com maior frequência de internações hospitalares e risco de morte. Em contrapartida, pacientes com NYHA II apresentam sintomas mais estáveis e menos internações hospitalares, porém podem apresentar morte súbita sem piora dos

sintomas (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Quadro 6 – Classificação da IC de acordo com a *New York Heart Association* (NYHA)

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

Fonte: COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018.

1.4.3 Classificação de acordo com a progressão da doença

A classificação da IC por estágios, desenvolvida pelo *American College of Cardiology* e pela *American Heart Association* (ACC/AHA), aborda o desenvolvimento e a progressão da doença desde o risco de desenvolver IC até o estágio avançado da doença, conforme exposto no Quadro 7.

Essa classificação inclui o paciente com risco de desenvolver IC, cuja abordagem deve ser feita no sentido da prevenção, até o paciente em estágio avançado da doença, que precisa de terapias mais complexas (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Quadro 7 – Estágio da IC de acordo com a *American College of Cardiology* e a *American Heart Association (ACC/AHA)*

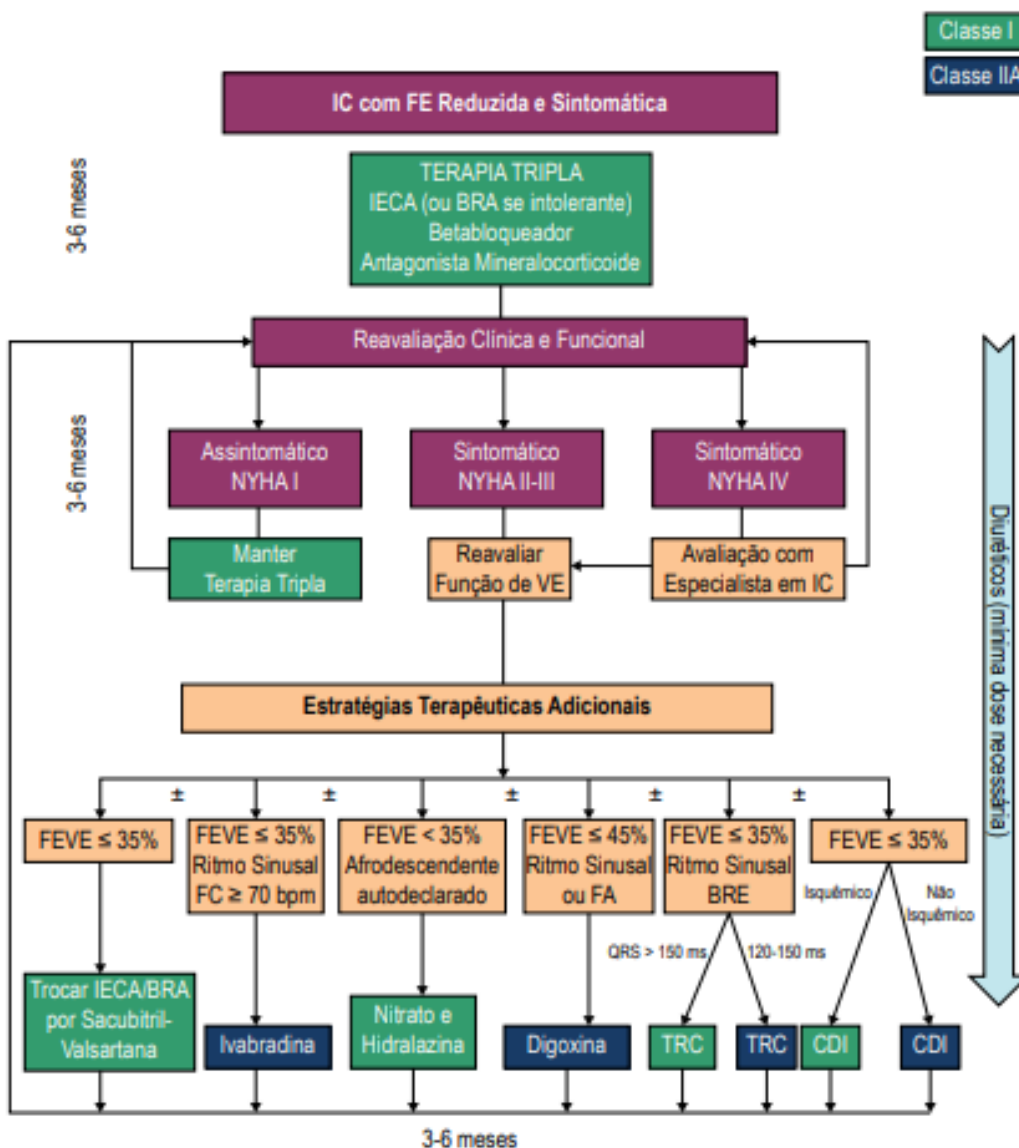
Estágio	Descrição	Abordagens possíveis
A	Risco de desenvolver IC. Sem doença estrutural ou sintomas de IC.	Controle de fatores de risco para IC: tabagismo, dislipidemia, hipertensão, etilismo, diabetes e obesidade. Monitorar cardiotoxicidade.
B	Doença estrutural cardíaca presente. Sem sintomas de IC.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

Fonte: COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018.

1.5 Tratamento farmacológico

O resumo do tratamento farmacológico está explicitado na Figura 2.

Figura 2 – Algoritmo do tratamento farmacológico na IC



Fonte: COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018.

1.6 Tratamento não farmacológico

Os pacientes são beneficiados quando recebem orientações de uma equipe multidisciplinar comprometida. A educação desses pacientes e seus familiares a respeito do autocuidado diário é fundamental para o impacto no prognóstico.

O acompanhamento e cuidado multidisciplinar se mostram eficazes em melhorar a adesão, o autocuidado, a qualidade de vida e em reduzir hospitalizações,

mortalidade e custos hospitalares (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

O enfermeiro realiza estratégias de reforço para educar o paciente e o familiar, entre elas: monitoramento telefônico, consultas de enfermagem e entrega de material escrito. Tais estratégias são indicadas para que o paciente reduza seus sintomas e, conseqüentemente, as internações hospitalares, além de proporcionar a sensação de melhor qualidade de vida. São realizadas orientações de autocuidado, tais como: dieta com restrição de sódio, controle do peso e restrição hídrica, vacinação contra influenza e pneumococo, além de manter atividade física regular e cessação do tabagismo.

De acordo com os achados em estudos, a Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018) recomenda que se evite a ingesta excessiva de sódio (em níveis > 7 g de sal cloreto de sódio por dia) para todos pacientes com IC crônica. Para a AHA (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2017), a recomendação para maioria dos pacientes com IC é de não ultrapassar 1500mg de sódio por dia, contudo, entende-se que este valor de consumo deve ser adaptado a cada paciente.

O paciente deverá manter peso saudável e deve ser orientado a se pesar todos os dias em jejum, com roupas leves ou sem roupas, após a primeira micção. Recomenda-se que anote todos os líquidos ingeridos de acordo com o estabelecido pelo médico. Ao fazer o controle do peso corporal, o paciente deve estar orientado e atento, caso aumente três ou mais quilos em uma semana, pois pode ser indicativo de retenção de líquido, o que pode levar à descompensação da doença (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2017).

A vacinação anual para influenza é recomendada para todos os pacientes com IC, e estudo recente sugere que está associada à redução de internações por IC (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

Evangelista (2017) refere que o exercício físico regular representa uma terapia eficaz no tratamento da IC devido à disfunção sistólica ventricular esquerda, melhorando a capacidade funcional e diminuindo sintomas. Além de auxiliar o enfrentamento do indivíduo frente à ansiedade e à depressão, problemas que também acometem os pacientes com IC.

Pacientes em classe funcional NYHA II e III devem ser encaminhados para programas de reabilitação cardíaca supervisionada a fim de melhorar sua classe funcional e qualidade de vida. Os pacientes descompensados em classe funcional NYHA IV têm a atividade física contraindicada (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Todos os pacientes devem ser encorajados a parar de fumar, por ser fator de risco para doenças cardiovasculares em geral (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018). O estudo de Nardruz Junior (2016) evidenciou que a exposição ao fumo provoca espessamento das paredes cardíacas, reduzindo a capacidade de contratilidade do coração e, conseqüentemente, elevando o risco para o desenvolvimento da IC.

1.7 Programas de acreditação e melhoria no tratamento do paciente com IC

A *American Heart Association* (AHA) criou o *Get with the Guidelines*, que consiste num programa hospitalar para melhorar os cuidados, promovendo a adesão às diretrizes mais recentes. Os estudos demonstraram o sucesso do programa com melhorias significativas, dentre as quais estão as reduções nas readmissões em 30 dias.

O programa *Optimize* foi desenvolvido em parceria com o Departamento de Insuficiência Cardíaca (DEIC) da SBC e a Servier, cujo principal objetivo é: orientar o processo da otimização da terapia dos pacientes hospitalizados para a insuficiência cardíaca descompensada, na fase prévia à alta hospitalar e na manutenção com acompanhamento multiprofissional do paciente após a alta.

Outro programa em vigência no país é o Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (PBPCC).

1.8 Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (PBPCC)

O PBPCC foi criado em 2015, adaptado do Programa *Get with the Guidelines*, da AHA, em parceria com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e o Programa de Melhorias de qualidade assistencial do Hospital do Coração (HCor), dentro do Projeto PROADI, em parceria com o Ministério da Saúde. O programa já foi implementado em 15 hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo país.

O HUPE foi o único hospital universitário selecionado no estado do Rio de Janeiro para participar do programa desde março de 2016. As principais metas deste programa são: fazer com que os hospitais envolvidos tenham adesão acima de 85% às práticas clínicas preconizadas mundialmente para o manejo da IC descompensada; otimizar seus recursos; melhorar a prática assistencial; reduzir readmissões hospitalares; e reduzir morbimortalidade dos pacientes. É esperada uma redução de 20% das taxas de re-hospitalização, melhor controle das comorbidades e melhora da qualidade de vida desses pacientes.

O objetivo geral deste programa é avaliar as taxas de adesão às diretrizes assistenciais de insuficiência cardíaca. Os objetivos específicos deste programa são:

- a) avaliar taxas de adesão dos profissionais de saúde às diretrizes assistências de IC, fibrilação atrial e síndrome coronariana aguda;
- b) avaliar tempo médio de permanência hospitalar e taxas de re-hospitalização e óbito em 30 dias e 6 meses após admissão;
- c) avaliar taxas de adesão dos pacientes ao tratamento em 30 dias e 6 meses após admissão hospitalar;
- d) avaliar qualidade de vida e a percepção de saúde dos pacientes antes e em 6 meses após a admissão através do questionário WHOQOL-Bref;
- e) avaliar a ocorrência de desfechos relacionados à internação na fase intra-hospitalar, 30 dias e 6 meses; e
- f) estimar o custo da doença por grupo diagnóstico relacionado.

Dentro do braço de IC, são monitorados indicadores de qualidade e desempenho, conforme Quadro 8.

Quadro 8 – Indicadores de qualidade e desempenho do PBPCC

Qualidade	Desempenho
Definição do perfil hemodinâmico na admissão hospitalar	IECA/ BRA na alta hospitalar
Orientações de alta	BB na alta hospitalar
Aconselhamento a cessação do tabagismo	Medida da função de VE
Controle de peso durante a internação hospitalar	Agendamento de visita de retorno na alta hospitalar
Anticoagulação para FA/Flutter	Antagonista da aldosterona na alta hospitalar

Fonte: A autora, 2019 (adaptado de COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

No momento da pré-alta hospitalar e durante as consultas médica e de enfermagem, o paciente recebe orientações sobre autocuidado, mudanças de estilo de vida e adesão medicamentosa, tais como: aconselhamento sobre tabaco; controle de peso; restrição hídrica; recomendação de atividade física; recomendação para reduzir alimentos ricos em sódio; orientação sobre o uso correto das medicações prescritas; aconselhamento em caso de piora dos sintomas; e aconselhamento sobre vacinação para influenza e pneumococo.

2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM IC

Na IC, é imprescindível que o paciente conheça seu diagnóstico e reconheça quando há a piora dos sinais e sintomas, e, a partir daí, tomar a decisão de entrar em contato com o médico ou procurar o serviço de emergência. Pacientes com mais tempo de diagnóstico possuem maior experiência com a doença e pode ser que seja um facilitador no reconhecimento de descompensação dos sintomas.

A hospitalização, apesar de ser indesejável, é uma oportunidade para reforçar os cuidados pós-alta. As orientações fornecidas pelos enfermeiros, ainda no ambiente hospitalar pré-alta, melhoram a qualidade de vida e reduzem as readmissões hospitalares. Os pacientes que tiveram internações recentes por IC, se não forem acompanhados de modo adequado por profissionais capacitados, principalmente nos primeiros 30 dias, têm o risco de readmissão elevada (MESQUITA et al., 2017).

Dentre as re-hospitalizações, 30% ocorrem nos primeiros dois meses após a alta e podem ser prevenidas pela ação de uma equipe multiprofissional, particularmente enfermeiras especialistas em IC através da educação do paciente sobre autocuidado, proporcionando sua reabilitação e impacto na qualidade de vida (MESQUITA et al., 2017).

Os enfermeiros têm papel fundamental na promoção da saúde dos pacientes com IC através de ações para os capacitar para o autocuidado e, assim, possibilitar que o paciente tenha autonomia a fim manter sua condição de saúde, acarretando uma melhor qualidade de vida (MEDEIROS, 2017). Para Dorothea E. Orem, a exigência de uma assistência de enfermagem na vida de um adulto é quando este tem sua capacidade de manter a quantidade e a qualidade do seu autocuidado prejudicada, visto que é essencial para sustentação da vida e saúde, recuperação da doença ou no enfrentamento de seus efeitos (GEORGE e cols., 2000).

Analisar a adesão do paciente ao tratamento é uma ferramenta importante para identificar os fatores que podem interferir nas escolhas feitas por eles, e, desse resultado, criar estratégias para reduzir a descompensação da IC e evitar hospitalizações não planejadas (SILVA et al., 2015).

O estudo de Boisvert et al. (2015) apontou intervenções de enfermagem com enfoque no autocuidado a partir de uma revisão integrativa. Dos 42 artigos

estudados, na ordem de maior frequência, estão: redução da ingestão de sal/restricção hídrica e/ou dieta saudável em 31/42; adesão à medicação, em 27/42; peso diário (25/42); atividade física (19/42); e acompanhamento (17/42) e manejo (14/42) dos sinais e sintomas de descompensação da IC. Os comportamentos menos esperados foram: parar de fumar (8/42) e beber álcool (6/42); vacinação (4/42) e controle de estresse/relaxamento (2/42).

Um estudo realizado num ambulatório de IC do Rio de Janeiro constatou que todos os pacientes estudados possuíam déficit de conhecimento a respeito da doença, seguido da dieta e prescrição de medicamentos. Concluiu que as intervenções de enfermagem através de consultas e ações educativas permitiram maior interação entre paciente e enfermeiro, favorecendo melhor conhecimento da doença e adesão ao tratamento (GONÇALVES; ALBUQUERQUE, 2014).

O monitoramento telefônico tem sido usado pelos enfermeiros como estratégia de educação em saúde para os pacientes portadores de IC. Mesquita et al. (2017) complementam que o suporte telefônico estruturado é uma intervenção eficaz para melhorar os resultados de qualidade de vida e re-hospitalizações em pacientes com IC.

O estresse interfere nas habilidades dos pacientes para aprender e reter informações. A adesão à terapia medicamentosa é essencial para os resultados de saúde do paciente, porém a literatura mostra que grande parte dos pacientes demonstram não compreender as orientações quanto à mesma, imediatamente após a visita médica informando a alta.

Segundo o PBPCC, educar pacientes no dia anterior à alta ou, até mesmo, fornecer sessões de educação curta durante vários dias é mais eficaz do que educação na alta, quando o paciente já pode estar sobrecarregado de informações com preparações para alta. O enfermeiro possui capacidade de avaliar o momento de fornecer as orientações através do processo de enfermagem, deve programar sessões de educação que coincidam com períodos de menor ansiedade, em que o paciente é capaz de se concentrar na aprendizagem.

3 QUALIDADE DE VIDA

3.1 Conceito

Há indícios de que o termo “qualidade de vida” surgiu pela primeira vez, na literatura médica, na década de 1930 e reapareceu com mais força em 1964, no discurso do presidente dos EUA, Lyndon Johnson (1908-1973). Em seu discurso, o presidente declarou que o bem-estar da população não poderia ser medido através do balanço dos bancos e, sim, através da qualidade de vida (QV) que era proporcionada às pessoas. Porém, foi na década de 1990 que passou a fazer parte dos discursos informais e passou a ser objeto de investigação de pesquisas científicas, visando melhor entendimento. Tal avanço foi exemplificado quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu especialistas na área da saúde para formar um grupo de estudos sobre QV com a finalidade de aumentar o conhecimento científico da área e de desenvolver instrumentos de avaliação da QV dentro de uma perspectiva transcultural (GORDIA et al., 2011).

Mesmo com o grande avanço de conhecimento na área, ainda não há um consenso sobre uma definição totalmente estabelecida de QV. Para a OMS (1995), qualidade de vida consiste na “percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Qualidade de vida é a diferença entre a satisfação e descontentamento em determinadas áreas da vida de acordo com a percepção do indivíduo, sendo essa percepção o melhor indicador de qualidade de vida. A satisfação com a vida se refere ao cumprimento de necessidades, expectativas, anseios e desejos. Busca avaliar o paciente nas dimensões íntima, social e física, ou seja, como a pessoa se comporta perante a si e ao mundo, levando em consideração suas relações interpessoais e como o ambiente em que ela vive interfere em seu estado íntimo, físico e social (CARVALHO et al., 2009).

3.2 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

3.2.1 Instrumentos genéricos

A avaliação da qualidade de vida vem se destacando como uma medida de avaliação dos resultados dos tratamentos realizados na saúde. A OMS desenvolveu uma metodologia única para tal avaliação através de um enfoque transcultural.

Inicialmente, foi desenvolvido o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), questionário de qualidade de vida composto por 100 questões. Contudo, evidenciou-se a necessidade de criar um questionário mais curto para uso em estudos epidemiológicos mais extensos, resultando no instrumento de versão abreviada composto por 26 questões, conhecido como WHOQOL-Bref (FLECK et al., 2000).

3.2.2 Instrumentos específicos para IC

Instrumentos específicos foram desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida em diferentes patologias. Ao menos dois instrumentos foram desenvolvidos e validados na língua portuguesa para aplicação no Brasil. São eles: o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) e o *Minnesota Living with Heart Failure* (MLHFQ).

O MLHFQ é um instrumento específico com 21 questões que avaliam a qualidade de vida relacionada à sintomatologia da IC no mês anterior e se correlaciona proporcionalmente à classe funcional. Engloba dois grandes domínios: físico e emocional. Instrumento validado e aplicado no Brasil (CARVALHO et al., 2009).

Já o KCCQ é um instrumento específico com 15 questões que avaliam a qualidade de vida relacionada à IC nas duas últimas semanas. Engloba cinco domínios: limitação física, sintomas, qualidade de vida, limitação social e autoeficácia (NAVE-LEAL, 2010).

3.3 Qualidade de vida na IC

Na América Latina, a IC descompensada é a principal causa de hospitalização cardiovascular, principalmente em pessoas com 65 anos ou mais. Apesar dos grandes avanços no tratamento, a IC é uma condição desafiadora devido ao sofrimento físico, psicológico e social causado no indivíduo, ocasionados pelo avanço da doença e pelas mudanças nos hábitos de vida necessárias para melhorar autocuidado e proporcionar uma boa qualidade de vida (SOUSA et al., 2017b).

Por se tratar de uma doença crônica, a IC pode proporcionar desfechos desfavoráveis impactando a percepção da qualidade de vida. Os sintomas de dispneia, fadiga, palpitações, dor precordial, síncope e edemas são os sintomas físicos descritos em literatura que mais afetam negativamente a QV; por sua vez, os sintomas emocionais são descritos como medo e ansiedade (MORAIS et al., 2018). Além dos sintomas, Sousa et al. (2017b) apontam que idade, sexo, disfunção ventricular, classe funcional e gravidade da IC são variáveis que podem influenciar a percepção da QV.

O sucesso do tratamento da IC depende também da adesão do paciente ao tratamento, em que precisa modificar comportamentos e estilo de vida. Para que essa adesão seja satisfatória, é importante que o paciente tenha conhecimento adequado sobre seu diagnóstico e sinais e sintomas de descompensação a fim de evitar a re-hospitalização, acarretando melhor qualidade de vida. Para Conceição et al. (2015), se houvesse um autocuidado adequado, o alto índice de readmissão e mortalidade por IC poderia ser reduzido.

Autocuidado se refere ao comportamento das pessoas para manter a sua saúde e às decisões que tomam sobre a piora dos sintomas quando eles ocorrem. De acordo com essa perspectiva, o autocuidado é um processo de tomada de decisão que os pacientes usam na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica, e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem (MEDEIROS, 2017).

Já a adesão é definida como o grau de resposta do paciente em relação a seu comportamento, diante da terapia, bem como sua atitude frente às recomendações do profissional de saúde (LIMA et al., 2016).

O estudo de Soares (2008), realizado no ambulatório de IC do Hospital Albert Einstein em São Paulo, revelou que aspectos físicos e emocionais constituíram as dimensões de maior impacto na vida dos pacientes com IC. O estudo de Nogueira et al. (2010) ressalta que os sintomas da IC reduzem a capacidade funcional e qualidade de vida dos pacientes, em especial, a dispneia e fadiga durante as atividades diárias. Sousa et al. (2017) complementam, dizendo que as limitações físicas ocasionadas pelos sintomas de dispneia, fadiga, edema e as limitações psicológicas, como medo, ansiedade e tristeza decorrente da IC, apresentam um impacto negativo na autonomia e na capacidade funcional dos pacientes portadores de IC.

No estudo de Hua et al. (2017), realizado na China, pacientes do grupo controle foram submetidos aos cuidados habituais, como gestão dos sintomas de descompensação, orientações sobre dieta, exercício e medicações. O grupo experimental, além disso, foi acompanhado por enfermeiras que estabeleceram metas clínicas e autocuidado individualizado, distribuídos folhetos para educação em saúde e apresentação em vídeo sobre as medicações para os pacientes e seus cuidadores. O grupo também recebia telefonemas de acompanhamento e feedback toda semana após a alta hospitalar até 3 meses. A qualidade física e mental foi significativamente melhorada no grupo experimental. Ainda, houve melhora em autocuidado, qualidade de vida e função cardíaca, quando comparados ao grupo controle.

Para Medeiros (2017), a manutenção do autocuidado envolve a adesão às recomendações do tratamento farmacológico, o consumo de dieta hipossódica, cessação do uso do tabaco, consumo limitado de álcool, monitorização diária do peso e de sinais ou sintomas de descompensação de IC. As características sociodemográficas, aspectos culturais, nível de educação e clínicas próprias de IC são descritas na literatura como variáveis que influenciam o autocuidado de pacientes com IC.

As readmissões hospitalares por IC poderiam ser evitadas em 40% a 59%, aproximadamente, mediante planejamento da alta, reabilitação adequada, uso correto das medicações e orientação do paciente e acompanhante acerca do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de descompensação da IC (AZZOLIM et al., 2015) A progressão da doença é influenciada pelas escolhas feitas a respeito do cuidado em saúde. Quando o paciente reconhece que a IC pode ser

tratada com essas medidas, a taxa de re-hospitalização diminui e há melhora na qualidade de vida.

Um estudo realizado em Hong Kong com 112 pacientes avaliou a qualidade de vida dos pacientes com IC de classe funcional NYHA III e IV; a maioria era do sexo masculino e tinha nível educacional primário ou inferior, e quase todos os participantes tinham 3 ou mais comorbidades. O estudo trouxe os três sintomas mais angustiantes relatados pelos participantes, são estes: fadiga, sonolência e falta de ar. O questionário utilizado para avaliar qualidade de vida foi o McQill e engloba os aspectos físico, psicológico, social e existencial. O aspecto físico teve menor pontuação, e o aspecto psicológico obteve maior pontuação. Ainda neste estudo, foram identificados fatores com associação significativa à qualidade de vida do paciente com IC avançada, tais como: bem-estar existencial, bem-estar físico, bem-estar psicológico e nível de escolaridade (CHAN et al., 2016).

O estudo de Pedersen et al. (2017), desenvolvido no ambulatório de IC de um Hospital Universitário da Dinamarca, uniu a tecnologia à qualidade de vida. Os participantes receberam treinamento da equipe de enfermagem do hospital para o uso da plataforma por 3 meses. Os participantes se pesavam todos os dias pela manhã e inseriam o valor na plataforma; o questionário de qualidade de vida do Kansas City era preenchido na plataforma a cada duas semanas durante os 3 meses como indicação do estado de saúde do participante. Caso o paciente apresentasse redução na pontuação de 10% a 20%, cores diferentes eram geradas na plataforma da equipe de enfermagem. Esses alertas serviam para equipe de enfermagem contatar o participante para entender o que estava acontecendo, se ele precisava ser visto na clínica e fazer esse direcionamento. O estudo mostrou que o uso do questionário de qualidade de vida informa algo novo sobre o estado de saúde dos pacientes e possibilita gerar informações diferentes daquelas ditas em consultório.

Audi et al. (2017) afirmam que pacientes com déficit de conhecimento sobre a doença podem subestimar sua magnitude ou não aderir ao regime terapêutico. Por sua vez, pacientes bem informados podem assumir o controle do seu autocuidado.

4 OBJETIVO DO ESTUDO

4.1 Objetivo Geral

Comparar a qualidade de vida de pacientes admitidos por IC crônica descompensada na admissão e 180 dias após a alta.

4.2 Objetivos específicos

- a) descrever o perfil dos pacientes portadores de IC crônica descompensada admitidos no HUPE;
- b) avaliar a taxa de re-hospitalização global até 180 dias após a alta hospitalar; e
- c) avaliar taxa de mortalidade global no mesmo período.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva, com abordagem quantitativa na qualidade de vida.

5.2 Cenário de estudo

Serviço de cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), localizado no Rio de Janeiro.

5.3 População do estudo

Foram incluídos todos os pacientes internados por IC crônica descompensada consecutivamente no Serviço de Cardiologia do HUPE, no período de março de 2016 até dezembro de 2018. Foram consideradas para análise apenas a primeira internação de cada paciente neste período.

5.3.1 Critérios de inclusão

- a) pacientes com idade maior ou igual a 18 anos; e
- b) pacientes admitidos com diagnóstico médico de IC confirmado por médico especialista.

5.3.2 Critério de exclusão

- a) pacientes portadores de neoplasias sólidas e hematológicas; e
- b) pacientes com período de internação menor que 24 horas.

5.4 Técnica e instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por equipe da pesquisa treinada nos procedimentos da pesquisa.

Os instrumentos de coleta de dados foram os mesmos do PBPCC, porém só foram analisados os formulários de interesse para esta pesquisa: formulário de admissão para descrição do paciente atendido (APÊNDICE A), formulário de alta hospitalar (ANEXO B), questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-Bref, na admissão e em 180 dias (ANEXO C).

Na admissão, os dados foram coletados através de entrevista direta ao paciente e revisão do prontuário clínico. Após a alta, os pacientes foram acompanhados com consultas na clínica de insuficiência cardíaca do HUPE. Os dados de seguimento (ANEXO D) e questionário de qualidade de vida, aos 180 dias, foram coletados através de entrevista telefônica.

Figura 3 - Linha do tempo do estudo



Fonte: A autora, 2019.

5.4.1 Questionário de qualidade de vida

O WHOQOL-Bref (ANEXO C) é composto por 26 perguntas, e suas respostas seguem uma escala Likert com variações de 1 a 5. Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida.

No momento inicial da aplicação do questionário, deve ser orientado ao paciente que o mesmo forneça suas respostas correspondentes a duas semanas anteriores à internação, conforme cabeçalho do questionário.

As duas primeiras perguntas do questionário estão relacionadas à qualidade de vida na percepção do entrevistado. As demais perguntas contemplam os seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (UFRGS, s/d). O Quadro 9 expõe o que é compreendido em cada domínio.

A análise do questionário é apresentada por domínios de forma separada. As questões 13, 14 e 26 foram recodificadas para análise, na qual 5 equivale a 1 e assim sucessivamente.

A médias de cada domínio foram computadas de acordo com o artigo elaborado por Pedroso et al. (2010) (ANEXO E), a partir da validação brasileira deste questionário realizada por Fleck et al. (2000).

Saupe et al. (2004) referem que, para apresentar os dados uniformemente, favorecendo análises comparativas em termos de desempenho de cada um dos domínios estudados, faz-se uma escala adaptada.

Considera os valores entre 0 e 40 como região de fracasso ou insatisfação com a qualidade de vida; de 41 a 70 correspondem à região de indefinição, podendo se caracterizar como regular; e acima de 71 como tendo atingido a região de sucesso ou satisfação com a qualidade de vida (SAUPE et al., 2004).

Quadro 9 – Compreensão dos domínios abordados no questionário WHOQOL-Bref e suas perguntas relacionadas

Domínio	Compreensão do Domínio	Perguntas correlacionadas
I – FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Dor e desconforto • Energia e fadiga • Sono e repouso • Mobilidade • Atividades da vida cotidiana • Dependência de medicação ou de tratamentos • Capacidade de trabalho 	Q3; Q4; Q5; Q13; Q14; Q20; e Q25.
II – PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos positivos • Pensar, aprender, memória e concentração • Autoestima • Imagem corporal e aparência • Sentimentos negativos • Espiritualidade/religião/crenças pessoais 	Q6; Q15; Q16; Q17; Q21; e Q26.
III – RELAÇÕES SOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Relações pessoais • Suporte (apoio) social • Atividade sexual 	Q7; Q8; e Q9.
IV – MEIO AMBIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança física e proteção • Ambiente no lar • Recursos financeiros • Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade • Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades • Participação em, e oportunidades de recreação/lazer • Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) • Transporte 	Q10; Q11; Q12; Q18; Q19; Q22; Q23; e Q24.

Fonte: A autora, 2019 (adaptado de PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DE COMPORTAMENTO, s/d).

5.5 Análise de dados

Para análise estatística, foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 da IBM para Windows. Variáveis categóricas foram descritas através de sua frequência e comparadas através do teste de qui-quadrado.

Escores de qualidade de vida foram calculados, conforme literatura. Variáveis contínuas foram descritas através de sua média e desvio padrão e comparadas através do teste t pareado. O nível de significância adotada foi de 5%.

5.6 Aspectos éticos

O estudo é um recorte do Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (PBPCC), já aprovado pelo CEP/Plataforma Brasil, com CAAE 48561715.5.2001.5259 (ANEXO E).

Os participantes receberam a informação de que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhes trouxesse qualquer tipo de prejuízo. A participação foi voluntária, ou seja, o participante não recebeu nenhuma remuneração para participar da pesquisa.

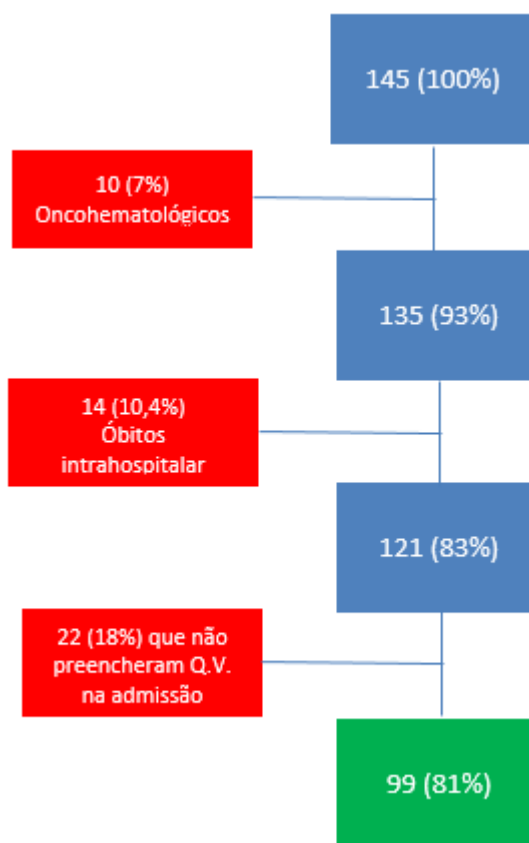
Como os dados desta pesquisa foram retirados de bancos de dados e fichas do PBPCC, foi elaborado um termo de confidencialidade (APÊNDICE B).

6 RESULTADOS

Foram admitidos 145 pacientes com diagnóstico de IC que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi realizado no período de março de 2016 até dezembro de 2018, possibilitando tempo hábil de fazer análise aos 180 dias após a alta.

Dos 145 pacientes selecionados, 10 foram excluídos, pois apresentavam neoplasia de órgão sólido ou hematológica, resultando 135 pacientes para análise de perfil do paciente atendido no PBPCC.

Figura 4 – Fluxograma dos pacientes incluídos na fase intra-hospitalar



Fonte: A autora, 2019.

Desses 135 pacientes, 14 foram a óbito durante a internação hospitalar, portanto, 121 pacientes receberam as orientações. Foram aplicados questionários de qualidade de vida na admissão em 99 pacientes.

Durante a realização dos questionários, 22 pacientes não puderam responder por apresentarem condições clínicas críticas; foram chamados para exames, e se

negaram a completar o questionário devido à dificuldade de compreensão das perguntas.

Tabela 1 – Características Basais da Amostra (n=130**) (continua)

		Média	Desvio Padrão
<i>Idade</i>		61,71	±13,18
		Frequência	%
<i>Sexo</i>	Masculino	72	55,4
	Feminino	58	46,6
<i>Raça</i>	Branco	44	33,8
	Pardo	39	30
	Negro	43	33,1
	Outros	4	3,1
<i>Origem</i>	Instituição	116	89,3
	Externo a Instituição	14	10,7
<i>Grau de Escolaridade</i>	Analfabeto	8	6,2
	Fundamental	72	55,4
	Médio	40	30,7
	Superior	10	7,7
<i>Tabagismo</i>	Não	67	51,5
	Sim	7	5,4
	Ex-tabagista	56	43,1
<i>Etilismo</i>	Não	98	75,4
	Sim	28	21,5
	Passado	4	3,1
<i>Atividade Física</i>	Sim	17	13,1

Tabela 1 – Características Basais da Amostra (n=130**) (conclusão)

		Média	Desvio Padrão
<i>Etiologia da IC</i>	Cardiomiopatia Isquêmica	39	30
	Idiopática	31	23,8
	Valvar	19	14,6
	Hipertensiva	17	13,1
	Cardiomiopatia não isquêmica	12	9,2
<i>NYHA</i>	II	15	11,5
	III	55	42,3
	IV	48	36,9
<i>Fatores de Risco</i>	HAS	106	83,5
	Diabetes Mellitus	43	34,4
	Dislipidemia	43	38,7
<i>História Pregressa</i>	Doença Cardiovascular	80	67,2
	Fibrilação/Flutter Atrial	49	39,2
	Doença Renal Crônica	24	19,6

Legenda: ** Dos 135 pacientes, 5 apresentaram missing, resultando em 130.

Fonte: A autora, 2019.

A maior parte dos pacientes participantes do estudo já é atendida no ambulatório da instituição. Os externos foram referenciados pela Unidade Básica de Saúde e Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Foram identificadas, ainda, outras comorbidades em menor proporção, como anemia (12,5%), hipotireoidismo (11,5%), DPOC (10,7%), hipertireoidismo (2,9%) e depressão (2,8%).

6.1 Qualidade de vida na admissão hospitalar

Os questionários de qualidade de vida respondidos na admissão hospitalar foram aplicados em 99 pacientes.

Tabela 2 – Qualidade de vida na admissão (n=99)

<i>Domínio</i>	<i>Admissão (%)</i>
<i>Físico</i>	37,23 ±16,65
<i>Psicológico</i>	58,50 ±16,98
<i>Social</i>	59,42 ±20,12
<i>Ambiente</i>	50,79 ±14,58

Fonte: A autora, 2019

O domínio físico é caracterizado como insatisfação com a qualidade de vida (abaixo de 40), e os demais são denominados como qualidade de vida regular (41 a 70) (SAUPE et al., 2004).

6.2 Recomendações quanto ao tratamento não farmacológico da IC no momento da alta hospitalar

Gráfico 1 – Recomendações no momento da alta hospitalar



Fonte: A autora, 2019.

A vacinação foi a orientação menos fornecida pela equipe, e a orientação sobre cessar tabagismo foi a mais realizada.

6.3 Desfechos após a alta hospitalar

6.3.1 Taxa de re-hospitalização global da amostra

Gráfico 2 – Taxa de re-hospitalização global da amostra



Fonte: A autora, 2019.

Caracteriza-se como internação hospitalar, neste estudo, a permanência de mais de 24h em um ambiente hospitalar.

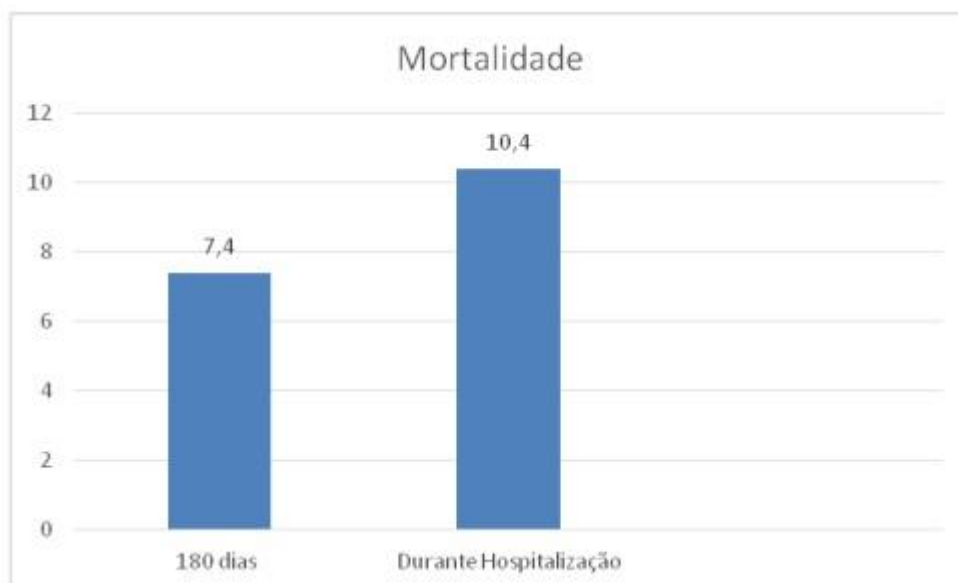
Durante o período de 180 dias após a alta hospitalar, os pacientes foram atendidos regularmente em consultas médicas ambulatoriais.

A qualidade vida do paciente aos 180 dias foi avaliada através de contato telefônico. Neste período, pouco mais da metade (53,1%) dos participantes do estudo não tiveram readmissões hospitalares.

6.3.2 Mortalidade global da amostra

Durante a hospitalização, 14 pacientes foram a óbito (10,4%); e, aos 180 dias, foram contabilizados mais 10 óbitos (7,4%), totalizando 24 (17,7%).

Gráfico 3 – Mortalidade global da amostra

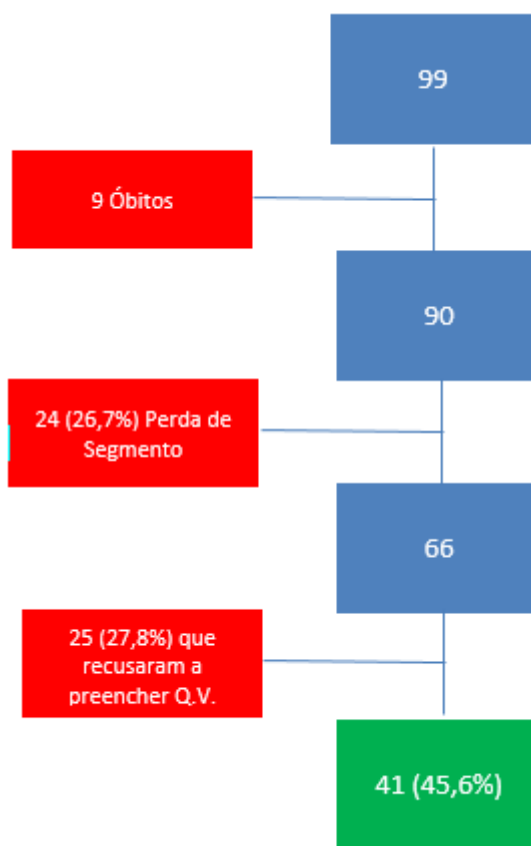


Fonte: A autora, 2019.

6.4 Qualidade de vida na admissão e 180 dias após a alta hospitalar

Dos 99 pacientes que responderam ao questionário de QV na admissão, 9 foram a óbito após a alta hospitalar. Dos 90 pacientes restantes, não foi possível contato telefônico com 24 (26,7%), representando perda de segmento. Dos 66 que atenderam ao contato após 180 dias, 25 (27,8%) não aceitaram responder ao questionário de QV. Portanto, restaram 41 (45,6%) pacientes para análise de qualidade de vida aos 180 dias após a alta.

Figura 5 – Fluxograma dos pacientes aos 180 após a alta hospitalar



Fonte: A autora, 2019.

Tabela 3 – Qualidade de vida na admissão e 180 dias após a alta hospitalar (n=41)

<i>Domínio</i>	<i>Internação (%)</i>	<i>180 dias (%)</i>	<i>p valor</i>
<i>Físico</i>	35,19 ±17,23	39,98 ±18,32	0,021
<i>Psicológico</i>	58,33 ±18,06	53,66 ±19,30	0,024
<i>Social</i>	61,99 ±19,46	59,35 ±20,93	0,435
<i>Ambiente</i>	51,98 ±13,51	52,21 ±14,83	0,833
<i>EVA</i>	52,0 ±25,1	53,20 ±22,40	0,126

Fonte: A autora, 2019.

A média do domínio físico apresentou melhora estatisticamente significativa ($35,19 \pm 17,23$ x $39,98 \pm 18,32$ p 0,021) aos 180 dias; enquanto o domínio psicológico piorou ($58,33 \pm 18,06$ x $53,66 \pm 19,30$ p 0,024). Não houve diferenças estatísticas entre as médias dos demais domínios. O Gráfico 4 permite uma melhor visualização dos resultados.

Gráfico 4 – Qualidade de vida na internação e aos 180 dias (n=41)



Fonte: A autora, 2019.

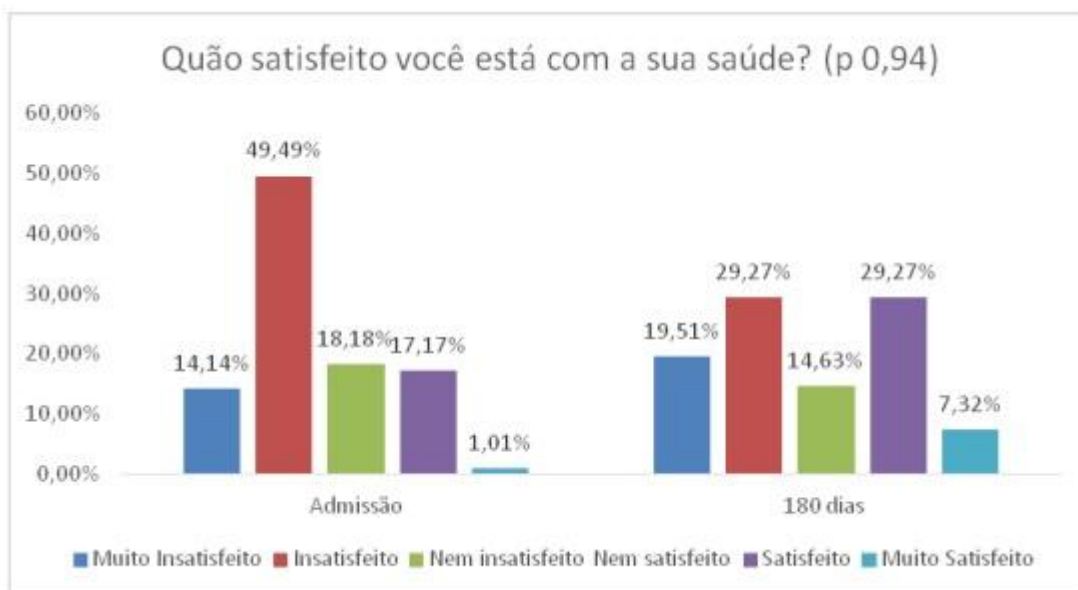
Abaixo, encontram-se os gráficos com as representações das respostas fornecidas ao questionamento um, do questionário de QV – “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” –, e ao questionamento dois – “Quão satisfeito você está com a sua saúde?” – durante a internação e aos 180 dias.

Gráfico 5 – Frequência das respostas do questionamento um



Fonte: A autora, 2019.

Gráfico 6 – Frequência das respostas do questionamento dois



Fonte: A autora, 2019.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou o predomínio do sexo masculino (55,4%) e etnia autodeclarada branca (33,8%), em consonância com os achados do registro BREATHE (2015), que analisou 1261 pacientes com IC em todo Brasil, em hospitais públicos e privados.

Na amostra estudada, a maioria dos pacientes era não fumante (51,5%), porém há um número considerável de ex-fumantes (43,1%), não fazem uso de bebidas alcóolicas (75,4%) e são sedentários (86,9%), ou seja, não praticavam atividade física.

O fator de risco mais evidenciado foi a hipertensão arterial sistêmica, presente em 83,5% dos pacientes. A etiologia isquêmica acometeu 30% dos participantes da pesquisa, sendo a principal causa de IC no estudo, conforme demonstrado no registro BREATHE (2015).

Por se tratar de uma amostra de um hospital público que atende, exclusivamente, pacientes do SUS, encontramos uma elevada taxa de analfabetos (6,2%) e baixa escolaridade (55,4%), sendo uma população de baixo nível social e de maior dificuldade de compreensão.

O nível de literacia do paciente está relacionado à sua escolaridade (OSCALICES et al., 2019). A baixa escolaridade pode ser associada ao não entendimento da necessidade de buscar atendimento médico nos primeiros sinais de descompensação da IC (ALMEIDA, 2017).

Os pacientes com baixa literacia podem apresentar problemas no entendimento da doença, leitura de bulas, rótulos de medicamentos e compreensão das doses e horários. Também está relacionado com menor procura de serviços de saúde, menor autogestão do diagnóstico e, conseqüentemente, maiores reinternações hospitalares e mortalidades (OKUNO, 2019).

É muito importante que o enfermeiro e a equipe de IC tenham conhecimento dessa informação ao fornecer orientações de autocuidado para este paciente, pois permite avaliar e adequar estratégias, além de otimizar o plano terapêutico individualizado (OSCALICES et al., 2019).

Quando o paciente não conhece sobre sua doença ou possui um déficit de conhecimento sobre ela por alguma limitação cognitiva, pode subestimar a

magnitude da doença e não aderir ao regime terapêutico. Os pacientes, quando bem informados, estão melhor preparados para assumir o controle do seu diagnóstico (AUDI et al., 2017).

As orientações fornecidas no momento da alta são de responsabilidade de toda a equipe, porém o enfermeiro, por estar mais próximo do paciente durante todo o dia, permite que tais orientações sejam realizadas desde o início da internação e não exclusivamente no momento da alta.

O material educacional foi distribuído para 60,3% dos participantes deste estudo. Este material serve como consulta às informações em casa e auxilia na fixação das mesmas. Caracteriza-se como uma ferramenta educacional escrita que pode ser entregue pelo médico ou enfermeira no momento da alta hospitalar.

O aconselhamento para procurar auxílio da equipe de saúde em caso de piora dos sintomas foi 71,1%. Isso se deve ao fato de que re-hospitalizações estão intrinsicamente associadas à piora dos sintomas (PEDERSEN et al., 2017). Porém, é difícil falar sobre piora dos sintomas e não falar em orientações para controle de peso (50,4%), uso adequado da alimentação (57,9%) e, principalmente, uso das medicações prescritas (53,7%).

De acordo com Albuquerque (2014), a má aderência ou o uso inadequado das medicações prescritas é uma das fortes medidas que contribuem para a descompensação da IC e, conseqüentemente, novas admissões hospitalares. Esta orientação foi fornecida apenas para 53,7% dos participantes do estudo no momento da alta hospitalar. Por se tratar de uma orientação muito importante, o valor de 53,7% foi considerado baixo.

O acesso completo à cesta básica de medicamentos necessários para tratamento da IC nem sempre está disponível na rede pública, o que contribui para o uso inadequado das medicações prescritas.

No estudo EMBRACE (2018), os pacientes que referiram uso irregular das medicações na última semana aumentaram o risco de internação em 22% por má adesão, quando comparados com pacientes aderentes ao tratamento.

Todas as recomendações pertinentes ao autocuidado e ao uso adequado das prescrições médicas, no momento da alta, deveriam ser devidamente registradas em prontuário, mas encontramos, em nossa revisão, uma elevada falta de informações. Isso provavelmente aconteceu devido à falta de costume dos profissionais de fornecer as orientações e não fazer o registro adequado.

A educação é a chave para o enfrentamento das adversidades da IC (GONÇALVES, 2014). A detecção precoce dos sinais e sintomas de descompensação da doença é fundamental para o paciente entender e gerenciar seu cuidado e evitar a re-hospitalização. Comparecer às consultas médicas e de enfermagem, além de contatos telefônicos extras, pode ajudar o paciente a obter uma melhor adesão ao tratamento, influenciando na qualidade de vida do mesmo.

Cerca de 50% ou mais pacientes possuem re-hospitalização em 180 dias após a alta (AUDI et al., 2017). Já Albuquerque et al. (2014) referem que cerca de 50% dos pacientes internados com IC são readmitidos em 90 dias após a alta. Porém, em nossa pesquisa, 53,1% dos pacientes não apresentaram re-hospitalização em 180 dias.

Garrido (2019) refere, em seu estudo, que, aos 180 dias, foi encontrada uma frequência de 19,6% de pacientes que tiveram re-hospitalização, porém não é quantificado o número de internações no período. Neste estudo, em 180 dias, 23,8% apresentaram uma internação.

Mesquita et al. (2017) relatam que as causas da hospitalização podem ser de difícil avaliação, pois não são influenciadas apenas por fatores clínicos, mas também por fatores sociais, culturais e econômicos.

Durante a hospitalização, 14 pacientes foram a óbito (10,4%); aos 180 dias, foram contabilizados mais 10 óbitos (7,4%), totalizando 24 sendo 17,7% da amostra total. Este achado se aproxima do estudo de Garrido (2019), no qual, aos 180 dias, 6,3% dos pacientes foram a óbito.

No estudo ADHERE, a mortalidade intra-hospitalar correspondeu a 4,0%, e, no *Euro Heart Survey*, correspondeu a 3,8%, enquanto o registro BREATHE trouxe 12,6% (ALBUQUERQUE et al., 2014).

A QV tem sido um indicador utilizado para nortear práticas assistenciais (SOUSA et al., 2017). De acordo com a literatura, pacientes com IC tendem a ter uma redução da qualidade de vida em virtude das limitações que o diagnóstico impõe, interferindo nas atividades de vida diária e nas relações sociais.

Sousa et al. (2017), em seu estudo, referem que os pacientes hospitalizados estão em estado de descompensação da IC, fragilizados emocionalmente, o que impactaria a sua percepção da qualidade de vida. Além disso, com o avanço da idade e da classe funcional NYHA, em especial a III e IV, a percepção de qualidade

de vida também pode ser comprometida frente aos sinais e sintomas desencadeados pela descompensação clínica.

Em vista desse conhecimento, o presente estudo, ao aplicar o questionário WHOQOL-Bref na admissão dos pacientes com IC, reforçou aos mesmos que referissem suas respostas a 2 semanas anteriores, conforme recomendado pelo questionário, para que o momento clínico não comprometesse o resultado.

No entanto, em nossa casuística, além da classe funcional NYHA III e IV, tivemos um expressivo número de pacientes com baixa escolaridade, o que pode comprometer um melhor entendimento das respostas, uma vez que a estrutura do questionário segue a escala Likert de difícil compreensão para esses pacientes. Portanto, não se pode garantir que os participantes do estudo responderam a todas as perguntas do questionário fazendo referência a 2 semanas anteriores.

Neste estudo, o domínio físico do questionário de QV apresentou relevância estatística ($p 0,021$) e apontou importante melhora aos 180 dias ($35,19 \pm 17,23$ x $39,98 \pm 18,32$), corroborando com o achado do estudo de Toth et al. (2019) e Calegari et al. (2017). Entretanto, na análise de Calegari, não há menção à classe funcional dos pacientes, o que ocorreu em nossa casuística.

Neste estudo, 42,3% dos pacientes possuíam classe funcional NYHA III, seguidos de classe funcional NYHA IV (36,9%), mostrando a gravidade da sua cardiopatia. De acordo com a Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018), pacientes com NYHA III a IV apresentam piores condições clínicas e internações hospitalares mais frequentes, além de apresentarem maior risco de mortalidade.

Pacientes com classes funcionais avançadas são muitos sintomáticos e apresentam intensas limitações físicas, justificando a média do domínio físico ser a mais baixa tanto na admissão quanto aos 180 dias; conseqüentemente, esses fatores interferem na percepção de qualidade de vida do paciente.

Sousa et al. (2017) e Paz et al. (2019) apontam que o domínio físico é o mais prejudicado dentre os domínios, assim como no presente estudo.

Neste estudo, em relação ao domínio físico, os pacientes apresentam insatisfação com a qualidade de vida, confrontando os achados do estudo de Moraes (2018), em que os participantes apresentaram qualidade de vida moderada neste mesmo domínio, sendo explicado por predominar NYHA II em seu estudo.

O domínio psicológico também apresentou significância estatística ($p 0,024$) e apontou uma queda aos 180 dias ($58,33 \pm 18,06$ x $53,66 \pm 19,30$). Pode estar relacionado ao fato de que, quando internado, o participante tem a segurança do cuidado fornecido, com profissionais à sua volta. No entanto, aos 180 dias, já em casa, o mesmo teria que desempenhar o seu autocuidado, o que, por vezes, traz insegurança por receio de não estar fazendo o certo.

Os estudos de Calegari et al. (2017), Toth et al. (2019) e Abbasi (2018) mostraram que o domínio psicológico apresentou melhora no *follow-up* de qualidade de vida, confrontando o achado do presente estudo.

Figueiredo (2019) evidenciou que os sintomas de depressão e ansiedade pioraram a QV de pacientes com IC, bem como nível educacional mais baixo e internações recorrentes. As classes funcionais NYHA III e IV pioraram todas as dimensões do questionário de QV interagindo com os sintomas de ansiedade.

Na admissão deste estudo, apenas 2,8% dos pacientes revelaram ter depressão e, quando comparados aos 180 dias após a alta, percebe-se o declínio do domínio psicológico. Este dado revela a importância da utilização dos questionários de qualidade de vida, pois podem revelar informações não fornecidas em consulta ou situações clínicas subdiagnosticadas, como a depressão encontrada em muitos pacientes com IC descompensada.

Para Evangelista et al. (2017), os pacientes com este diagnóstico enfrentam grandes desafios psicológicos.

Por outro lado, o desenvolvimento de complicações e readmissões hospitalares sucessivas por descompensação cardíaca pode afetar o seu estado emocional.

O enfermeiro deve estar em alerta e compreender que o início dos sintomas depressivos pode influenciar na adesão ao tratamento e elaborar intervenções de enfermagem para minimizar esse risco.

Como estratégia, o enfermeiro pode promover atividades em grupo para encorajar o convívio social, além de aumentar a rede de apoio entre os pacientes, em que se permita realizar troca de experiências, incentivando no enfrentamento da IC.

O monitoramento telefônico pode ser realizado com o objetivo de averiguar a adesão terapêutica, oferecer informações sobre o tratamento e mudanças de estilo de vida, esclarecendo dúvidas e fornecendo apoio para melhora da qualidade da

vida (PEREIRA, 2019). Esta ferramenta pode possibilitar o apoio que o paciente precisa durante o desempenho do autocuidado em casa sem um profissional de saúde por perto.

Os domínios social ($61,99 \pm 19,46$ x $51,98 \pm 13,51$ p 0,435) e ambiental ($59,35 \pm 20,93$ x $52,21 \pm 14,83$ p 0,833), respectivamente, mantiveram-se no mesmo nível aos 180 dias e sem relevância estatística, achados que corroboram com o estudo de Abassi (2018) e Toth et al. (2019). Convém ressaltar que as orientações fornecidas em nosso estudo não afetaram os domínios social e ambiental.

O estudo de Tavares et al. (2015) analisou a qualidade de vida de idosos cardiopatas em área rural e urbana e evidenciou que não houve relevância estatística e diferença significativa no domínio ambiental em ambos os grupos. Este achado evidencia que o ambiente pouco interfere na qualidade de vida do paciente quando comparados com os demais domínios.

A Escava Visual Analógica (EVA) não apresentou diferenças significativas aos 180 dias (p 0,126). Nesta escala, o participante escolhe um número entre 0 e 100, sendo 0 o melhor estado de saúde e 100 o pior estado de saúde imaginável naquele momento. Entende-se que o participante do estudo não observou diferença no seu estado de saúde tanto internado ($52 \pm 25,1$) quanto 180 dias após a alta ($53,20 \pm 22,40$), mesmo apresentando melhora no domínio físico.

Este achado da EVA colabora com a resposta “nem ruim nem boa”, que foi a mais citada na admissão (31,31%) e aos 180 dias após a alta (34,57%), quando perguntado “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”.

Tavares et al. (2015) referem que a percepção da qualidade de vida se relaciona com o cotidiano e as atividades de vida diária. Ou seja, apesar da melhora no aspecto físico, o paciente continua limitado, mesmo que em gradação distinta, em suas atividades devido aos sintomas da IC, interferindo no seu entendimento de qualidade de vida.

A segunda questão – “Quão satisfeito você está com sua saúde?” – não apresentou relevância estatística (p 0,94), porém a insatisfação sofreu queda de 20% aos 180 dias após a alta.

Apesar de o aspecto psicológico ter apresentado declínio aos 180 dias, o paciente se encontra menos insatisfeito com sua saúde aos 180 dias. Pelo fato de ver sua melhora física aos 180 dias e poder retornar a alguma atividade que antes

não era capaz de realizar, ele pode considerar como satisfação, afinal é algo “palpável”, ou seja, ele é capaz de observar, diferentemente do aspecto psicológico.

A educação e a autogestão do cuidado orientado pela enfermeira, geralmente, aumentam a adesão do paciente ao tratamento proposto, possibilitando ao paciente gerenciar seus sintomas, aumentando sua autoconfiança em relação à doença e resultando em uma melhor qualidade de vida e redução do tempo de permanência hospitalar (ABASI, 2018).

A atuação das enfermeiras na clínica de IC é imprescindível para a monitorização do autocuidado, adesão à terapêutica e qualidade de vida desse paciente. O início da educação aos pacientes e cuidadores deve ser feito ainda durante a hospitalização, estabelecendo vínculo e confiança. Para o seguimento de acompanhamento e aconselhamento deste paciente, o contato telefônico realizado pelas enfermeiras tem sido amplamente mencionado na literatura e realizada nas pesquisas.

A Enfermeira de IC através do seu conhecimento clínico, ao realizar o monitoramento telefônico recorrente após a alta hospitalar, identifica os aspectos que dificultam a aderência ao tratamento, realiza as orientações não farmacológicas, esclarece dúvidas e se torna referência para o paciente.

Desta maneira, o paciente sente-se mais seguro, contribuindo para uma melhor percepção da qualidade de vida

Este estudo retrata a realidade de uma população local e que necessita de uma atividade multiprofissional. Os estudos com os pacientes de IC, em sua maioria, são bastante intervencionistas no ponto de vista medicamentoso e, devido à complexidade da patologia, faz-se necessária uma abordagem holística envolvendo rede de apoio, como familiares e cuidadores. A inclusão de uma equipe de psicólogos ao programa pode trazer benefícios para o melhor atendimento ao paciente impactando na sua qualidade de vida.

É prezado o cuidado centrado no paciente a partir do envolvimento de uma equipe multiprofissional para melhor planejamento de alta a fim de aumentar qualidade de vida após a alta e reduzir taxas de re-hospitalizações.

8 LIMITAÇÕES

As limitações encontradas no estudo foram decorrentes de ausência de algumas anotações importantes em prontuário, período longo de *follow-up* (180 dias) com apenas uma ligação telefônica e ainda dificuldade de contato, aliado a recusa de responder ao questionário de QV, determinando uma perda de segmento de quase 30%.

CONCLUSÃO

Na análise de qualidade de vida, na admissão e aos 180 dias após a alta, observamos:

Uma melhora consistente no domínio físico, resultado de uma adequada orientação terapêutica pela equipe médica e de enfermagem.

Observamos que houve uma piora no domínio psicológico sugerindo uma necessidade de maior suporte psicológico.

Os domínios social e ambiental não apresentaram importantes diferenças estatísticas, sugerindo uma abordagem multiprofissional nesses domínios.

Devido à pequena amostragem no seguimento, não foi possível analisar adequadamente a mortalidade e a re-hospitalização.

O enfermeiro, por meio de consultas de enfermagem no ambulatório de IC e monitoramento telefônico, pode identificar essas limitações e propor um plano de cuidados individualizado a fim de contribuir para adesão ao tratamento e a manutenção do autocuidado.

Devido a pequena amostragem no seguimento não foi possível concluir de forma consistente as taxas de mortalidade e re-hospitalizações.

REFERÊNCIAS

ABBASI, A.; GHEZELJEH, T. N.; FARAHANI, M. A. Effect of the self-management education program on the quality of life in people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. **Electronic Physician**, v. 10, n. 7, p. 7028-7037, 2018. DOI: 10.19082/7028. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092147/pdf/epj-10-7028.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

ALBUQUERQUE, D. C. et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2014; [online] DOI: 10.5935/abc.20150031. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150031.pdf, Acesso em: 20 jun. 2019.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Understand Heart Failure**. Atualizado em maio 2017. Disponível em: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/What-is-Heart-Failure_UCM_002044_Article.jsp#.W04NO9JKjIU. Acesso em: 17 jul. 2018.

AUDI, G.; KOROLOGOU, A.; KOUTELEKOS, I.; VASILOPOULOS, G.; KARAKOSTAS, K.; MAKRYGIANAKI, K.; POLIKANDRIOTI, M. Factors affecting health related quality of life in hospitalized patients with heart failure. **Cardiology research and practice**, v. 2017, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/4690458> Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5671708/pdf/CRP2017-4690458.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

AZZOLIN, K. O.; LEMOS, D. M.; LUCENA, A. F.; SILVA, E. R. R. Intervenções de enfermagem no domicílio melhoram conhecimento sobre a doença e tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 44-50, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2523>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00044.pdf. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília, DF, [2019]. Disponível em: <https://www.datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BOISVERT, S.; PROULX-BELHUMEUR, A.; GONÇALVES, N.; DORÉ, M.; FRANCOEUR, J.; GALLANI, M. C. An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 753-768, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0370.2612>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00753.pdf Acesso em: 15 abr. 2019.

CALEGARI, L.; BARROSO, B. F.; BRATZ, J.; ROMANO, S.; FIGUEIREDO, G. F.; CECCON, M.; PIMENTEL, G. L.; REOLÃO, J. B. C. Efeitos do treinamento aeróbico e do fortalecimento em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Medicina do esporte**, São Paulo, v. 23, n. 2. 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220172302153651>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v23n2/1517-8692-rbme-23-02-00123.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CARVALHO, V. O.; GUIMARÃES, G. V.; CARRARA, D.; BACAL, F.; BOCCHI, E. A. Validação da versão em português do *Minnesota Living with Heart Failure*

Questionnaire. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 1, p.39-44, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009000700008>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1/08.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CHAN, H. Y. L.; YU, D. S. F.; LEUNG, D. Y. P.; CHAN, A. W. K; HUI, E. Quality of life and palliative care needs of elderly patients with advanced heart failure. **Journal of geriatric cardiology**, v. 13, n. 5, p. 420-424, 2016. DOI: 10.11909. Disponível:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27594869>. Acesso em: 07 set. 2019.

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 111, n. 3, 2018.

CONCEIÇÃO, A. P.; SANTOS, M. A.; SANTOS, B.; CRUZ, D. A. L. M. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 578-586, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0288.2591.

Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/105647> Acesso em: 17 nov. 2018.

COWIE, M. R. et al. The Optimize heart failure care program: Initial from global implementation. **International Journal of Cardiology**, v. 236, p 340-344, 2017. DOI:10.1016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28214078>.

Acesso em: 30 mai. 2018.

DOMINGO, C. et al. Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca (ProMIC). **Atención Primaria**, v. 51, n.3, p. 142-152, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.011>.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717302226>. Acesso em: 10 nov. 2018.

EVANGELISTA, L. S.; CACCIATA, H.; STROMBERG, A.; DACRUP, K. Dose-response relationship between exercise intensity, mood states, and quality of life in patient with heart failure. **Journal Cardiovascular Nursing**, v. 32, n.6, 2017. DOI: 10.1097. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/0wv243sn>. Acesso em: 21 jun. 2019.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 mai. 2018

GARRIDO, E. L.; TRINDADE, T. M.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, T. C.; SOUZA, V. R. S. Caracterização de uma coorte de pessoas acometidas por insuficiência cardíaca. Congresso internacional de enfermagem. **Anais**, v. 1, n. 1, 2019. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/11731/4586>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GEORGE, J. B. e cols. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

GONÇALVES, F. G.; ALBUQUERQUE, D. C. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 22, n.3, p. 422- 428, 2014.

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; OLIVEIRA, M. T. C.; CAMPOS, W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de vida**, v. 3, n. 1, p. 40-52, 2011. DOI: 10.3895/S2175-08582011000100005. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812/625>. Acesso em: 23 fev. 2019.

HUA, C. Y.; HUANG, Y.; SU, Y. H.; BU, J. Y.; TAO, H. M. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. **Brazilian journal of medical and biological research**, v. 50, n. 11, 2017. DOI: 10.1590/1414-431X20176355. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100879X2017001100609. Acesso em: 21 jun. 2019.

LIMA, D. B. S.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. X. P.; RODRIGUES, M. T. P. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Revista Texto e contexto enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000560015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300302&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 jun. 2018.

MEDEIROS, J.; MEDEIROS, C. A. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51082/pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MESQUITA, E. T. et al. Entendendo a hospitalização em pacientes com insuficiência cardíaca. **International Journal of cardiovascular sciences**, v. 30, n. 1, p. 81-90, 2017.

MORAIS, E. R.; CARVALHO, C. S. C.; EUQUERES, L.; VIANA, F. P.; FANTINATI, A. M. M.; RASSI, S. Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. **Editora PUC Goiás**, Goiânia, v. 45, p. 71-79, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/evs.v45i1.6286>. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/6286/3722>. Acesso em: 08 out. 2019.

NARDRUZ JUNIOR, W.; CLAGGETT, B.; GONÇALVES, A.; QUEREJETA-ROCA, G.; FERNANDES-SILVA, M. M.; SHAH, A. M.; CHENG, S.; TANAKA, H.; HEISS, G.; KITZMAN, D. W.; SOLOMON, S. D. Smoking and Cardiac Structure and Function in the Elderly: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. **Circ Cardiovasc Imaging**, v. 9, n. 9, 2016. DOI: 10.1161/CIRCIMAGING.116.004950. Disponível em: <http://europemc.org/articles/PMC5193104;jsessionid=7CCFCEE61B2C5D0C395CC69AA7B8C5A2>. Acesso em: 21 jun. 2019.

NAVE-LEAL, E.; RIBEIRO, J. P.; OLIVEIRA, M. M.; SILVA, N.; SOARES, R.; FREGATA, J.; FERREIRA, R. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 29, n. 3, p. 353- 372, 2010.

OLIVEIRA, J. A.; CORDEIRO, R. G.; ROCHA, R. G.; GUIMARÃES, T. C. F.; ALBUQUERQUE, D. C. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 30, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0333.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças Cardiovasculares**. Revisado em maio de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0 Acesso em: 02 dez. 2019.

OSCALICES, M. I. L.; OKUNO, M. F. P.; LOPES, M. C. B. T.; BATISTA, R. E. A.; CAMPANHARO, C. R. V. Literácia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017039803447>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/pt_1980-220X-reeusp-53-e03447.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

PAZ, L. F. A.; MEDEIROS, C. A.; MARTINS, S. M.; BEZERRA, S. M. M. S.; JUNIOR, W. O.; SILVA, M. B. A. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p.148- 154, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0368>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0140.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de qualidade de vida**, v. 2, n. 1, 2010. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004 Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>. Acesso em: 21 jun. 2019.

PERDERSEN, S. S.; SCHMIDT, T.; SKOVBAKKE, S. J.; WILL, U. K.; EGSTRUP, K.; SMOLDEREN, K. G.; SPERTUS, J. A. A personalized and interactive web-based health care Innovation to Advance the Quality of Life and Care of Patients With Heart Failure (ACQUIRE-HF): A Mixed Methods Feasibility Study. **JMIR research protocols**, v. 6, n.5, 2017. DOI: 102196/resprot.7110 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5461421/> Acesso em: 7 set. 2019.

PEREIRA, F. A. C. Monitoramento por telefone no comportamento de autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca. **Ciência Atual**, v. 13, n. 1, p. 2-12, 2019.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DE COMPORTAMENTO. Grupo de estudo em Qualidade de Vida. **Projeto WHOQOL-Bref**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [20--]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref/50-qualidade-de-vida/euroqol/instrumentos/50-whoqol-bref> Acessado em: 18 ago. 2018.

SALVADÓ-HERNANDEZ, C. et al. Insuficiencia cardíaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. **Atencion Primaria**, v. 50, n. 4, p. 213-221, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008> Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304656> Acesso em: 18 nov. 2018.

SAUPE, R.; NIETCHE, E. A.; CESTARI, M. E.; GIORGI, M. D. M.; KRAHL, M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2004.

SILVA, A. F.; CAVALCANTI, A. C. D.; MALTA, M.; ARRUDA, C. S.; GANDIN, T.; FÉ, A.; RABELO-SILVA, E. R. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 888-894, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0268.2628>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00888.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

SOARES, D. A.; TOLEDO, J. A. S.; SANTOS, L. F.; LIMA, R. M. B.; GALDEANO, L. E. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000200002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000200002&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 25 jul. 2018.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual de insuficiência cardíaca**. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2019. Disponível em: <https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/2019/Manual%20de%20Insuficie%CC%82ncia%20Cardi%CC%81aca%20SOCERJ2019.pdf>. Acesso em: 7 set. 2019.

SOUSA, M. M.; OLIVEIRA, J. S.; SOARES, M. J. G. O.; BEZERRA, S. M. M. S.; ARAÚJO, A. A.; OLIVEIRA, S. H. S. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, 2017b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n2/0102-6933-rngenf-1983-144720170265885.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SOUSA, M. M.; OLIVEIRA, J. S.; SOARES, M. J. G. O.; ARAÚJO, A. A.; OLIVEIRA, S. H. S. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Revista enfermagem UFPE**, Recife, v.11. n. 3.p. 1289-1298, 2017.

TAVARES, D. M. S; ARDUINI, G. O.; MARTINS, N. P. F.; DIAS, F. A.; FERREIRA, L. A. Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 36, n. 3, 2015.

TOTH, C.P.P. ET AL. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca antes e depois do Programa de boas práticas clínicas em cardiologia (BPC). 5º Fórum latino-americano de qualidade e segurança na saúde. São Paulo, 2019. Disponível em: https://apps.einstein.br/forumqualidadese_seguranca/pdf/TC_4DNQ.pdf. Acesso em: 21 jan. 2020.

VARGAS, J. R.; PINTO, M.; MARINHO, S. Desafios na comunicação da prática em literacia em saúde. **Centro de estudos de comunicação e sociedade**, Portugal, 2019. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/60251/1/2019_Vargas_Pinto_Marinho_Desafios-comunicacao-saude.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

VOUDRIS, K. V.; SILVER, M. A. Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. **Healthcare**, v. 6, n. 31, 2018. DOI: 10.3390/healthcare6020031. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/6/2/31>. Acesso em: 10 dez. 2019.

VUORINEN, A. L.; LEPPANEN, J.; KAIJANRANTA, H.; KULJU, M.; HELIO, T.; GILS, M. V. et al. Use of home telemonitoring of support multidisciplinary care of Heart Failure patients in Finland. Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 12, 2014.

APÊNDICE A – Formulário para caracterização de perfil do participante do estudo**Perfil****Classe Funcional NYHA:** () I () II () III () IV**Comorbidades associadas:** () DM () HAS

() Outras _____.

Etiologia da IC: _____**Idade:** _____**Sexo:** () Feminino () Masculino**Raça:** () Branco () Pardo () Negro () amarelo () indígena**Origem:** () Ambulatório da instituição () UPA () Referenciado da UBS

() transferido de outro hospital () Outros: _____

Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

Tabagismo:

() Sim () Não () Ex-fumante

Etilismo:

() Sim () Não () Passado

Atividade Física:

() Sim () Não

APÊNDICE B – Termo de confidencialidade e sigilo**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO**

Eu Karen Christine de Faria Velloso de Brito, brasileira, casada, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 120.922.877-70, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca atendidos pelo programa de boas práticas clínicas em cardiologia” a que tiver acesso nas dependências do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Para tanto, declara e se compromete:

- a) a manter sigilo, tanto escrito como verbal, ou, por qualquer outra forma, de todos os dados, informações científicas e técnicas e, sobre todos os materiais obtidos com sua participação, podendo incluir, mas não se limitando a: técnicas, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, fotografias, dentre outros.
- b) a não divulgar, revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros, de dados, informações científicas ou materiais obtidos com sua participação, sem a prévia análise e autorização de seu orientador, sobre a possibilidade de proteção, nos órgãos especializados, dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação;
- c) que todos os documentos, inclusive o acesso a plataforma, contendo dados e informações relativas a pesquisa são de propriedade do Hospital Universitário Pedro Ernesto;
- d) a não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir. Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Karen Christine de Faria Velloso de Brito

ANEXO A – Folheto de orientações para o paciente inserido no estudo

O que é insuficiência cardíaca?

A insuficiência cardíaca é a primeira causa de internação hospitalar entre as doenças cardiovasculares e uma das mais frequentes entre todas as internações. Portanto, trata-se de uma condição clínica muito comum.



Decorre de um enfraquecimento ou endurecimento do coração, o que faz com que o músculo bombeie o sangue de maneira ineficaz. Logo, a incapacidade de ejetar o sangue faz com que todo o sistema circulatório e, conseqüentemente, os órgãos (rins, cérebro, fígado, etc.) recebam menos oxigênio e nutrientes, além de tornar reduzida a retirada dos resíduos produzidos pelas células.

As causas mais comuns desse enfraquecimento ou endurecimento são a hipertensão arterial, doença coronariana (infarto do miocárdio, angina, etc.), doenças das válvulas cardíacas, inflamação do coração (miocardite, Chagas, etc.) e doenças que infiltram o órgão. Os principais sintomas são a falta de ar; inicialmente, após esforços, piorando até o repouso; inchaço das pernas, aumento do tamanho da barriga; entre outros.

A síndrome, portanto, é muito comum, e resulta de várias doenças do coração. Porém, ela tem tratamento muito eficaz para o seu controle. Esse tratamento depende, em parte, da prescrição médica e muito da determinação e aderência do paciente aos seus medicamentos, à dieta, aos exercícios, à perda de peso e assiduidade na consulta médica.



Portanto, a doença não é rara e tem tratamento. Você deve se adaptar a ela para ter adequada qualidade de vida. Converse com seu médico para que ele possa orientá-lo.

Veja que basta se cuidar para viver com qualidade

Você tem insuficiência cardíaca?

Constatada a doença, a equipe que cuida de você já deve ter começado a orientar sobre o que significa insuficiência cardíaca. Muitas dúvidas surgem e, neste folheto de orientação, tentaremos explicar de maneira simples o que é esta síndrome, como pode ser controlada e o que você pode fazer para ajudar no seu próprio tratamento.

Podemos ajudá-lo

Somos uma equipe multiprofissional e VOCÊ, o membro mais importante.

Essa equipe estará sempre à disposição para esclarecer dúvidas sobre sua saúde e se preocupa muito com seu bem-estar. Para isso, **é essencial a sua participação no controle adequado da sua doença.**



Cuidados importantes quando você tem insuficiência cardíaca

- Pese-se no mínimo três vezes por semana, antes do café da manhã.
- Se ganhar de 2 kg a 3 kg na semana, procure seu médico.

Tome os medicamentos conforme orientação e prescrição de seu médico. É muito importante manter o uso, mesmo quando se sentir bem. Significa um adequado controle de sua doença.



Observe e avise seu médico se ocorrer:

- Piora de inchaço nas pernas, nos pés ou tornozelos.
- Piora na respiração ou fôlego, cada vez mais curto, durante os esforços ou quando deitado.
- Aparecimento de tontura, cansaço ou fadiga e confusão mental.

Como cuidar de sua alimentação

Existem regras básicas para uma alimentação saudável, saborosa e que atenda às restrições da insuficiência cardíaca.

- Nutrição adequada com mais calorias, em pequenos volumes, proporcionando menor trabalho do coração.
- Mantenha alimentação saudável, fracionada, com pouca gordura, pouco sal e rica em frutas, legumes e verduras (salvo restrições).
- Mantenha o peso ideal, pois a obesidade exige maior trabalho respiratório e do coração.



Como fica o sal

A restrição da ingestão de sódio é medida terapêutica importante para estabelecer o equilíbrio cardiocirculatório e evitar sobrecargas ao coração.

A recomendação é que a quantidade fique entre 3g e 4g/dia, porém, a restrição pode chegar a 1g ou 2g ao dia, dependendo da gravidade e dos sintomas de cada paciente.

Comida sem sal não precisa ser ruim. Você pode utilizar outros temperos naturais, no preparo de suas refeições, como alho, cebola e ervas (manjeriçom, alecrim, orégano), que vão dar sabor às preparações e podem ser utilizados sem restrições.

Evite também os embutidos, as conservas e os industrializados, pois o conservante utilizado é rico em sódio.

Cuidado com os líquidos

A insuficiência cardíaca promove retenção de líquidos. Por vezes, um de seus medicamentos pode ser um diurético. Se, por um lado, você usa esse medicamento para retirar líquido e, por outro, ingere muito, o sistema fica desequilibrado.

Portanto, às vezes é necessário restringir a ingestão de líquidos, que pode variar de 800ml a 1.500ml ao dia, conforme orientação do seu médico.



Medicamentos x Alimentação

Medicamentos frequentemente prescritos para o tratamento de insuficiência cardíaca podem ocasionar alguns fatores:

- Redução do paladar.
- Provocar falta de apetite.
- Ocasionar náuseas.
- Estimular vômito.
- Levar à ingestão alimentar.

Você pode e deve se exercitar

Uma das melhores maneiras de um indivíduo com insuficiência cardíaca gozar de bem-estar é manter-se ativo.

Pesquisas atuais têm demonstrado que atividades, como o exercício, trabalho e sexo, são seguras e trazem benefícios para a saúde e melhora da qualidade de vida.

A atividade física regular auxilia na diminuição dos sintomas de cansaço, além de melhorar a função do coração.



Se você não é uma pessoa ativa e não tem confiança na sua capacidade física, pode iniciar gradativamente, aumentando o nível de atividade pouco a pouco, em forma de "degraus" e, após um tempo, perceber à que ficou mais ativo.

Jamais pense que não é capaz.

Se seus sintomas e fôlego são limitantes, converse com seu médico para indicar uma atividade física mais individualizada e direcionada para você.

Talvez seja necessário realizar uma atividade sob supervisão de um profissional se:

- Você ou seu médico sentem-se inseguros em relação à sua capacidade de executar exercícios.
- Você está muito fora de forma.
- Apresenta sintomas como respiração curta e cansaço, após esforço moderado ou até em repouso.



Para a maioria dos indivíduos com insuficiência cardíaca, é ideal acumular pelo menos 30 minutos de atividade diária, a ser realizada de três a cinco vezes por semana.



Cuidados com você e com seus medicamentos

Tomar os seus medicamentos conforme orientado pode reduzir os sintomas e evitar a piora da insuficiência cardíaca, diminuindo assim as internações hospitalares.

Os medicamentos servirão para reduzir a retenção de líquidos, a pressão arterial e aumentar a força de contração do coração.

Não aumente, diminua ou pare de tomar os medicamentos sem orientação médica.

- Procure sempre tomar os medicamentos no horário em que foi orientado.
- Comunique seu médico se sentir que seus medicamentos não estão agindo da forma esperada e/ou se ocorrer efeitos indesejáveis.
- Use todos os medicamentos receitados para controlar outros problemas de saúde.
- Em caso de esquecimento, **não dobre a dose**. Utilizar alarmes ou despertadores pode ajudá-lo a lembrar-se de tomar todos os medicamentos.
- Quando for viajar, leve a quantidade suficiente de medicamentos.
Não pare de tomá-los durante o fim de semana.
- Não use medicamentos, vitaminas, chás ou ervas sem conhecimento do seu médico. Medicamentos interagem entre si e podem causar reações graves.
- Ande sempre com uma lista dos medicamentos que você usa e mostre-a ao médico ou dentista nas suas consultas.
- Armazene o medicamento em temperatura ambiente, longe do calor, umidade e luz solar. O armazenamento inadequado pode interferir na qualidade do medicamento.



Cuide de você e não apenas de sua doença

Qualidade de vida é a "percepção do indivíduo sobre sua posição de vida, no contexto de cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações".

Você deve fazer uma reflexão sobre o funcionamento dos diferentes aspectos da sua vida, como as áreas profissional, familiar, social e pessoal.

É importante que perceba como tem investido em cada uma, para obter o equilíbrio.

- **Fique atento:**
 1. A si mesmo.
 2. A seus sentimentos.
 3. A seus limites.
 4. A seus objetivos.
- **Busque atividades prazerosas.**

Tabagismo

O tabagismo é uma doença progressiva, crônica e recorrente. O processo da dependência envolve vários fatores ambientais, biológicos e psicológicos.

Esses aspectos dificultam o processo de parar de fumar, o desejo de deixar o hábito é determinante e de extrema importância para alcançar esse objetivo.



Para auxiliar no processo:

1. Procure identificar e refletir sobre o motivo pelo qual você fuma.
2. Estabeleça uma data para parar de fumar.
3. Informe sua família, seus amigos e colegas de trabalho de sua decisão, e peça que o ajudem nesse momento.
4. Converse com seu médico, pois ele poderá prescrever medicamentos que o auxiliarão.
5. Procure ajuda psicológica especializada: é uma possibilidade para você conhecer-se melhor.
6. Tente distrair-se da necessidade de fumar.
7. Prepare-se para situações difíceis: evite contextos que você associava com o comportamento de fumar.

TER a doença X SER a doença

O adoecimento traz repercussões emocionais e pode gerar momentos de crise. Isso porque, na doença, é necessário se ausentar de um contexto, bastante familiar e conhecido; se perceber em um novo momento, com novas dúvidas e novos questionamentos acerca dessa nova condição.

Nesse processo, devido às limitações e à impossibilidade de cura, podem surgir diversos sentimentos, como insegurança, impotência, medo, fragilidade, desesperança, entre outros.

O indivíduo que se identifica com o SER doente pode se aprisionar em suas limitações físicas, implicando a cronicidade psíquica que o impede de readaptar-se e investir na qualidade de vida.

É importante que o indivíduo perceba que TEM a doença, o impacto dela em sua vida e as possibilidades de enfrentamento, para permitir o cuidado e ter melhor adesão ao tratamento.

Cuide-se!

ANEXO B – Transcrição do formulário de alta hospitalar do Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia adaptado à pesquisa

Formulário de alta hospitalar

Ações	Sim	Não	Não documentado	Não se Aplica
Paciente foi aconselhado para parar com o tabagismo?				
Paciente ou cuidador receberam material educacional?				
Paciente recebeu orientações sobre mudança do estilo de vida? (dieta)				
Paciente recebeu orientações sobre controle de peso?				
Recomendação para nível de atividade física?				
Orientado para o uso de medicações prescritas?				
Aconselhamento em caso de piora dos sintomas?				
Aconselhamento para vacinação Influenza e Pneumococo?				

Destino na alta:

() Domicílio () óbito

ANEXO C – Transcrição do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref**Questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref**

Em relação as duas últimas semanas...

Q1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	
1-	Muito ruim
2-	Ruim
3-	Nem ruim, nem boa
4-	Boa
5-	Muito Boa

As questões 2 a 12 perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Q2. Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5
Q3. Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
Q4. Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Q5. Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

Q6. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
Q7. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
Q8. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
Q9. Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
Q10. Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?					
Q11. Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
Q12. Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?					

As questões 13 a 19 são sobre quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas e as respostas variam de acordo com a seguinte escala:

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Q13. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
Q14. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
Q15. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
Q16. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
Q17. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
Q18. Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
Q19. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões 20 a 25 perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Q20. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Q21. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
Q22. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
Q23. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Q24. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5
Q25. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

Q26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

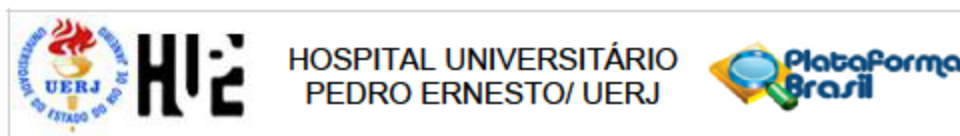
1-	Nunca
2-	Algumas vezes
3-	Frequentemente
4-	Muito frequentemente
5-	Sempre

ANEXO D – Transcrição do formulário de seguimento de 180 dias adaptado à pesquisa

Formulário de seguimento 180 dias

O paciente foi a óbito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não documentado
O paciente foi hospitalizado (>24h) desde o último contato?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se sim, quantas vezes?	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x ou mais <input type="checkbox"/> NA

ANEXO E – Parecer de aprovação pela Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão às Diretrizes Assistenciais de Insuficiência Cardíaca, Fibrilação Atrial e Síndrome Coronariana Aguda: um Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia

Pesquisador: DENILSON CAMPOS DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48581715.5.2001.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ

Patrocinador Principal: Hospital do Coração/ Associação do Sanatório Sírio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.436.399

Apresentação do Projeto:

Fundamentos: Estima-se que a subutilização de recursos efetivos afete 30% a 40% dos pacientes e que 20% ou mais dos cuidados prestados são desnecessários e potencialmente prejudiciais. Tem sido demonstrado que programas de melhoria de qualidade podem melhorar o cuidado prestado e promover uma prática assistencial mais eficiente. **Objetivos:** Avaliar as taxas de adesão às diretrizes assistenciais de insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e síndrome coronariana aguda da Sociedade Brasileira de Cardiologia em instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) antes e após a implementação de um Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (BPCC) adaptado do programa GWTG® e do Programas de Melhoria de Qualidade Assistencial do HCor. **Métodos:** Estudo longitudinal, prospectivo, para avaliar os resultados antes e depois da implementação do Programa de BPCC, em hospitais brasileiros selecionados do SUS. O Programa de BPCC contempla intervenções direcionadas para as barreiras identificadas nas instituições participantes por meio de grupo de focal e distribuídas em seis eixos focados em mudança comportamental: facilitação

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **Fax:** (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.436.399

e restrição; criação de modelos; reestruturação de meio ambiente; educação; incentivo e persuasão; enredamento e controle e, finalmente, treinamento. Haverá coleta durante a internação ou acompanhamento ambulatorial (no caso específico da FA ambulatorial) e em 30 dias após a admissão hospitalar ou admissão no estudo (no caso da FA ambulatorial). A avaliação antes será realizada no período de dois meses de inclusão no estudo que antecederem a implementação do Programa de BPCC na instituição, e a avaliação depois será realizada com base nas informações coletadas no período de 18 meses de inclusão, após a implementação. Serão mensuradas variáveis clínicas e sócio-demográficas bem como os desfechos tempo de permanência hospitalar, mortalidade global e específica por causa cardiovascular, reinternação, qualidade de vida, percepção de saúde e adesão terapêutica. O desfecho primário do estudo será a avaliação das taxas de adesão às terapias baseadas em evidências na fase intrahospitalar. Resultados esperados: Espera-se que com a implementação deste programa os hospitais melhorem as taxas de adesão às diretrizes de cardiologia em pelo menos 10%, idealmente atingindo uma meta de 85% de adesão global às recomendações das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Objetivo da Pesquisa:

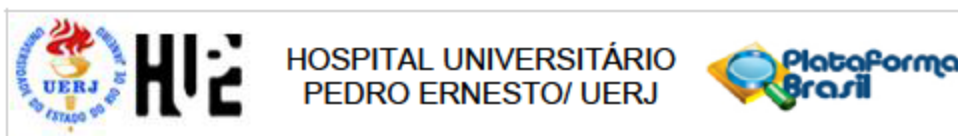
Objetivo Primário:

Avaliar as taxas de adesão às diretrizes assistenciais de insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e síndrome coronariana aguda em instituições do SUS antes e após a implementação de um Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia adaptado do programa GWTG® e de Programas de Melhoria de Qualidade Assistencial do HCor.

Objetivo Secundário:

Avaliar as taxas de adesão dos profissionais de saúde às diretrizes assistenciais de insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e síndrome coronariana aguda em uma série de pacientes consecutivos atendidos no SUS no período intrahospitalar, na alta hospitalar e em 30 dias após a admissão. Avaliar o tempo médio de permanência hospitalar e as taxas de reinternação e óbito em

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.436.399

30 dias após a admissão hospitalar. Avaliar as taxas de adesão dos pacientes ao tratamento clínico prescrito antes e em 30 dias após a admissão hospitalar. Avaliar a qualidade de vida e a percepção de saúde dos pacientes incluídos em cada um dos três braços do projeto antes e em 30 dias após a admissão hospitalar, através do questionário WHOQOL-BREVE, versão validada em português,²⁹ e da escala visual analógica, respectivamente. Avaliar a ocorrência de desfechos relacionados à internação índice na fase intrahospitalar e no seguimento de 30 dias. Estimar o custo da doença em cada um dos três braços do protocolo por grupo de diagnóstico relacionado (DRG) e por anos de vida ajustados para qualidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Garantia de que danos previsíveis serão evitados.

Uma vez que os indicadores de qualidade serão monitorados ao longo do projeto todos os esforços serão utilizados para garantir a melhoria dos

cuidados prestados e reduzir a incidência de desfechos evitáveis.

Não há riscos previstos para o participante da pesquisa.

Benefícios:

Trata-se de uma pesquisa com intervenção focada na melhoria da qualidade assistencial de forma a aumentar a adesão do cuidado prestado pelas

instituições participantes à práticas assistenciais cientificamente fundamentadas e comprovadas. Portanto, não há riscos adicionais aos pacientes ou

as instituições incluídas decorrentes da participação neste projeto. As instituições ou pacientes participantes desta pesquisa não terão nenhuma

compensação financeira por aceitarem participar deste projeto. Os potenciais benefícios institucionais estão relacionados a implementação de

estratégias de melhoria da qualidade da assistência prestada a pacientes com insuficiência cardíaca, síndrome coronariana aguda ou fibrilação

atrial, que poderão resultar não somente em ganho de qualidade e redução de eventos clínicos, mas também em aprendizado institucional que

poderá ser aplicado a outras condições clínicas, aumentando a abrangência deste projeto. Os hospitais participantes também poderão, como

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.436.399

participantes certificados do Projeto de Boas Práticas em Cardiologia no Brasil, atuar como consultores de melhoria de qualidade para determinar estratégias que sejam aplicáveis ao SUS. Além disso, como parte de uma rede de hospitais comprometida com a qualidade e cuidado, representantes serão incentivados a participar de oficinas de melhoria da qualidade em que as diretrizes serão apresentadas e as melhores práticas compartilhadas. Os pacientes por sua vez poderão ter acesso a uma assistência mais sistematizada com potencial melhora não só da sua condição clínica, mas também da sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de alta relevância para a compreensão da prática cardiológica no Brasil. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade. Todos os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e de acordo com a legislação pertinente e devidamente assinados pelos responsáveis.

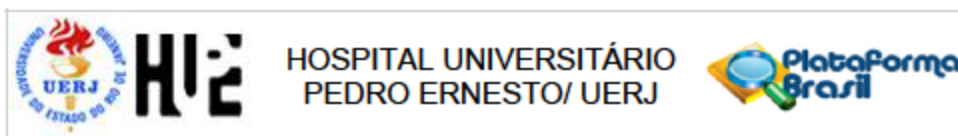
Recomendações:

aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. O trabalho pode ser realizado da fora como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº488/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO. Para ter acesso ao PARECER CONSUBSTANCIADO: Clicar na "LUPA" (DETALHAR) - Ir em "DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA ", clicar na opção da ramificação (pequeno triângulo no entrocamento do organograma) de pastas chamada – "Apreciação", e depois na Pasta chamada "Pareceres", o Parecer estará nesse local.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.436.399

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa e apresentar relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) Meses e ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_583718.pdf	15/02/2016 12:15:52		Aceito
Outros	cartaceaprovacao.pdf	15/02/2016 12:08:31	DENILSON CAMPOS DE	Aceito
Orçamento	Declaracao_Orcamento_BPC.pdf	15/02/2016 12:06:17	DENILSON CAMPOS DE	Aceito
Cronograma	Cronograma_BPC.pdf	15/02/2016 12:05:50	DENILSON CAMPOS DE	Aceito
Outros	Justificativa_emenda_BPC.pdf	15/02/2016 12:05:25	DENILSON CAMPOS DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSBCfinalV8.pdf	15/02/2016 12:04:29	DENILSON CAMPOS DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UERJ_SBC_HCor_AHA.pdf	15/02/2016 12:02:23	DENILSON CAMPOS DE ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostobpoc.pdf	15/02/2016 12:01:47	DENILSON CAMPOS DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_TCLE_SBC_HCor_AHA_V2.doc	24/08/2015 16:53:32	fabio papa taniguchi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBPC.pdf	19/08/2015 00:27:01	fabio papa taniguchi	Aceito
Outros	Formulario_Avaliacao_IEP.pdf	17/08/2015 16:40:52		Aceito
Outros	Anuência_da_Area.pdf	17/08/2015 16:39:48		Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.436.399

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Março de 2016

Assinado por:
MARIO FRITSCH TOROS NEVES
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

ANEXO F – Orientações para cálculo das médias do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref

ETAPAS	SINTAXE SPSS PARA O CÁLCULOS DOS ESCORES DO WHOQOL-BREF
Verificar se todos os 26 itens foram preenchidos com respostas entre 1 e 5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).
Converter as questões invertidas	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
Calcular os escores dos domínios	COMPUTE PHYS=MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH=MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.
Transformar os escores para uma escala de 0 a 100	COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16).
Excluir os respondentes cujo número de itens não respondidos excedem 20% do total de itens	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5). SELECT IF (TOTAL>=21). EXECUTE.