



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - PIBIC

EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA REDUÇÃO DE READMISSÃO
HOSPITALAR E MORTALIDADE DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

AUTOCAUIDADO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA APÓS ALTA
HOSPITALAR: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Área do conhecimento: Ciências da Saúde
Subárea do conhecimento: Enfermagem Médico-Cirúrgica
Especialidade do conhecimento: Cuidados Críticos

Relatório Final
Período da bolsa: de setembro de 2022 a agosto de 2023

Este projeto é desenvolvido com bolsa de iniciação científica
PIBIC/CNPq

Orientador: Eduesley Santana Santos
Autor: Vinícius Barbosa dos Santos Sales

SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	6
2.1. Objetivo Geral.....	6
2.2. Objetivos Específicos.....	6
3. Metodologia.....	7
3.1. Tipo de estudo.....	7
3.2. Campo de Estudo.....	7
3.3. População e amostra.....	7
3.3.1. Critérios de inclusão e exclusão.....	8
3.4. Instrumentos de coleta e análise de variáveis.....	8
3.4.1. Questionário sociodemográfico e clínico.....	8
3.4.2. Questionário de autocuidado para pacientes com IC.....	9
3.5. Instrumentos de intervenção.....	9
3.5.1. Cartilha educativa para insuficiência cardíaca.....	9
3.5.2. Chamadas telefônicas.....	10
3.6. Sistemática da coleta de dados.....	10
3.6.1. Grupo Intervenção (GI).....	11
3.6.2. Grupo Controle (GC).....	12
3.7. Aspectos Éticos.....	14
3.8. Análise Estatística dos Dados.....	14
4. Resultados e discussões.....	15
5. Conclusões.....	26
6. Perspectivas de futuros trabalhos.....	27
7. Referências bibliográficas.....	28
8. Outras atividades.....	32

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) constitui a via final comum da maioria das cardiopatias, sendo uma síndrome clínica complexa caracterizada pela desordem funcional ou estrutural do coração que prejudica a função do ventrículo em armazenar ou ejetar sangue (Bocchi *et al.*, 2009). A incapacidade cardíaca de atender às necessidades metabólicas e tissulares, assim como a elevada pressão de enchimento para alcançá-la, faz com que seja considerada um dos distúrbios cardíacos mais complexos na prática clínica (Yancy *et al.*, 2017).

A IC pode ser classificada tanto com base na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em: preservada (ICFEP), intermediária (ICFEI) e reduzida (ICFER), como também pela gravidade dos sintomas por meio da classificação funcional estabelecida pela New York Heart Association (CF-NYHA). A ICFEP compreende pacientes com FEVE $\geq 50\%$, enquanto FEVE $< 40\%$ corresponde à ICFER, sendo que recentemente FEVE entre 40 e 49% passou a definir a ICFEI. A CF-NYHA diz respeito ao nível de tolerância ao exercício e engloba desde a condição assintomática (NYHA I) até a incapacidade de realizar alguma atividade sem sentir desconforto (NYHA IV) (CCDIC, 2018).

A doença atinge número expressivo de pessoas no mundo e representa um problema de saúde pública por sua alta morbimortalidade, elevado consumo de recursos de saúde, prolongado tempo de hospitalização e reinternações frequentes (Oscaciles *et al.*, 2019). Registros globais indicam um período médio de internação que varia de 4 a 20 dias, mortalidade intra-hospitalar de 4% a 30% e os primeiros 30–90 dias pós-alta como o período mais crítico, com taxa de reinternação hospitalar de 30 dias em 12,5% (Ambrosy *et al.*, 2014; Liou *et al.*, 2015).

Neste aspecto, as constantes reinternações hospitalares têm sido associadas à descompensação da patologia, que resultam da exacerbação dos sinais e sintomas desencadeados por fatores cardiovasculares ou não (Yancy *et al.*, 2017). Em consonância, dados da literatura trazem a não adesão ao tratamento como fator de progressão e agravamento da IC, tais como falta de compreensão da doença, dieta inadequada, não cumprimento da terapêutica farmacológica e inacessibilidade aos cuidados especializados (Silva *et al.*, 2014; Sato, 2015)

Frente a isso, programas de gerenciamento da IC constituem uma forma de abordagem para o atendimento ao paciente na visão de melhoria da adesão ao regime

terapêutico proposto (Sato, 2015). Esses programas devem proporcionar mudanças no estilo de vida e garantir aprimoramento do autocuidado e conhecimento da doença (Liou *et al.*, 2015).

A modificação na abordagem clínica, busca da prática educacional como medida terapêutica de monitoramento e garantia do indivíduo como o gerenciador de sua saúde e pode ser desenvolvida em diferentes cenários da assistência (antes, durante e após hospitalização); Estudos recentes pesquisaram a inserção no acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar da IC para a redução das reinternações (Kociol; Allen, 2015; Radhakrishnan; Topaz; Creber, 2014).

Nesta perspectiva, o cuidado ambulatorial prestado por enfermeiros aos pacientes com IC é foco de estudo, com evidência de redução das readmissões hospitalares (Radhakrishnan; Topaz; Creber, 2014). Recomendações assistenciais respaldadas em diretrizes sugerem a utilização da Visita Domiciliar (VD) em 7 a 14 dias após alta hospitalar com avaliação de profissionais de saúde (Yancy *et al.*, 2017; Ezekowitz *et al.*, 2017). Essa estratégia educativa foi testada e possui impacto comprovado na redução da morbidade e mortalidade (CCDIC, 2018).

Contudo, algumas situações como extensão territorial, condições de acesso ao paciente e recursos financeiros reduzidos limitam a utilização da VD (Bocchi *et al.*, 2009). Paralelamente, a monitorização por contatos telefônicos é empregada como método adjuvante de seguimento. Sua utilização deve ser voltada ao reforço das orientações contidas no plano de cuidados iniciados anteriormente, monitoramento da condição de saúde e correção de erros na condução do autocuidado (Aliti *et al.*, 2007).

O acompanhamento por contato telefônico tem sua eficiência comprovada, ao registrar dados de menor número de atendimento em urgência, rehospitalização e óbito (Azeka *et al.*, 2014). Entretanto, quando ocorre de forma isolada tem resultados menores em comparação à VD. Deste modo, a associação de diferentes intervenções, como VD e telemonitoramento, pode proporcionar melhor desfecho clínico do que utilizadas isoladamente (Aliti *et al.*, 2007).

Como uma forma de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, boas práticas de autocuidado são capazes de alterar esse cenário beneficemente, sendo aquela influenciada por fatores socioculturais e econômicos. Dessa forma, apesar de ser um trabalho árduo, é necessário a garantia de autonomia do paciente nesse cenário, visto que o tratamento da IC envolve alto custo para os serviços de saúde (Santos *et al.*, 2021).

Este estudo objetiva avaliar o impacto de uma intervenção educativa na redução das reinternações e mortalidade após a alta hospitalar em portadores de IC, em virtude dos desfechos favoráveis que a abordagem educacional pode alcançar no prognóstico da doença, à medida que o autocuidado é estimulado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar impacto de uma intervenção educativa na redução das reinternações e mortalidade após a alta hospitalar em portadores de Insuficiência Cardíaca descompensada.

2.2 Específicos

- ✓ Avaliar o impacto de uma intervenção educativa no autocuidado de pacientes com Insuficiência Cardíaca.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) e controlado, com número de registro RBR-8dymr8 no Clinical Trials, norteado pelo checklist CONSORT (Dainesi; Aligieri, 2005) na sua execução.

3.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado em seis centros hospitalares localizados em três municípios do Estado de Sergipe (Aracaju, Lagarto e Itabaiana). Justifica-se a escolha destes locais por serem considerados de referência ao atendimento dos pacientes, seja por localização geográfica ou por especialidade do atendimento.

- HUL (Hospital Universitário de Lagarto): público, geral, médio porte e de ensino;
- HRI (Hospital Regional de Itabaiana): público e de médio porte;
- HP (Hospital Primavera): hospital privado de grande porte localizado em Aracaju, com setor para atendimento cardiológico;
- FBHC (Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia): hospital filantrópico de grande porte especializado em cardiologia localizado em Aracaju;
- HCOR (Hospital do Coração): hospital com atendimento SUS e particular, referência em cardiologia, localizado em Aracaju;
- HU Aracaju (Hospital Universitário de Aracaju): público, geral, grande porte e de ensino.

3.3 População e amostra

A população consistiu em pacientes diagnosticados com IC descompensada que tiveram alta hospitalar em um dos seis centros hospitalares selecionados para o desenvolvimento da pesquisa. A amostra foi calculada baseando-se em uma análise bicaudal, com erro alfa de 0,05 e poder de 80% para a incidência absoluta de 36% do

desfecho primário (reinternações) supondo que o tratamento reduzirá a incidência para 13% (Crespo-Leiro *et al.*, 2016). De acordo com estes números, estimou-se que seriam necessários 108 pacientes para atingir o poder amostral (54 em cada grupo). Adicionando 10% ao tamanho da amostra, considerando a possibilidade de perdas durante o estudo, totalizou-se 120 pacientes, sendo 60 pacientes em cada grupo. Não foi considerada distribuição equitativa da amostra entre os hospitais.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com o diagnóstico médico de IC com disfunção sistólica (Fração de Ejeção preservada, intermediária e reduzida pelo Ecocardiograma) e internados por descompensação do quadro clínico relacionada às alterações de parâmetros vitais e exames laboratoriais e/ou de imagem (Ex: Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Radiografia de tórax).

Foram excluídos os pacientes que não possuíam contato telefônico; com problemas visuais, auditivos e/ou de locomoção incapacitantes às atividades de vida diária; classificação 4 pela NYHA; que estivessem participando de outra pesquisa com mesma temática; internados para realização de procedimentos cirúrgicos não relacionado à IC; residentes em município com mais de 50 quilômetros de distância de um dos hospitais de alocação e com déficit cognitivo. Para identificar os pacientes com condições cognitivas ideais foi utilizado o instrumento “Mini Exame do Estado Mental (MEEM)” validado para o português. Foram adotados neste estudo os seguintes pontos de corte para a aplicação do MEEM: pacientes analfabetos teriam que obter no mínimo 13 pontos; aqueles com um a sete anos de escolaridade mínimo de 18 pontos; e com oito ou mais anos pelo menos 26 pontos (Lenardt *et al.*, 2009).

3.4 Instrumentos de coleta e análise de variáveis

3.4.1 Questionário sociodemográfico e clínico

Adaptado de Mussi *et al.* (2013), o questionário sociodemográfico é composto pelos seguintes itens: identificação do paciente e dados demográficos (número identificador, hospital, setor, iniciais, data de nascimento, idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, procedência, residência, com quem mora, renda

familiar). O questionário das características clínicas abrange: tempo de IC, etiologia, classe funcional, internações prévias, comorbidades, histórico familiar, cirurgias e angioplastia prévias, etilismo, tabagismo, prática de atividade física, medicamentos em uso, exames laboratoriais, esquema vacinal, histórico de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19).

3.4.2 Questionário de autocuidado para pacientes com IC

O instrumento de avaliação do autocuidado é composto por 22 questões distribuídas em três sessões avaliativas: Sessão A - Manutenção do Autocuidado composta por 10 itens; Sessão B - Manejo do Autocuidado composta por seis itens e Sessão C - Confiança no Autocuidado composta por seis itens. Para calcular o escore da sessão A, foi utilizada a seguinte fórmula: soma dos itens da sessão A x 3,333. Para o escore da sessão B foi utilizada fórmula: soma dos itens da sessão B x 5. Já a sessão C, utilizou-se a fórmula: soma dos itens da sessão C x 5,56. Quanto maior o escore na soma das sessões, melhor o índice de autocuidado dos pacientes. Considerou-se autocuidado adequado nesse estudo quando o escore da escala foi ≥ 70 (Ávila *et al.*, 2012).

3.5 Instrumentos de intervenção

3.5.1 Cartilha educativa para Insuficiência Cardíaca

O instrumento que fez parte da intervenção educativa neste estudo foi uma cartilha educativa intitulada “Orientações para pacientes com insuficiência cardíaca no pós alta hospitalar”. A mesma foi elaborada pelos pesquisadores deste estudo, desenvolvida e validada para a população específica de pacientes com IC e obteve elevados índices de consistência interna, confiabilidade e aceitabilidade entre pesquisadores especializados na área da Cardiologia e cuidados com pacientes com IC.

A cartilha educativa traz orientações escritas e imagens ilustrativas, que foram repetidas por contato telefônico e consultas de enfermagem intermediadas por um dos enfermeiros interventores, a fim de manter a homogeneidade e qualidade das intervenções educativas aplicadas aos pacientes voluntários no momento da intervenção.

Todos os conteúdos foram extraídos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), na sessão Diretrizes Brasileiras de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Destes, foram abordados: Recomendação da atividade física, sinais clínicos de alerta, busca ao serviço de saúde, hábitos alimentares, efeito da terapia medicamentosa, controle de peso, vacinas, automedicação, noções básicas adaptadas ao paciente acerca da fisiopatologia da insuficiência cardíaca e suas causas etiológicas (CCDIC, 2018).

3.5.2 Chamadas telefônicas

Para reforçar e complementar as recomendações da cartilha educativa, o enfermeiro pesquisador que realizou a primeira consulta de enfermagem, antes da alta hospitalar, através do contato telefônico por chamada vocal, reforçou as orientações sobre os principais temas relacionados ao autocuidado, adesão terapêutica e as consequências das boas práticas gerenciais no controle da doença, que favorecem a qualidade de vida destes pacientes, já mencionados durante o momento da intervenção e entrega da cartilha educativa.

A chamada vocal foi realizada no 15º e 45º dias após alta, como forma de reforçar as orientações, utilizando a cartilha educativa para guiar no conteúdo abordado. Na sequência, foi aplicada uma ficha de acompanhamento padronizado, a fim de identificar se houve mudanças comportamentais ao longo das intervenções. O tempo médio proposto para reforçar as orientações educativas e avaliar as mudanças comportamentais foi de 15 minutos, baseada exclusivamente nas orientações de condução dos protocolos para as ligações telefônicas do estudo.

3.6 Sistemática da coleta de dados

O recrutamento dos pacientes ocorreu através dos pesquisadores participantes da equipe de execução da pesquisa, mediante visitas diárias aos setores de internação/enfermarias de cada instituição no turno da manhã e/ou tarde seguido da aplicação de um instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos.

Os dados foram obtidos mediante entrevista com paciente e/ou acompanhante associado à busca ativa em prontuário. Após, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Sigilo Telefônico em duas vias (paciente e pesquisador). Para determinar a elegibilidade em participar da pesquisa, foi aplicado o

MEEM para avaliar as condições cognitivas ideias ao estudo.

Na sequência, o pesquisador responsável pelo respectivo hospital foi acionado - executor da pesquisa, capacitado após o processo de treinamento e certificação de aptidão, a fim de manter a qualidade e idêntica intervenção.

Após a definição da inclusão no estudo, os participantes da pesquisa foram distribuídos entre o Grupo Controle e Grupo Intervenção de forma randomizada. A randomização foi por sequência simples, gerada por computador no site www.randomization.com. Um pesquisador não participante das análises dos dados responsabilizou-se pelo gerenciamento da lista de randomização para evitar o viés de seleção.

3.6.1 Grupo Intervenção (GI)

O GI foi acompanhado e orientado por enfermeiros de forma presencial e telefônica. A consulta de Enfermagem presencial ocorreu antes da alta hospitalar, até 7 e em 30 dias após alta, seguindo todos os critérios de biossegurança estabelecidos pelas instituições hospitalares e recomendações do Ministério da Saúde durante os atendimentos domiciliares dos pacientes. Na consulta de enfermagem presencial foi realizada a aplicação dos questionários, bem como outros critérios de avaliação paralelos a esta pesquisa.

Após o preenchimento dos instrumentos, foi entregue uma cartilha educativa, ficha para controle do peso, da automedicação e de registro de internação hospitalar para preenchimento exclusivo do paciente.

Após a entrega da cartilha educativa, ocorreu leitura em pares (pesquisador interventor e paciente), momento no qual foram explicadas de forma detalhada todas as estruturas textuais e imagens impressas na cartilha. Os conteúdos foram abordados de forma cronológica intercalada com imagens didáticas e textos dialéticos informativos, que favoreceriam melhora na compreensão dos conteúdos.

Assim, no momento da leitura do material, foi aplicada a estratégia de repetição do conteúdo retido pelo paciente. Paralelo à intervenção educativa, o paciente foi questionado acerca de dúvidas ou dificuldades na compreensão do que foi lido e explicado, propondo se fosse necessário repetição dos conteúdos. Durante a realização da leitura em pares o pesquisador fez associação dos conteúdos expostos na cartilha à realidade do paciente no âmbito tratamento medicamentoso prescrito pelo médico na

alta hospitalar, restrição hídrica e demais cuidados explorados durante a intervenção que ele (a) deveria seguir no domicílio para manter a doença estável.

Na sequência, o paciente foi informado acerca da frequência das ligações que ocorrerão no 15º e 45º dias após alta. As ligações telefônicas ocorreram com intuito educativo, sendo que o pesquisador interventor obedeceu ao protocolo das ligações, cujo conteúdo impresso nas cartilhas educativas foi discutido de forma de diálogo para reforçar as orientações da primeira consulta.

Concluído 60 dias após alta, estes participantes foram reavaliados pelo enfermeiro-interventor. Nesta reavaliação, foram aplicados os mesmos critérios supracitados e realizada nova orientação educativa subsidiada pela cartilha educativa e análise dos desfechos alcançados.

3.6.2 Grupo Controle (GC)

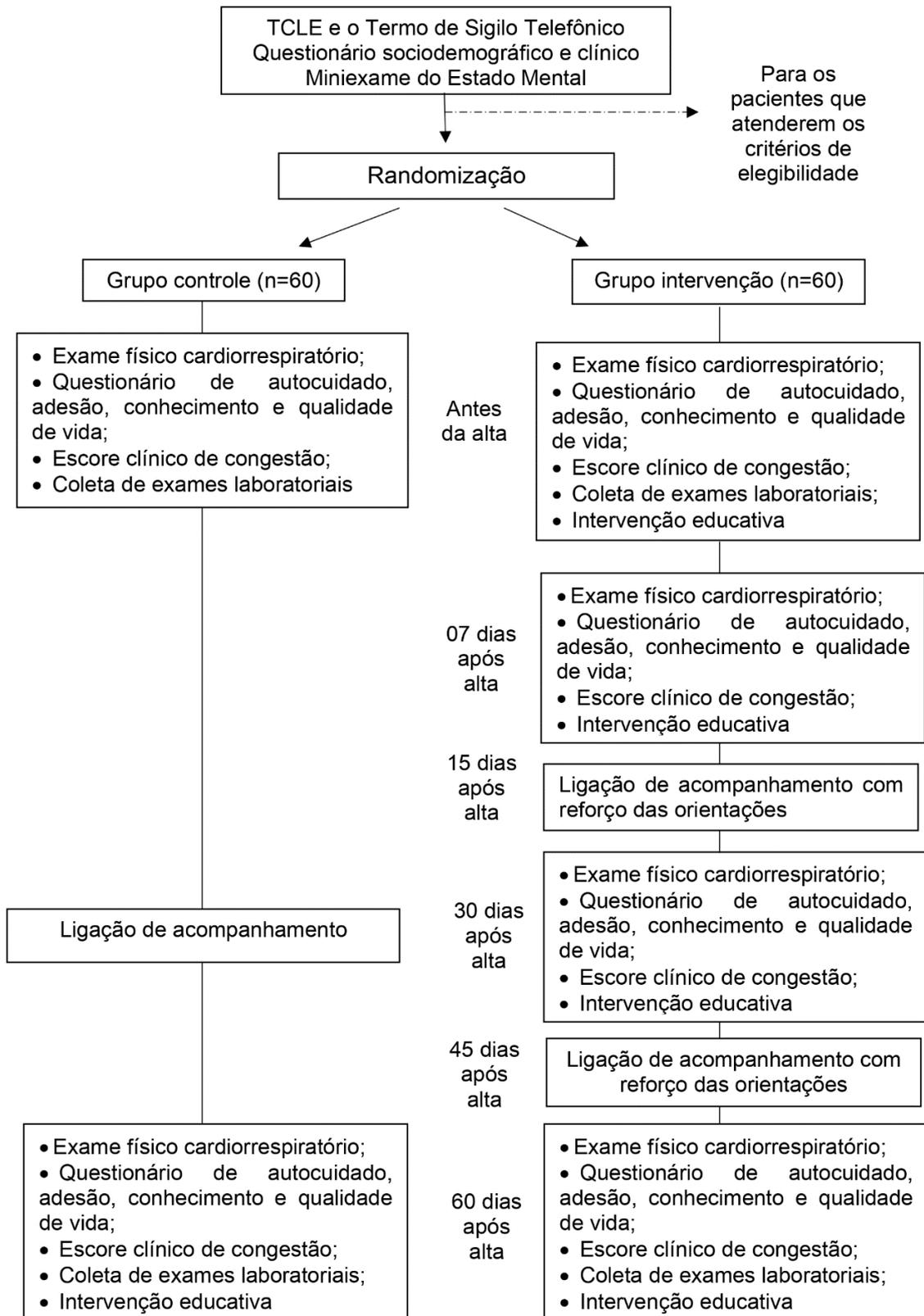
Quanto ao grupo controle, os participantes tiveram uma consulta de enfermagem presencial antes da alta, na qual foram aplicados os questionários e avaliações complementares. Além disso, os participantes e/ou cuidadores foram informados sobre a necessidade de registro do número de reinternações e duração após entrada na pesquisa.

Aos 30 dias, realizou-se contato telefônico como forma de manter ativo o registro do participante na pesquisa, levantar dados quanto à internação e/ou óbito e agendar a reavaliação presencial aos 60 dias pós alta. O contato telefônico aos 30 dias pós alta no GC não teve orientações terapêuticas. Ressalta-se que os participantes do GC receberam as orientações padrões oferecidas de acordo com o protocolo convencional de cada instituição no momento da alta hospitalar, não havendo orientação dos pesquisadores.

Os participantes foram reavaliados ao final com 60 dias após alta hospitalar pelo enfermeiro-interventor. Nesta reavaliação foram aplicados os mesmos critérios supracitados e realizada orientação educativa subsidiada pela cartilha educativa e análise dos desfechos alcançados.

O local de realização da última consulta presencial de enfermagem, de ambos os grupos, ocorreu em três ambientes de acordo com as condições e melhor conforto ao paciente. Os locais oferecidos aos pacientes foram: ambulatório da Universidade Federal de Sergipe, no domicílio do paciente ou hospital em que houve a internação.

Figura 1. Sistemática da coleta de dados



Fonte: Autoria própria

3.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob número de parecer CAAE 58430622.5.0000.5546. A participação na pesquisa é condicionada à concordância dos participantes por meio de assinatura do TCLE e Termo de sigilo telefônico. Tal declaração contém informações sobre o tema da pesquisa, objetivos, métodos de realização. A primeira via assinada foi entregue ao participante da pesquisa. Todos os questionários e a segunda via do TCLE e Termo de sigilo telefônico foram arquivados pelos pesquisadores por cinco anos. Ressalta-se que os questionários não foram preenchidos com dados de identificação pessoal do entrevistado, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

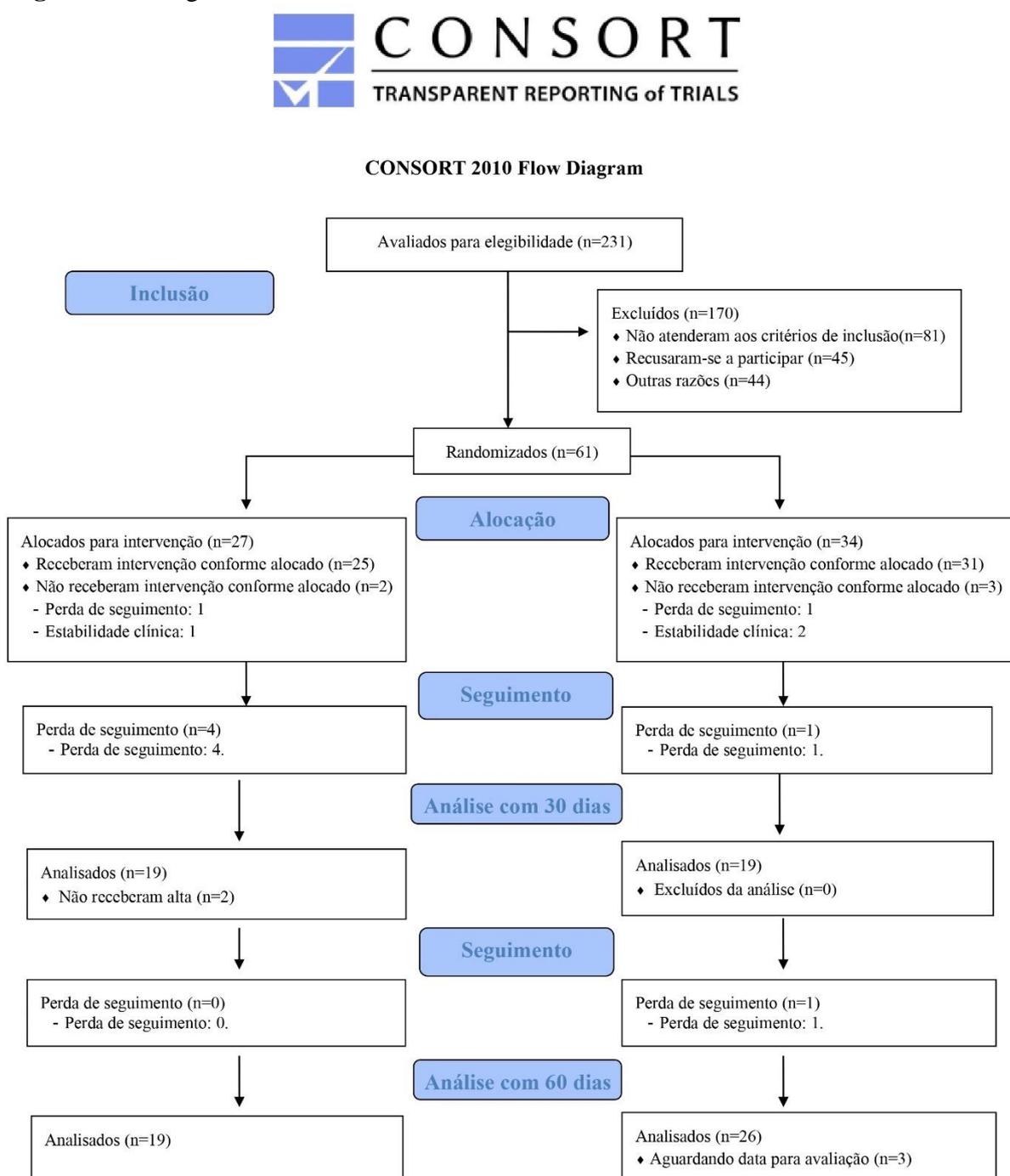
3.8 Análise Estatística dos Dados

Por considerar uma amostra maior que 50, foi aplicado nas variáveis o teste de Kolmogorov-Sminorv para determinar a distribuição de normalidade desta população que foi estudada. Desta forma, as variáveis foram apresentadas em média (X) e desvio padrão (DP). Caso contrário, apresentadas em mediana (Med) e seus quartis (25% - 75%) (Vieira, 2011). As variáveis numéricas tiveram a análise intergrupo dos seus dados por meio do teste t-Student ou Mann-Whitney, tendo sua apresentação descritiva em tabelas. As variáveis classificatórias foram apresentadas de forma descritiva em tabelas de contingência contendo frequências absolutas (n) e relativas (%) (Vieira, 2011). A significância estatística foi estipulada em 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados através da ferramenta SPSS - Statistical Package for Social Sciences, versão 21.0.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de coleta desta pesquisa, 231 pacientes com IC descompensada foram recrutados nos seis centros hospitalares supracitados do estado de Sergipe. Desta amostra, 170 indivíduos foram excluídos, sendo que 81 não atendiam aos critérios de inclusão, 45 se recusaram a participar da pesquisa e 44 não foram considerados por outras razões. Dessa forma, 61 pacientes foram randomizados, em que 34 compõem o GC e 27 compõem o GI. A **Figura 2** apresenta o fluxograma da inclusão, alocação, seguimento e análise para o estudo.

Figura 2. Fluxograma CONSORT.



Em relação aos grupos, o HCor obteve o maior número de participantes na randomização, sendo 18% (n=11) da amostra referente ao GC e 14,8% da amostra referente ao GI. Houve um predomínio de participantes do sexo masculino, os quais compuseram 59% (n=36) da amostra. Simão *et al.* (2013) aponta que indivíduos do sexo masculino estão mais suscetíveis à exposição dos fatores de risco das doenças cardiovasculares, o que impacta diretamente na prevalência de homens no perfil epidemiológico das cardiopatias associadas a eventos desencadeadores das disfunções cardíacas, representado neste estudo.

A idade média dos participantes foi de 66 ± 18 anos, sendo que o FBHC obteve o menor índice em relação aos demais hospitais (54 ± 14 anos). Predominaram pacientes de raça parda (57,4%; n=35), com escolaridade de 8 anos ou mais (45,9%; n=28), casados (54,1%, n=33), residentes em Aracaju (62,3%; n=38), que moram com a família (88,5%; n=54) e com renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos (29,5%; n=18).

Apesar do nível educacional da amostra ter sido satisfatório, é bem verdade que a escolaridade reflete na saúde do indivíduo, o que pode repercutir na manutenção de hábitos de vida que configuram risco à saúde cardiovascular. Nesse sentido, maiores taxas de mortalidade por IC se associam com sujeitos menos expostos à educação em saúde, tendo em vista que o baixo grau de escolaridade são agravantes tanto para o desenvolvimento da IC como para readmissões hospitalares (Rabelo *et al.*, 2012; Qavam *et al.*, 2017).

Além disso, elevadas taxas de reinternações estão associadas com pacientes de baixa renda (Eilat-Tsanani *et al.*, 2016; Hua *et al.*, 2017), sendo um indicador importante para que políticas públicas sejam fomentadas na garantia de um acesso à saúde de qualidade. Quanto ao critério étnico, uma coorte tailandesa mostrou que pacientes negros têm maiores taxas de readmissão quando comparados com pacientes brancos, com fatores independentes para o tipo de serviço de saúde ofertado ou fatores socioeconômicos atrelados (Srisuk *et al.*, 2017).

No que se refere às características clínicas, foi identificada predominância do tempo de até 1 ano de diagnóstico de IC (31,1%; n=19), etiologia valvar (36,1%; n=22), classe funcional NYHA II (41%; n=25), FEVE média de 45 ± 16 , com pacientes que internaram por IC no último ano (52,5%; n=32), que não realizaram angioplastia (62,3%; n=38) nem cirurgias cardíacas prévias (75,4%; n=46), sendo as principais comorbidades associadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (80,3%; n=49) e Diabetes

Mellitus (47,5%; n=29) e média de 25 ± 5 no nível de cognição avaliado pelo MEEM. Os demais dados referentes às características clínicas, sociodemográficas e o estilo de vida dos pacientes por hospitais estão dispostos na **Tabela 1**.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes randomizados.

Variável	HUL (n=11)	HRI (n=2)	HP (n=12)	FBHC (n=10)	HCor (n=20)	HU (n=6)
Grupo, n (%)						
GC, n (%)	6 (9,8%)	0 (0%)	6 (9,8%)	7 (11,5%)	11 (18%)	4 (6,6%)
GI, n (%)	5 (8,2%)	2 (3,3%)	6 (9,8%)	3 (4,9%)	9 (14,8%)	2 (3,3%)
Sexo, n (%)						
Masculino, n (%)	5 (45,5%)	1 (50%)	9 (75%)	8 (80%)	10 (50%)	3 (50%)
Idade, média \pm DP, anos	71 \pm 16	69 \pm 6	71 \pm 11	54 \pm 14	68 \pm 12	56 \pm 14
Raça						
Pardo, n (%)	7 (63,6%)	1 (50%)	5 (41,7%)	7 (70%)	9 (45%)	6 (100%)
Negro, n (%)	2 (18,2%)	1 (50%)	1 (8,3%)	2 (20%)	3 (15%)	0 (0%)
Branco, n (%)	2 (18,2%)	0 (0%)	6 (50%)	1 (10%)	8 (40%)	0 (0%)
Escolaridade						
Analfabeto, n (%)	6 (54,5%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (4%)	2 (33,3%)
1 a 7 anos, n (%)	4 (36,4%)	1 (50%)	2 (16,7%)	4 (40%)	10 (50%)	2 (33,3%)
\geq 8 anos, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	10 (83,3%)	5 (50%)	10 (50%)	2 (33,3%)
Estado Civil						
Casado, n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	7 (58,3%)	5 (50%)	13 (65%)	4
Solteiro, n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	2 (16,7%)	4 (40%)	3 (15%)	(66,7%)
Viúvo, n (%)	3 (27,3%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	4 (20%)	2
Divorciado, n (%)	2 (18,2%)	0 (0%)	2 (16,7%)	1 (10%)	0 (0%)	(33,3%)
						0 (0%)
						0 (0%)
Reside em						
Aracaju, n (%)	2 (18,2%)	0 (0%)	11 (91,7%)	6 (60%)	16 (80%)	3 (50%)
Lagarto, n (%)	8 (72,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (5%)	1 (16,7%)
Itabaiana, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (%)	1 (10%)	1 (5%)	0 (0%)
Outra cidade, n (%)	1 (9,1%)	2 (100%)	1 (8,3%)	2 (20%)	2 (10%)	2 (33,3%)

Mora com

Família/ Cônjuge, n (%)	8 (72,7%)	2 (100%)	9 (75%)	10 (100%)	20 (100%)	5 (83,3%)
Sozinho, n (%)	3 (27,3%)	0 (0%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)

Renda familiar

Até 1 salário mínimo, n (%)	4 (36,4%)	2 (100%)	0 (0%)	5 (50%)	2 (10%)	2 (33,3%)
1 a 2 salários mínimos, n (%)	7 (63,6%)	0 (0%)	2 (16,7%)	1 (10%)	4 (20%)	4 (66,7%)
3 salários mínimos, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (41,7%)	3 (30%)	4 (20%)	0 (0%)
≥4 salários mínimos, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (41,7%)	1 (10%)	10 (50%)	0 (0%)

Tempo de IC, n (%)

Até 1 ano, n (%)	5 (45,5%)	1 (50%)	3 (25%)	3 (30%)	5 (25%)	2 (33,3%)
1 a 5 anos, n (%)	3 (27,3%)	0 (0%)	4 (33,3%)	2 (20%)	5 (25%)	3 (50%)
> 5 anos, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	5 (41,7%)	1 (10%)	8 (40%)	1 (16,7%)
Não sabe informar, n (%)	2 (18,2%)	1 (50%)	0 (0%)	4 (40%)	2 (10%)	0 (0%)

Etiologia

Isquêmica, n (%)	5 (45,5%)	1 (50%)	2 (16,7%)	3 (30%)	6 (30%)	2 (33,3%)
Hipertensiva, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (8,3%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)
Valvar, n (%)	4 (36,4%)	0 (0%)	4 (33,3%)	5 (50%)	9 (45%)	0 (0%)
Alcoólica, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)
Idiopática, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	2 (10%)	1 (16,7%)
Não identificada, n (%)	0 (0%)	1 (50%)	4 (33,3%)	1 (10%)	3 (15%)	2 (33,3%)

Classe funcional

I, n (%)	7 (63,6%)	0 (0%)	4 (33,3%)	1 (10%)	7 (35%)	0 (0%)
II, n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	5 (41,7%)	3 (30%)	11 (55%)	2 (33,3%)
III, n (%)	1 (9,1%)	1 (50%)	3 (25%)	6 (60%)	2 (10%)	4 (66,7%)
IV, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
FEVE, média ± DP	46 ± 13	78 ± 0	40 ± 12	51 ± 15	44 ± 15	42 ± 18

Internações prévias por**IC**

Número de internações, média ± DP	2 ± 1	0	3 ± 2	3 ± 1	2 ± 2	2 ± 1
Angioplastia/Cateterismo	2 (18,2%)	0 (0%)	4 (33,3%)	1 (10%)	13 (65%)	3 (50%)

n (%)						
Número de angioplastia/cateterismo, média ± DP	2 ± 1	0	1 ± 0	1 ± 0	2 ± 1	2 ± 1
Cirurgia prévia, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	5 (41,7%)	1 (10%)	7 (35%)	1 (16,7%)
Número de cirurgias, média ± DP	1 ± 0	0	1 ± 0	1 ± 0	2 ± 1	1 ± 0
Tabagismo						
Sim, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	1 (16,7%)
Não, n (%)	2 (18,2%)	1 (50%)	8 (66,7%)	9 (90%)	13 (65%)	3 (50%)
Ex tabagista, n (%)	9 (81,8%)	1 (50%)	4 (33,3%)	1 (10%)	5 (25%)	2 (33,3%)
Já tentou parar de fumar, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)
Recebeu aconselhamento, n (%)	2 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (100%)
Etilismo						
Sim, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	4 (33,3%)	0 (0%)	3 (15%)	3 (50%)
Não, n (%)	5 (45,5%)	1 (50%)	4 (33,3%)	3 (30%)	10 (50%)	2 (33,3%)
Ex etilista, n (%)	5 (45,5%)	1 (50%)	4 (33,3%)	7 (70%)	7 (35%)	1 (16,7%)
Já tentou para de beber, n (%)	0 (0%)	0 (%)	2 (50%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
Recebeu aconselhamento, n (%)	0 (%)	0 (0%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (66,7%)
Atividade física, n (%)	3 (27,3%)	0 (0%)	2 (16,7%)	1 (10%)	7 (35%)	1 (16,7%)
Teve COVID-19, n (%)	1 (9,1%)	1 (50%)	3 (25%)	2 (20%)	3 (15%)	4 (66,7%)
Ficou internado, n (%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (25%)
Esquema vacinal atualizado, n (%)	8 (72,7%)	2 (100%)	9 (75%)	9 (90%)	17 (85%)	4 (66,7%)
Comorbidades						
HAS, n (%)	9 (81,8%)	2 (100%)	7 (58,3%)	7 (70%)	18 (90%)	6 (100%)
Deficiência auditiva, visual, locomotora, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	4 (33,3%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)
Cardiopatia, n (%)	4 (36,4%)	0 (0%)	1 (8,3%)	3 (30%)	13 (65%)	4 (66,7%)
Diabetes Mellitus, n (%)	5 (45,5%)	2 (100%)	4 (33,3%)	2 (20%)	12 (60%)	4 (66,7%)
Dislipidemia, n (%)	4 (36,4%)	0 (0%)	1 (8,3%)	1 (10%)	8 (40%)	1 (16,7%)
DPOC, n (%)	2 (18,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)

Depressão, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	3 (15%)	0 (0%)
Doença renal, n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	1 (16,7%)
MEEM, média ± DP	19 ± 4	21 ± 8	26 ± 3	25 ± 4	27 ± 3	25 ± 3
Orientação temporal, média ± DP	3 ± 1	3 ± 2	5 ± 1	4 ± 1	5 ± 0	5 ± 0
Q1- correta n (%)	8 (72,7%)	1 (50%)	11 (91,7%)	8 (80%)	19 (95%)	6 (100%)
Q2- correta n (%)	10 (90,9%)	2 (100%)	10 (83,3%)	9 (90%)	19 (95%)	6 (100%)
Q3- correta n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	11 (91,7%)	7 (70%)	19 (95%)	4 (66,7%)
Q4- correta n (%)	8 (72,7%)	1 (50%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Q5- correta n (%)	6 (54,5%)	1 (50%)	12 (100%)	9 (90%)	20 (100%)	6 (100%)
Orientação espacial, média ± DP	4 ± 1	4 ± 2	5 ± 1	5 ± 1	5 ± 1	4 ± 0
Q6- correta n (%)	10 (90,9%)	2 (100%)	11 (91,7%)	9 (90%)	19 (95%)	6 (100%)
Q7- correta n (%)	7 (63,6%)	2 (100%)	11 (91,7%)	10 (100%)	19 (95%)	6 (100%)
Q8- correta n (%)	2 (18,2%)	1 (50%)	11 (91,7%)	8 (80%)	17 (85%)	2 (33,3%)
Q9- correta n (%)	10 (90,9%)	1 (50%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Q10- correta n (%)	10 (90,9%)	1 (50%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Registro total, média ± DP	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0
Q11- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Q12- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	11 (91,7%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Q13- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Atenção e cálculo, média ± DP	2 ± 2	3 ± 3	4 ± 1	3 ± 2	4 ± 1	3 ± 2
Q14- correta n (%)	7 (63,6%)	1 (50%)	12 (100%)	9 (90%)	20 (100%)	4 (66,7%)
Q15- correta n (%)	2 (18,2%)	1 (50%)	8 (66,7%)	5 (50%)	17 (85%)	4 (66,7%)
Q16- correta n (%)	2 (18,2%)	1 (50%)	9 (75%)	6 (60%)	14 (70%)	2 (33,3%)
Q17- correta n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	8 (66,7%)	5 (50%)	17 (85%)	3 (50%)
Q18- correta n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	8 (66,7%)	8 (80%)	15 (75%)	3 (50%)
Memória de evocação, média ± DP	1 ± 1	2 ± 1	2 ± 1	2 ± 1	2 ± 1	2 ± 1
Q19- correta n (%)	8 (72,7%)	2 (100%)	10 (83,3%)	6 (60%)	16 (80%)	6 (100%)
Q20- correta n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	4 (33,3%)	5 (50%)	9 (45%)	4 (66,7%)
Q21- correta n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	10	8 (80%)	17 (85%)	3 (50%)

Nomear dois objetos, média ± DP	2 ± 0	2 ± 0	(83,3%) 2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0
Q22- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	19 (95%)	6 (100%)
Q23- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	19 (95%)	6 (100%)
Repetir, média ± DP	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0
Q24- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	9 (90%)	19 (95%)	6 (100%)
Comando de estágios, média ± DP	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0
Q25- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Q26- correta n (%)	10 (90,9%)	2 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Q27- correta n (%)	11 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	20 (100%)	6 (100%)
Escrever frase completa, média ± DP	0 ± 0	0 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0
Q28- correta n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	10 (83,3%)	8 (80%)	16 (80%)	4 (66,7%)
Ler e executar, média ± DP	0 ± 0	0 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0
Q29- correta n (%)	4 (36,4%)	0 (0%)	10 (83,3%)	9 (90%)	18 (90%)	4 (66,7%)
Desenhar diagrama, média ± DP	0 ± 0	1 ± 1	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0
Q30- correta n (%)	3 (27,3%)	1 (50%)	8 (66,7%)	6 (60%)	14 (70%)	5 (83,3%)

HUL: Hospital Universitário de Lagarto; HRI: Hospital Regional de Itabaiana; HP: Hospital Primavera; FBHC: Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia; HCor: Hospital do Coração; HU: Hospital Universitário de Aracaju; GC: Grupo Controle; GI: Grupo Intervenção; IC: Insuficiência Cardíaca; FEVE: Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo; DP: Desvio Padrão; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Periférica.

Quanto à avaliação do autocuidado, na primeira seção no momento de admissão os piores índices revelaram pacientes que nunca ou raramente se pesam (46%; n=26), que nunca ou raramente realizam alguma atividade física (50%; n=28), que nunca ou raramente exercitam-se por 30 minutos (68%; n=38), que nunca ou raramente solicitam alimentos com pouco sal quando comem fora ou visitam alguém (70%; n=39) e que nunca ou raramente usam um sistema para ajudar a lembrar de seus medicamentos (52%; n=29).

Na segunda seção, no momento de admissão predominaram pacientes que

reconheceram imediatamente problemas para respirar ou tornozelos inchados como sintomas de IC no último mês (32%; n=18), que muito provavelmente reduziriam o sal na dieta (57%; n=32), a ingestão de líquidos (29%; n=16), ingeririam um diurético a mais (41%; n=23), contatariam seu médico ou enfermeiro para orientação (61%; n=34) caso tivessem dificuldade para respirar ou inchaço nos tornozelos. Além disso, a maioria dos pacientes (41%; n=23) têm absoluta certeza de que esses recursos ajudariam eles naquela situação.

Há uma semelhança entre os resultados do manejo da IC desta pesquisa com outros estudos desenvolvidos ao redor do mundo, tendo em vista o baixo nível de atividade física, bem como consumo excessivo de sal entre os participantes, mesmo que diferenças culturais façam parte desse contexto (Britz; Dunn, 2010; Tung *et al.*, 2012; Jaarsma *et al.*, 2013; Cocchieri *et al.*, 2015).

Na terceira seção, no momento de admissão preponderaram pacientes muito confiantes em estarem livres dos sintomas de IC (43%; n=24), seguirem o tratamento medicamentoso (52%; n=29), avaliarem a importância dos seus sintomas (48%; n=27), reconhecerem alterações na saúde (52%; n=29), caso elas ocorram e avaliarem se um medicamento funciona (38%; n=20). No entanto, 39% (n=22) dos pacientes se sentem pouco confiantes em fazer algo que possa avaliar seus sintomas. Os demais itens referentes à distribuição das respostas dos pacientes finalizados no período deste estudo estão apresentados na **Tabela 2**.

A confiança no autocuidado pode ter um efeito moderador em garantir que o paciente aumente a adesão no tratamento da IC, desse modo, a estratégia em promover visitas domiciliares e acompanhamento telefônico é importante para que o paciente reconheça e acredite na sua capacidade de manejar os sintomas que o desconfortam, o que garante o fortalecimento da sua confiança no seu estado de saúde (Agvall; Alehagen; Dahlström, 2013; Dickson *et al.*, 2014; Conceição *et al.*, 2015).

Tabela 2. Autocuidado dos pacientes de acordo com os grupos.

Questão	Resposta	GC	GI (n=25)	GC	GI (n=19)
		(n=31)		(n=26)	
SEÇÃO A		Admissão		60 dias após alta	
1. Você se pesa?, n (%)	Nunca ou raramente	13 (41,9%)	13 (52%)	14 (53,8%)	5 (26,3%)
	Às vezes	11 (35,5%)	9 (36%)	9 (34,6%)	5 (26,3%)
	Frequentemente	4 (12,9%)	0 (0%)	2 (7,7%)	5 (26,3%)
	Sempre ou diariamente	3 (9,7%)	3 (12%)	1 (3,9%)	4 (21,1%)
2. Verifica se os seus tornozelos estão	Nunca ou raramente	13 (41,9%)	4 (16%)	2 (7,7%)	0 (0%)
	Às vezes	5 (16,1%)	4 (16%)	5 (19,2%)	1 (5,3%)
	Frequentemente	2 (6,5%)	6 (24%)	4 (15,4%)	3 (15,8%)

inchados?, n (%)	Sempre ou diariamente	11 (35,5%)	11 (44%)	15 (57,7%)	15 (78,9%)
	Nunca ou raramente	3 (9,7%)	1 (4%)	2 (7,7%)	0 (0%)
3. Tenta evitar ficar doente?, n (%)	Às vezes	9 (29%)	4 (16%)	4 (15,4%)	1 (5,3%)
	Frequentemente	7 (22,6%)	5 (20%)	6 (23,1%)	3 (15,8%)
	Sempre ou diariamente	12 (38,7%)	15 (60%)	14 (53,8%)	15 (78,9%)
4. Realiza alguma atividade física?, n (%)	Nunca ou raramente	22 (70,9%)	16 (64%)	14 (53,8%)	1 (5,3%)
	Às vezes	3 (9,7%)	2 (8%)	4 (15,4%)	1 (5,3%)
	Frequentemente	3 (9,7%)	2 (8%)	4 (15,4%)	8 (42%)
	Sempre ou diariamente	3 (9,7%)	5 (20%)	4 (15,4%)	9 (47,4%)
5. É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?, n (%)	Nunca ou raramente	10 (32,6%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
	Às vezes	6 (19,3%)	5 (20%)	1 (3,9%)	0 (0%)
	Frequentemente	5 (16,1%)	7 (28%)	3 (11,5%)	1 (5,3%)
	Sempre ou diariamente	10 (32,6%)	11 (44%)	22 (84,6%)	18 (94,7%)
6. Ingere uma dieta com pouco sal?, n (%)	Nunca ou raramente	7 (22,6%)	4 (16%)	2 (7,7%)	0 (0%)
	Às vezes	4 (12,9%)	5 (20%)	5 (19,2%)	1 (5,3%)
	Frequentemente	6 (19,3%)	2 (8%)	2 (7,7%)	1 (5,3%)
	Sempre ou diariamente	14 (45,2%)	14 (56%)	17 (65,4%)	17 (89,4%)
7. Exercita-se por 30 minutos?, n (%)	Nunca ou raramente	22 (70,9%)	16 (64%)	16 (61,5%)	5 (26,3%)
	Às vezes	3 (9,7%)	2 (8%)	4 (15,4%)	2 (10,5%)
	Frequentemente	2 (6,5%)	3 (12%)	2 (7,7%)	5 (26,3%)
	Sempre ou diariamente	4 (12,9%)	4 (16%)	4 (15,4%)	7 (36,8%)
8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?, n (%)	Nunca ou raramente	14 (45,2%)	18 (72%)	13 (50%)	15 (78,9%)
	Às vezes	16 (51,6%)	6 (24%)	13 (50%)	4 (21,1%)
	Frequentemente	1 (3,2%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
	Sempre ou diariamente	0 (0%)	0 (%)	0 (0%)	0 (0%)
9. Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?, n (%)	Nunca ou raramente	20 (64,4%)	19 (76%)	11 (42,3%)	1 (5,3%)
	Às vezes	2 (6,5%)	3 (12%)	8 (30,8%)	3 (15,8%)
	Frequentemente	2 (6,5%)	1 (4%)	5 (19,2%)	7 (36,8%)
	Sempre ou diariamente	7 (22,6%)	2 (8%)	2 (7,7%)	8 (42%)
10. Usa um sistema (caixa de comprimido, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de seus medicamentos?, n (%)	Nunca ou raramente	13 (41,9%)	16 (64%)	8 (30,8%)	1 (5,3%)
	Às vezes	2 (6,5%)	1 (4%)	3 (11,5%)	0 (0%)
	Frequentemente	4 (12,9%)	2 (8%)	2 (7,7%)	2 (10,5%)
	Sempre ou diariamente	12 (38,7%)	6 (24%)	13 (50%)	16 (84,2%)
SEÇÃO B					
11. Se teve problemas para respirar ou tornozelos inchados no último mês com que rapidez você os reconheceu como um sintoma de IC?, n (%)	Não tive tais sintomas	4 (12,9%)	3 (12%)	0 (0%)	0 (0%)
	Não reconheci	3 (9,7%)	3 (12%)	12 (46,2%)	12 (63,2%)
	Demorei muito para reconhecer	7 (22,6%)	7 (28%)	5 (19,2%)	2 (10,5%)
	Reconheci rapidamente	9 (29%)	2 (8%)	2 (7,7%)	2 (10,5%)
	Reconheci imediatamente	8 (25,8%)	10 (40%)	7 (26,9%)	3 (15,8%)
	Improvável	2 (6,5%)	0 (0%)	1 (3,9%)	0 (0%)
12. Reduzir o sal na dieta, n (%)	Pouco provável	5 (16,1%)	3 (12%)	3 (11,5%)	0 (0%)
	Provável	7 (22,6%)	7 (28%)	4 (15,4%)	6 (31,6%)
	Muito provável	17 (54,8%)	15 (60%)	18 (69,2%)	13 (68,4%)

	Improvável	5 (16,1%)	5 (20%)	4 (15,4%)	0 (0%)
13. Reduzir a ingestão de líquidos, n (%)	Pouco provável	9 (29%)	5 (20%)	5 (19,2%)	0 (0%)
	Provável	11 (35,5%)	5 (20%)	9 (34,6%)	7 (36,8%)
	Muito provável	6 (19,3%)	10 (40%)	8 (30,8%)	12 (63,2%)
	Improvável	10 (32,6%)	10 (40%)	9 (34,6%)	0 (0%)
14. Ingerir um diurético a mais, n (%)	Pouco provável	3 (9,7%)	3 (12%)	2 (7,7%)	7 (36,8%)
	Provável	6 (19,3%)	1 (4%)	4 (15,4%)	2 (10,5%)
	Muito provável	12 (38,7%)	11 (44%)	11 (42,3%)	10 (52,6%)
	Improvável	2 (6,5%)	1 (4%)	1 (3,9%)	0 (0%)
15. Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação, n (%)	Pouco provável	5 (16,1%)	2 (8%)	1 (3,9%)	0 (0%)
	Provável	9 (29%)	3 (12%)	7 (26,9%)	2 (10,5%)
	Muito provável	15 (48,4%)	19 (76%)	17 (65,4%)	17 (89,4%)
16. Pense em um dos recursos acima que você tentou na última vez em que teve dificuldade para respirar ou tornozelos inchados. Você tem certeza de que este recurso o ajudou?, n (%)	Eu não tentei nada	5 (16,2%)	6 (24%)	7 (26,9%)	3 (15,8%)
	Não tenho certeza	5 (16,1%)	3 (12%)	1 (3,9%)	1 (5,3%)
	Tenho certeza	3 (9,7%)	4 (16%)	3 (11,5%)	3 (15,8%)
	Tenho pouca certeza	3 (9,7%)	4 (16%)	5 (19,2%)	5 (26,3%)
	Tenho absoluta certeza	15 (48,4%)	8 (32%)	10 (38,5%)	7 (36,8%)

SEÇÃO C

	Não confiante	3 (9,7%)	2 (8%)	4 (15,4%)	1 (5,3%)
17. Estar livre dos sintomas de IC?, n (%)	Um pouco confiante	7 (22,6%)	9 (36%)	13 (50%)	0 (0%)
	Muito confiante	15 (48,4%)	9 (36%)	6 (23,1%)	10 (52,6%)
	Extremamente confiante	6 (19,3%)	5 (20%)	3 (11,5%)	8 (42%)
	Não confiante	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
18. Seguir o tratamento recomendado?, n (%)	Um pouco confiante	2 (6,5%)	2 (8%)	0 (0%)	1 (5,3%)
	Muito confiante	16 (51,6%)	13 (52%)	14 (53,8%)	2 (10,5%)
	Extremamente confiante	13 (41,9%)	9 (36%)	12 (46,2%)	16 (84,2%)
	Não confiante	2 (6,5%)	3 (12%)	2 (7,7%)	0 (0%)
19. Avaliar a importância dos sintomas?, n (%)	Um pouco confiante	6 (19,3%)	5 (20%)	9 (34,6%)	1 (5,3%)
	Muito confiante	15 (48,4%)	12 (48%)	11 (42,3%)	8 (42%)
	Extremamente confiante	8 (25,8%)	5 (20%)	4 (15,4%)	10 (52,6%)
	Não confiante	1 (3,2%)	3 (12%)	0 (0%)	0 (0%)
20. Reconhecer as alterações na saúde, caso elas ocorram?, n (%)	Um pouco confiante	6 (19,3%)	4 (16%)	10 (38,5%)	1 (5,3%)
	Muito confiante	16 (51,6%)	13 (52%)	13 (50%)	4 (21,1%)
	Extremamente confiante	8 (25,8%)	5 (20%)	3 (11,5%)	14 (73,6%)
	Não confiante	4 (12,9%)	4 (16%)	5 (19,2%)	0 (0%)
21. Fazer algo que possa aliviar seus sintomas?, n (%)	Um pouco confiante	10 (32,6%)	12 (48%)	12 (46,2%)	3 (15,8%)
	Muito confiante	10 (32,6%)	6 (24%)	7 (26,9%)	7 (36,8%)
	Extremamente confiante	7 (22,6%)	3 (12%)	2 (7,7%)	9 (47,4%)
22. Avaliar se um	Não confiante	6 (19,3%)	7 (28%)	11 (42,3%)	3 (15,8%)

medicamento funciona?, n (%)	Um pouco confiante	7 (22,6%)	4 (16%)	10 (38,5%)	7 (36,8%)
	Muito confiante	12 (38,7%)	8 (32%)	4 (15,4%)	4 (21,1%)
	Extremamente confiante	6 (19,3%)	6 (24%)	1 (3,9%)	5 (26,3%)

GC: Grupo Controle; GI: Grupo Intervenção; IC: Insuficiência Cardíaca.

A **Tabela 3** mostra que após os 60 dias de alta, os pacientes do GI obtiveram índices favoráveis no aumento do autocuidado, visto que após realizada a intervenção educativa todos os indivíduos apresentaram classificação adequada neste instrumento (GI 100% vs GC 35%). Ademais, os dados referentes aos óbitos e reinternações por causas cardíacas revelaram valores maiores no GC. O único óbito documentado da amostra faz parte do GC, inclusive de causa cardíaca, bem como 57% das internações no período analisado, além deste grupo deter 67% destas por causa cardíaca (**Tabela 4**).

Vale ressaltar que a diferença quantitativa entre os grupos nestas duas tabelas representa o somatório do óbito notificado com o abandono de 5 pacientes, 1 do GC e 4 do GI. Ainda que o GI mostre 3 reinternações por causas cardíacas, 2 destas foram pós-operatório de cirurgia cardíaca, fator que não está associado à descompensação da doença.

Tabela 3. Classificação de autocuidado após 60 dias de alta entre os grupos.

Variável	Classificação	GC (n=26)	GI (n=19)
Autocuidado	Não adequado	17	0
	Adequado	9	19

GC: Grupo Controle; GI: Grupo Intervenção.

Tabela 4. Análise de óbitos e reinternações dos pacientes entre os grupos.

Variável		GC (n=28)	GI (n=23)
Óbito	Não	27	23
	Sim	1	0
Causa cardíaca	Não	0	0
	Sim	1	0
Reinternação	Não	20	17
	Sim	8	6
	Não	2	3
Causa cardíaca	Sim	6	3

GC: Grupo Controle; GI: Grupo Intervenção.

5 CONCLUSÕES

A intervenção educativa realizada de forma presencial e telefônica se apresentou como uma ferramenta para melhora do autocuidado no GI. Os dados deste estudo mostram que pacientes com IC possuem comportamento de autocuidado inadequado quando não acompanhados regularmente por profissionais de saúde, o que pode ser motivo para levá-los à descompensação da doença.

Dessa forma, é necessária a implementação de práticas educativas ao público nos serviços de saúde, com o objetivo de capacitar os pacientes para o correto reconhecimento e manejo dos sintomas, o que pode garantir o aumento da confiança destes usuários no tratamento da IC, a fim de reduzir readmissões e reinternações hospitalares. Estudos que elenquem evidências sobre a gestão do autocuidado em pacientes com IC para nortear as decisões terapêuticas são fundamentais.

6 PERSPECTIVAS DE FUTUROS TRABALHOS

São necessários trabalhos da mesma temática de controle do autocuidado, especialmente no estado de Sergipe, para que sejam desenvolvidas e padronizadas evidências mais robustas, com o intuito de que as políticas públicas configurem a assistência em saúde com base no arcabouço científico encontrado nestas pesquisas.

Nesse contexto, espera-se que articulem trabalhos que dialoguem com a multidisciplinaridade para garantir um acesso facilitado para os pacientes aos serviços de continuidade do cuidado no tratamento não farmacológico da IC.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGVALL, B.; ALEHAGEN, U.; DAHLSTRÖM, U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. **European journal of heart failure**, v. 15, n. 2, p. 228-236, 2013.

ALITI, G.B. et al. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem[online]**, v.15, n. 2, p. 344-349, 2007.

AMARAL, D. R. et al . Intervenções não farmacológicas para melhor qualidade de vida na insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 1, p. 198-209, fev. 2017.

AMBROSY, A. P. et al. The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure. **Journal Of The American College Of Cardiology**, [s.l.], v. 63, n. 12, p.1123-1133, 2014.

ÁVILA, C. W. **Adaptação transcultural e validação da Self Care of Heart Failure index version 6.2 para uso no Brasil. 2012. Dissertação (Mestrado)** - Curso de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Porto Alegre, Porto Alegre, 2012.

AYUB-FERREIRA, S.M.; LIRA, M.T.,S.S. Síndrome Hiperinflamatória como Mecanismo de Lesão Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 116, n. 3, 2021.

AZEKA, E. et al. I Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco, no Feto, na Criança e em Adultos com Cardiopatia Congênita, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 103, n. 6, supl. 2, p. 1-126, 2014.

BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, sup. 1, p. 1-71, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Procedimentos hospitalares do sus - por local de internação – Sergipe**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qise.def>. Acessado em: 07 de agosto de 2023.

BRITZ, J. A.; DUNN, K. S. Self-care and quality of life among patients with heart failure. **Journal of the American Academy of nurse practitioners**, v. 22, n. 9, p. 480-487, 2010.

BROMAGE, D. I. et al. The impact of COVID-19 on heart failure hospitalization and management: report from a Heart Failure Unit in London during the peak of the pandemic. **European Journal of Heart Failure**, 2020.

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. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 1, p. 39–44, jul. 2009.

CAVUSOGLU, Y. et al. Post-discharge heart failure monitoring program in Turkey: Hit- Point. **The Anatolian Journal of Cardiology**, v. 17, n. 2, p. 107–112, 2016.

CHEN, C. et al. Post-discharge short message service improves short-term clinical outcome and self-care behaviour in chronic heart failure. **ESC heart failure**, v. 6, n. 1, p. 164-173, 2019.

COCCHIERI, A. et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 14, n. 2, p. 126-136, 2015.

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (CCDIC). Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018.

CONCEIÇÃO, A. P. et al. Autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 578-586, 2015.

DAINESI, S. M.; ALIGIERI, P. Como as recomendações" consort" podem assegurar a qualidade dos relatos de estudos clínicos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 2, p. 61-74, 2005.

DICKSON, V. V. et al. Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: results of a pilot study. **Patient education and counseling**, v. 96, n. 2, p. 188-196, 2014.

EILAT-TSANANI, S. et al. Evaluation of telehealth service for patients with congestive heart failure in the north of Israel. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 15, n. 3, p. e78-e84, 2016.

EZEKOWITZ, J. A. et al. Comprehensive update of the canadian cardiovascular society guidelines for the management of heart failure. **Can J Cardiol**. v. 11, n. 33, p. 1342-433, 2017.

HUA, C. Y. et al. 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, 2017.

JAARSMA, T. et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. **Patient education and counseling**, v. 92, n. 1, p. 114-120, 2013.

KOCIOŁ, R. D.; ALLEN, L. A. Gradual Increases in Scheduled and Actual Early Follow Up after Heart Failure Hospitalization: Two Steps Forward or One Step Forward?. **Circ Heart Fail**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 1-4, 2016.

LENARDT, M. H. et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental. **Acta paul. Enferm [online]**, v. 22, n. 5, p.638-644, 2009.

LINN, A. C. et al. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 500–506, jun. 2016.

LIU, H. L. et al. The effects of a self-care program on patients with heart failure. **J**

Chin Med Assoc, v. 78, n. 11, p. 648-56, 2015.

MEHRALIAN, H. et al. The Comparison of the Effects of Education Provided by Nurses on the Quality of Life in Patients with Congestive Heart Failure (CHF) in Usual and Home-Visit Cares in Iran. **Global Journal of Health Science**, v. 6, n. 3, p. 256–260, abr. 2014.

MELO, N. A. **Avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva em pacientes hipertensos resistentes [Dissertação de Mestrado]**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67–74, jan. 1986.

MUSSI, C. M. et al. Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, v. 21, p. 20-28, 2013.

OSCALICES, M.I.L. et al. Discharge guidance and telephone follow-up in the therapeutic adherence of heart failure: randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2019;27:e3159.

PRADO-GALBARRO, F. J. et al. Comparación de métodos para modelizar los factores asociados con los ingresos hospitalarios en casos incidentes de insuficiencia cardíaca. **Revista Espanola de Salud Publica**, v. 91, p. 1–12, 2017.

QAVAM, S. M. et al. Investigating the effect of education on self-care among chronic heart failure patients admitted to Shahid Mostafa Khomeini Hospital of Ilam. **Global Journal of Health Science**, v. 9, n. 5, p. 1-79, 2017.

RABELO, E. R. et al. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico-EMBRACE. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 660-665, 2012.

RABELO-SILVA, E. R. et al. Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados a adesão ao tratamento: estudo multicêntrico-EMBRACE. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e20170292, out. 2018.

RADHAKRISHNAN, K.; TOPAZ, M.; CREBER, R. M. Adapting heart failure guidelines for nursing care in home health settings: challenges and solutions. **J Cardiovasc Nurs**, v. 29, n. 4, p. e1-8, 2014.

RICE, H.; SAY, R.; BETIHAVAS, V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 101, n. 3, p. 363–374, mar. 2018.

RUPPAR, T. M. et al. Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled

Trials. **Journal of the American Heart Association**, v. 5, n. 6, p. 1– 18, 13 jun. 2016.

SANTOS, G. V. S. et al. Impacto de uma estratégia educativa na qualidade de vida e no autocuidado de pacientes com Insuficiência Cardíaca descompensada após alta hospitalar. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, 2021.

SATO, Y. Multidisciplinary management of heart failure just beginning in Japan. **J Cardiol**, v. 66, n. 3, p. 181-8, 2015.

SAVARESE, G.; LUND, L. Global public health burden of heart failure. **Cardiac failure review**, v. 3, n. 1, p. 7, 2017.

SILVA, P. G. M. et al. Impacto Inicial de uma Clínica de Insuficiência Cardíaca em Hospital Cardiológico Privado. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 2, p. 90-96, 2014.

SIMÃO, A. F. et al. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 101, p. 1-63, 2013.

SOUZA, T. M. B. et al. Valor Prognóstico do NT-proBNP versus Classificação de Killip em Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas. **Arq Bras Cardiol**. v. 114, n. 4, p. 666-672, 2020.

SRISUK, N. et al. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. **Journal of advanced nursing**, v. 73, n. 4, p. 857-870, 2017.

STEVENS, B. et al. The economic burden of heart conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 1, p. 29–36, 2018.

TOMASONI, D. et al. COVID 19 and heart failure: from infection to inflammation and angiotensin II stimulation. Searching for evidence from a new disease. **European journal of heart failure**, 2020.

TUNG, Heng-Hsin et al. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 11, n. 2, p. 175-182, 2012.

VIEIRA, S. Introdução à bioestatística. Elsevier Brasil, 2011.

YANCY, C. W. et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. **Circulation**, v. 136, n. 6, p. 137-61, 2017.

8 OUTRAS ATIVIDADES

Coautoria em resumo aprovado no Congresso Brasileiro de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (HEMO 2022), publicado nos anais da Hematology, Transfusion and Cell Therapy.

Coautoria em 14 resumos aprovados no XXXIII Congresso Brasileiro de Genética Médica.

Coautoria em três resumos aprovados no 2º Congresso Sul-Americano e 4º Congresso Paulista de Urgências e Emergências Pediátricas.

Autoria e coautoria em dois resumos aprovados para e-pôster no XLII Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia e XVI Congresso Sergipano de Cardiologia.

Representante discente suplente do Colegiado do Departamento de Medicina de Lagarto.