



## Efeito da entrevista motivacional no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado\*

Effect of motivational interviewing on self-care of people with heart failure: a randomized clinical trial

Efecto de la entrevista motivacional sobre el autocuidado de personas con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico aleatorizado

### Como citar este artigo:

Flores PVP, Alvarez Rocha P, Figueiredo LS, Guimarães TML, Velasco NS, Cavalcanti ACD. Effect of motivational interviewing on self-care of people with heart failure: a randomized clinical trial. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03634. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013703634>

-  Paula Vanessa Peclat Flores<sup>1</sup>
-  Pablo Alvarez Rocha<sup>2</sup>
-  Lyvia da Silva Figueiredo<sup>3</sup>
-  Thais Medeiros Lima Guimarães<sup>4</sup>
-  Nathália Sodrê Velasco<sup>4</sup>
-  Ana Carla Dantas Cavalcanti<sup>5</sup>

\* Extraído da tese: “Efeito da entrevista motivacional no autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado”, Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares, 2018.

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Universidad de la Republica Uruguay, Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.

<sup>3</sup> Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Niterói, RJ, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the effect of motivational interviewing on self-care for people with chronic heart failure. **Method:** A multicenter randomized clinical trial, which divided people into an intervention group (n=59) and a control group (n=59), followed for 60 days in centers of Brazil and Uruguay. The intervention group received three consultations per motivational interviewing, with an interval of 30 days, and the control group maintained conventional follow-up in specialized clinics. The data were assessed using the Self-Care of Heart Failure Index 6.2, before and after intervention in each of the centers. They were analyzed using the mean, median, t-test, correlation analysis using the Spearman coefficient and effect of the intervention by Cohen's d. **Results:** One hundred and eighteen people completed the study. In view of the assessment of the effect of the motivational interviewing on self-care, compared to conventional follow-up, a medium effect on maintenance and management (Cohen's d=0.6723; 0.5086) and high on self-care confidence (Cohen's d=0.9877). **Conclusion:** Motivational interviewing was effective in improving self-care in patients with heart failure, being a feasible strategy to be implemented in specialized clinics. Brazilian Registry of Clinical Trials (*Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos*): RBR-6fp5qt.

### DESCRIPTORS

Heart Failure; Motivational Interviewing; Self Care; Cardiovascular Nursing; Clinical Trial.

### Autor correspondente:

Paula Vanessa Peclat Flores  
Rua Dr. Celestino, 74, 3º andar  
CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil  
paulapeclat@gmail.com

Recebido: 22/05/2019  
Aprovado: 12/12/2019

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo<sup>(1)</sup>. Dentre elas, a insuficiência cardíaca (IC) tem sido apontada como um importante problema de saúde e considerada como uma nova epidemia com elevada mortalidade e morbidade<sup>(2-3)</sup>.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 5,1 milhões de indivíduos apresentam as manifestações clínicas de IC<sup>(4-5)</sup>. Um estudo americano indicou que entre os anos de 2000 e 2009 ocorreram cerca de um milhão de mortes por ano na América do Norte, seguidas por cerca de 800.000 mortes na América Latina e cerca de 7.500 no Caribe não latino<sup>(6)</sup>. No Brasil, entre fevereiro de 2018 e 2019, a IC totalizou 213.247 mil casos de internações e 23.749 mil óbitos<sup>(7)</sup>. No Uruguai, em pesquisa realizada em uma região rural, a prevalência da IC foi de 17,6/1.000 e a incidência, de 4,6/1.000 casos por ano<sup>(8)</sup>.

Estudos apontam que o tratamento dessa síndrome é complexo, pois exige mudanças severas no estilo de vida ocasionado adesão de aproximadamente 50%<sup>(9)</sup>. As clínicas de IC recomendadas por consensos nacionais e internacionais são consideradas benéficas e eficazes para diminuir o número de hospitalizações e melhorar a qualidade de vida através de acompanhamento especializado multiprofissional<sup>(10)</sup>.

O enfermeiro, como parte da equipe multiprofissional, atua nessas clínicas, principalmente na orientação quanto ao autocuidado<sup>(11)</sup>. O autocuidado relaciona-se ao bem estar físico, psicológico, aumento da satisfação e da qualidade de vida, redução da morbimortalidade, se associando à autonomia e responsabilidade na adesão aos comportamentos saudáveis<sup>(12)</sup>. O bom prognóstico está diretamente relacionado à adesão das medidas terapêuticas estabelecidas internacionalmente relacionadas às recomendações farmacológicas, como baixo consumo de sal, controle diário de peso, restrição ao uso de álcool e tabaco, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação<sup>(12)</sup>.

Estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), Brasil e Uruguai também obtiveram baixos escores de manutenção, manejo e confiança no autocuidado<sup>(13-15)</sup>, demonstrando a complexidade deste problema. O autocuidado é um processo que parte do acompanhamento da terapêutica, envolvimento e motivação para adesão ao plano de cuidados, busca de bem-estar e saúde, comparecimento às consultas e maior controle das medidas terapêuticas. A melhora do autocuidado é um processo que requer, principalmente, a mudança comportamental e a motivação de cada pessoa<sup>(16)</sup>, necessitando de intervenções de saúde que auxiliem o paciente nesta transição e manutenção dos hábitos saudáveis de vida.

Nesta perspectiva, a entrevista motivacional (EM) visa auxiliar o indivíduo no processo de mudança comportamental, estimulando o comprometimento por meio de abordagem convincente e encorajadora. Trata-se de uma técnica relativamente simples e com baixo custo, sendo baseada em princípios cognitivos como o entendimento dos problemas e as reações emocionais frente a eles, visando estabelecer alternativas para a modificação dos padrões de pensamentos,

implementando soluções e propondo intervenções terapêuticas individualizadas com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento<sup>(17)</sup>.

A necessidade de mudança comportamental de pessoas com IC frente ao tratamento farmacológico e não farmacológico inspirou a testagem da EM como uma intervenção de enfermagem frente ao autocuidado em clínicas especializadas em IC em dois países da América do Sul (Brasil e Uruguai).

Diversos estudos que utilizaram a EM apresentaram resultados positivos frente a tabagistas<sup>(18)</sup>, usuários de álcool<sup>(19)</sup> e obesos<sup>(20)</sup>. Estudos conduzidos nos EUA demonstraram também resultados efetivos da EM como uma abordagem a ser utilizada em indivíduos com IC, para melhorar a implementação da atividade física<sup>(20-21)</sup>, a transição do hospital para o domicílio<sup>(22-23)</sup> e a diminuição da readmissão hospitalar<sup>(23-24)</sup>.

Apesar disso, a efetividade da EM no autocuidado ainda não havia sido testada em clínicas especializadas em IC no Brasil e no Uruguai. Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar a efeito da EM no autocuidado de pessoas com IC crônica.

## MÉTODO

### DESENHO DO ESTUDO

Ensaio clínico randomizado (ECR), multicêntrico, no qual o grupo controle recebeu acompanhamento convencional (realizado por enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, educador físico, pedagogo e serviço social), e o grupo intervenção recebeu três consultas por EM com intervalo de 30 dias (além do acompanhamento convencional), por um período de 60 dias em cada um dos centros, respeitando o mesmo protocolo de pesquisa.

### DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Amostra probabilística, do tipo aleatória simples, sem estratificação. O cálculo da amostra foi realizado pelo programa WinPepi 11.65, com base em um estudo piloto<sup>(15)</sup>, através do desfecho 'manutenção do autocuidado' relacionado ao grupo controle (GC) e ao grupo intervenção (GI), no qual utilizaram-se os seguintes valores: antes da intervenção (GC=48,3±19,0; GI=43,2±11,4) e depois da intervenção (GC=49,7±14,9; GI=60,8±10,4). A amostra final foi de 29 pacientes para cada subgrupo, com 9 pontos de diferença entre os grupos, confiança de 95%, perda de 20% e poder de 80%. Um pesquisador externo à intervenção organizou uma listagem com numeração sequencial e nomes dos pacientes e realizou uma randomização por sequência simples através do site [www.randomization.com](http://www.randomization.com).

### COLETA DE DADOS

No Brasil, a coleta de dados foi realizada em uma clínica especializada em IC localizada em Niterói, RJ. O espaço físico é devidamente climatizado, dispõe de quatro consultórios, uma de reuniões e uma sala de espera. Nesta clínica, o acompanhamento convencional é realizado por enfermeiros,

médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, pedagogos e assistentes sociais. Como estratégias de educação e monitoramento, incluem-se consultas multiprofissionais presenciais, consultas telefônicas, visitas domiciliares e grupos de apoio.

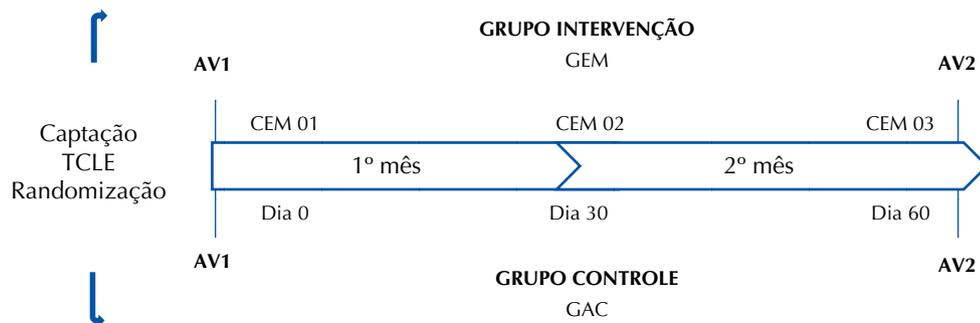
No Uruguai, a coleta de dados foi realizada em uma clínica especializada em IC localizada em Montevideu, Uruguai. O espaço físico dispõe de seis consultórios, uma sala de reuniões e uma sala de espera. O acompanhamento convencional é realizado por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Como estratégias de educação e monitoramento, incluem-se consultas multiprofissionais presenciais e consultas telefônicas.

Em ambos os centros, foram consideradas candidatas para participar da pesquisa pessoas com diagnóstico médico de IC independente da etiologia, fração de ejeção preservada ou diminuída, maiores de 18 anos, com classes funcionais I-III *New York Heart Association* (NYHA) e com menos de uma consulta presencial com as equipes multiprofissionais nas clínicas especializadas. Foram excluídas as pessoas com sequelas neurológicas cognitivas autorrelatadas ou

identificadas durante a consulta multidisciplinar, assim como os pacientes que não compareceram a uma das intervenções ou avaliações propostas.

Em ambos os centros, as equipes de pesquisa foram divididas da seguinte forma: Grupo 1 – Captação e Avaliação: composto por uma enfermeira (único grupo cego); Grupo 2 – Randomização: composto por uma enfermeira para os dois centros; Grupo 3 – Intervenção (Grupo Entrevista Motivacional – GEM): composto por uma enfermeira, a mesma para os dois centros; Grupo 4 – Controle (Grupo Acompanhamento Convencional – GAC): composto pela equipe multiprofissional.

Nos dois centros, os indivíduos elegíveis foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente adequado para cada centro. Após a randomização, foi realizada a primeira avaliação (AV1) para ambos os grupos. Após 60 dias, os participantes da pesquisa do GEM e do GAC foram reavaliados para os mesmos desfechos na segunda avaliação (AV2), conforme indica a Figura 1.



TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; AV1: primeira avaliação; CEM: consultas de enfermagem motivacional; AV2: segunda avaliação.

**Figura 1** – Protocolo do ECR

No GI, além do acompanhamento convencional, foram realizadas três consultas de enfermagem presenciais utilizando como abordagem a EM, com intervalo de 30 dias entre os atendimentos, como indicado na Figura 1. As consultas com EM duraram cerca de 30 minutos, realizadas em consultórios individuais, confortáveis e climatizados em ambos os centros. A EM foi realizada pela mesma profissional nos dois centros, que recebeu três treinamentos por especialistas em EM para aplicação da intervenção, e é bilíngue fluente em português e espanhol. A coleta de dados no Brasil (janeiro a julho 2017) precedeu a coleta de dados no Uruguai (agosto a dezembro 2017), sendo uma sequencial a outra. A profissional que fez a intervenção, ao chegar no Uruguai, acompanhou a rotina da clínica por 15 dias antes de iniciar a intervenção, para reconhecimento das rotinas, assim como particularidades culturais e idiomáticas da população.

A EM se iniciava por meio do esquema OARS. 'O' de *Open questions*/perguntas abertas, 'A' de *Affirmation*/

afirmar ou reforço positivo, 'R' de *Reflection*/reflexão e 'S' de *Summary*/resumo. No caso de participantes resistentes às mudanças, a consulta seguia utilizando o esquema DARNC (*desire*/desejo, *ability*/capacidade, *reasons*/razões, *need*/necessidade e *commitment*/comprometimento), para favorecer a mudança de comportamento. Para os participantes que já decidiram mudar o comportamento, foi utilizada a técnica CATS, (*commitment*/intenção ou decisão, *activation*/disposto ou pronto, *taking steps*/preparando, dando passos)<sup>(17-24)</sup>.

O desfecho deste estudo foi o autocuidado, avaliado através do questionário *Self-care of Heart Failure Index 6.2*<sup>(15)</sup>. No Brasil, utilizou-se uma versão traduzida e validada em 2012, no qual apresentou consistência interna das questões pelo alfa de Cronbach de 0,70, e a reprodutibilidade avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,87<sup>(13)</sup>. No Uruguai, o mesmo questionário foi adaptado transculturalmente por esta equipe de pesquisa<sup>(15)</sup>, conforme diretriz proposta pelo *Institute for Work & Health*<sup>(25)</sup>.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences/IBM (SPSS)*, versão 22.0. A análise descritiva foi baseada em distribuições de frequências, média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil. A comparação de dois grupos independentes foi feita pelo teste t-de *Student*. O cálculo do tamanho de efeito foi realizado pelo *d de Cohen*<sup>(26)</sup>. A análise de correlação foi realizada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Todas as discussões foram realizadas considerando nível de significância máximo de 5%.

## ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa garante a manutenção do sigilo, da confidencialidade e da privacidade dos dados dos sujeitos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. No Brasil, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense em 08 de maio de 2015, sob o Parecer 1.055.465. A pesquisa também foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 27 de fevereiro de 2018, sob Parecer 2.404.683 e Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (RBR-6fp5qt), atualizado em 16 de

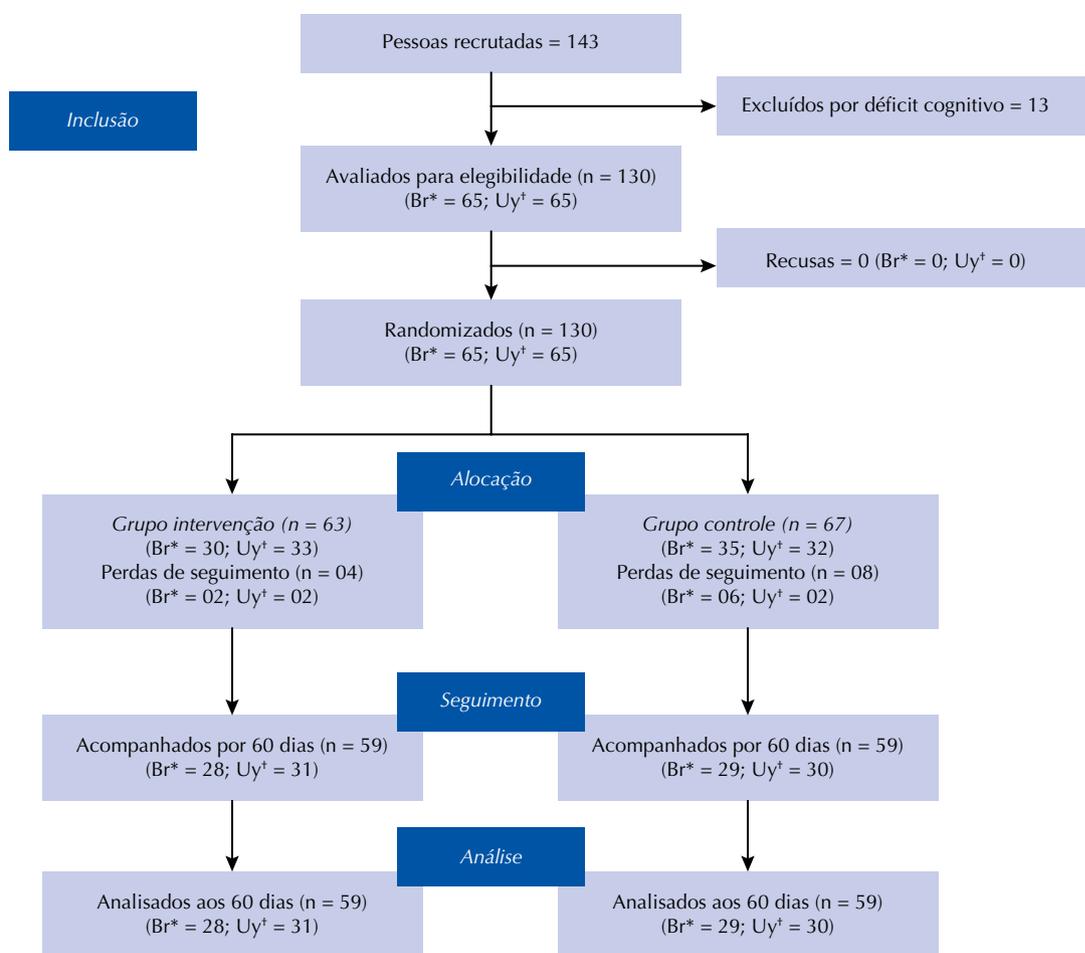
novembro de 2017, atendendo aos preceitos da Resolução CNS/MS 466/12. No Uruguai, foi aprovada em 17 de maio de 2017 pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas Manuel Quintela, da *Universidad de la Republica*.

## RESULTADOS

A Figura 2 apresenta o fluxograma da inclusão, alocação, seguimento e análise para o ECR. Foram recrutadas 143 pessoas com IC, no entanto 13 foram excluídos por déficit cognitivo e 130 foram avaliados para elegibilidade, sendo randomizados 65 pacientes para o Brasil e 65 no Uruguai.

No GI, considerando ambos os países, foram alocados 63 pacientes (Brasil=30 e Uruguai=33). Foram contabilizadas duas perdas de seguimento em cada país, restando 59 pacientes para o acompanhamento e implementação da intervenção (Brasil=28 e Uruguai=31). Estes mesmos pacientes concluíram o estudo, alcançando a fase de análise de dados, mantendo este número amostral (n=59), sendo 28 no Brasil e 31 no Uruguai.

No GC, foram alocados 67 pacientes em ambos os países (Brasil=35 e Uruguai=32). Ocorreram oito perdas de seguimento, sendo seis no Brasil e dois no Uruguai, restando 59 pacientes para o GC (Brasil=29 e Uruguai=30). Estes mesmos pacientes mantiveram-se até a fase de análise de dados (n=59), sendo 29 no Brasil e 30 no Uruguai.



Legenda: Br – Brasil; Uy† – Uruguai.

Figura 2 – Diagrama Consort

A amostra final foi composta por 118 pessoas com IC nos dois centros, sendo 59 pacientes no GI (EM) e 59 no GC (acompanhamento convencional). A Tabela 1 apresenta

a caracterização sócio demográfica e clínica destas pessoas e demonstra que os grupos são homogêneos nos dois centros, exceto pela etiologia, que não altera o desfecho do estudo.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com IC crônica acompanhados nas clínicas especializadas do Brasil e Uruguai – Niterói, RJ, Brasil/Montevidéu, Uruguai, 2017.

Variáveis	Brasil=57			Uruguai=61		
	Intervenção (n=28)	Controle (n=29)	Valor de p	Intervenção (n=31)	Controle (n=30)	Valor de p
Sexo, Feminino*	18(64,3)	11(37,9)	0,047	14(45,2)	13(43,3)	0,886
Idade†	68(59-74,5)	59(51-64)		65(56-72)	64(57-72)	
Aposentado*	15(53,6)	10(34,5)	0,697	13(41,9)	13(43,3)	0,472
Ensino Fundamental*	6(21,4)	6(20,7)	0,083	14(45,2)	13(43,3)	0,217
Casado*	17(60,7)	21(72,4)	0,120	16(51,6)	13(43,3)	0,228
FEVE†	55(40-71)	57(34-67)	0,552	30(28-35)	35(30-43)	0,057
NYHA II*	17 (60,7)	17(58,6)	0,697	19(61,3)	12(40,0)	0,248
Não isquêmica**	13(46,4)	8(27,6)	0,012	25(80,6)	20(66,7)	0,380
Tabagismo*	2(7,1)	2(6,9)	1,000	3(9,7)	5(16,7)	0,709
Etilismo*	5(17,9)	2(6,9)	0,253	3(9,7)	2(6,7)	0,611
<b>Escores de autocuidado‡</b>						
Manutenção	48,3±19,0	43,2±11,4	0,220	62,9±14,5	63,9±15,2	0,796
Manejo	45,8±24,4	46,3±19,3	0,953	41,4±23,6	46±20,1	0,624
Confiança	51,8±22,2	58,2±20,7	0,282	67,6±17,5	63,6±21,8	0,427

\*n (%); †mediana (amplitude interquartil 25-75); ‡ média ± desvio padrão.

Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE); Classe Funcional da *New York Heart Association* (NYHA); Não isquêmica (Etiologia). Nota: (n=118).

Ao avaliar as amostras na perspectiva de cada país, no Brasil, 57 pessoas concluíram o estudo, sendo do sexo feminino 18 (64,3%) no GI e 11 (37,9%) no GC. Em relação à idade, os subgrupos intervenção são mais velhos que do GC, com medianas 68 (59-74,5) e 59 (51-64), respectivamente.

No Uruguai, 61 pessoas concluíram o estudo, 34 (55,7%) do sexo masculino. A diferença entre estas proporções não foi significativa sob o ponto de vista estatístico (valor de p=0,443), ou seja, pode-se afirmar que a proporção de homens e mulheres na amostra do Uruguai é a

mesma e que o predomínio de casos do grupo masculino não é significativo.

Avaliando-se a amostra global (Brasil + Uruguai) em uma perspectiva de GI e GC, a Tabela 2 apresenta a comparação dos escores de manutenção, manejo e confiança no autocuidado antes e após a intervenção de EM ou acompanhamento convencional. Também apresenta a medida de efeito na amostra do estudo nas seguintes proporções: Manutenção do autocuidado (75%), manejo do autocuidado (69%) e confiança do autocuidado (84%), considerando os valores do *d de Cohen*.

**Tabela 2** – Comparação entre o GC e o GI nas habilidades do autocuidado e verificação da magnitude do efeito nos dois centros nas avaliações pré e pós – Niterói, RJ, Brasil/Montevidéu, Uruguai, 2017.

Subescalas do autocuidado	Multicêntrico – Pré (n=118)			Multicêntrico – Pós (n=118)			Efeito D de Cohen
	Controle* (n=59)	Intervenção* (n=59)	Valor de p†	Controle* (n=59)	Intervenção* (n=59)	p-valor†	
Manutenção	56,30 ±18,78	53,08 ±16,1	0,322	56,97 ±17,2	69,02 ±13,9	<0,001	0,6723
Manejo‡	45,86 ±22,1	44,00 ±21,1	0,756	63,88 ±21,9	74,00 ±17,0	0,187	0,5086
Confiança	57,73 ±22,6	63,1 ±19,9	0,172	54,93 ±22,1	73,31 ±16,8	<0,001	0,9807

\*Média ± desvio padrão; †teste T-Student; ‡Manejo pré (controle n=23 e intervenção=30) e manejo pós (controle n=09 e intervenção=20). Nota: (n=118).

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam pela primeira vez o efeito da EM no autocuidado de pessoas com IC, acompanhados em dois centros especializados na América do Sul (Brasil e Uruguai). Quando comparado ao GC, houve aumento significativo dos escores de manutenção ( $p < 0,001$ ) e confiança ( $p < 0,001$ ) no autocuidado do GI.

Uma revisão sistemática realizada no Canadá identificou que alcançar o autocuidado foi visto como um desafio para o binômio paciente/cuidador pela dificuldade em identificar os comportamentos de autocuidado mais importantes (manutenção do autocuidado), assim como manejar os sintomas de descompensação (manejo do autocuidado)<sup>(27)</sup>.

Nos pacientes que receberam consultas com EM, o escore total médio para comportamentos de autocuidado pós-intervenção foi significativamente aumentado em comparação àquele na fase pré-intervenção.

Um estudo descritivo publicado em 2014<sup>(28)</sup> realizou quatro sessões com abordagem por EM breve, onde foi discutida a frustração do paciente ligada à hospitalização, especificamente com possíveis formas de abordar problemas nos comportamentos de autocuidado. Com o uso desta abordagem, o paciente relatou um aumento em sua motivação e habilidade para mudar e desenvolver um plano para incorporar comportamentos de autocuidado em sua rotina diária<sup>(28)</sup>.

O presente estudo evidenciou que a EM melhorou o autocuidado nos dois centros especializados, possivelmente pelo caráter individualizado desta abordagem, respeitando as limitações, fragilidades e pré-disposições para mudança destas pessoas. Por outro lado, um grande desafio é auxiliar estas pessoas na tomada de decisões para mudanças de comportamento. Estas pessoas apresentam necessidades fisiológicas, espirituais, sociais e psicológicas afetadas, o que pode reduzir sua motivação intrínseca, mesmo sabendo quais são as medidas de autocuidado que devem incorporar.

Um estudo testou a eficácia da EM através de visita domiciliar e consulta telefônica no autocuidado de 67 pacientes com IC e apresentou efeito moderado na manutenção do autocuidado ( $d$  de Cohen=0,44)<sup>(22)</sup>. O presente estudo corrobora com este resultado, pois obteve efeito moderado ( $d$  de Cohen=0,6723;  $p < 0,001$ ), no mesmo desfecho, no entanto, com uma estratégia diferenciada para abordagem da EM.

Um estudo americano publicado em 2016 testou a eficácia da EM na diminuição de readmissões hospitalares de 100 pacientes com IC e verificou que após 3 meses, 34 participantes tiveram pelo menos uma readmissão hospitalar. A proporção de readmissão hospitalar para uma condição não relacionada à IC foi menor no GI (7,1%), em comparação com o GC (30%, valor de  $p=0,003$ ). Preditores significativos de uma readmissão 'não IC' no GI foram: idade, diabetes e hemoglobina. Juntas, essas variáveis explicaram 35% da variância nas readmissões de multimorbidade<sup>(24)</sup>.

A confiança do autocuidado está relacionada à intervenção e resposta aos sintomas<sup>(29)</sup>, e, com isso, uma intervenção que é capaz de produzir níveis adequados de confiança no autocuidado torna-se importante estratégia no cuidado. Sob este aspecto, a mudança de comportamento ou habilidade para o autocuidado implica em mais do que fornecer educação em saúde. Muito embora estudos apontem que o autocuidado de pessoas com IC é inadequado<sup>(11-14)</sup> e que programas educacionais de autogestão apresentam melhores resultados nesta habilidade<sup>(22)</sup>, o presente estudo destaca a necessidade de melhorar o autocuidado destes pacientes através de modelos assistenciais individualizados. Para tal, a EM se apresenta como uma importante ferramenta para inseri-los no planejamento do autocuidado.

O presente estudo aponta resultados que corroboram com os mecanismos de melhora da autoeficácia (confiança que uma pessoa tem em si mesma, para realizar tarefas específicas, neste estudo, avaliado através da confiança no autocuidado), pois utilizou em seu protocolo de intervenção de EM etapas para afirmação, reflexão e síntese, conversa positiva para mudança e resolução de problemas personalizada. Estas implicações comprovam que estes mecanismos para a EM têm apresentado boas respostas na IC, podendo ser uma escolha para melhores resultados de saúde frente ao desafio do autocuidado.

Assume-se como limitação a não realização análise multivariada, estratificação por sexo e não cegamento para intervenção, pois os pacientes que receberam a EM sabiam que havia sido alocados no GI, assim como o enfermeiro que realizava a consulta com EM sabia que estava diante deste grupo. No entanto, a randomização, alocação, avaliação dos desfechos e análise estatística foram cegados. Além disso, o estudo foi realizado em duas clínicas especializadas, uma no Brasil e outra no Uruguai, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões de ambos os países, apesar de não terem surgido fatores específicos de influências geográficas na intervenção.

Dentre as principais dificuldades para a realização deste estudo, destacam-se a necessidade de uma equipe grande para manter os preceitos de um ECR em dois centros, a necessidade de uma profissional fluente no segundo idioma, a capacitação e aprimoramento acerca da intervenção e o custeio do estudo, que embora tenha obtido auxílio para internacionalização, foi custeado em grande parte, pela pesquisadora principal.

Sugere-se a realização de estudos multicêntricos em outras regiões e países para a construção de evidências por metanálises e incorporação da intervenção de enfermagem com EM em *guidelines*.

## CONCLUSÃO

A EM foi efetiva na melhora do autocuidado de pacientes com IC crônica de clínicas especializadas no Brasil e no Uruguai. Recomenda-se a incorporação desta estratégia em clínicas especializadas de ambos os países e demais regiões com perfil sociodemográfico e cultural semelhante.

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o efeito da entrevista motivacional no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca crônica. **Método:** Ensaio clínico randomizado, multicêntrico, dividindo as pessoas em grupo intervenção (n=59) e grupo controle (n=59), acompanhadas por 60 dias nos centros do Brasil e Uruguai. O grupo intervenção recebeu três consultas por entrevista motivacional, com intervalo de 30 dias, e o grupo controle manteve o acompanhamento convencional nas clínicas especializadas. Os dados foram avaliados através do *Self-Care of Heart Failure Index 6.2*, antes e após a intervenção, em cada um dos centros e analisados através de média, mediana, teste-t, análise de correlação pelo coeficiente de Spearman e efeito da intervenção pelo *d de Cohen*. **Resultados:** 118 pessoas concluíram o estudo. Diante da avaliação do efeito da entrevista motivacional no autocuidado, comparando-se ao acompanhamento convencional, foi identificado efeito médio na manutenção e manejo (Cohen-d=0,6723; 0,5086) e alto na confiança do autocuidado (Cohen-d=0,9877). **Conclusão:** A entrevista motivacional foi efetiva na melhora do autocuidado dos pacientes com insuficiência cardíaca, sendo uma estratégia factível a ser implementada em clínicas especializadas. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos: RBR-6fp5qt.

**DESCRITORES**

Insuficiência Cardíaca; Entrevista Motivacional; Autocuidado; Enfermagem Cardiovascular; Ensaio Clínico.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar el efecto de las entrevistas motivacionales en el autocuidado de personas con insuficiencia cardíaca crónica. **Método:** Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, que divide a las personas en un grupo de intervención (n=59) y un grupo de control (n=59), seguidos durante 60 días en centros de Brasil y Uruguay. El grupo de intervención recibió tres consultas por entrevista motivacional, con un intervalo de 30 días, y el grupo de control mantuvo el monitoreo convencional en clínicas especializadas. Los datos se evaluaron utilizando el *Self-Care of Heart Failure Index 6.2*, antes y después de la intervención, en cada uno de los centros y se analizaron utilizando la media, la mediana, la prueba t, el análisis de correlación utilizando el coeficiente de Spearman y el efecto de la intervención por el *d de Cohen*. **Resultados:** 118 personas completaron el estudio. En vista de la evaluación del efecto de la entrevista motivacional sobre el autocuidado, en comparación con el seguimiento convencional, un efecto medio en el mantenimiento y el manejo (Cohen-d=0.6723; 0.5086) y alto en la confianza en el autocuidado (Cohen-d=0,9877). **Conclusión:** La entrevista motivacional fue efectiva para mejorar el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca, siendo una estrategia factible para ser implementada en clínicas especializadas. Registro brasileño de ensayos clínicos: RBR-6fp5qt.

**DESCRIPTORES**

Insuficiencia Cardíaca; Entrevista Motivacional; Autocuidado; Enfermería Cardiovascular; Ensayo Clínico.

**REFERÊNCIAS**

1. Organização Pan Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Doenças cardiovasculares [Internet]. Brasília: OPAS/OMS; 2017 [citado 2018 out. 01]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839)
2. Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure: clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 25];104(6):433-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n6/0066-782X-abc-20150031.pdf>
3. The Lancet. Heart failure: the need for improved treatment and care. *Lancet*. 2018;392(10146): 451. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31737-9
4. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation*. 2017;70(6):776-803. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.025>
5. Nascimento WO, Santos AMR, Ribeiro IP, Oliveira ADS. Profile of elderly people with heart failure in an emergency hospital. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 25];21(4):1-10. Available from: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47084/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47084/pdf_en)
6. Gawryszewski VP, Souza MFM. Mortality due to cardiovascular diseases in the Americas by region, 2000-2009. *São Paulo Med. J.* 2014;132(2):105-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1322604>
7. Brasil. Ministério da Saúde; DATASUS. Base de dados das Informações de Saúde: Morbidade hospitalar do SUS por local de internação; Brasília; 2019.
8. Uruguay. Decreto de Ley n. 379/008, de 14 de agosto de 2008. Apruébase el Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, vinculado a la Investigación en Seres Humanos [Internet]. Uruguay; 2008 [citado 2017 dic. 27]. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>
9. Turner AP, Sloan AP, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Telephone Counseling and home telehealth monitoring to improve medication adherence: results of a pilot trial among individuals with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol*. 2014;59(2):136-46. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0036322>
10. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018; 111(3):436-539. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>
11. Qavam SM, Sahebi A, Shohani M, Balavandi F, Qavam R, Tavan H. Investigating the effect of education on self-care among chronic heart failure patients admitted to Shahid Mostafa Khomeini Hospital of Ilam. *Glob J Health Sci*. 2017;9(5):79-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v9n5p79>
12. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz D. Self-care in heart failure patients. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 27];23(4):578-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00578.pdf>
13. Ávila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LC, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the Self-Care of Heart Failure Index version 6.2. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 27];(n.spe). Available from: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/178976/>

14. Arruda CS, Pereira JMV, Figueiredo LS, Scofano BS, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Effect of an orientation group for patients with chronic heart failure: randomized controlled trial. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 24]; 25:e2982. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2982.pdf>
15. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail.* 2004;10(4):350-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2003.12.001>
16. Silva AF, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, Fé A, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 24];23(5):888-94. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/106155/104813>
17. Guimarães TML, Figueiredo LS, Velasco NS, Hipólito RL, Bandeira GMS, Barbosa ME, et al. A efetividade da entrevista motivacional no autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão sistemática. *Rev Enferm Atual Derme* [Internet]. 2019 [citado 2019 abr. 25];87(n.spe). Disponível em: [http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED\\_87\\_REVISTA\\_25\\_ESPECIAL/17.pdf](http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_87_REVISTA_25_ESPECIAL/17.pdf)
18. Le EJ. The effect of positive group psychotherapy and motivational interviewing on smoking cessation: a qualitative descriptive study. *J Addict Nurs.* 2017;28(2):88-95. DOI: <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000169>
19. Magill M, Colby SM, Orchowski L, Murphy JG, Hoadley A, Brasil LA, et al. How does brief motivational intervention change heavy drinking and harm among underage young adult drinkers? *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 24];85(5):447-458. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398911/>
20. Marques MM, de Gucht V, Leal I, Maes S. Efficacy of a randomized controlled self-regulation based physical activity intervention for chronic fatigue: mediation effects of physical activity progress and self-regulation skills. *J Psychosom Res.* 2017;94:24-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.012>
21. McCarthy MM, Dickson VV, Katz SD, Sciacca K, Chyun DA. Process evaluation of an exercise counseling intervention using motivational interviewing. *Appl Nurs Res.* 2015; 28(2):156-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.09.006>
22. Masterson CR, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2016;99(2):256-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.031>
23. Linden A, Butterworth SW. A comprehensive hospital-based intervention to reduce readmissions for chronically ill patients: a randomized controlled trial. *Am J Manag Care.* 2014;20(10):783-92.
24. Riegel B, Masterson CR, Hill J, Chittams J, Hoke L. Effectiveness of motivational interviewing in decreasing hospital readmission in adults with heart failure and multimorbidity. *Clin Nurs Res.* 2016;25(4):362-77. DOI: <https://doi.org/10.1177/1054773815623252>
25. Institute for Work and Health. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH outcome measures [Internet]. Toronto; 2007 [cited 2018 Jan 6]. Available from: <http://www.dash.iwh.on.ca/translation-guidelines>
26. Lindenau JDR, Guimarães LSP. Calculando o tamanho do efeito no SPSS. *Rev HCPA* [Internet]. 2012 [citado 2017 dez. 23];32(3):363-81. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/33160/22836>
27. Clark AM, Spaling M, Harkness K, Spiers J, Strachan PH, Thompson DR, et al. Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart.* 2014;100(9):716-21. DOI: 10.1136/heartjnl-2013-304852
28. Stawnychy M, Masterson Creber R, Riegel B. Using brief motivational interviewing to address the complex needs of a challenging patient with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 9];29(5):E1-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376356/>
29. Riegel B, Dickson VV, Lee CS, Daus M, Hill J, Irani H. A mixed methods study of symptom perception in patients with chronic heart failure. *Heart Lung.* 2017;47(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.11.002>

---

#### Apoio financeiro

Fundação Banco Santander.

---



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.