

Impacto da Consulta de Enfermagem na Frequência de Internações em Pacientes com Insuficiência Cardíaca em Curitiba - Paraná

Impact of the Nursing Consultation on the Frequency of Hospitalizations in Patients with Heart Failure in Curitiba - Parana State

Vivian Freitas Rezende Bento^{1,2} e Paulo Roberto Slud Brofman^{1,2}

Pontifícia Universidade Católica do Paraná¹; Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba², Curitiba, PR - Brasil

Resumo

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) tornou-se um problema de saúde pública com incidência e prevalência aumentadas na última década, consequência do envelhecimento da população e melhoria das terapias farmacológicas e intervencionistas. Esta promove altas taxas de mortalidade e morbidade, refletidas em altas taxas de internações e readmissões hospitalares mesmo em pacientes submetidos às novas terapias, sobretudo o uso de IECA e β - bloqueadores.

Objetivo: Este estudo é uma análise do impacto que a consulta de enfermagem promove na frequência de internações de pacientes com IC, residentes em Curitiba e região metropolitana - Paraná.

Métodos: Diagnóstico de IC e classificação funcional pela NYHA, acesso telefônico, residência em Curitiba ou região metropolitana, expectativa de sobrevida maior que 3 meses de doenças não cardíacas, idade superior a 18 anos, não usuário de drogas ilícitas. Os grupos foram formados por meio de amostragem aleatória simples (sorteio), em que um grupo recebeu atendimento médico usual, consulta de enfermagem e monitoração telefônica quinzenal de caráter educativo, grupo intervenção (GI) e o outro, atendimento médico usual, monitoração telefônica mensal de caráter administrativo e epidemiológico, grupo controle (GC). O acompanhamento se deu durante o período de 6 meses.

Resultados: O GI necessitou de $0,25 \pm 0,79$ internamentos e o GC $1,10 \pm 1,41$; $p = 0,037$.

Conclusão: A consulta de enfermagem promove redução da frequência de internações hospitalares dos pacientes com IC em tratamento, residentes em Curitiba e região metropolitana. (Arq Bras Cardiol 2009;92(6):490-496)

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca, consulta de enfermagem, internações hospitalares.

Summary

Background: Heart failure (HF) has become a public health problem with increased incidence and prevalence in the last decade, a consequence of the aging of the population and improved pharmacological and interventionist therapies. It has high rates of mortality and morbidity, expressed as high rates of hospitalizations and re-hospitalizations, even in patients submitted to new therapies, especially ACEI and beta-blockers.

Objective: This study is the analysis of the impact that the nursing consultation has on the frequency of hospitalizations in patients with HF living in the city of Curitiba, state of Parana and its metropolitan region.

Methods: Patients with a diagnosis of HF and New York Heart Association (NYHA) functional classification, with telephone access, living in the city of Curitiba or its metropolitan region, life expectancy > 3 months due to non-cardiac diseases, aged 18 or older, non-users of illicit drugs. The groups were created by simple random allocation (drawing lots) and one group received the usual medical care, nursing consultation and telephone monitoring every 15 days of educational nature, intervention group (IG), whereas the other group received the usual medical care, monthly telephone monitoring of administrative and epidemiological nature, control group (CG). The follow-up was carried out for 6 months.

Results: The IG needed 0.25 ± 0.79 and the CG needed 1.10 ± 1.41 ; $p = 0.037$ hospitalizations.

Conclusion: The nursing consultation promotes the decrease in the frequency of hospitalizations in patients with HF undergoing treatment and living in the city of Curitiba and its metropolitan region. (Arq Bras Cardiol 2009;92(6):454-460)

Key words: Heart failure, nursing consultation, hospitalizations.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Vivian Freitas Rezende Bento •

Marechal Mallet, 531 / 22 - Juveve - 80540-230 - Curitiba, PR - Brasil
E-mail: vivian.rezende@terra.com.br, vivian@athongroup.com.br

Artigo recebido em 11/12/2007; revisado recebido 17/04/2008; aceite em 23/07/2008.

Abreviaturas

- AVC - Acidente vascular cerebral
IC - insuficiência cardíaca
DPOC - doença pulmonar obstrutiva crônica
GI - grupo intervenção
GC - grupo controle
ns - não significativo ou sem significância estatística
NYHA - *New York Heart Association*

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) tornou-se um problema de saúde pública com incidência e prevalência aumentadas na última década, consequência do envelhecimento da população e melhoria das terapias farmacológicas e intervencionistas, as quais proporcionam através da cronificação de doenças outrora fatais, o aparecimento desta entidade patológica¹⁻⁸.

Esta promove ao seu portador uma deteriorização da qualidade de vida em virtude de suas altas taxas de mortalidade e morbidade, refletidas em taxas de internações e readmissões hospitalares igualmente altas, mesmo em pacientes submetidos a terapias farmacológicas contendo IECA e β - bloqueadores^{1,2,5,9,10}.

Além da problemática que os internamentos promovem na vida de seu portador vale ressaltar o custo que estas internações representam ao SUS (sistema único de saúde)^{1,3,10-12}.

A principal causa de descompensação cardíaca é o não cumprimento do tratamento e das medidas higienodietéticas e uso inadequado de β - bloqueadores¹²⁻¹⁵.

Muitos estudos foram realizados no intuito de avaliar qual o melhor modelo de manejo terapêutico da IC. Estes têm como foco ações educativas visando uma melhor compreensão dos pacientes acerca do processo saúde-doença, melhor adesão ao tratamento e medidas higienodietéticas e conseqüentemente redução das internações e readmissões hospitalares. A partir disso nos propusemos a avaliar qual o impacto que a consulta de enfermagem e monitoração telefônica promove em pacientes com IC em tratamento farmacológico, residentes em Curitiba e região metropolitana (Paraná), bem como a diferença entre o grupo que recebe a consulta de enfermagem e o grupo que recebe o tratamento usual¹⁶⁻³⁰.

Método

Desenho do estudo

Este é um estudo clínico, cego simples (médico assistente não tinha conhecimento de quais pacientes eram acompanhados pela enfermeira e quais não eram acompanhados) de direção lógica natural. Os pacientes inclusos foram aqueles atendidos no ambulatório de insuficiência cardíaca de um hospital terciário, com diagnóstico de IC e classificação funcional estabelecida pela ``*New York Heart Association*`` (NYHA). Todos os pacientes foram acompanhados pelo mesmo médico. Os critérios de inclusão foram: portador de insuficiência cardíaca e classificação funcional de NYHA, idade superior a 18 anos, residir em Curitiba ou região metropolitana, ter fácil acesso a clínica, possuir acesso telefônico e não usuário de

drogas ilícitas. Os critérios de exclusão foram ser usuários de drogas ilícitas, expectativa de sobrevida menor que 3 meses por doenças não cardíacas, não aceitar participar do estudo e das atividades propostas, ter sofrido IAM (infarto agudo do miocárdio) nas últimas 8 semanas ou AVC (acidente vascular cerebral), possuir angina não controlada, pós-operatório de cirurgia cardíaca ou outra programada, não possuir acesso telefônico, não ter residência fixa ou planos de mudança do município. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da PUC-PR, sob o número 407/06, registro no CEP 1143; os pacientes foram inseridos no estudo após esclarecimento detalhado das finalidades da pesquisa e obtenção de consentimento por escrito, sendo observados os princípios bioéticos de sigilo e anonimato - Resolução 196/96³¹.

As variáveis clínicas e sociodemográficas basais foram medidas antes da formação dos grupos. A divisão dos grupos (GI - grupo intervenção e GC - grupo controle) foi feita por meio de amostragem aleatória simples, expressa por meio de sorteio.

Quanto à assistência prestada aos grupos, o GC foi acompanhado por meio de assistência médica convencional e monitoração telefônica mensal para fins administrativos e epidemiológicos, não possuindo, portanto caráter educacional. Por meio deste contato telefônico eram feitos os registros de internamentos e consultas de urgência e emergência, bem como as causas precipitantes destas. As ligações tinham a duração de aproximadamente 5 minutos.

O GI foi acompanhado por meio de assistência médica convencional, consulta de enfermagem e monitoração telefônica quinzenal de caráter educativo. Neste contato telefônico eram feitos os registros de internamentos e consultas de urgência e emergência e causas precipitantes; orientações acerca do tratamento farmacológico e medidas higienodietéticas (ingesta hídrica, ingesta de sódio, controle de pressão arterial, controle de peso corpóreo), além de sanar eventuais dúvidas a respeito das mesmas. As ligações tinham a duração de aproximadamente 20 minutos.

As consultas de enfermagem eram quinzenais ou mensais, sendo esta periodicidade determinada pelas necessidades apresentadas pelos pacientes. Nestas consultas eram realizadas orientações acerca do tratamento farmacológico, controle de pressão arterial e peso corpóreo, hábitos alimentares, ingestão de sódio e ingestão de líquidos.

Para desempenhar as orientações higienodietéticas eram utilizadas tabelas onde estavam descritas as quantidades de água, sódio, gorduras e vitaminas dos alimentos. Além

Tabela 1 - Descrição das ações educativas de enfermagem

O enfermeiro nas consultas periódicas realizava orientações baseadas e focadas nos seguintes elementos norteadores:
1) Autocontrole: conhecimento dos benefícios e efeitos adversos do tratamento farmacológico.
2) Hábitos: conhecimento de adequado balanço hídrico, restrição de sódio, abstenção de tabaco e ingestão de álcool.
3) Atividades preventivas: encaminhamentos a unidades de saúde básica para realização de vacinas antipneumocócica e antigripal

disso, o volume de líquidos era ajustado de acordo com as condições clínicas apresentadas pelos pacientes, sendo, portanto estabelecido uma quantidade limite diária deste, abrangendo a ingestão de água, sucos, leite, café, chás e outras bebidas, além dos líquidos oriundos de alimentos como frutas, sopas e verduras. Esta quantidade limite era prescrita no momento da consulta de enfermagem, variando de 1l/dia a 2l/dia de líquidos.

Quanto ao controle de peso corpóreo, os pacientes eram orientados a realizar a pesagem diariamente, sendo um sinal de alerta (deveriam procurar o ambulatório) o ganho de peso corpóreo igual ou superior a 2 kilogramas em um período de 2 dias.

Análise estatística

Os dados foram organizados em planilha Excel e para os cálculos estatísticos foi usado o programa computacional Statistica v.7. Os resultados obtidos no estudo foram expressos por médias e desvios padrões ou por frequências e percentuais. Para comparação de grupos em relação a variáveis nominais dicotômicas foi usado o teste exato de Fisher. Comparações em relação às variáveis quantitativas foram feitas usando-se o teste t de Student. A comparação dos grupos em relação à probabilidade de internamento foi feita controlando-se a variável idade do paciente. Para tanto, ajustou-se um modelo de Regressão Logística, considerando-se a ocorrência ou não de internamento como variável resposta o grupo e a idade do paciente como variáveis explicativas. Em todos os testes, valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

Resultados

Perfil clínico e sociodemográfico

Constituíram a amostra 40 pacientes sendo 28 do sexo masculino e 12 do sexo feminino, idades entre 31 e 80 anos. As características sociodemográficas, comorbidades e função cardíaca encontram-se descritas na tabela 2.

Em relação às variáveis cardiológicas houve diferenças na terapia farmacológica quanto ao uso ou não de β – bloqueadores, ($p = 0,020$); em relação às demais variáveis não existiram diferenças estatísticas (tabela 3).

As características quanto aos aspectos educativos e de conhecimento dos pacientes em relação à doença e tratamento foram similares. (Tabela 4)

Resultados da intervenção

Os números de internamentos ocorridos no período de seguimento encontram-se descritos na tabela 5. O GI necessitou de cinco ($0,25 \pm 0,79$) internamentos durante o período e o GC necessitou de vinte e dois ($1,10 \pm 1,41$) internamentos, $p = 0,037$. Houve diferença significativa de número de internamentos entre os grupos.

Considerando-se que os grupos controle e intervenção apresentam diferença significativa quanto à idade, a comparação entre esses grupos em relação à ocorrência de internamento foi feita controlando-se esta variável. Para tanto, testou-se, na presença da variável idade, a hipótese

Tabela 2 – Características sociodemográficas, comorbidades e função

Características da amostra	GI (n= 20)	GC (n=20)	P valor*
Cor de pele			
Branco	16(80%)	17(85%)	ns ^a
Sexo			
Masculino	13(65%)	15(75%)	ns ^b
Idade			
Anos	54,25 ± 11,82	60,65 ± 7,03	0,046
Estado civil			
Casado	17(85%)	14(70%)	ns ^c
Trabalha atualmente			
Não	16(80%)	13(65%)	ns ^d
Escolaridade			
Analfabeto	4(20%)	1(5%)	
Até o fundamental	12(60%)	17(85%)	ns ^e
Mais que fundamental	4(20%)	2(10%)	
Cardiovasculares			
HAS	11(55%)	14(70%)	ns
Diabete	3(15%)	4(20%)	ns
Arritmia	5(25%)	3(15%)	ns
Fibrilação Atrial	2(10%)	4(20%)	ns
Chagas	6(30%)	2(10%)	ns
Dislipdemia	1(5%)	5(25%)	ns
Doença coronariana	0(0%)	3(15%)	ns
Doença Valvar	1(5%)	0(0%)	ns
Pulmonares			
DPOC	0(0%)	2(10%)	ns
Pneumonia	0(0%)	1(5%)	ns
Tuberculose pulmonar	0(0%)	1(5%)	ns
Pneumocistose	0(0%)	1(5%)	ns
Hormonais/distúrbios endócrinos			
Hipotireoidismo	2(10%)	2(10%)	ns
Internamentos por IC anteriores a formação dos grupos			
Até 3 vezes	10(50%)	11(55%)	ns ^f
Mais de 3 vezes	10(50%)	9(45%)	
Cuidador/Apoio social			
Familiar	12(60%)	12(60%)	
Outros	8(40%)	6(30%)	
Não possui	0(0%)	2(10%)	

a - Comparação entre brancos e não brancos; b - Comparação entre sexo feminino e sexo masculino; c - Comparação entre estado civil casado e não casado; d - Comparação entre trabalha ou não trabalha atualmente; e - Comparação entre grau de escolaridade até o fundamental, mais que o fundamental e analfabeto; f - Comparação entre internou até 3 vezes e mais que 3 vezes; (*) Teste exato de Fisher.

Tabela 3 - Variáveis cardiológicas

Características da amostra	GI (n= 20)	GC (n=20)	P valor
Tratamento farmacológico			
β – bloqueadores	20(100%)	14(70%)	0,020
IECA	13(65%)	17(85%)	ns ^a
Diuréticos tiazídicos	4(20%)	2(10%)	ns ^a
Diuréticos poupadores de potássio	12(60%)	13(65%)	ns ^a
Diuréticos de alça	16(80%)	17(85%)	ns ^a
Antiplaquetárias	6(30%)	11(55%)	ns ^a
Anticoagulantes	3(15%)	3(15%)	ns ^a
Digitálicos	10(50%)	10(50%)	ns ^a
Nitratos	2(10%)	3(15%)	ns ^a
Estatinas	5(25%)	8(40%)	ns ^a
Antiarrítmicos	3(15%)	2(10%)	ns ^a
Tempo de aparecimento dos sintomas			
Até 2 anos	7(45%)	10(50%)	ns ^b
Mais de 2 anos	11(55%)	10(50%)	
Classe Funcional (NYHA)			
Classe I	1(5%)	1(5%)	
Classe II	13(65%)	10(50%)	ns ^c
Classe III	6(30%)	9(45%)	
Classe IV	0(0%)	0(0%)	
Exames laboratoriais			
Potássio (mEq/l)	4,83 ±0,87	4,35±0,44	ns ^{***}
Uréia (mg/dl)	58,50±23,63	58,38±27,72	ns ^{***}
Sódio (mEq/l)	138,75±3,50	138,82 ±4,24	ns ^{***}
TSH (m/UL/l)	2,91±2,15	4,45±3,83	ns ^{***}
HDL (mU/ml)	33,75±12,58	49,86±28,08	ns ^{***}
Colesterol (mg/dl)	156,25±52,66	199,38±73,44	ns ^{***}
FEVE (%)	43,95± 12,31	44,20± 13,41	ns ^{***}
Etiologia			
Coronariopatia Obstrutiva	6(30%)	4(20%)	ns ^{**}
Chagas	6(30%)	3(15%)	ns ^{**}
Idiopática	7(35%)	11(55%)	ns ^{**}
Hipertensiva	1(5%)	2(10%)	ns ^{**}

a - comparação entre usa e não usa; b - Comparação entre até 2 anos e mais que 2 anos; c - Classe I ou II versus Classe III ou IV; (*) Teste exato de Fisher; (**) Teste Qui – quadrado; (***) Teste T de Student.

nula de que a probabilidade de internar para pacientes do grupo controle é igual à probabilidade de internar para pacientes do grupo intervenção, versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes.

O resultado do teste estatístico indicou a rejeição da hipótese nula (p=0,008). Desta forma, controlando-se a variável idade, pode-se afirmar que pacientes do GC e

Tabela 4 - Características quanto a aspectos educativos

Características da amostra	GI (n= 20)	GC (n= 20)	P valor
Dúvidas			
Tratamento	9(45%)	2(10%)	-
Cura	3(15%)	1(5%)	-
Sexualidade	5(25%)	3(15%)	-
Práticas de exercícios/viagens	2(10%)	0(0%)	-
Ingestão de álcool	2(10%)	1(5%)	-
Menopausa	0(0%)	1(5%)	-
Não possui	11(55%)	15(75%)	-
Uso das medicações			
Regular	14(70%)	19(95%)	-
Irregular	6(30%)	1(5%)	-
Motivo do uso irregular			
Não pode comprar	4(66,6%)	0(0%)	-
Idéias suicidas	1(16,6%)	1(100%)	-
Uso de álcool	1(16,6%)	0(0%)	-
Consumo de Fibras/ frutas e hortaliças	7(35%)	5(25%)	-
Consumo de Frituras	18(90%)	17(85%)	-
Volume de líquidos/ dia			
½ l /dia	2(10%)	2(10%)	-
1l/dia	3(15%)	4(20%)	-
1,5 l /dia	9(45%)	6(30%)	-
2l/dia ou mais	6(30%)	8(40%)	-

Variáveis descritivas.

Tabela 5 - Internamentos pós - intervenção

	Internamentos		
	Total	Média + desvio padrão	Valor de p*
GI	5	0,25±0,79	
GC	22	1,10 ±1,41	0,037

(*) Teste exato de Fisher.

Tabela 6 – Características quanto à probabilidade de internação pós - intervenção

Características da amostra	GI (n= 20)	GC (n= 20)	P valor
Não internaram	18(90%)	10(50%)	-
Internaram	2(10%)	10(50%)	-

Variáveis descritivas.

pacientes do GI são significativamente diferentes quanto à probabilidade de internamento. Na tabela 6 é apresentado o cruzamento de grupo com a ocorrência de internamento. Percebe-se que, dos pacientes do GC 50% internaram e, do

GI apenas 10% internaram.

A taxa de mortalidade total da amostra foi de 5%, sendo resultante de um óbito do GC. A causa precipitante deste foi descompensação originada de insuficiência renal crônica.

Discussão

Características sociodemográficas e assistenciais

A amostra incluiu pacientes com IC de ambos os sexos com maior prevalência de pacientes de sexo masculino, estado civil casado e de cor de pele branca. As características encontradas se assemelham às descritas por alguns autores^{8,14,18-23,32}.

A idade média foi de 54,25 ± 11,82 anos para o GI e 60,65 ± 7,03 anos para o GC, caracterizando uma amostra relativamente jovem quando comparada a outros estudos em que as médias de idade foram superiores^{8,10,14,15,18,20-22}.

O grau de escolaridade foi na maioria de frequência escolar até o nível fundamental. Estes elementos podem trazer à tona as dificuldades enfrentadas pela maioria da população frente ao não acesso à educação (exclusão da escola) e a cursos de profissionalização³³. A escolaridade foi inferior à encontrada em estudos europeus¹⁸, e superior à encontrada em estudos realizados em território nacional⁸.

A fonte de renda e subsistência refletiu o impacto socioeconômico que a doença proporciona ao seu portador, ao SUS e sistema previdenciário. A grande maioria dos pacientes não trabalhava, sendo a principal fonte de renda a aposentadoria, seguida pelo afastamento por auxílio-doença, decorrentes principalmente das limitações físicas que a doença proporciona, incapacitando-os para o exercício da profissão.

Em relação às imunizações vinte e três pacientes (57,5%) não eram vacinados contra a pneumonia por pneumococos ou com a vacina anti-gripe (influenza). A justificativa para a não vacinação destes pacientes foi o desconhecimento do fornecimento das vacinas pela rede pública de saúde e da necessidade e benefícios que as mesmas poderiam proporcionar.

O tratamento ou acompanhamento odontológico foi uma preocupação em virtude do potencial de infecções³⁴, trinta e oito pacientes (95%) não realizava visita ao odontólogo há pelo menos 10 anos, em virtude de dificuldades econômicas e da existência de poucos profissionais odontólogos na rede pública.

Características clínicas

As características clínicas foram semelhantes entre os grupos GI e GC, sendo os grupos homogêneos.

Para realização de diagnóstico primário da IC foram realizados exames de imagem e laboratoriais, dentre eles o ecocardiograma. No entanto somente vinte e dois dos pacientes (55%) tiveram este exame como método de diagnóstico primário de IC. Este dado reflete um baixo cumprimento das recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia e também pode demonstrar as dificuldades encontradas pelos pacientes e clínicos na realização destes exames pelo SUS.

Quanto à etiologia predominou em nossos pacientes a etiologia idiopática, seguida pela etiologia de coronariopatia obstrutiva crônica. Já a etiologia chagásica foi apresentada em nove pacientes (22,5%), numa região não considerada endêmica. Isso demonstra que apesar das múltiplas medidas sanitárias de eliminação do vetor ainda possuímos uma incidência alta desta miocardiopatia. Isto também pode ser resultado da migração de pessoas de estados considerados endêmicos e das condições socioeconômicas e culturais destes pacientes frente a medidas de controle do vetor no âmbito doméstico. Este padrão etiológico foi diferente do encontrado em outros estudos. Acreditamos que isto seja causado pelo fato de que nestes não houve a classificação da IC como chagásica, mas sim IC dilatada e também por serem realizados em regiões não endêmicas^{8,14,15,18,21,22}.

Neste estudo se observou uma alta taxa de hipertensos, GI (55%) e GC (70%) em comparação com estudos realizados em outros países^{21,35}. De forma diferente à diabetes, onde GI (15%) e GC (20%), sendo estes dados inferiores aos encontrados em outros estudos^{19,36}.

A terapia farmacológica proposta demonstrou um bom seguimento das diretrizes de prática clínica para tratamento da IC. Onde foram incluídos no tratamento dos pacientes os β – bloqueadores e IECA^{17,35-40}. Todos os pacientes faziam uso de diuréticos.

Houve diferenças entre o uso ou não de β – bloqueadores pelos GI e GC ($p=0,044$). A diferença entre o uso ou não de β – bloqueadores, foi determinada pela adaptação ou não dos pacientes ao uso do medicamento, sendo provenientes, portanto da avaliação dos benefícios versus efeitos colaterais e adversos. O não uso do β – bloqueador foi apontado pela intolerância do paciente ao medicamento, sendo esta avaliação realizada pelo médico assistente. Alguns estudos descrevem que o uso de β – bloqueadores podem provocar piora clínica no início da terapia, possivelmente pela retirada do suporte adrenérgico. No entanto nos grupos GI e GC não foram apresentados episódios de descompensações ou internamentos referentes a seu uso no início da terapia^{35,36,40}.

Internamentos

A partir da intervenção educativa de enfermagem por meio das consultas e monitoração telefônica periódica, foi observada uma redução significativa nas internações hospitalares, representadas por cinco (18,5%) internamentos do GI, e vinte e dois (81,5%) do GC.

A principal causa de desestabilização do GC foi à hipervolemia, refletida pelo descumprimento do balanço hídrico e/ou não adesão à terapia farmacológica, culminando em congestão. As internações deste grupo foram rápidas, sendo direcionadas para monitoração clínica, realização de exames e compensação por meio de diuréticos. Já as causas das internações do GI foram arritmias e IC refratária ao tratamento.

Estes dados revelam que os pacientes do GC tiveram seus internamentos por causas previsíveis e passíveis de prevenção em virtude das causas precipitantes. Em contrapartida o GI apresentou causas de internação previsíveis, no entanto

não passíveis de serem evitadas. Os dois pacientes que se internaram deste grupo apresentavam casos clínicos complexos. Um deles apresentava arritmia com presença de lipotímia e perda da consciência e o outro desenvolveu IC refratária ao tratamento o que culminou em transplante cardíaco 1 mês após o término do estudo.

Por meio destes resultados podemos confirmar os relatados em outros estudos semelhantes — que a intervenção educativa promove redução das taxas de hospitalizações e consultas com especialistas^{9,15,18-30}.

Intervenção

A intervenção de enfermagem foi de caráter educativo e de capacitação ao desenvolvimento do autocuidado. A enfermeira não alterou doses de diuréticos ou de outras drogas como é de rotina em alguns serviços especializados em IC³.

Por meio desta pudemos perceber que os pacientes do GI demonstraram melhora expressiva na realização de práticas de saúde positivas e medidas higienodietéticas, além de serem mais assíduos às consultas e atividades propostas. Houve também melhora do conhecimento da doença e do tratamento⁴¹⁻⁴⁵.

Limitações

Apesar de nossa amostra ser uma população geral com IC atendida em uma clínica especializada de um hospital terciário, estes não deixam de ser pacientes selecionados do total de portadores desta doença. São em sua grande maioria homens, de etiologia isquêmica e relativamente jovens. Portanto estes resultados podem não ser necessariamente extensivos a toda população portadora de IC.

Acreditamos que alguns internamentos do GC possam ter sido subnotificados pelo fato de que alguns serviços de urgência e emergência não realizarem o registro e/ou notificação destes atendimentos ou ainda realizarem o registro do atendimento por meio de outro diagnóstico – falta de

critérios diagnósticos exatos na notificação da doença.

As informações e orientações acerca de medidas higienodietéticas dadas ao GI podem ter sido em algumas situações delatadas ao GC, ou seja, este grupo pode ter tido acesso às informações educativas ofertadas ao GI quando estes se encontravam nas salas de espera de exames e consultas. Houve o cuidado de efetuar as consultas dos grupos em dias diferentes, contudo pelo fato dos agendamentos serem executados pela equipe administrativa do ambulatório acreditamos que alguns pacientes de grupos diferentes podem ter se encontrado e eventualmente trocado informações. Este fato pode denotar o não total desconhecimento deste grupo acerca das orientações sobre o tratamento farmacológico e medidas higienodietéticas, levando a crer que o fator aderência, além das ações educativas, pode ter sido interferente nos resultados.

Conclusão

A consulta de enfermagem com foco em ações educativas capacita o paciente portador de IC na realização do autocuidado, promovendo redução da frequência de hospitalizações dos pacientes em tratamento, residentes em Curitiba e região metropolitana.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de tese de mestrado de Vivian Freitas Rezende Bento e Paulo Roberto Slud Brofman pela Clínica Cirúrgica – PUC-PR.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Assistência à Saúde: internações por especialidades e local de internação. [acesso em 2008 mai 5]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>
2. Rodriguez-Artelejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiology of heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57 (2): 163-70.
3. Bocchi E, Villas-Boas F. Aspectos atuais em insuficiência cardíaca congestiva. São Paulo: BBS; 2004. p. 60-86.
4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística da população: Censo demográfico 2000. [acesso em 2008 mai 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
5. Barreto ACP, Bocchi EA (eds). Insuficiência cardíaca. São Paulo: Seguimento; 2003.
6. Orn S, Dickstein K. How do heart failure patients die? *Eur Heart J*. 2002; 4 (Suppl): D 59-D 65.
7. Murdoch DR, Love MP, Robb TA, McDonagh AP, Davie I, Ford S, et al. Importance of heart failure as a cause of death: changing contribution to overall mortality and coronary heart disease mortality in Scotland 1979-1992. *Eur Heart J*. 1998; 19: 1829-35.
8. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC, et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói – Projeto EPICA- Niterói. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82 (2): 121-4.
9. Stewart S, MacIntyre K, Macleod MMC, Bailey AEM, Capewell S, McMurray JJV. Trends in hospitalization for heart failure in Scotland 1990-1996. *Eur Heart J*. 2001; 22 (3): 209-17.
10. Albanese Filho FM. O que vem acontecendo com a insuficiência cardíaca no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85 (3): 155-6.
11. Araújo LR, Tavares LR, Verissimo R, Mesquita ET, Ferras MB. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84 (5): 422-7.

12. Fortaleza-Rey J, Fernandez-Palomeque C, Fernández C. Tratamiento de la comorbidade y de los factores precipitantes de destabilización en el paciente con insuficiencia cardíaca: aspectos nutricionales y calidad de vida. *Med Clin (Barc)*. 2001; 2: 41-9.
13. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, et al. Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals of the American Heart Association. *Circulation*. 2000; 102: 2443-56.
14. Ochiai ME, Franco LLS, Gebara OCE, Nussbacher A, Serro-Azul JB, Pierri H, et al. Associação entre evolução da função cognitiva e mortalidade à alta hospitalar em pacientes idosos com insuficiência cardíaca avançada. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82 (3): 251-4.
15. Salvador MJ, Sebaoun A, Sonntag F, Blanch P, Silber S, Aznar J, et al. European study of ambulatory management of heart failure by cardiologists. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57 (12): 1170-8.
16. Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, et al. Reduction in heart failure hospitalization rate during the first year of follow-up at a multidisciplinary unit. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58 (4): 374-80.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Revisão das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79 (supl. 4): 1-30.
18. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 32: 1219-21.
19. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluation of a home-based intervention in heart failure patients: results of a randomized study. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58 (6): 618-25.
20. Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J*. 1999; 20: 673-82.
21. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karisson JE, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. *Eur Heart J*. 2003; 24: 1014-23.
22. Roig E, Pérez-Villa F, Cuppoletti A, Castillo M, Hernandez N, Morales M, et al. Specialized care program for end-stage heart failure patients: initial experience in a heart failure unit. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59 (2): 109-16.
23. Anguita M, Ojeda S, Atienza F, Ridocci F, Almenar L, Valles F, et al. Análisis de coste - beneficio de los programas de prevención de reingresos en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca: impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58 (Suppl. 2): 32-6.
24. Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ*. 2001; 323: 715-8.
25. Stewart S, Blue L, Walker A, Morrison JJV, McMurray JJ. An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the UK: can we afford not to implement it? *Eur Heart J*. 2002; 23: 1369-78.
26. Gustafsson F, Arnold JMO. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *Eur Heart J*. 2004; 25: 1596-604.
27. Gonseth J, Gallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J*. 2004; 25: 1570-95.
28. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005; 91: 899-906.
29. Arcand JA, Brazel S, Joliffe C, Choleva M, Berkoff F, Allard JP, et al. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: a randomized trial. *Am Heart J*. 2005; 150 (4): 716-20.
30. Gwady-Sridhar FH, Arnold JM, Zhang Y, Brown JE, Marchiori G, Guyatt G. Pilot study to determine the impact of a multidisciplinary education in patients hospitalized with heart failure. *Am Heart J*. 2005; 150 (5): 982.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa com seres humanos (Res. CNS 196/1996 e outras). 2ª. ed. Brasília; 2003.
32. Villacorta H, Mesquita ET. Fatores prognósticos em portadores de insuficiência cardíaca congestiva. *Arq Bras Cardiol*. 1999; 72 (3): 343-52.
33. Ferraro AR, Machado NCF. Da universalização do acesso à escola no Brasil. *Educação & Sociedade*. 2002; 23 (79): 213-4.
34. Sonis ST (ed). Princípios e prática de medicina oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985. p. 89-109.
35. Batlouni M, Albuquerque DC. Bloqueadores beta adrenérgicos na insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2000; 75 (4): 339-49.
36. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure; The SOLVD Investigators. *N Engl J Med*. 1991; 325 (5): 293-302.
37. Gallardo Araceli A, Reyes Elvira S. Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca. *Rev Mex Enfer Cardiol*. 2001; 9 (1-4): 31-8.
38. Nieminen MS, Böhm M, Cowie MR, Drexler H, Filipatos GS, Jondeau G, et al. Guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Versión Resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58 (9): 389-429.
39. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 Guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol*. 2001; 38 (7): 2101-13.
40. Parker M. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med*. 2001; 344 (22): 1651-8.
41. Nieto Montesinos MJ, Garcia Fernandez Y, Atrio Padrón ML. Plan de cuidados a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). *Rev Enferm Cardiol*. 2004; 31: 23-5.
42. Kenchaiah S, Evans JC, Levy D, Wilson PWF, Benjamin EJ, Larson MG, et al. Obesity and risk of heart failure. *N Engl J Med*. 2002; 347 (5): 305-13.
43. Santos L, Figueiredo L, Fonseca F. Vitamina K e anticoagulantes orais. *Nutricias*. 2005; 5: 32-3.
44. Balbach A, Boarim DSF. As frutas na medicina natural. São Paulo: Editora Missionária; 1995.
45. Balbach A, Boarim DSF. As hortaliças na medicina natural. São Paulo: Editora Missionária; 1995.