

Orientação de alta e acompanhamento telefônico na adesão terapêutica da insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado*

Monica Isabelle Lopes Oscalices^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3591-6855>

Meiry Fernanda Pinto Okuno¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4200-1186>

Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8989-4404>

Cássia Regina Vancini Campanharo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7688-2674>

Ruth Ester Assayag Batista¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6416-1079>

Objetivo: avaliar a efetividade da intervenção comportamental de orientação de alta e contato telefônico na adesão terapêutica, re-hospitalizações e mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca. Método: ensaio clínico randomizado, sem cegamento, incluídos 201 pacientes, internados em pronto socorro, com diagnóstico de insuficiência cardíaca. Randomizados em Grupo Controle e Grupo Intervenção, realizada intervenção de orientação de alta específica no Grupo Intervenção, contatados para reorientação via telefonemas em 07 e 30 dias e após 90 dias avaliado a adesão ao tratamento através dos testes de Morisky, *Brief Medical Questionnaire* e teste para adesão não medicamentosa em ambos grupos. Utilizou-se o Modelo de Equações de Estimativa Generalizadas ($p < 0,05\%$). Resultados: foram alocados aleatoriamente 101 pacientes no Grupo Controle e 100 no Grupo Intervenção, com média de idade de $62,6 \pm 15,2$. O Grupo Intervenção apresentou maior adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa em relação ao Grupo Controle ($p < 0,001$) e houve menor índice de re-hospitalização e morte no Grupo Intervenção após 90 dias. Conclusão: a orientação de alta com acompanhamento telefônico foi efetiva e resultou em maior adesão terapêutica, diminuição de re-hospitalizações e óbitos em pacientes com insuficiência cardíaca. Registro de Ensaio Clínico (REBEC): RBR- 37n859

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Educação; Ensaio Clínico; Enfermagem; Enfermagem em Emergência; Alta do Paciente.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Reinternação e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca após orientação de alta e contato telefônico de enfermagem", apresentada à Universidade Federal de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Pronto Socorro, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Discharge guidance and telephone follow-up in the therapeutic adherence of heart failure: randomized clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3159. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2484.3159>. URL

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) representa um problema de grande magnitude, pois é a segunda causa de morte por doenças cardiovasculares no Brasil. É frequente a procura dos serviços de emergência por esta população e são elevadas as taxas de hospitalizações devido às complicações clínicas, o que configura um problema recorrente de saúde pública há quase 20 anos⁽¹⁻³⁾.

O elevado número de admissões hospitalares por IC, quase um milhão de internações anuais, deve-se comumente à descompensação da doença que pode ser desencadeada por fatores cardiovasculares, como isquemia e arritmias, e não cardiovasculares, como infecções variadas. Outro fator importante na descompensação clínica desses pacientes é a não adesão ao tratamento indicado para a doença⁽⁴⁻⁵⁾.

Estima-se que 50% dos pacientes com doenças crônicas não são aderentes ao tratamento e, de forma voluntária ou involuntária, a não adesão ao tratamento se deve a fatores como desconhecimento das medicações, não entendimento da prescrição médica, falta de crença no tratamento e condições psicossociais dos pacientes⁽⁶⁾.

A orientação de alta é fator importante na melhora da compreensão do paciente referente à doença e à adesão ao tratamento. Para uma orientação de alta eficaz, é importante que ela seja realizada de forma individualizada e de acordo com o entendimento do paciente a respeito de sua doença⁽⁷⁻⁸⁾.

Estudos reforçam a associação da educação em saúde com a melhora do conhecimento sobre IC pelos pacientes, sendo que o enfermeiro desempenha um importante papel na educação do paciente e adesão ao tratamento⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A literatura demonstra que o acompanhamento telefônico tem sido eficiente, pois pacientes que receberam ligações após a alta hospitalar, com o intuito de solucionar dúvidas, controlar sinais e sintomas e orientar quanto ao tratamento, aderiram mais à terapêutica proposta e houve diminuição da procura por atendimento nas unidades de emergência, de re-hospitalizações e de óbito⁽¹¹⁻¹²⁾.

O alto índice de reinternações por descompensação de IC acarreta grandes gastos para o sistema de saúde, além de aumentar a morbimortalidade desses pacientes⁽³⁾. Nesse contexto, deve ser revisto pela equipe interprofissional de saúde e considerado o uso de estratégias que possam aumentar substancialmente a adesão ao tratamento desses indivíduos. A orientação de alta hospitalar individualizada e o acompanhamento telefônico ao paciente surgem como estratégias em saúde que podem ser realizadas pelo enfermeiro para

otimizar o autocuidado⁽¹¹⁻¹²⁾, melhorando a adesão terapêutica dos pacientes com IC e diminuindo a procura pelo hospital.

Diante do exposto, este estudo teve por finalidade verificar se uma estratégia comportamental constituída por acompanhamento telefônico e orientação individualizada feita pelo enfermeiro, contribui para aumentar a adesão medicamentosa de pacientes com IC em um cenário que faltam pesquisas nacionais que abordem essa temática. Nesse contexto, este estudo teve por objetivo avaliar a efetividade da intervenção comportamental de orientação de alta e contato telefônico na adesão terapêutica, re-hospitalizações e mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca.

Método

Tratou-se de um ensaio clínico randomizado, com 201 participantes, aleatorizado por meio de sorteio eletrônico e sem cegamento.

O estudo foi realizado durante o ano de 2016, entre janeiro e dezembro, no pronto socorro de uma instituição pública especializada em cardiologia, com seis leitos de emergência, 21 de observação e 40 de retaguarda.

Foram incluídos pacientes internados no pronto socorro com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada, registrados em prontuário no momento da admissão, com outros diagnósticos associados ou não, maiores de 18 anos, que não foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio nos últimos 30 dias e que possuíam contato telefônico.

O tamanho da amostra foi determinado com poder de 80%, diferença clínica de 15% e considerado nível de significância clínica de 5%, por meio da análise estatística dos questionários utilizados. Desta forma, a amostra total constituiu-se de 201 pacientes.

A intervenção foi por meio da orientação de alta específica e individualizada para pacientes com IC na iminência da alta hospitalar.

Uma lista contendo números entre um e 201 foi randomizada por meio de sorteio eletrônico, dividindo os números entre Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI) aleatoriamente, via *software* on-line. Os pacientes foram numerados sequencialmente no momento da alta hospitalar por ordem crescente, de um a 201, e no momento da alta, pelo seu número sequencial de coleta, foram alocados conforme a lista de randomização entre GC e GI, não havendo necessidade do uso de envelopes lacrados. O GI foi composto por 100 participantes e o GC, por 101.

Para redução do risco de viés, todas as intervenções foram realizadas por pesquisadora única.

O GC recebeu orientações de alta usuais, pela equipe de enfermagem do setor, por meio de *folder* explicativo padronizado pela instituição, com informações sobre restrições alimentares, exercícios recomendados, importância da adesão medicamentosa e retorno ao serviço de emergência em caso de piora dos sinais e sintomas. Após três meses da alta hospitalar, o GC foi contatado, por meio telefônico, pela pesquisadora, e foram avaliadas a adesão e as barreiras para a não adesão às medidas farmacológicas, a adesão às medidas não farmacológicas, a ocorrência de re-hospitalização e óbito no período. A ligação teve em média 15 minutos de duração.

O GI recebeu orientações de alta da pesquisadora, no leito em que o paciente estava internado e com a presença do acompanhante se houvesse. Antes do início da orientação, a pesquisadora avaliou o conhecimento prévio do paciente em relação à doença e tratamento, por meio de um questionário estruturado com base na literatura^(1,8,13).

A orientação iniciou-se com a apresentação ao paciente de um vídeo ilustrativo, da Associação Brasileira de Insuficiência Cardíaca, sobre a definição de IC. Após essa etapa foi realizada orientação de alta individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente, por meio de leitura de *folders* explicativos. Os *folders* foram elaborados a partir das diretrizes de insuficiência cardíaca crônica, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)^(1,9,13) e continham informações sobre a definição da doença, aspectos nutricionais, restrição hídrica e tratamento medicamentoso.

A orientação no GI seguiu um roteiro e foi realizada levando-se em consideração o conhecimento prévio do paciente e suas dúvidas. O roteiro foi composto dos seguintes itens: i) conhecimento do paciente sobre a doença e o tratamento; ii) necessidade de manutenção de restrição hídrica, calórica e de sódio; iii) realização de atividade física, se prescrita; iv) necessidade de controle de peso; v) conhecimento sobre os sinais e sintomas de descompensação da IC; e vi) importância do acompanhamento ambulatorial.

Durante a orientação a pesquisadora tinha em mãos a prescrição médica para esclarecimento de dúvidas dos pacientes e familiares em relação ao uso dos medicamentos e possíveis efeitos colaterais. As orientações duraram em média 20 minutos.

Após trinta dias da alta hospitalar, os pacientes do GI foram contatados por meio telefônico pela pesquisadora para esclarecer dúvidas e identificar dificuldades quanto ao tratamento, sendo que a pesquisadora fez as reorientações de acordo com as dificuldades apontadas pelo paciente. Além disso, foi identificado se houve

re-hospitalização ou óbito nesse período. As ligações tiveram em média 10 minutos de duração.

A avaliação da efetividade da intervenção no GI foi realizada após 90 dias da alta hospitalar, por meio de contato telefônico.

Foram considerados desfechos primários à adesão terapêutica por meio da adesão medicamentosa e não medicamentosa e as barreiras para a não adesão medicamentosa e, como desfechos secundários, a ocorrência de re-hospitalização e óbito em sete, 30 e 90 dias após a alta hospitalar.

Com o objetivo de caracterizar os pacientes do estudo, foi elaborado um instrumento com variáveis sociodemográficas e clínicas, como: idade, sexo, escolaridade, tempo de internação, situação conjugal, ocupação, peso, altura, circunferência abdominal, presença de antecedentes e hábitos pessoais e realização de atividade física.

O consumo de bebida alcoólica foi considerado excessivo quando ultrapassa 30g álcool/dia, o equivalente a 625ml de cerveja (~6% de álcool) ou 312,5ml de vinho (~12% de álcool) ou 93,7ml de destilados (~40% de álcool)⁽¹⁴⁾.

A atividade física foi classificada da seguinte forma: ativo fisicamente o indivíduo que pratica atividade física aeróbica, como caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação, em uma frequência de três a cinco vezes por semana com duração de 30 a 60 minutos⁽¹³⁾.

O Teste de Morisky Green (TMG) foi utilizado para avaliar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e é composto por quatro perguntas: 1) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar sua medicação? 2) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento? 3) Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento? 4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la? O paciente foi classificado como "alta adesão" quando as respostas às quatro perguntas foram negativas; quando uma ou duas respostas foram positivas o paciente foi classificado como "moderada adesão" e com três ou quatro positivas, ele foi classificado como "baixa adesão"⁽¹⁴⁾.

Para identificar as barreiras à adesão ao tratamento, na perspectiva do paciente, foi utilizado o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). Este instrumento é dividido em três domínios: Domínio Regime, que avalia o comportamento do paciente em relação à adesão ao tratamento prescrito; Domínio Crença, que avalia a crença do paciente na eficácia do tratamento e opiniões sobre os efeitos colaterais indesejados; e Domínio Recordação, que identifica problemas em relação à recordação em tomar os medicamentos. A presença

de resposta positiva em qualquer um dos domínios identifica barreira ao regime de tratamento prescrito⁽¹⁴⁾.

Para avaliar a adesão ao tratamento não medicamentoso, elaborou-se um questionário com três perguntas: 1) Você realiza o controle de peso conforme orientado pelo profissional de saúde? 2) Você realiza o controle de sal conforme orientado pelo profissional de saúde? 3) Você realiza restrição hídrica conforme orientado pelo profissional de saúde? O paciente foi classificado como "alta adesão" quando as respostas às três perguntas foram positivas; como "moderada adesão"

quando uma ou duas respostas foram positivas e, se três foram negativas, como "baixa adesão"⁽¹⁾.

A coleta de dados foi dividida em quatro momentos: 1) no momento da alta hospitalar em ambos os grupos (Tempo 0- T0); 2) após sete dias da alta hospitalar, via telefone, no GI e, por meio de prontuário, no GC (Tempo 1- T1); 3) após 30 dias da alta hospitalar, via telefone, no GI e, por meio de prontuário, no GC (Tempo 2- T2); e 4) após 90 dias de alta hospitalar, via telefone, em ambos os grupos (Tempo 3- T3). O fluxograma da coleta de dados do estudo está apresentado na Figura 1.

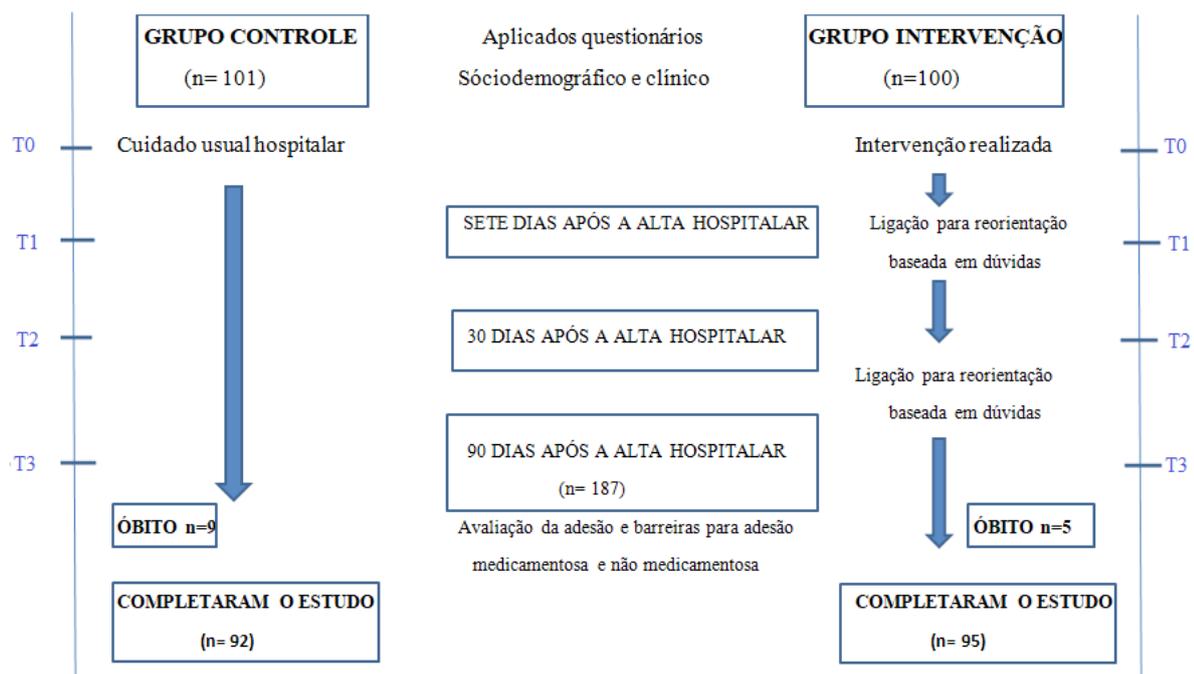


Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Os dados foram armazenados em planilhas do programa Excel, versão 2007, e analisados pelo programa estatístico SPSS versão 19.

A variável independente foi considerada a intervenção comportamental por meio da orientação de alta e contato telefônico.

As variáveis consideradas como dependentes foram: a adesão medicamentosa, as barreiras para a não adesão, a adesão não medicamentosa, a ocorrência de re-hospitalização e óbito. As variáveis de controle foram: idade, sexo e comorbidades.

Para as variáveis contínuas, calculou-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para as variáveis categóricas, frequência, percentual e risco relativo.

Para comparar a adesão medicamentosa, as barreiras para não adesão e a adesão não medicamentosa 90 dias após a alta, a re-hospitalização e óbito em sete, 30 e 90 dias após a alta, entre os grupos, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, quando necessário, o Exato de Fisher e

o Modelo de Equações de Estimacão Generalizadas, que tem como objetivo estimar parâmetros de regressão com dados correlacionados, avaliar a relação entre a variável resposta e as variáveis preditoras em um contexto populacional e a diferença na resposta média populacional entre dois grupos com diferentes fatores de risco.

A homogeneidade dos grupos em relação a variáveis sociodemográficas e clínicas foi realizada utilizando o teste Qui-Quadrado ou o teste da Razão de Verossimilhança e, em relação a variáveis contínuas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

O nível de significância considerado para todas as análises foi 5% (p-valor < 0,05%).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: RBR- 37n859.

O fluxograma do estudo está representado na Figura 2.

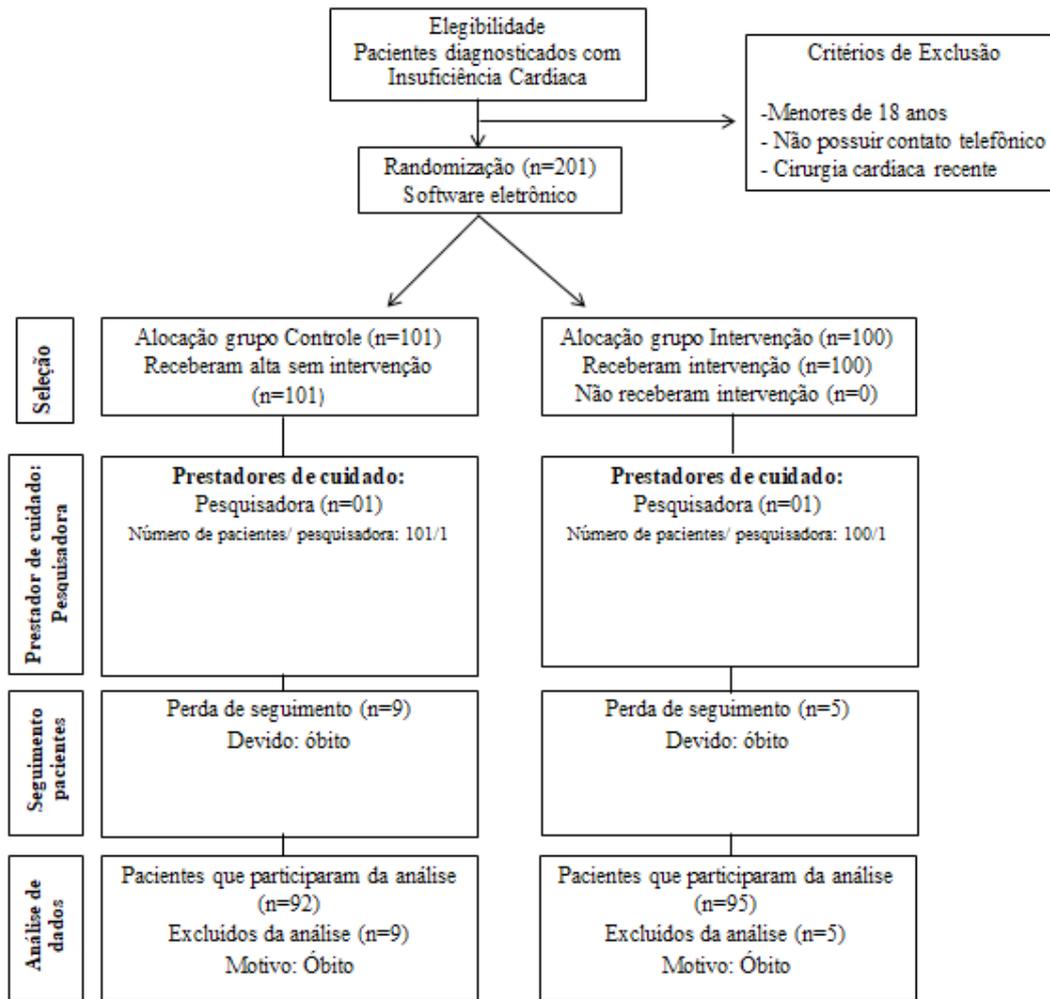


Figura 2 – Fluxograma do estudo. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Resultados

A média de idade dos pacientes (n=201) foi de 62,6±15,2 anos, os grupos intervenção e controle eram homogêneos em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas ($p > 0,05$) conforme observado na Tabela 1.

Os medicamentos eram custeados integralmente por 45,8% (n=92) dos pacientes, sendo que 36,8% (n=74) recebiam integralmente os medicamentos de forma gratuita.

A adesão e as barreiras para adesão medicamentosa e não medicamentosa estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 1 – Variáveis demográficas e clínicas de pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Controle. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Características	Grupo Intervenção	Grupo Controle	P valor*
	n(%)	n(%)	
Sexo			0,527
Feminino	57 (57)	62 (61,4)	
Masculino	43 (43)	39 (38,6)	
Não tabagista	42 (42)	33 (32,6)	0,076
Ex tabagista	29 (29)	38 (37,7)	0,076
Tabagista	29 (29)	30 (29,7)	0,076
Diabetes Mellitus	59 (59)	60 (59,4)	0,357
Dislipidemias	76 (76)	61 (60,4)	0,142
HAS [†]	97 (97)	101 (100)	0,316
Escolaridade			0,768
Cinco a oito anos estudo	36 (36)	39 (38,6)	
Analfabetos	5 (5)	7 (6,9)	
Ocupação			0,620
Aposentados	28 (28)	20 (19,8)	
Do lar	23 (23)	27 (26,7%)	

*P valor: Testes Qui-Quadrado, da Razão de Verossimilhança, de Mann-Whitney; [†]HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

Tabela 2 – Adesão medicamentosa, barreiras para adesão medicamentosa e não medicamentosa entre o grupo controle e grupo intervenção após 90 dias da intervenção. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Adesão/ Barreiras	Grupo Intervenção (n=98)/ n(%)	Grupo Controle (n=95)/ n(%)	Total n (%)	P valor*	RR†	IC 95%‡
Adesão Medicamentosa						
Alta adesão	24 (25,3)	7 (7,6)	31 (16,6)	0,0003	3,80	[1,77: 8,12]
Moderada adesão	32 (33,7)	55 (59,8)	87 (46,5)			
Baixa adesão	39 (41,1)	30 (32,6)	69 (36,9)	0,6124	1,56	[0,09: 2,22]
Barreira Regime						
Presente	56 (58,9)	72 (78,3)	128 (68,4)	0,0045	1,89	[1,2:2,98]
Ausente	39 (41,1)	20 (21,7)	59 (31,6)			
Barreira Crença						
Presente	15 (15,8)	32 (34,8)	47 (25,1)	0,0028	1,29	[1,09:1,53]
Ausente	80 (84,2)	60 (65,2)	140 (74,9)			
Barreira Recordação						
Presente	37 (38,9)	61 (66,3)	98 (52,4)	0,0002	1,81	[1,3:2,52]
Ausente	58 (61,1)	31 (33,7)	89 (47,6)			
Adesão não medicamentosa						
Alta adesão	24 (25,3)	7 (7,6)	31 (16,6)	0,0335	1,94	[1,15:3,28]
Moderada adesão	32 (33,7)	55 (59,8)	87 (46,5)			
Baixa adesão	39 (41,1)	30 (32,6)	69 (36,9)		1,23	[0,78:1,94]

*P valor: Modelo de Equações de Estimação Generalizadas; †RR: Risco Relativo; ‡IC: Intervalo de Confiança

Quanto à adesão medicamentosa, houve diferença estatisticamente significativa entre os GC e GI após 90 dias da alta hospitalar. Os pacientes do GI apresentaram maior adesão medicamentosa, com risco 3,8 vezes maior de serem aderentes quando comparados aos pacientes do GC no mesmo período.

Quanto às barreiras para adesão, em ambos os grupos GI e GC, a barreira de regime foi a mais prevalente, sendo que houve diferença estatisticamente significativa entre o GC e o GI quanto à presença das barreiras de crença, regime e recordação, que estavam mais presentes no GC, sendo que o risco do GI é 1,89 vezes maior de ter barreira negativa quando comparado ao GC.

Referente à adesão não medicamentosa, há diferença significativa entre os grupos considerando Aderente e Provável aderência. O GI apresenta maior percentual de Aderentes do que o GC, com risco de 1,2 vezes maior de ser Aderente do que o GC após a intervenção.

Em relação à re-hospitalização, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) entre os dois grupos após 90 dias da intervenção. O GI apresentou menor taxa de re-hospitalizações quando comparado ao GC. Referente à mortalidade, o GI apresentou menor índice de óbito quando comparado ao GC conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Re-hospitalização e óbitos na população do estudo após 30 e 90 dias da intervenção. São Paulo, SP, Brasil, 2016 (n=201)

Desfechos	Grupo Controle n (%)	Grupo Intervenção n (%)	Total n (%)	P valor*	RR†	IC 95%‡
30 dias						
Re-hospitalização						
Não	96 (95)	98 (98)	194 (96,5)	0,4448	2,48	[0,49:12,46]
Sim	5 (5)	2 (2)	7 (3,5)			
Óbito	-	-	-			
90 dias						
Re-hospitalização						
Não	53 (52,5)	69 (69)	122 (60,7)	0,0310	1,55	[1,03:2,32]
Sim	39 (38,6)	26 (26)	65 (32,3)			
Óbito						
Não	92 (91,1)	95 (95)	187 (93)	0,2761	1,78	[0,62: 5,13]
Sim	9 (8,9)	5 (5)	14 (14)			

*P valor: Modelo de Equações de Estimação Generalizadas; †RR: Risco Relativo; ‡IC: Intervalo de Confiança

Durante o período do estudo as perdas foram devido à mortalidade dos pacientes, não havendo outros motivos para não seguimento.

Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram que existe diferença estatisticamente significativa na adesão medicamentosa e não medicamentosa entre pacientes submetidos à intervenção de alta específica e acompanhamento telefônico (GI) e os pacientes submetidos à orientação hospitalar protocolar (GC). Pacientes pertencentes ao GI apresentaram maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso quando comparados ao outro grupo. Tais resultados estão em consonância com a literatura, uma vez que o enfermeiro, por meio da implementação de práticas educativas em saúde como consultas de enfermagem, visitas domiciliares e tele monitoramento, pode estabelecer intervenções adequadas ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso favorecendo a compreensão da doença, maior adesão ao tratamento, auto monitoramento dos sinais e sintomas de descompensação e autocuidado em relação à IC⁽¹⁵⁾.

O principal objetivo da educação de enfermagem ao paciente com IC é que ele compreenda a importância da adesão ao tratamento e os sinais e sintomas de descompensação. A educação em saúde, por meio de diferentes estratégias, pode impactar de maneira positiva na adesão ao tratamento da IC; tanto a estratégia de acompanhamento telefônico como a visita domiciliar foram comprovadas como eficazes na adesão e no autocuidado desta população⁽¹⁶⁾.

Em relação às barreiras para adesão medicamentosa, este estudo evidenciou que a principal foi a barreira de regime, que sugere dificuldade de entendimento dos pacientes quanto às orientações sobre a prescrição de medicamentos, o que se agrava com a polifarmácia⁽⁶⁾.

Referente à barreira crença, que avalia o quanto o paciente acredita que o tratamento pode melhorar ou controlar a doença, evidenciou-se que os pertencentes GC apresentaram maior porcentagem de barreira de crença em relação ao GI. Pode-se inferir que após a intervenção os pacientes tiveram melhor conhecimento em relação à doença e à importância do tratamento, contribuindo para que os mesmos acreditassem na efetividade da terapia, o que pode melhorar a autogestão da doença e aumentar a adesão à terapia proposta⁽⁷⁾. Quanto à presença de barreira de recordação, foi observado maior percentual no GC, o que sugere que, após submetidos a uma intervenção educativa sobre a importância do tratamento, indivíduos ficam menos propensos a esquecer-se das medicações e de como utilizá-las.

Neste estudo, 16,6% do total dos pacientes apresentaram alta adesão não medicamentosa, com diferença entre os grupos: 7,6% do GC e 25,3% do GI. A adesão não medicamentosa consiste em adequada restrição hídrica quando indicada, restrição na ingestão de sal e controle diário de peso, e pode ser referida como a meta mais difícil de ser alcançada no tratamento da IC, pois está relacionada com a mudança de comportamento e hábitos de vida⁽¹⁷⁾. Artigo de revisão sistemática que analisou 17 estudos sobre o autocuidado e doenças crônicas, entre elas IC, corrobora a ideia de que o autocuidado efetivo da doença pelo paciente está relacionado diretamente com a diminuição da mortalidade e re-hospitalizações, devendo ser um ponto de desenvolvimento na educação em saúde⁽¹⁸⁾.

A adesão ao tratamento de pacientes crônicos tem se mostrado um ponto crítico na área da saúde⁽¹⁹⁾, sendo que a baixa adesão tem relação direta com as re-hospitalizações por IC. As intervenções realizadas neste estudo contribuíram para menor taxa de re-hospitalizações após 90 dias da alta do paciente, sendo que 38,6% dos pacientes do GC e 26% do GI foram re-hospitalizados neste período ($p=0,0310$).

Em relação à mortalidade, neste estudo, 7% do total de pacientes evoluíram para óbito, 8,9% no GC e 5% no GI, após 90 dias da alta. Estudo com o objetivo de avaliar o impacto do monitoramento telefônico de pacientes com IC, também evidenciou redução nas taxas de mortalidade desses indivíduos⁽¹⁹⁾. A estratégia adequada de educação em saúde pode influenciar diretamente e de forma significativa na mortalidade dos pacientes com IC, uma vez que melhoram a compreensão acerca da doença, de seu tratamento e, conseqüentemente, a adesão à terapia, com aumento da sobrevida e melhoria na qualidade de vida⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Este estudo teve como limitação o tempo de acompanhamento dos pacientes. Apesar de grande parte dos estudos existentes o fazerem por 90 dias, mais tempo de seguimento poderia elucidar desfechos diferentes e possibilitar melhor avaliação quanto ao tratamento de IC. A dupla estratégia educativa, que consistiu em orientação específica de alta e o acompanhamento telefônico utilizados neste estudo mostraram-se benéficos em relação aos desfechos avaliados, porém sua associação não permite avaliar a eficácia isolada de cada estratégia, recomendando estudos para avaliação de estratégias isoladas e maior tempo de acompanhamento.

Este estudo demonstrou o importante papel da educação em saúde realizada pelo enfermeiro, seu impacto na adesão ao tratamento da IC e diminuição do número de re-hospitalizações e óbito. Além disso, ensaios clínicos randomizados e controlados podem servir como guia e referência para tomada de decisões

na prática de enfermagem. Esses achados poderão contribuir substancialmente para a implementação de uma rotina individualizada de orientações de alta e seguimento de pacientes com IC em outras instituições com esse perfil de enfermos, diminuindo a procura pelos serviços de emergência, o número de internações, óbitos e os gastos para o sistema de saúde.

Conclusão

Esta pesquisa concluiu que a dupla intervenção educativa, no momento da alta, e o acompanhamento telefônico após a alta de pacientes com IC em um serviço de emergência é efetiva, e resultou em maior adesão terapêutica e diminuição das barreiras à adesão, do número de re-hospitalizações e de óbitos, como proposto.

Referências

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica- 2012. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2012 [Acesso 30 set 2017]; 98(1 suppl 1):1-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000700001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000700001&lng=en) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012000700001>
2. Bocchi EA. Heart Failure in South America- 2013. *Curr Cardiol Rev.* 2013; 9(2): 147-56. doi: <http://doi.org/10.2174/1573403X11309020007>
3. Searle J, Frick J, Möckel M. Acute heart failure facts and numbers: acute heart failure populations. *Esc Heart Failure.* 2016; 3(2): 65-70. doi: <http://doi.org/10.1002/ehf2.12092>
4. Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2009 [Acesso 30 set 2017];93(3 supl.3):1-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001900001
5. Montera MW, Pereira SB, Colafranceschi AS, Almeida DR, Tinoco EM, Rocha RM, et al. Sumário de atualização da II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2012 [Acesso 30 set 2017]; 98(5):375-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000500001&lng=en
6. Ruppert TM, Delgado JD, Temple J. Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs.* [internet] 2015 [cited Jun 27, 2017]; 14(5) 395-404. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515115571213> doi: <https://doi.org/10.1177/1474515115571213>
7. Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG, et al. Quality of Life Analysis among Men and Women with Heart Failure. *Rev Bras Cardiol.* [internet]. 2014 [cited Jun 27, 2017]; 27(2): 97-103. Available from: <http://www.onlineijcs.org/sumario/27/pdf/v27n2a05.pdf>
8. Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2012 [cited Sep 30, 2017]; 20(2):296-306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200012&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200012>
9. Boisvert S, Proulx-Belhumeur A, Gonçalves N, Doré M, Francoeur J, Gallani MC. An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Mar 11] ;23(4):753-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400753&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0370.2612>
10. Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC et al . Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 11] ; 21(spe): 20-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700004&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700004>
11. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2011 [cited Sep 30, 2017]; 96(3):233-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000300010&lng=en
12. Ong MK, Romano PS, Edgington S, Aronow HU, Auerbach AD, Black JD, et al. Effectiveness of Remote Patient Monitoring After Discharge of Hospitalized Patients With Heart Failure: The Better Effectiveness After Transition-Heart Failure (BEAT-HF) Randomized Clinical Trial. *JAMA.* [Internet] 2016 [cited Sep 30, 2017];176(3):310-8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2488923>
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial /Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* [Internet] 2016 [Acesso 30 set 2017]; 95 supl 1:1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

14. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [cited Sep 30, 2017]; 46(2):279-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en
15. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMG. Educational role of nurses in joining the treatment of Systemic Arterial Hypertension: integrative literature review. *Mundo da Saúde*. 2014;38(4):473-81. doi: 10.15343/0104-7809.20143804473481
16. Mantovani VM, Ruschel KB, Souza EN, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paul Enferm*. [internet] 2015 [cited Sep 30, 2017];28(1):41-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0041.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500008>
17. Azzolin KO, Lemos DM, Lucena AF, Rabelo-Silva ER. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited Sep 30, 2017]; 23(1):44-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100044 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2523>
18. McBain H, Shipley M, Newman S. The impact of self-monitoring in chronic illness on healthcare utilisation: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:565. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1221-5>
19. Härter M., Dirmaier J, Dwinger S, Kriston L, Herbarth L, Siegmund-Schultze E, König HH. Effectiveness of Telephone-Based Health Coaching for Patients with Chronic Conditions: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*. 2016; 11(9) e0161269. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161269>
20. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2012; 49(5):610-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002>

Recebido: 12.10.2018

Aceito: 23.02.2019

Autor correspondente:
Monica Isabelle Lopes Oscalices
E-mail: monicaoscalices@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-3591-6855>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.