

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

JOELZA CELESÍLVIA CHISTÉ LINHARES

**MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA DESCOMPENSADA INTERNADOS EM EMERGÊNCIA DE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre

2008

JOELZA CELESÍLVIA CHISTÉ LINHARES

**MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA DESCOMPENSADA INTERNADOS EM EMERGÊNCIA DE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Eneida Rejane Rabelo da Silva

Porto Alegre

2008

Dedico esta conquista ao meu marido

German, meu maior incentivador.

AGRADECIMENTO

É impossível chegar ao término desta jornada sem agradecer às pessoas que contribuíram para que este momento se tornasse possível. Primeiramente, quero agradecer ao meu marido **German** pelo carinho, amor, cumplicidade, companheirismo e pelo empenho que sempre teve ao me oferecer o melhor, fazendo o possível para que eu conseguisse realizar os meus projetos e construir a minha história profissional. Agradeço por me tornar mais forte, por estar sempre presente e me colocar em primeiro lugar na sua vida.

Agradeço à minha sogra **Saloa**, pelo amor incondicional, pela paciência, pela ternura e por todo o carinho. Obrigada pelo apoio, pela motivação e pelo incentivo contínuo.

À minha querida cunhada **Kátia**, mais que uma irmã, toda a minha gratidão. Obrigada pelos conselhos, pela amizade, pela compreensão, por me apontar caminhos e por me ajudar a trilhar a minha trajetória. Tu és meu exemplo de mulher, de cidadã, de força e de luta. Aprendi a encarar a vida de frente observando a tua conduta perante as adversidades do mundo. Obrigada pelos ensinamentos!

Às minhas amigas **Joice Schmalfluss** e **Marcele Peretto** pela grandiosa oportunidade de conviver e dividir experiências, conquistas, felicidades e angústias nas etapas percorridas durante a graduação. Agradeço, principalmente, por modificarem em mim o significado da amizade.

Agradeço à minha orientadora, **Profa. Eneida Rejane Rabelo**, pelos ensinamentos, pelas oportunidades e pelo auxílio ao meu crescimento pessoal.

*“ O mundo é um lugar perigoso de se viver,
não por causa daqueles que fazem o mal,
mas sim por causa daqueles que observam
e deixam o mal acontecer”*

Albert Einstein

RESUMO

Realizou-se um estudo transversal histórico para descrever (a) a prescrição de manejo não-farmacológico (restrição de sal, restrição hídrica, controle de peso, balanço hídrico e controle de diurese) a pacientes internados por insuficiência cardíaca (IC) descompensada em unidade de emergência e (b) a efetividade da realização desses cuidados. Incluíram-se 256 pacientes com idade média de 63 ± 13 anos; maioria homens, 153 (60%); e brancos, 196 (77%). O cuidado não-farmacológico mais prescrito foi a restrição de sal, 240 (95%), seguido de controle de peso, 135 (53%). Restrição de líquidos e balanço hídrico foram os cuidados menos prescritos, com 95 (37%) e 72 (28%), respectivamente. Apenas 38 (54%) dos balanços hídricos, 89 (67%) dos controles de peso e 69 (57%) controles de diurese foram realizados. Quanto ao conhecimento prévio dos pacientes a respeito das medidas não-farmacológicas, 229 (90%) receberam orientação para controle de sal e 163 (64%) para o controle da ingestão hídrica. Controle de peso foi a medida menos conhecida, com 117 (46%). Na comparação entre o número de internações e o conhecimento da combinação de três medidas não-farmacológicas (restrição de sal, hídrica e controle de peso), aqueles que nunca internaram não a conheciam, 64 (80%); pacientes com 5 ou mais internações possuíam maior domínio da combinação desses cuidados, 21 (60%), $P < 0,001$. Esses dados permitem concluir que, à exceção da prescrição da restrição de sal, medidas como restrição hídrica, controle de diurese e balanço hídrico foram prescritas em pouco mais da metade da amostra, além de ser insatisfatória a efetividade da realização por parte da equipe.

Descritores: Insuficiência Cardíaca. Manejo Não-farmacológico. Reinternações.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas	16
Tabela 2 - Frequência de cuidados não-farmacológicos prescritos.....	17
Figura 1 - Cuidados não-farmacológicos prescritos e realizados.....	18
Tabela 3 - Tempo início sinais/sintomas até procura por atendimento.....	18
Tabela 4 - Conhecimento prévio da combinação de três medidas não-farmacológicas (restrição de sal, restrição de líquidos e controle de peso) e número de internações por IC descompensada.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	11
3 PACIENTES E MÉTODOS	12
3.1 Tipo de estudo	12
3.2 Local de realização	12
3.3 População e amostra	13
3.4 Critérios de elegibilidade.....	13
3.5 Coleta de dados.....	14
3.6 Análise dos dados.....	14
3.7 Aspectos éticos.....	14
4 RESULTADOS	16
5 DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO A – Parecer de aprovação nº 06.032	29
ANEXO B – Instrumento de coleta de dados do estudo EMBRACE-IC	30
ANEXO C – Termo de Compromisso para utilização de dados	39
ANEXO D – Carta de Aprovação COMPESQ EEUFRGS.....	40
ANEXO E – Carta de Aprovação GPPG/HCPA.....	41

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica e progressiva que é evidenciada por um conjunto de sinais e sintomas de congestão pulmonar e sistêmica, sendo caracterizada como o último estágio de todas as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002; GRADY et al, 2000). Essa síndrome afeta 1,5% a 2% da população mundial e sua incidência vem aumentando nas últimas três décadas, especialmente em indivíduos com mais de 65 anos (GOMBERG-MAITLAND; BARAN; FUSTER, 2001). Entre os fatores que contribuíram para esse aumento estão a maior expectativa de vida da população e a melhora na taxa de sobrevivência dos pacientes, principalmente devido aos avanços no conhecimento da fisiopatologia da IC e do aprimoramento de suas técnicas terapêuticas (GRADY et al, 2000).

Apesar dos benefícios alcançados com a evolução no tratamento da IC, essa síndrome ainda é responsável por altas taxas de mortalidade e pela diminuição da capacidade funcional de seus portadores (SCATTOLIN; DIOGO; COLOMBO, 2007). Um recente estudo que avaliou os índices de mortalidade por IC mostrou que os pacientes continuam apresentando alta taxa de morbimortalidade. Neste estudo, um terço dos pacientes morreu no primeiro ano de seguimento após a alta (BARRETO et al, 2008).

Considerada um dos maiores problemas de saúde pública, a IC gera altos custos para o sistema de saúde, contribuindo de forma significativa para o aumento das taxas de internações. No Brasil, a IC foi responsável por 239.160 internações no ano de 2007, sendo que 204.570 dessas internações foram de pacientes com idade igual ou maior que 60 anos (BRASIL, 2008). Estima-se que em 2025 16% da população brasileira será composta por idosos e a IC responderá pela primeira causa de mortalidade por doença cardiovascular (TAVARES et al, 2004).

As taxas de readmissões hospitalares após a primeira internação por descompensação da IC são bastante elevadas, principalmente no período de 30 a 90 dias após a alta (BOCCHI et al, 2005).

Um estudo observacional prospectivo que comparou as hospitalizações por IC entre hospital universitário no Brasil e nos Estados Unidos apontou que as taxas de readmissões dentro desse mesmo período são, respectivamente, de 36% e 51% (ROHDE et al, 2005).

Entre os objetivos do tratamento da IC estão manter a estabilidade clínica dos pacientes, diminuir a morbi-mortalidade e estimular a adesão à terapêutica prescrita, à custa de um tratamento considerado bastante complexo (VILAS-BOAS; FOLLATH, 2006).

Diversos ensaios clínicos randomizados têm demonstrado os inúmeros benefícios alcançados com a terapia farmacológica e com a implantação de dispositivos eletrônicos, como marcapasso multissítio, cardiodesfibrilador implantável – tratamentos esses com impacto em sobrevida (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2008).

Além da otimização do tratamento farmacológico, metanálises recentes que avaliaram o acompanhamento de pacientes por equipes multidisciplinares, que enfatizam a utilização de medidas não-farmacológicas, indicaram benefícios na redução de mortalidade, morbidade, taxas de readmissões, períodos menores de hospitalização, melhora do padrão funcional e, principalmente, melhora da qualidade de vida (GWADRY-SRIDHAR et al, 2004; HOLLAND et al, 2005; DUCHARME et al, 2005).

O manejo não-farmacológico na IC se configura como uma ferramenta essencial. O importante papel do enfermeiro nessa abordagem inclui o controle de peso, a restrição de sal e de líquidos, o exercício físico regular e a monitorização do uso regular das medicações, além do reconhecimento precoce de sinais e de sintomas de descompensação (GRADY et al, 2000; RABELO et al, 2007). Evidências da literatura reforçam que tais medidas são fundamentais para o tratamento e o acompanhamento da evolução clínica, trazendo benefícios para esse grupo (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2008; KRUMHOLZ et al, 2002; D'ALTO; PACILEO; CALABRO, 2003).

Um estudo realizado pelo grupo de IC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), entre agosto de 2000 e junho de 2003, avaliou 283 internações de 239 pacientes com o objetivo de descrever o manejo não-farmacológico de pacientes com IC hospitalizados em unidade de internação. Os resultados

desse estudo indicaram que a prescrição dos cuidados não-farmacológicos, à exceção de sal, foi sub-ótima e que, embora presentes nas prescrições, alguns desses cuidados não foram realizados com a mesma continuidade com que foram prescritos. Sendo assim, esse estudo demonstrou que essa abordagem, mesmo em um hospital universitário, não está totalmente incorporada à prática clínica (RABELO et al, 2006).

Considerando que muitos pacientes admitidos por IC descompensada permanecem na emergência por falta de leito em unidades de internação, e que muitas vezes recebem alta hospitalar direto dessa unidade, buscamos avaliar com este estudo a prescrição e a realização do manejo não-farmacológico nesse cenário, visando otimizar a implementação dessas medidas.

2 OBJETIVO

Descrever o manejo não-farmacológico prescrito para pacientes internados por IC descompensada na unidade de emergência do HCPA e a efetividade da realização desses cuidados pela equipe de enfermagem.

3 PACIENTES E MÉTODOS

A seguir será apresentada a metodologia utilizada neste estudo.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal histórico em banco de dados pré-existente sobre o perfil da prescrição do manejo não-farmacológico de pacientes internados por descompensação da insuficiência cardíaca em unidade de emergência.

Para Hulley et al (2003), em um estudo transversal, todas as medições são feitas em um único momento, sem a necessidade de um período de acompanhamento, e este tipo de delineamento serve para descrever a prevalência de determinadas variáveis e seus respectivos padrões de distribuição, como também para examinar associações entre variáveis preditoras e de desfecho.

3.2 Local de realização

A presente investigação integra o Projeto EMBRACE-IC (Estudo multicêntrico brasileiro para identificar os fatores precipitantes de internação e re-internação de pacientes com Insuficiência Cardíaca), realizado na unidade de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação dessa instituição (ANEXO A).

3.3 População e amostra

A população do estudo constituiu-se de pacientes que internaram na emergência HCPA com o diagnóstico médico de insuficiência cardíaca e que foram incluídos no referido projeto.

A amostra foi selecionada de forma aleatória por meio do banco de dados do projeto acima referido. Foram utilizadas as variáveis de interesse para este estudo, que serão abordadas posteriormente.

Considerando uma prevalência de 61% de prescrição de controle de peso, conforme Rabelo et al (2006), com uma margem de erro de 6 pontos percentuais e nível de confiança de 95%, estimou-se para o estudo uma amostra de 256 pacientes.

3.4 Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade do presente estudo seguem os mesmos estabelecidos pelo projeto acima, descritos a seguir:

Critérios de inclusão: pacientes internados com diagnóstico de insuficiência cardíaca classe III e IV, conforme classificação de New York Heart Association (NYHA); de qualquer etiologia; com fração de ejeção $\leq 45\%$; idade ≥ 18 anos; de ambos os sexos; concordarem em participar do estudo.

Critérios de exclusão: pacientes com IC após infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses; pacientes com IC secundárias a um quadro de sepse; pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio nos últimos 30 dias; pacientes que tiveram seqüelas neurológicas; não concordaram em participar do estudo.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados se fez por meio do banco de dados. Para este estudo foram selecionadas as variáveis de interesse relativas à prescrição de restrição de sal, de controle de diurese, de balanço hídrico, de controle de peso, de restrição hídrica e as respectivas variáveis de realização desses cuidados. Além disso, foram selecionadas as variáveis relacionadas às características demográficas e clínicas da amostra (ANEXO B).

3.6 Análise dos dados

Os dados foram inseridos em uma tabela do Programa Excel for Windows. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 14.0. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão para aquelas com distribuição normal e mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) para dados não paramétricos. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais. Para as comparações entre dados não-paramétricos, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, e para dados paramétricos, o coeficiente de Pearson. Um valor de P bicaudal menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, procurando proteger os direitos dos participantes da pesquisa, em atenção às

determinações dos órgãos que legislam sobre a pesquisa com seres humanos no país, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), e submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e posteriormente ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para a análise das variáveis deste estudo, foi assinado o Termo de Compromisso de utilização de dados (ANEXO C).

4 RESULTADOS

Incluíram-se neste estudo 256 pacientes com diagnóstico de IC descompensada. A idade média dos pacientes foi de 63 ± 13 anos; a maioria do sexo masculino, 153 (60%); e predominantemente brancos, 196 (77%). A mediana dos anos de estudo foi de 5 (2-8), e a mediana da renda familiar de 2 (1-3) salários mínimos. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo média foi de 29 ± 9 %, e a etiologia mais evidenciada, a isquêmica 85 (34%). Segundo os critérios estabelecidos pela New York Heart Association (NYHA), 168 (66%) dentre os pacientes encontravam-se em classe funcional III. Esses e demais dados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas e clínicas.

Pacientes, n	n = 256
Idade, anos *	63 ± 13
Sexo, masculino	153 (60)
Cor, branca	196 (77)
Escolaridade, anos †	5 (2-8)
Renda Familiar, salários †	2 (1-3)
Fração de ejeção do VE, %*	29 ± 9
Classe funcional III (NYHA)	168 (66)
Etiologia	
Isquêmica	85 (34)
Hipertensiva	80 (32)
Idiopática	43 (17)
Alcoólica	27 (11)
Outras	31 (12)

Nota: VE: ventrículo esquerdo; NYHA: New York Heart Association. Dados categóricos apresentados com n (%); * Variável expressa com média \pm desvio-padrão. † Variável expressa em mediana e percentis 25-75. Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre (RS), 2008.

Na Tabela 2 está descrita a freqüência da prescrição do manejo não-farmacológico. Dos cuidados que compõem esse manejo, a restrição ao sal foi o cuidado com maior percentual de prescrição, totalizando 240 (95%), seguido do controle de peso, com 135 (53%). O balanço hídrico e a restrição hídrica foram os cuidados menos evidenciados nas prescrições.

Tabela 2. Freqüência de cuidados não-farmacológicos prescritos.

Cuidados não-farmacológicos	n = 256
Restrição de sal	240 (95)
Restrição hídrica	95 (37)
Controle de diurese	124 (48)
Controle de peso	135 (53)
Balanço hídrico	72 (28)

Nota: Dados categóricos apresentados com n (%). Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre (RS), 2008.

Embora os cuidados não-farmacológicos estivessem contemplados nas prescrições, verificou-se que estes não foram realizados com a mesma freqüência com que foram prescritos. Apenas 38 (54%) dos balanços hídricos, 89 (67%) dos controles de peso e 69 (57%) dos controles de diurese foram efetivamente realizados pela equipe de enfermagem ($P < 0,001$ para todas as comparações). A figura 1 representa o percentual de cuidados não-farmacológicos prescritos, seguido do percentual de realização desses.

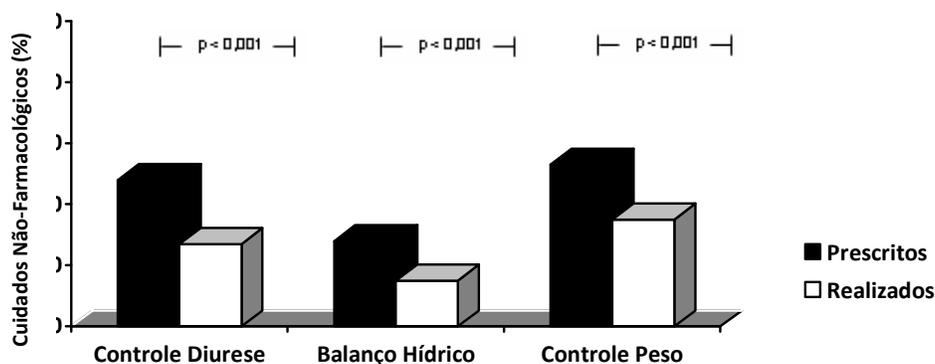


Figura 1 – Cuidados não-farmacológicos prescritos e realizados. Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre (RS), 2008.

Embora um percentual elevado de pacientes apresentasse, na chegada à emergência, sinais e sintomas que indicam congestão – a saber: dispnéia, com 233 (91%); dispnéia paroxística noturna, com 223 (87%); cansaço, 173 (68%); e edema, 164 (64%) –, a prescrição das medidas não-farmacológicas, que guiam a terapêutica do manejo de congestão foi considerada insatisfatória. Esses resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Sinais e sintomas na chegada à emergência.

Paciente, n	n = 256
Sinais e Sintomas	
Dispneia	233 (91)
Dispneia paroxística noturna	223 (87)
Cansaço	173 (68)
Edema	164 (64)
Ortopneia	141 (55)
Turgência venosa jugular	76 (30)

Nota: Dados categóricos apresentados com n (%); † Variável expressa em mediana e percentis 25-75. Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre (RS), 2008.

Em uma análise específica, buscamos relacionar o número de internações prévias com o conhecimento das medidas não-farmacológicas pelos pacientes. No que se refere ao número de internações, 80 (31%) dos pacientes nunca havia internado por descompensação da IC no período de doze meses, 58 (23%) apresentavam pelo menos uma internação e 117 (46%) dos pacientes já haviam internado pelo menos duas vezes no mesmo período.

Na correlação do conhecimento sobre as medidas não-farmacológicas (restrição de sal, restrição de líquidos, controle de diurese, balanço hídrico e controle de peso) com o número de internações prévias por descompensação da IC, identificamos uma correlação fraca, com $r_s = 0,3$ ($P < 0,001$).

Ao analisarmos as orientações prévias fornecidas aos pacientes por algum profissional da área da saúde sobre as medidas não-farmacológicas, observamos que quase a totalidade dos pacientes recebeu recomendação para controle da ingestão de sal, 229 (90%). Em relação ao conhecimento de outras medidas não-farmacológicas, 181 (71%) receberam orientações voltadas para a prática regular de atividade física, 163 (64%) para controle da ingestão hídrica, 117 (46%) dos pacientes haviam recebido orientações sobre a importância do controle do peso diário.

No entanto, ao analisarmos o conhecimento prévio da combinação de três medidas não-farmacológicas (restrição de sal, restrição de líquidos e controle de peso), cotejado com o número de internações por IC no último ano, verificamos que os pacientes que nunca haviam internado por descompensação dessa síndrome tinham pouco conhecimento sobre essas medidas. Por seu turno, os pacientes com 5 ou mais internações no mesmo período possuíam domínio da combinação desses cuidados. Dos 256 pacientes do estudo, 80 (31%) nunca haviam internado por IC descompensada. Destes, 64 (80%) não conheciam a combinação das medidas não-farmacológicas. Dos 35 (14%) pacientes que internaram 5 vezes ou mais, 21 (60%) conheciam as três medidas, sendo todas as comparações estatisticamente significativas ($P < 0,001$). Os dados estão dispostos na tabela 4.

Tabela 4. Número de internações por IC descompensada e conhecimento prévio da combinação de três medidas não-farmacológicas (restrição de sal, restrição de líquidos e controle de peso).

Nº internações	Total pacientes	C/ conhecimento	S/ conhecimento	P
Sem internação	80	16 (20)	64 (80)	0,001
2 internações	33	13 (39)	20 (61)	0,001
≥ 5 internações	35	21 (60)	14 (40)	0,001

Nota: Dados categóricos apresentados com n (%). Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre (RS), 2008.

5 DISCUSSÃO

Nesse estudo, avaliamos o padrão das prescrições e a efetividade da realização das medidas não-farmacológicas para pacientes internados por IC descompensada em unidade de emergência. Apesar de a restrição de sal ter sido a medida mais prescrita para os pacientes, o balanço hídrico, a restrição hídrica e o controle de diurese foram pouco contemplados nas prescrições. No que tange à realização dos cuidados não-farmacológicos pela equipe de enfermagem, identificou-se que estes não foram realizados com a mesma frequência com que foram prescritos.

A restrição de sal foi prescrita para quase todos os pacientes. Esse resultado mostra que existe uma concordância na prática clínica sobre os benefícios que a restrição salina pode trazer aos pacientes com IC. Excesso de sódio na dieta causa múltiplos efeitos ao organismo humano, entre estes o aumento da atividade do sistema renina-angiotensina (ALDERMAN, 2006). Esse sistema é responsável, entre outras funções, pelo equilíbrio hidroeletrólítico e pela regulação da pressão arterial. A ativação excessiva desse sistema, pelo consumo elevado de sódio, resulta na retenção de água e tem sido associada à hipertrofia cardíaca e à IC congestiva (RIBEIRO; FLORÊNCIO, 2000; HE et al, 2002). Corroborando com esses achados, a adoção de uma dieta com restrição de sódio é recomendada para pacientes com IC como medida preventiva para retenção de líquidos e, conseqüentemente, descompensação da IC (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2008). Embora sejam evidentes os benefícios dessa restrição, existem dúvidas sobre qual seria a quantidade de sódio que deveria ser ingerida pelos pacientes. A literatura atual disponível não estabelece um valor ideal para essa restrição. Sabe-se, no entanto, que a restrição depende da gravidade da IC. Pacientes com IC grave devem ser orientados a adotar uma dieta com 2g/dia de sódio; já aqueles com IC leve a moderada podem ingerir de 3 a 4g de sódio/dia. Esse grau de restrição é facilmente alcançado abolindo da dieta alimentos ricos em sódio e evitando colocar sal adicional nos alimentos após o seu preparo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

Quanto à restrição de líquidos, menos de 50% dos pacientes tiveram esse cuidado contemplado em suas prescrições. Embora um recente estudo tenha indicado que a restrição de fluidos não seja uma estratégia eficaz no tratamento da IC (TRAVERS et al, 2007), na prática clínica a recomendação é que os pacientes com IC moderada a grave limitem a ingestão de fluidos a até 1,5 litro/dia (HOLST et al, 2003). Também, as novas diretrizes europeia para o tratamento dessa síndrome recomendam que a restrição de 1,5 a 2 litros/dia deve ser adotada em pacientes que apresentem sintomas graves de IC (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2008). Segundo os critérios para o diagnóstico da IC (HO et al, 1993), a dispnéia paroxística noturna é considerada um sinal importante para o diagnóstico da descompensação dessa síndrome. Neste estudo, 87% dos pacientes apresentaram esse sintoma no momento da internação, o que poderia justificar a indicação de restrição de líquidos. Apesar disso, apenas 37% dos pacientes tiveram esse cuidado prescrito.

O aumento súbito de peso está freqüentemente associado à retenção hídrica e, conseqüentemente, à piora da IC. Dos pacientes estudados, pouco mais de 50% tiveram o controle de peso incluído nas prescrições. A monitorização dessa medida no período da internação hospitalar deve ser realizada diariamente, servindo como parâmetro para o acompanhamento da evolução clínica dos pacientes e, também, como referencial para o ajuste da terapia diurética. Ainda no contexto da hospitalização, a monitorização diária de peso também possui o importante papel de estimular os pacientes a incorporar, na sua prática diária, o controle periódico do peso (RABELO et al 2006). Os pacientes devem ser orientados no seguinte sentido: aumento súbito de peso pode indicar sinais precoces de congestão e, portanto, a atenção deve ser redobrada para evitar descompensação da IC. Quando o ganho de peso for superior a 2 Kg em 3 dias, os pacientes devem ser orientados a procurar atendimento especializado (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2008). Um estudo randomizado, que teve por objetivo avaliar o efeito da instrução e da assistência por enfermeiras na adesão às medidas não-farmacológicas pelos pacientes com IC, mostrou que aqueles do grupo intervenção souberam identificar e buscar atendimento quando houve ganho súbito de peso, 86%,

contra 69% do grupo que recebeu apenas orientações no momento da consulta com o cardiologista, com $P < 0,01$ (VAN DER WAL; JAARSMA, 2008).

Na análise da realização dos cuidados não-farmacológicos, observamos que essas medidas não foram executadas com a mesma frequência com que foram prescritas. Em média, pouco mais de 50% dos cuidados prescritos foram efetivamente realizados pela equipe assistencial. Um estudo publicado em 2006, que avaliou a efetividade da realização desses cuidados em unidades de internação, mostrou percentuais semelhantes quanto à execução dessas medidas (RABELO et al, 2006). Esses dados podem ser sugestivos no sentido de que exista um desconhecimento, por parte da equipe de enfermagem, da relevância e dos benefícios da implementação dessas medidas como coadjuvantes do tratamento medicamentoso.

No contexto da IC, o exame clínico é uma ferramenta útil para o diagnóstico, para a avaliação da gravidade da doença e para a decisão sobre a melhor conduta terapêutica a ser tomada. A presença de certos sinais e sintomas pode ser útil para classificar os pacientes em níveis de gravidade, risco de mortalidade e de necessidade de hospitalização (ROHDE et al, 2004). Nessa perspectiva, o exame clínico de pacientes admitidos por descompensação da IC torna-se extremamente importante para guiar a escolha das intervenções mais adequada (NOHRIA et al, 2003; SILVA, 2005).

Em nosso estudo, 91% dos pacientes referiram dispnéia na chegada à emergência. Assim como a dispnéia, o edema é um achado comum em pacientes descompensados (WENDER; BOUSTANY, 2005). A presença do edema periférico e do refluxo hepatojugular são sinais úteis para estratificar o prognóstico de pacientes com IC sistólica, sendo esses sinais capazes de definir os diferentes níveis de comprometimento cardíaco como também a maior gravidade da doença (ROHDE et al 2004; MOUTINHO et al, 2008). Podemos verificar que a presença de determinados sinais e sintomas pode ser extremamente importante para auxiliar a equipe assistencial na confirmação do diagnóstico de IC descompensada, contribuindo para determinar rapidamente a melhor conduta para o tratamento, especialmente em unidades de emergência.

Sabe-se que os cuidados não-farmacológicos são ferramentas essenciais no tratamento dos pacientes descompensados. Apesar de a maioria do pacientes apresentarem algum sinal de congestão na chegada à

emergência, houve pouco reflexo na prescrição dos cuidados que evitam a congestão e que guiam a terapêutica diurética contemplados nas prescrições. Desse modo, fica evidente que a avaliação criteriosa e a detecção de sinais e sintomas de descompensação da IC são essenciais para que as decisões terapêuticas corretas sejam adotadas, visando reduzir o tempo de internação.

Um dos principais motivos da descompensação da IC é a falta de adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, muitas vezes por desconhecimento desses aspectos (NIEMINEM et al, 2006). Percebe-se que existe uma grande lacuna entre o que é ensinado aos pacientes e o que é absorvido por estes. Um estudo desenvolvido com 113 pacientes em ambiente ambulatorial identificou que existia uma incoerência em relação ao que lhes era ensinado e o que aplicavam, de fato, na prática (NI et al, 1999). Avaliando esses achados e relacionando os resultados encontrados em nosso estudo sobre os conhecimentos prévios das medidas não-farmacológicas com o número de internações, observamos que mesmo que os pacientes tenham um bom conhecimento dessas medidas, isso não diminui as taxas de internação. Verificamos que os pacientes com mais internações eram os pacientes que detinham maior conhecimento prévio dessas medidas. Com isso, percebemos que o conhecimento prévio das medidas não-farmacológicas não indica melhor adesão e não impede a necessidade de internações para a compensação da IC. Segundo Van der Wal e colaboradores (2005), a não-adesão às recomendações sobre a dieta e ao uso irregular das medicações foi responsável por mais de um terço das readmissões hospitalares. Uma publicação recente do nosso grupo revelou que pacientes com maior número de internações prévias parecem ter um conhecimento bastante elevado dos aspectos que envolvem a fisiopatologia e o manejo da IC, além de serem pacientes mais graves e com maior tempo de doença sintomática (RABELO et al, 2006). Esses dados indicam que conhecer a doença e os aspectos relacionados à prática dos cuidados, necessariamente, não evitam reinternações.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados obtidos neste estudo observacional foi possível demonstrar que mesmo se tratando de um hospital universitário, houve pouca prescrição das medidas não-farmacológicas para os pacientes admitidos em emergência, à exceção do controle de sal.

Quanto à efetividade da realização dos cuidados não-farmacológicos, identificamos que existe uma lacuna entre o que é prescrito e o que é efetivamente executado. Demonstrou-se neste estudo que esses cuidados não foram realizados na sua totalidade pela equipe de enfermagem.

Apesar de os pacientes apresentarem sinais e sintomas indicativos de congestão pulmonar e/ou sistêmica no momento da admissão, houve pouco reflexo da prescrição das medidas não-farmacológicas que guiam a terapêutica e que auxiliam na monitorização da evolução clínica de estados congestivos.

Igualmente, os achados desse estudo nos permitem concluir que pacientes com taxas mais elevadas de internações aparentam melhor conhecimento da doença e do autocuidado, apesar de esse conhecimento não implicar em maior adesão às orientações e a conseqüente diminuição das taxas de readmissões.

Os dados apresentados indicam a necessidade da criação de estratégias voltadas para a solidificação da adesão, por parte das equipes assistenciais, quanto à prescrição das medidas não-farmacológicas. Ainda, deve-se investir em programas de qualificação para os profissionais que prestam atendimento a esses pacientes, no sentido de instruir quanto à relevância e à importância das medidas não-farmacológicas no manejo de pacientes descompensados.

REFERÊNCIAS

ALDERMAN, M.H. Evidence Relating Dietary Sodium to Cardiovascular Disease. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 25, n. 3, p. 256S–261S, 2006.

BARRETO, A.C.P. *et al.* Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca - índices ainda alarmantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 5, p. 335-41, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. p. 21082-85.

_____. _____. **Morbidade hospitalar por doenças do aparelho circulatório.** Informações em saúde: Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>> Acesso em: 25 mar 2008.

BOCCHI, E.A. *et al.* I Diretriz Latino-Americana para avaliação e conduta na insuficiência cardíaca descompensada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 85, sup. 3, p. 1-48 , 2005.

D'ALTO, M.; PACILEO, G.; CALABRO, R. Nonpharmacologic care of heart failure: patient, family, and hospital organization. **The American Journal Of Cardiology**, v. 91, p. 51F-54F, 2003.

DUCHARME, A. *et al.* Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. **Canadian Medical Association Journal**. v. 173, n.1, p. 40-5, 2005.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. **European Heart Journal**, v. 29, p. 2388–442, 2008.

GOMBERG-MAITLAND, M.; BARAN, D.A.; FUSTER, V. Treatment of congestive Heart Failure: guidelines for the primary care physician and the heart failure specialist. **Archives of Internal Medicine**, v. 161, p. 342-52, 2001.

GRADY, K.L. *et al.* Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the American Heart Association. **Circulation**, v. 102, p. 2443-56, 2000.

GWADRY-SRIDHAR, F.H. *et al.* A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. **Archives of Internal Medicine**, v. 164, n. 22, p. 2315-20, 2004.

HE, J. *et al.* Dietary sodium intake and incidence of congestive heart failure in overweight US men and women. **Archives of Internal Medicine**, v. 162, p. 1619-24, 2002.

HO, K.L. *et al.* Part II: new insights into the epidemiology and pathophysiology of heart failure. The Framingham Study. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 22, supl. A, p. 6A-13A, 1993.

HOLLAND, R. *et al.* Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. **Heart**, v. 91, p.899-906, 2005.

HOLST, M. *et al.* Fluid restriction in heart failure patients: is it useful? The design of a prospective, randomised study. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 2, p.237-42, 2003.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 374 p.

KRUMHOLZ, H.M. *et al.* Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 39, n. 1, p. 83-9, 2002.

MOUTINHO, M.A.E. *et al.* Heart Failure with Preserved ejection Fraction and systolic Dysfunction in the Community. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 2, p. 145-50, 2008.

NI, H. *et al.* Factors influencing knowledge of and adherence to selfcare among patients with heart failure. **Archives of Internal Medicine**, v. 159, n. 14, p. 1613-9, 1999.

NIEMINEM, M.S, *et al.* EuroHeart Failure Survey II (EFHS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. **European Heart Journal**, v. 27, p. 2725-36, 2006

NOHRIA, A. *et al.* Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. **Journal of the American College of Cardiology**. v. 41, n. 10, p. 1797-804, 2003.

RABELO, E. *et al.* Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, p. 352-8, 2006.

RABELO, E.R. *et al.* O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.15, n.1, p.165-70, 2007.

RIBEIRO, J.M.; FLORÊNCIO, L.P. Bloqueio farmacológico do sistema renina-angiotensina- aldosterona: inibição da enzima de conversão e antagonismo do receptor AT1 **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n.3, p. 293-302, 2000.

ROHDE, L.E. *et al.* Reliability and prognostic value of traditional signs and symptoms in outpatients with congestive heart failure. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 20, n.7, p. 697-702, 2004.

ROHDE, L.E. *et al.* Health outcomes in decompensated congestive heart failure: a comparison of tertiary hospitals in Brazil and United States. **International Journal of Cardiology**, v. 102, p. 71-7, 2005.

SCATTOLIN, F. A. A.; DIOGO, M. J. D.; COLOMBO, R. C. R. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence in elderly with heart failure. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.11, p. 2705-15, 2007.

SILVA, L. B. Avaliação clínica de pacientes com insuficiência cardíaca baseada em evidência. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 25, n. 3, p. 72-5, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA . II Diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 4, p. 1-30, 2002.

TAVARES, L.R. *et al.* Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca Descompensada em Niterói - Projeto EPICA – Niterói. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 2, p. 121-4, 2004.

TRIVERS, B. *et al.* Fluid restriction in the management of decompensated heart failure: no impact on time to clinical stability. **Journal of Cardiac Failure**. v. 13, n. 2, p. 128-32, 2007.

VAN DER WAL, M.H.; JAARSMA, T.; VAN VELDHUISEN, D.J. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? **European Journal of Heart Failure**, v. 7, n. 1, p. 5-17, 2005.

VAN DER WAL, M.H.L; JAARSMA, T. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study). **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 7, supl. 1, p. S41-S41, 2008.

VILAS-BOAS, F.; FOLLATH, F. Tratamento atual da insuficiência cardíaca descompensada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.87, n. 3, p. 369-77, 2006.

WENDER, O.C.B.; BOUSTANY, S.M. Exame do sistema vascular periférico. *In*: BARROS, E.J.G.; ALBUQUERQUE, G.C.; PINHEIRO, C.T.S. **Exame Clínico**. Porto Alegre: Artmed 2005. 510 p., p. 289-98.

ANEXO A – Parecer de aprovação nº 06.032

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 06-032**Versão do Projeto:** 15/02/2006**Versão do TCLE:** 15/02/2006**Pesquisadores:**

ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA

GRAZIELLA BADIN ALITI

FERNANDA BANDEIRA DOMINGUES

SOLANGE MARIA BRAUN GONZALEZ

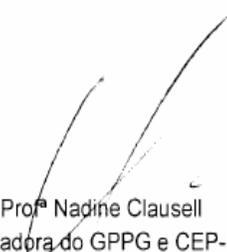
MARCO AURELIO LUMERTZ SAFFI

ANELISE DE OLIVEIRA BRUN

Título: EMBRACE-IC - ESTUDO MULTICÊNTRICO BRASILEIRO PARA IDENTIFICAR OS FATORES PRECIPITANTES DE INTERNAÇÃO E RE-INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 16 de fevereiro de 2006.



Prof.^a Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO B – Instrumento de coleta de dados do estudo EMBRACE-IC

Estudo Multicêntrico BRAsileiro para Identificar os Fatores PreCipitantes de IntErnação e Re-
internação de Pacientes com Insuficiência Cardíaca

EMBRACE -IC**Instrumento de Coleta de Dados**

Data entrada no estudo: _____ **Prontuário do Hospital:** _____
Nome: _____ **Iniciais do paciente:** _____
Telefone de Contato: [] _____ **Telefone Familiar:** [] _____

Instrumento de Coleta de Dados do Estudo EMBRACE-IC

Código do Paciente				
Centro de Procedência: []RS-IC []RS-HC []BA []GO []RJ []PE				
Número do paciente:				

As questões marcadas com dois asteriscos (**) deverão ser consultadas no Manual de Preenchimento do Instrumento)

****Data de entrada do paciente no Estudo:** ___/___/___

Local: [] Emergência [] Unidade de Internação [] Unidade de Terapia Intensiva

Dados que deverão ser coletados do prontuário:

Data Nascimento: ___/___/___ ****Cor:** _____ **Idade:** _____ **Sexo:** []F []M

****Classe funcional (NYHA)** []III []IV ****Fração de Ejeção:** _____%

Etiologia provável de IC

[] Chagásica [] Isquêmica [] Valvular [] Hipertensiva
 [] Pós Q Tx [] Alcoólica [] Pós miocardite [] Idiopática

Motivo da descompensação por IC

[] SCA [] Falta de adesão [] Infecção: _____
 [] Disf. Tireóide [] Embolia Pulmonar [] Anemia
 [] Arritmia [] Outro: _____

****Co-morbidades de Charlson** []DM []DPOC []Cardiopatia Isquêmica []Doença do tecido conjuntivo

[]AIDS []DM com lesão em órgão alvo []Doença Renal Moderada / Grave
 []Neoplasia []Doença cérebro-vascular []Doença vascular periférica
 []Demência []Úlcera []Doença Hepática Leve []Hemiplegia

****Peso:** _____ kg ****Altura:** _____ m

****Exames laboratoriais na admissão (ou os mais próximos da admissão):**

Sódio	Uréia	Creatinina	Potássio	Hemoglobina	Hematócrito	Colesterol Total	LDL	HDL	TSH	T4	Triglicerídeos

1-Domínio Sócio-Demográfico

Entrevistador (a): Sr(a) _____ meu nome é _____ sou enfermeira e estou realizando um estudo sobre os diversos motivos que podem estar envolvidos na sua vinda ao hospital. Eu gostaria de contar com a sua colaboração para responder algumas questões relativas à sua vida pessoal e ao seu estado de saúde.

****Você possui quantos anos completos de estudo?** _____

****Você reside sozinho?** []Sim []Não

****Qual a sua renda familiar:** [] 1 salário [] 2 salários [] 3 salários [] 4 salários [] + de 4 salários

2- Domínio: conhecimento da doença e dos sinais e sintomas de descompensação

Entrevistador (a): Sr(a) _____, agora, eu vou fazer algumas perguntas para tentar entender porque você veio até o hospital.

- 1) **Por que motivo você veio ao hospital?** falta de ar cansaço inchaço arritmia
 infecção Outro: _____
- 2) **Há quanto tempo surgiu este motivo que lhe trouxe ao hospital?**
 _____ (especificar tempo em dias)
- 3) **Você já esteve internado pelo mesmo problema nos últimos doze meses?** Sim Não
- 4) **Quantas vezes?** 1 2 3 4 + de 5 vezes
- 5) **Você já fez ou faz algum tratamento para estes problemas?**
 Sim Não

Entrevistador (a): Bem, agora que eu já sei porque você veio até o hospital, eu preciso entender se ocorreram algumas alterações no seu organismo, e se ocorreram há quanto tempo:

- 6) **Inchou as pernas?**
 Sim Não **Há quanto tempo?** _____ (especificar tempo em dias)
- 7) **Inchou a barriga?**
 Sim Não **Há quanto tempo?** _____ (especificar tempo em dias)
- 8) **Dilatou a veia do pescoço** Sim Não **Há quanto tempo?** _____ (especificar tempo em dias)

Entrevistador(a): Sr(a) _____ alguns pacientes podem apresentar outras queixas, principalmente para dormir. Então, agora farei algumas perguntas sobre como você tem dormido ultimamente:

- 9) ****Você acorda durante a noite por falta de ar?** Sim Não **Há quanto tempo?** ____ (dias)
- 10) **Quantos travesseiros você está usando para dormir?**
 1 2 3 durmo sentado
- 11) **Você teve que aumentar o número de travesseiros nos últimos dias?**
 Sim Não
- 12) ****Você tomou a vacina da gripe no ano que passou?** Sim Não
- 13) ****Você usa ou usou nos últimos dias medicação antiinflamatória?** Sim Não

Entrevistador(a): Agora que eu já sei porque você veio até o hospital, já sei desde quando estes sinais ou sintomas apareceram, eu preciso saber se você sabe por que isto pode estar acontecendo, por exemplo:

- 14) **Você acha que este (s) problema (s) que fez (fizeram) com que você viesse ao hospital tem alguma relação com “problema de coração?”**
 Sim Não
- 15) **Alguém já explicou sobre este “problema” ou doença?**
 sim não
- 16) **Você saberia dizer o nome deste “problema” ou doença?**
 Sim Não
 Insuficiência cardíaca coração grande coração fraco

Entrevistador (a): Neste momento, eu preciso saber sobre alguns hábitos em relação a sua alimentação e alguns cuidados que você tem com a sua saúde:

- 17) **Você costuma utilizar sal na sua alimentação** sim não

18) Você considera a quantidade de sal utilizada: pouca normal não utiliza

19)**Qual é a quantidade de líquido ingerido diariamente?

1 xícara= 150 ml; 1 copo de suco/água= 250 ml; Frutas(1fatia de melancia/1 bergamota/ 1 laranja/ 1 fatia de melão)= 50ml

Café	Lanche	Almoço	Café da tarde	Janta	Ceia
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
Total:	Total:	Total	Total:	Total:	Total : Total/ dia=

20)Alguma vez você foi orientado por algum profissional da saúde a:

- a) pesar-se diariamente? Sim Não
 b) usar pouco sal na alimentação Sim Não
 c) beber pouco líquido diariamente? Sim Não
 d) realizar atividade física Sim Não
 e) vacinar-se contra a gripe a cada ano? Sim Não

21)**Você sabe qual é a importância do peso no tratamento da sua doença?

- sim
 não
 não sei

Apenas se o paciente responder SIM, pergunte porque: _____

22)**Você pratica atividade física? Sim Não Qual: _____

23)**Quantas vezes por semana você faz alguma atividade física?

- 1x 2x 3x 4x 5x 6x

24)Você fuma? sim Não

25)Se a resposta for SIM, quantos cigarros por dia? _____

26)Se a resposta for SIM, que tipo de cigarro: industrializado 'palheiro'

27)Você já fumou? Sim Não

28)Se a resposta for SIM, ue tipo de cigarro: industrializado 'palheiro'

29)Se a resposta for SIM, há quanto tempo parou de fumar (em meses)? _____

30)Você ingere bebida alcoólica? Sim Não

31)Se a resposta for SIM, com que frequência? diariamente fins de semana

32)Se a resposta for SIM, qual o tipo de bebida ingerida? cerveja cachaça vinho
 outros

Entrevistador (a): Agora nós vamos falar sobre alguns sinais e sintomas que podem ocorrer com algumas pessoas que têm este mesmo problema que o trouxe para o hospital. Para isto, você deverá responder *sim*, *não* ou *não sabe* com relação ao que eu vou perguntar.

****Você sabe o que pode estar acontecendo quando:**

33) você tem que aumentar o número de travesseiros para dormir?

- Sim O quê? _____
 Não
 Não sabe

34) você acorda à noite com dificuldade para respirar?

- Sim O quê? _____
 Não
 Não sabe

35) você fica mais cansaço para realizar as suas tarefas

- Sim O quê? _____
 Não
 Não sabe

36) a sua respiração fica mais curta (fôlego curto)

- Sim O quê? _____
 Não

37) os seus pés e / ou tornozelos ficam inchados?

- Sim O quê? _____
 Não
 Não sabe

Entrevistador (a): Sr(a) _____, agora vou fazer algumas perguntas sobre as medicações que você estava tomando em casa, antes de vir para o hospital:

3- Domínio Medicação-Doença

****Adesão ao tratamento farmacológico**

38) Na última semana você esqueceu ou deixou de tomar alguns dos seus remédios?

- Sim Não

39) Algumas vezes você se descuida de tomar as seus remédios?

- sim não

40) quando você se sente bem / melhor, você deixa de tomar os remédios?

- Sim Não

41) quando você toma os seus remédios e se sente pior, você deixa de tomá-los? Sim Não

42) Como você consegue os remédios, na maioria das vezes?

- Compro na farmácia
 Ganho no Posto de Saúde (PS)
 Compro alguns e ganho outros no PS
 Ganho amostra grátis do hospital, de amigos, vizinhos
 Farmácia de manipulação

43) Qual das medicações que o seu médico lhe prescreveu que é mais difícil de encontrar no PS ou de comprar? _____

44) **Você sabe dizer o nome das medicações que você usa, para que servem e se lhe causam algum mal-estar?

- sim não

Med. _____ Para que serve: _____ Efeitos colaterais _____

Med. _____ Para que serve: _____ Efeitos colaterais _____

47) se você apresentasse falta de ar para fazer atividades do dia-a-dia, cansaço aos pequenos esforços, tosse, inchaço nas pernas, dificuldade para dormir com a cabeceira baixa, o que você faria?

- Modificaria os remédios Quais: _____
 Procuraria a equipe
 Iria à emergência
 Diminuiria o sal
 Diminuiria os líquidos
 Não sabe

Entrevistador (a): Sr(a)_____, com relação ao seu tratamento e às orientações que você recebeu do seu médico / equipe para o problema que o trouxe aqui:

48) Você encontrou alguma dificuldade em seguir o tratamento proposto?

- Sim Não Não recebi nenhum tratamento / orientação prévio

49) Se sim, qual:

- tomar remédios restringir o sal restringir líquidos
 se pesar realizar exercícios físicos comprar remédios
 outro _____

50) Você sabe onde encontrar a sua equipe do coração?

- Sim Onde? _____ Não

Os dados abaixo serão coletados do prontuário do paciente

**5-Domínio Prescrição Médica dos Cuidados NF

Cuidados não-farmacológicos prescritos?

- 51) Restrição de sal Sim Não
Gramas 2g () 3g () 4g ()
- 52) Controle de diurese Prescrito Não Prescrito
 Feito Não feito
- 53) Balanço hídrico Prescrito Não Prescrito
 Feito Não feito
- 54) Controle de peso Prescrito Não Prescrito
 Feito Não Feito
- 55) Restrição de líquidos Prescrito Não Prescrito
 Feito Não feito

56) ** Complicações durante o período de internação:

]necessidade de ventilação mecânica

]necessidade de hemodiálise

]internação na UTI/CTI

]Uso de inotrópicos

]Óbito

]Outras: _____

57) Peso na alta ou mais próximo desta:

Peso: _____

ANEXO C – Termo de compromisso para utilização de dados

ANEXO C - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



ANEXO C – Termo de compromisso para utilização de dados
Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Manejo não-farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada internados em emergência de hospital universitário	Cadastro no GPPG 06.032
--	-----------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 10 de julho de 2008.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Joelza Celesílvia Chisté Linhares	
Eneida Rejane Rabelo da Silva	

ANEXO D – Carta de Aprovação COMPESQ EEUFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC: Nº 18
Versão junho/2008

Pesquisadores: Joelza Celesívia Chisté Linhares e Eneida Rejane Rabelo da Silva

Título: MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO DE PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA CARDIACA DESCOMPENSADA INTERNADOS EM
EMERGÊNCIA DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 01 de julho de 2008.

Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ-ENF-UFRGS
Prof.ª. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/ENF

ANEXO E – Carta de Aprovação GPPG/HCPA