

Efeito do grupo de orientação em pacientes com insuficiência cardíaca crônica: ensaio clínico randomizado¹

Cristina Silva Arruda²
Juliana de Melo Vellozo Pereira³
Lyvia da Silva Figueiredo⁴
Bruna dos Santos Scofano⁵
Paula Vanessa Peclat Flores⁶
Ana Carla Dantas Cavalcanti⁷

Objetivo: Avaliar o efeito do grupo de orientação na adesão terapêutica e no autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Método: Ensaio clínico randomizado controlado realizado em 27 pacientes com insuficiência cardíaca crônica. O grupo intervenção, além de consultas de enfermagem, participou de encontros de grupo com a equipe multidisciplinar enquanto o grupo controle recebeu somente consultas de enfermagem no período de quatro meses. Foram aplicados questionários validados para uso no Brasil no momento inicial e final do estudo para avaliação dos desfechos autocuidado e adesão ao tratamento. As variáveis categóricas foram expressas através de distribuições de frequências e percentuais e as variáveis contínuas com média e desvio padrão. A comparação entre os escores iniciais e finais do grupo intervenção e controle foi realizada pelo teste T-Student. Resultados: A média de adesão antes do estudo foi de $13,9 \pm 3,6$ e após $14,8 \pm 2,3$ no grupo intervenção e $14,2 \pm 3,4$ e após $14,7 \pm 3,5$ no grupo controle. O escore de confiança no autocuidado foi menor após a intervenção ($p=0,01$). Conclusão: O grupo de orientação não melhora a adesão ao tratamento, o manejo e a manutenção e pode piorar a confiança no autocuidado. Registro REBEC RBR-7r9f2m.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Enfermagem; Grupos de Autoajuda; Autocuidado; Cooperação do Paciente; Ensaio Clínico.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Impacto de um grupo de orientação no autocuidado e adesão de pacientes com insuficiência cardíaca", apresentada à Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

² MSc, Enfermeira, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Doutoranda, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Enfermeira, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.











⁴ Doutoranda, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ Enfermeira.

⁶ Doutoranda, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Professor Assistente, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

⁷ PhD, Professor Associado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Como citar este artigo

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. 2017;25:e2982. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2167.2982>.   ;   

URL

Introdução

Apesar do desenvolvimento de novas tecnologias e avanços científicos combinados a uma melhor condição social e econômica da população, nas últimas décadas, a alta incidência da insuficiência cardíaca (IC) no Brasil e no mundo ainda tem sido frequentemente observada⁽¹⁾.

A apresentação de sintomas limitantes, como a fadiga, dispneia e angina, é comum nesses pacientes e podem estar acompanhados de perda da memória e dificuldade da capacidade de concentração, tornando-os incapazes e restringindo-os na realização de suas atividades diárias⁽²⁻³⁾. A diminuição da capacidade funcional pode comprometer ainda mais a adesão ao tratamento e ao autocuidado, trazendo maiores índices de hospitalização e morte⁽⁴⁾.

Um estudo evidenciou baixo índice de autocuidado em 116 pacientes com IC, que atribuiu esse dado ao apresentar 44,8% de pacientes com declínio cognitivo e 52,6% sem acompanhamento de enfermeiros⁽⁵⁾.

Programas educativos vêm sendo uma importante ferramenta da equipe multiprofissional especializada no acompanhamento de pacientes com IC para melhorar o gerenciamento do autocuidado⁽⁶⁾. Entretanto, existem dificuldades para a identificação das estratégias e cenários adequados, visto que as intervenções são heterogêneas, assim como o número de profissionais envolvidos, dificultando a avaliação dos resultados⁽⁵⁾.

Diante disso, enfermeiros que atuam em clínicas especializadas de IC buscam estratégias que possam melhorar a adesão ao tratamento e aperfeiçoar o autocuidado, com melhora na qualidade de vida e diminuição das readmissões hospitalares⁽⁵⁻⁷⁾. A intervenção de enfermagem através de grupos tem sido descrita como uma das estratégias de programas de manejo da doença⁽⁸⁻¹¹⁾. No entanto, não existem estudos que tenham comprovado sua efetividade na adesão, manejo, manutenção e confiança no autocuidado.

Em uma revisão integrativa de 42 artigos sobre intervenções propostas e implementadas por enfermeiros para otimização do autocuidado em pacientes com IC, foi observado que a maioria dos artigos era direcionada aos pacientes, excluindo a participação de cuidadores e familiares. Abordavam três a quatro fatores do autocuidado, tais como dieta, adesão à medicação, peso diário, atividade física e monitorização de sinais e sintomas de descompensação. Houve o predomínio das instruções verbais, mas também foram utilizados materiais escritos e tecnologia da informação, como CD-ROM, DVD e vídeos, além da telessaúde. Poucos artigos discutiram atividades em grupo⁽¹²⁾.

O grupo de orientação tem sido empregado como uma intervenção de reforço às instruções fornecidas

durante a consulta ambulatorial. Estudo realizado na Holanda avaliou o autocuidado e qualidade de vida entre 317 pacientes com IC, durante 12 meses após participação em 21 sessões de grupo. A intervenção demonstrou melhora da gestão cognitiva dos sintomas ($p < 0,001$), comportamento de autocuidado ($p = 0,008$) e qualidade de vida ($p = 0,005$), mas nenhum efeito foi encontrado após seis e 12 meses de seguimento⁽¹⁰⁾.

Uma revisão sistemática avaliou a utilização dos grupos de orientações em diversas populações com doenças crônicas, como asma, hipertensão, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, artrite, dentre outras, trazendo pequenas evidências sobre a obtenção de bons resultados nos desfechos de qualidade de vida e melhora da gestão da saúde. O estudo sugeriu que mais pesquisas viessem a ser realizadas, principalmente aquelas que comparassem os grupos de orientações com outras estratégias⁽¹¹⁾.

Sendo assim, este estudo teve o objetivo de avaliar o efeito do grupo de orientação na adesão ao tratamento e no autocuidado de pacientes com IC crônica de uma clínica especializada.

Método

Trata-se de um ensaio clínico paralelo randomizado desenvolvido com dois grupos em um mesmo momento: Grupo intervenção (grupo de orientação e consulta de enfermagem) e Grupo controle (consulta de enfermagem).

O estudo foi conduzido entre outubro de 2012 e fevereiro de 2014. Foram considerados elegíveis para o estudo pacientes em acompanhamento em uma clínica especializada em insuficiência cardíaca, do município de Niterói/RJ- Brasil, com idade ≥ 18 anos, diagnóstico médico de IC e classe funcional entre I e III, de acordo com a *New York Heart Association* (NYHA).

Foram excluídos pacientes com evento de infarto agudo do miocárdio (IAM) nos três meses que antecederam a pesquisa, pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no mês anterior ou com a necessidade de realização da cirurgia, pacientes com sequelas neurológicas cognitivas, pacientes que não residiam nas cidades de Niterói, São Gonçalo ou Rio de Janeiro e pacientes que não possuíam contato telefônico fixo direto. A intervenção ocorreu em um seguimento de 120 dias, quando foram realizadas duas (02) consultas de enfermagem e dezesseis (16) encontros de grupo para o grupo intervenção (GI), com intervalo quinzenal.

Os 105 pacientes elegíveis foram contatados e randomizados de forma cega para o grupo controle e grupo intervenção. Apenas 56 pacientes atenderam a solicitação e foram convidados, orientados sobre o estudo, tendo assinado o termo de consentimento livre e

esclarecido (TCLE) com os benefícios e riscos do estudo. Na consulta inicial, foi realizada a primeira avaliação dos desfechos de adesão, manutenção, manejo e confiança no autocuidado através de questionários previamente adaptados e validados para uso no Brasil⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Em cada consulta de enfermagem, foi realizada anamnese, exame físico e avaliação dos exames complementares e laboratoriais por um enfermeiro especialista. Foram identificados os diagnósticos de enfermagem e implementadas intervenções educativas através da leitura de uma Cartilha de Orientação sobre Insuficiência Cardíaca⁽¹⁵⁾ da Clínica Coração Valente junto ao paciente e seus acompanhantes. Essa cartilha é utilizada no acompanhamento convencional desses sujeitos, além da otimização de seu tratamento prescrito.

A intervenção do "grupo de orientação" foi baseada na intervenção de enfermagem Grupo de Apoio da *Nursing Intervention Classification* (NIC)⁽¹⁶⁾. Essa intervenção é definida como "uso de um ambiente de grupo para proporcionar aos seus membros apoio emocional e informações relacionadas à saúde".

Oito diferentes temas foram programados para o grupo de orientação, baseados nas recomendações da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca⁽¹⁵⁾, conforme figura 1, apresentados no intervalo de 15 dias. Entretanto, esses temas eram repetidos por duas semanas consecutivas, favorecendo a participação dos pacientes. Abaixo, estão descritos os temas, o objetivo e a intervenção utilizada.

Semana	Tema	Objetivo	Intervenção
1 e 2	Definição de insuficiência cardíaca e principais cuidados	Apresentar o que é a Insuficiência cardíaca e seus principais sintomas.	Bingo da apresentação; Apresentação de um vídeo
3 e 4	Sintomas de descompensação: como agir?	Apresentar os principais sinais e sintomas da Insuficiência Cardíaca e as principais atividades para diminuí-los.	Jogo do escudo; Jogo Certo X Errado; Revendo o escudo
5 e 6	Vacinação + Atividade física, sexualidade e sono: importância para saúde	Motivar a procura pela vacinação e a realização de atividades físicas programadas e retirar dúvidas.	Jogo da velha sobre vacinação; Jogo dos 7 erros; Alongamento
7 e 8	Controle da dieta, bebida e dicas para o dia-a-dia	Orientar sobre os alimentos mais saudáveis e indicados para pacientes com Insuficiência Cardíaca.	Bingo de nutrição; Caderno de receitas
9 e 10	Importância de não fumar	Alertar sobre os riscos do tabagismo na saúde em geral e principalmente de pessoas com problemas cardíacos.	Apresentação e discussão dos prejuízos do ato de fumar
11 e 12	Principais medicações e seus efeitos	Aprender quais são os medicamentos usados na insuficiência cardíaca, para que servem e quais são os principais efeitos colaterais.	Jogo da memória
13 e 14	Revisão sobre insuficiência cardíaca	Relembrar as informações discutidas durante os exames.	Jogo de tabuleiro
15 e 16	Relaxamento	Realizar confraternização e promoção do bem-estar	Técnicas de auto massagem

Figura 1 – Relação de temas e atividades realizadas nos encontros do Grupo de Orientação.

A intervenção do Grupo de Orientação foi elaborada pelas enfermeiras/pesquisadoras da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, com o apoio de material didático, tais como vídeo, jogo de tabuleiro, jogo da velha, jogo de memória, realização de desenhos e pinturas. Tais ações tornaram mais lúdico, prazeroso e compreensível o desenvolvimento da intervenção.

Além dos temas previamente propostos, os participantes do grupo tiveram a possibilidade de retirar suas dúvidas e relatar suas vivências. O grupo de orientação foi aberto à participação de familiares ou pessoas representativas. Foram descontinuados os pacientes que não participaram de pelo menos três encontros com o grupo de orientação, o que representou um (01) por mês.

O grupo controle (GC) manteve acompanhamento convencional da Clínica de IC, que é constituído de consultas de enfermagem, nutricional, fisioterapia e

médica. Ressalta-se que os pacientes desse grupo também receberam intervenções educativas durante a consulta de enfermagem, baseadas na Cartilha de Orientação sobre Insuficiência Cardíaca.

Este estudo teve como desfechos a adesão ao tratamento⁽¹⁷⁾, a manutenção, o manejo e a confiança no autocuidado de pacientes com IC⁽¹⁰⁾ de uma clínica especializada. Os desfechos foram avaliados na primeira consulta e reavaliados após quatro meses de acompanhamento.

A adesão ao tratamento foi avaliada através de um questionário composto por 10 perguntas, com variação de acertos de 0 a 26 pontos, sendo melhor a adesão quanto maior fosse a pontuação. É considerada adequada a adesão quando o paciente atinge um escore de 18 pontos, que corresponde a 70%⁽¹⁵⁾.

Para avaliação do autocuidado, utilizou-se um questionário composto de 22 questões, subdividido em três (03) escalas: manutenção do autocuidado (10 itens), manejo do autocuidado (6 itens) e confiança no autocuidado (6 itens)⁽¹⁴⁾.

Na escala de manutenção do autocuidado, as respostas variam de "nunca/raramente" a "sempre/diariamente". Na escala de manejo do autocuidado, as respostas variam de "pouco provável" a "muito provável" e "não confiante" a "extremamente confiante" para escala confiança no autocuidado. As questões são sobre mensuração do peso e de edemas, atividade física, assiduidade nas consultas, dieta, medicamentos, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação, atividades de manejo dos sinais e sintomas e confiança para a tomada de decisão⁽¹⁴⁾.

Os escores para cada subescala foram calculados separadamente, com possibilidade de variação de 0 a 100 pontos, sendo considerado um autocuidado adequado a pontuação de 70 ou mais pontos⁽¹⁴⁾.

A estimativa da amostra foi calculada com base no desvio padrão de um ensaio clínico prévio⁽¹⁴⁾ desenvolvido com pacientes com IC que receberam intervenções de enfermagem para o mesmo desfecho com nível de confiança de 95%, margem de erro de cinco pontos percentuais, com poder de 80%, sendo estimada a inclusão de 20 pacientes (10 em cada grupo). Foi considerada uma diferença de nove pontos entre os grupos, baseada no resultado do estudo em questão. O cálculo amostral foi realizado através do programa de estatística Winpepi (v. 14.46).

A randomização foi realizada em blocos. A cada 15 pacientes elegíveis, foi realizado um sorteio utilizando uma moeda, que, ao ser lançada, determinava a alocação no grupo intervenção ou grupo controle. Cada paciente foi identificado por um número arábico em cartões individuais. Após o sorteio, os cartões numerados correspondentes a cada paciente foram condicionados em envelopes e guardados em local seguro. O responsável pela randomização não esteve envolvido em nenhuma outra atividade da pesquisa.

Durante o período basal, todos os enfermeiros eram cegos para o grupo de alocação dos pacientes. Os responsáveis pela randomização, a equipe de avaliação dos pacientes e o estatístico responsável pela análise dos dados mantiveram-se cegos durante todo o estudo.

A equipe de intervenção não teve contato com os pacientes do grupo controle após encerramento do período basal e, portanto, eram cegos para esse grupo de pacientes.

A construção e síntese do banco de dados foram feitas no programa *Microsoft Excel* (2007) e a análise

pelo programa *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

As variáveis categóricas foram expressas através de distribuições de frequências e percentuais, enquanto as variáveis contínuas com média e desvio padrão. A comparação entre os escores iniciais e finais do grupo intervenção e controle foi realizada pelo teste T-Student. O valor de p bivariado $< 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo para todas as análises.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Antônio Pedro, sob o parecer nº 175.302 e com registro RBR-7r9f2m no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos.

Resultados

Dos 105 pacientes elegíveis para participar do estudo, cinquenta e seis (56) atenderam aos critérios de inclusão. Destes, vinte e nove (29) foram alocados no grupo intervenção (GI) e vinte e sete (27) no grupo controle (GC).

No arrolamento do estudo, o GI teve dezoito (18) perdas, sendo dezessete (17) por assiduidade inferior a três (03) encontros com o grupo de orientação, um (01) por entrar em terapêutica dialítica, um (01) pela mudança de moradia e um (01) por óbito. Dos vinte e nove (29) pacientes incluídos, onze (11) finalizaram o estudo.

No GC, com 27 pacientes que participaram da primeira consulta de enfermagem, não houve possibilidade de reagendamento da segunda consulta de enfermagem com sete (07) pacientes porque os telefones fornecidos haviam sido modificados, com impossibilidade de receberem chamadas. Além disso, quatro (04) pacientes se recusaram a continuar no estudo. Assim, no grupo controle, dezesseis (16) pacientes finalizaram o estudo (figura 2).

A caracterização dos pacientes apresenta-se conforme a Tabela 1. Dos 56 participantes, 60,7% era do sexo feminino, casados (62,5%), com média de idade de $64,9 \pm 12,3$ anos, escolaridade predominante de nível fundamental (58,9%), com renda mensal de R\$990,6 (622,0-1200). O tempo de doença foi de aproximadamente $10,0 \pm 4,7$ anos, com classe funcional da *New York Heart Association* prevalente II (42,9%). A amostra foi homogênea na divisão entre grupo controle e intervenção em praticamente todas as variáveis, com apenas a variável etilismo apresentando diferença estatisticamente significativa ($p=0,041$).

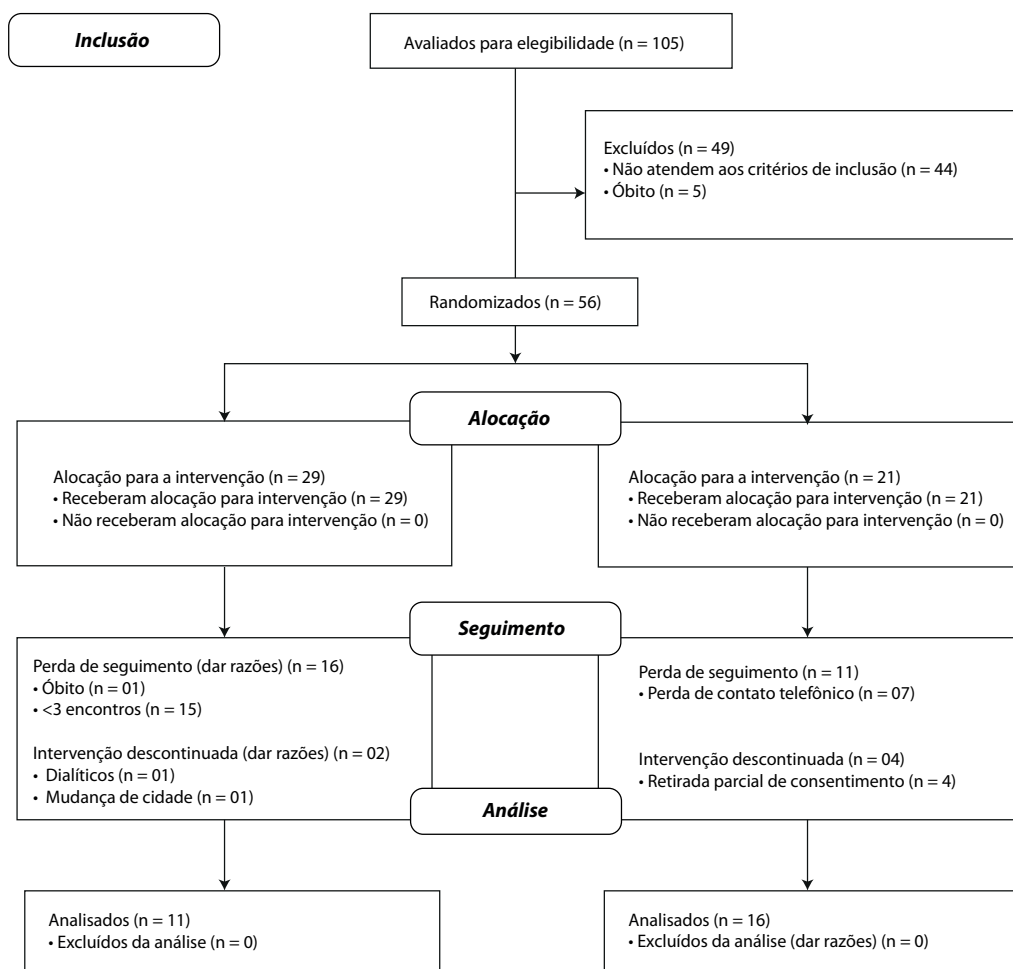


Figura 2 – Diagrama Consort. Niterói, RJ, 2014

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com Insuficiência Cardíaca (n=56). Niterói, RJ, Brasil, 2014

Variáveis	Grupo Intervenção (n=29)	Grupo Controle (n=27)	Total (n=56)	p-valor
Sexo, Feminino*	16(28,5)	18(32,1)	34(60,7)	0,379§
Idade†	64,1±13,5	65,6±11,8	64,9±12,3	0,463
Cor autodeclarada, Parda*	11(19,6)	10(17,9)	21(37,5)	0,379§
Ocupação, Aposentado*	20(35,7)	13(23,2)	33(58,9)	0,379§
Renda‡	11100(622,0-1200)	837,5(622-1142)	990,6(622-1200)	0,993
Escolaridade, Ensino Fundamental*	14(25)	19(33,9)	33(58,9)	0,379§
Estado civil, Casado*	21(37,5)	14(25)	35(62,5)	0,379§
Tempo de início da doença (anos)†	9,1±3,4	9,8±5,4	9,4±4,3	0,52
Última internação (meses)‡	32(0,75-72,7)	5,5(0,75-11,0)	8,0(6,0-11,2)	0,3¶
Início de tratamento (anos)‡	6,5(3,7-7,5)	6,5(4,2-8,0)	6,5(4,0-8,0)	0,798¶
Fração de Ejeção de Ventrículo Esquerdo*	61,3±14,0	56,2±14,0	58,5±15,2	0,374
Número de medicamentos utilizados‡	6(4-9)	5,5(1,2-4,7)	6(4-7,4)	0,541¶
Classe funcional da New York Heart Association*	13(23,2)	11(19,6)	24(42,9)	0,379§
Tabagismo*	5(8,9)	3(5,3)	8(14,2)	0,379§
Etilismo*	5(8,9)	11(19,6)	16(28,6)	0,379§
Escores de autocuidado				
Manutenção†	46,5±13,5	46,3±14,9	45,1±14,2	0,442
Manejo‡	50(32,5-99)	55(40-99)	50(30-99)	0,637¶
Confiança‡	67(50-83)	61(61-85,4)	61,8±21,7	0,429¶
Escore de adesão†	13,9±3,2	14,4±3,0	14,2±3,1	0,57

* n(%); † média ± desvio padrão; ‡ mediana (amplitude interquartil 25-75); § teste Qui-quadrado; || teste T-Student; ¶ teste Mann Whitney

Os desfechos adesão do tratamento, manutenção, manejo e confiança do autocuidado foram avaliados no momento inicial e final do estudo, através dos escores do grupo intervenção, do grupo controle e da amostra total, sendo apresentados na Tabela 2.

Os escores iniciais de adesão (14,1±3,4), manutenção do autocuidado (43,8±15,5), manejo do autocuidado (56,3±29,1) e confiança do autocuidado (62,0±23,9) mostraram-se abaixo do esperado na população total, ou seja, acima de 18 pontos para adesão e de 70 pontos nas escalas de autocuidado.

Em nenhum dos desfechos analisados houve diferenças significativas nos momentos inicial e final

entre grupo controle e intervenção. A diferença entre as médias dos resultados, obtidos no momento inicial e o término do acompanhamento no grupo controle e no grupo intervenção, foram na adesão (0,47) ($p=0,79$), manutenção (-3,54) ($p=0,54$), manejo (15,73) ($p=0,32$) e confiança (-29,38), sendo esta última a única significativa ($p=0,005$), conforme Tabela 3.

Não houve diferenças significativas dos resultados dos escores estudados no início do estudo em relação ao final entre o grupo controle e o grupo intervenção. A exceção se encontra no escore de confiança do autocuidado, que no grupo intervenção teve relevante diferença negativa, sendo maior no início do estudo.

Tabela 2 – Valores médios dos escores de adesão ao tratamento, manutenção, manejo e confiança do autocuidado no tempo inicial e pós-acompanhamento (n=27). Niterói, RJ, Brasil, 2014

Escore	Grupo Intervenção (n=11)		Grupo Controle (n=16)		Total (n=27)		p-valor
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	
Adesão	13,9±3,6	14,8±2,3	14,2±3,4	14,7±3,5	14,1±3,4	14,7±3,0	0,80
Manutenção	49,1±11,8	49,1±19,7	40,2±17,1	43,7±17,9	43,8±15,5	45,9±18,5	0,15
Manejo*	56,5±30,7	48,9±18,8	56,1±29,0	27,7±21,4	56,3±29,1	37,2±22,5	0,97
Confiança	74,8±16,2	59,1±14,9	52,6±24,8	67,4±26,1	62,0±23,9	64,0±22,3	0,01

*Teste T-Student/Aplicado em 20 pacientes do estudo - Grupo Intervenção (9) e Grupo Controle (11).

Tabela 3 – Diferença entre os escores de adesão do tratamento, manutenção, manejo e confiança do autocuidado e adesão no tempo inicial e pós-acompanhamento (n=27). Niterói, RJ, Brasil, 2014

Escore	Diferença de médias (IC 95%) Momento Final-Inicial	p-valor
Adesão	0,47 (-3,09 – 4,04)	0,79
Manutenção	-3,54 (15,43 – 8,35)	0,54
Manejo*	15,73 (-16,91 – 48,37)	0,32
Confiança	-29,38 (-47,43 – -11,33)	0,005

* Teste T-Student/Aplicado em 20 pacientes do estudo - Grupo Intervenção (9) e Grupo Controle (11).

Discussão

Este estudo avaliou pela primeira vez o efeito da intervenção em grupo de orientação nos desfechos de adesão ao tratamento, manutenção, manejo e confiança no autocuidado de pacientes com IC crônica em uma clínica especializada no Brasil. Foram realizados questionários previamente traduzidos, adaptados e validados para uso no Brasil, evidenciando que o grupo de orientação não se mostrou efetivo para a melhora da adesão e do autocuidado, o que pode apresentar piora na confiança do autocuidado.

A adoção de um programa educativo não pode garantir a mudança de comportamento esperado na adesão ao tratamento e na prática do autocuidado, já que a relação entre o que as pessoas sabem e adotam como modo de vida é tênue. A adesão ao tratamento é frequentemente afetada por razões inerentes à própria IC e suas comorbidades. Além disso, fatores internos e externos ao indivíduo, como

a motivação, sua capacidade de compreensão, a oferta de serviços de saúde adequados, dentre outros, influenciam diretamente nessa mudança⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os escores iniciais da amostra mostraram-se baixos, tanto na adesão (14,11±3,41), quanto na manutenção (43,82±15,54), manejo (56,26±29,10) e confiança do autocuidado (62,01±23,94). Na comparação do autocuidado entre 15 países, em cenário hospitalar, utilizando como forma de avaliação ora o *Self-care Heart Failure Index* ora o *European Heart Failure Self-Care Behavior*, duas escalas mundialmente empregadas na avaliação do autocuidado, melhores índices foram encontrados em países desenvolvidos^(9,20-21).

Em estudo com 197 americanos com IC, sendo 56,1% com NYHA III, o escore de manutenção foi de (70,5±14,3), de manejo (65,4±22,4) e de confiança do autocuidado (70,2±16,6)⁽²²⁾, sendo todos os escores maiores do que os observados neste estudo. A educação do paciente, que corrobora com melhores índices educacionais e socioeconômicos, pode ser a explicação para a diferença entre esses índices, uma vez que apontou mais de 80% dos entrevistados entre ensino fundamental I e II.

Na população chinesa, o escore de manutenção foi de (43,5±16,7), de manejo (51,4±21,6) e de confiança do autocuidado (52,0±21,1) em uma população de 182 pacientes com IC, de três centros hospitalares, sendo 71% homens e 79% NYHA II/III. Mostraram a manutenção do autocuidado semelhante a este estudo, com o escore de confiança menor⁽²¹⁾.

O benefício com as orientações fornecidas pode variar com o grau de escolaridade, devendo ser adaptadas a essa condição. Além disso, o acesso aos medicamentos prescritos pode ser prejudicado, já que há, em alguns casos, dificuldade dos pacientes em entender corretamente o que está prescrito e em adquirir essas medicações⁽¹⁸⁾. Conseqüentemente, a pouca escolaridade e o baixo nível social são apontados como fatores predisponentes para a baixa adesão ao tratamento e ao autocuidado, ocasionando a descompensação da doença e aumento do número de reinternações⁽²³⁾.

Neste estudo, as estratégias desenvolvidas no grupo de orientação foram baseadas no uso de atividades lúdicas, como filmes e jogos, para facilitar a compreensão do conteúdo discutido. Também houve suporte da equipe multiprofissional no desenvolvimento das atividades propostas. Considerando o suporte social como elemento importante para a adesão e o autocuidado, o grupo de orientação foi aberto aos familiares e contou com a participação de cônjuges, irmãos e filhos dos participantes.

O suporte social também oferecido nas consultas de enfermagem pode ser a explicação para a melhora da confiança do autocuidado no grupo controle ($67,41 \pm 26,15$), que inicialmente era de $52,63 \pm 24,76$.

Já a mudança negativa do escore de confiança do autocuidado no GI pode ser atribuída ao conhecimento adquirido durante os encontros do grupo de orientação. Possivelmente, o entendimento da real condição da doença, de seu nível de comprometimento, da questão incurável e das dificuldades vivenciadas por vários pacientes ampliou a percepção dos pacientes, fazendo com que se sintam inseguros para afirmar que são extremamente confiantes nesses quesitos.

Naturalmente, as pessoas não possuem capacidade real de se autojulgarem, tendendo a se sentirem capazes em realizar alguma atividade ou serem mais confiantes. Sendo inocentes quanto à sua ignorância, superestimam sua experiência e talento, se considerando capazes⁽²⁴⁾. Essa superestimação é maior entre os menos competentes, enquanto que os mais competentes conseguem reconhecer melhor seu verdadeiro nível de habilidades e compará-lo com os outros⁽⁵⁾.

Dessa forma, antes de serem submetidos ao grupo intervenção, os sujeitos da pesquisa se mostravam mais confiantes e, à medida que se tornaram mais competentes para avaliar sua condição de saúde e de autocuidado, realizaram avaliação mais real, o que pode explicar seu nível de confiança do autocuidado menor.

Avaliar a amplitude do conceito de adesão e de autocuidado também é importante. Tais fatores transcendem questões apenas sobre a monitorização de sinais e sintomas, devendo ser incorporadas questões como conforto, ambiente, fatores emocionais, sistema de apoio como a família e os amigos, além de interação aos

cuidados básicos na higiene, sono e repouso, alimentação, atividades do dia-a-dia e laborais, recreação, capacidade de se comunicar e interagir com o mundo⁽²⁵⁾.

Os conceitos de adesão e de autocuidado, portanto, são complexos e envolvem pensamento lógico para a avaliação da condição de saúde e promoção de mudança de comportamento, que são difíceis de mensurar. Por isso, a busca por mudanças que reflitam em impactos clínicos possivelmente deva ser avaliada por um período mais longo de acompanhamento.

O estudo teve como principal limitação a falta de assiduidade dos pacientes aos encontros do Grupo de Orientação, dificultando o seguimento da intervenção e avaliação dos desfechos. As autoras atribuem essa limitação à dificuldade de transporte público da residência para clínica especializada, visto a localização em zona urbana, com muitos engarrafamentos e dificuldade de acesso a portadores de necessidades especiais. Vale ressaltar que pacientes com IC apresentam intolerância a grandes esforços, como caminhadas em ladeiras e locomoção por escadas. Os encontros quinzenais representavam aumento nos gastos financeiros e conseqüente impossibilidade do comparecimento regular, apesar da aceitação na participação do estudo e relato verbal positivo com relação às atividades realizadas no grupo.

Dessa forma, a irregularidade no comparecimento aos encontros impossibilitou a convivência entre os profissionais, pacientes e familiares e prejudicou a criação do vínculo enfermeiro-paciente, essencial à atividade do grupo intervenção, o que também pode ter dificultado seu sucesso, sendo uma outra limitação. Por último, com a facilidade de acesso a linhas telefônicas de celulares, torna-se cada vez mais fácil a mudança de números e operadoras, dificultando o controle de faltosos.

Em estudo que teve como objetivo elencar os principais motivos pelos quais os pacientes com IC participavam ou não de algum programa de apoio para autocuidado, observou-se através de entrevistas que o apoio, amizade, melhora da depressão, a troca de informações, melhor aceitação, controle da doença e a troca de vivências foram tidos como principais causas para permanência dos pacientes nesses programas. Entretanto, como causas mais relevantes para o abandono estão o próprio comprometimento físico imposto pela doença, depressão, os materiais educativos desinteressantes e os grupos muito pequenos ou estratégias individuais⁽²⁶⁾.

Assim, os resultados encontrados devem ser examinados com cautela, sugerindo que haja estudos multicêntricos, com maior tempo de seguimento para melhor avaliação do grupo de orientação nos desfechos de adesão e autocuidado. No entanto, destaca-se a relevância do estudo, que de maneira controlada, através de um ensaio clínico randomizado, evidenciou as dificuldades

da investigação do efeito de intervenções de grupo para avaliação em pacientes com IC.

Um estudo com acompanhamento domiciliar e telefônico, durante 6 meses, demonstrou uma redução relativa de 27 % nos desfechos clínicos combinados de internações, atendimentos de emergência, ou a morte, promovendo melhor compreensão da doença associada à implementação de ações de autocuidado⁽²⁷⁾.

Nesse sentido, períodos mais prolongados de acompanhamento com estratégias combinadas parecem ter melhor impacto da promoção de adesão e autocuidado nesse tipo de paciente, o que pode ser uma alternativa para melhorar desses desfechos em indivíduos acompanhados por grupos de apoio.

Conclusão

O Grupo de orientação não alterou a adesão e autocuidado de pacientes com IC em acompanhamento em uma clínica especializada. No entanto, é uma estratégia educativa importante na área da saúde, especificamente em pacientes crônicos, que deve ser melhor explorada em outros cenários e com outras estratégias.

A confiança do paciente no seu autocuidado diminuiu com a intervenção em grupo. No entanto, esse resultado pode ser considerado a médio e longo prazo como algo positivo, pois o paciente e seus familiares podem ter interesse em conhecer melhor o problema de saúde e o tratamento. A manutenção da intervenção de enfermagem, associada ao apoio de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, pode ser uma alternativa para resolução do problema.

Portanto, este estudo torna-se significativo por mostrar que estratégias bem estruturadas podem não atingir o objetivo esperado, mas oferecem subsídios para a construção de intervenções mais efetivas.

A realização de estudos multicêntricos, com amostras maiores a longo e médio prazos, pode trazer resultados positivos nos desfechos de adesão e autocuidado com a intervenção de grupo.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Base de dados das Informações de Saúde: Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil-2016. [Internet]. [Acesso 17 nov 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mibr.def>.
2. Bressler J, Knopman D, Sharrett A, Gottesman R, Penman A, Chang P, et al. Incident Heart Failure and Cognitive Decline: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *J Card Fail*. 2017;23(1):47-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.11.002>.
3. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Feb; 48(1):18-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000100002>.
4. Dolansky MA, Hawkins MAW, Schaefer JT, Gunstad JS, Sattar A, Redle JD, et al. Cognitive function predicts risk for clinically significant weight gain in adults with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2016; 31(5):405-11. doi: 10.1097/JCN.0000000000000376.
5. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Self-care in heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 July/Aug;23(4):578-86. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>
6. Linn AC, Azzolin K, Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 June [cited June 15, 2016]; 69(3): 500-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300500&lng=en.
7. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. *Current Heart Failure Reports*. 2017;14(2):71-7. doi:10.1007/s11897-017-0324-1.
8. Da Silva AF, Cavalcanti AC, Malta M, Arruda CS, Gandin T, da Fé A, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Sept/Oct [cited Jan 4, 2017];23(5):888-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00888.pdf>
9. Cavalcanti ACD, Arruda CS. Teaching the patient with cardiac insufficiency: strategies used in nursing interventions. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2012 Abr-jun [cited Nov 14, 2016];17(2): 355-61. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21088/18555>.
10. Smeulders ES, Van Haastregt JC, Ambergen T, Uszko-Lencer NH, Janssen-Boyne JJ, Gorgels AP, et al. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2010;66(7):1487-99. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05318.x.
11. Quiñones AR, Richardson J, Freeman M, Fu R, O'Neil ME, Motu'apuaka M, et al. Educational group visits for the management of chronic health conditions: A systematic review. *Patient Educ. Couns*. 2014;95(1):3-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.021>.
12. Boisvert S, Proulx-Belhumeur A, Gonçalves N, Doré M, Francoeu 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 Jul-Aug [cited Jan 4, 2017]; 23(4):753-68. Disponível

- em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00753.pdf>
13. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub Ferreira SM, et al. A Long-term Prospective Randomized Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADHE Study Trial. *Circ Heart Fail.* 2008;1(2):115-24. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.107.744870.
 14. Avila 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 Practice.* 2013; 2013:1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/178976>.
 15. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Updating of the Brazilian guideline for chronic heart failure – 2012. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2012 [cited Jan 16, 2017]; 98(1 Suppl 1):1-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n1s1/v98n1s1a01.pdf>.
 16. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN: 978-85-352-6987-1
 17. Oliveira MC, Lucena AF, Echer IC. Neurological sequelae: preparation of a guidebook for health care. *Revista de Enfermagem UFPE On Line.* [Internet]. 2014 Jun. [cited Jan 17, 2017]; 8(6):1597-603. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4926/pdf_5258.
 18. Corotto PS, McCarey MM, Adams S, Khazanie P, Whellan DJ. Heart failure patient adherence: epidemiology, cause, and treatment. *Heart Fail Clin.* 2013;9(1):49-58. doi: 10.1016/j.hfc.2012.09.004.
 19. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns.* 2013;92(1):114-20. doi: 10.1016/j.pec.2013.02.017.
 20. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2009 Nov/Dec [cited Jan 20, 2017]; 29(6):485-97. Acesso em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877913/pdf/nihms202827.pdf>.
 21. Kang X, Dennison HCR, Li Z, Zhang J, Lv R, Guo J. Construct Validity of the Chinese Version of the Self-care of Heart Failure Index Determined Using Structural Equation Modeling. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(3):222-8. doi: 10.1097/JCN.000000000000134.
 22. Domingos CS, Moura PC, Braga LM, Rodrigues NV, Correia MDL, Carvalho AMP. Construction and validation of the historical contents of nursing guided by OREM reference. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2015 Apr/Jun [cited Dec 10, 2016];19(2): 165-175. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1013/v19n2a13.pdf>.
 23. Rabelo ER, Aliti GB, Linch GFC, Sauer M, Mello AMFS, Martins SM, et al. Non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure: a multicenter study – EMBRACE. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2012 Sept/Oct. [cited Jan 15, 2017];25(5):660-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_03.pdf.
 24. Albanoa MG, Jourdainb P, De Andrader V, Domenkec A, Desnos M, d'Ivernois J. Therapeutic patient education in heart failure: do studies provide sufficient information about the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis.* (2014);107:328-39. doi: 10.1016/j.acvd.2013.12.002.
 25. Domingos CS, Moura PC, Braga LM, Rodrigues NV, Correia MDL, Carvalho AMP. Construction and validation of the historical contents of nursing guided by OREM reference. *Rev Min Enfermagem.* [Internet]. 2015 Apr/ Jun [cited Dec 10, 2016];19(2):165-75. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1013/v19n2a13.pdf>.
 26. Lockhart E, Foreman J, Mase R, Heisler M. Heart Failure Patients' Experiences of a Self-Management Peer Support Program: A Qualitative Study. *Heart Lung.* [Internet]. 2014 Jul/Aug [cited Dec 19, 2016];43(4):292-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4082752/pdf/nihms601500.pdf>.
 27. De Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-da-Silva L, Biolo A, et al. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil (HELEN II). *Eur J Heart Fail.* [Internet]. 2014 Set [Acesso 19 Dez 2016];16(9):1002-1008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejhf.125/pdf>.

Recebido: 28.04.2017

Aceito: 26.10.2017

Correspondência:

Ana Carla Dantas Cavalcanti
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Universidade Federal Fluminense
Dr. Celestino, 74
Centro
CEP: 24020-091, Niterói - RJ, Brasil
E-mail: anacarladc.uff@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.