

Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I¹

Cláudia Motta Mussi²

Karen Ruschel³

Emiliane Nogueira de Souza⁴

Alexandra Nogueira Mello Lopes⁵

Melina Maria Trojahn⁶

Caroline Camargo Paraboni⁷

Eneida Rejane Rabelo⁸

Objetivo: verificar o efeito de uma intervenção educativa de enfermagem combinada, caracterizada por visita domiciliar e contato telefônico, em pacientes com internação recente por insuficiência cardíaca descompensada, no conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na adesão ao tratamento, comparado ao acompanhamento convencional de pacientes no período de seis meses. Métodos: ensaio clínico randomizado com pacientes que tiveram internação recente por insuficiência cardíaca descompensada. O grupo-intervenção recebeu quatro visitas domiciliares e quatro contatos telefônicos para reforço das orientações, em seis meses de acompanhamento; o grupo-controle recebeu acompanhamento convencional sem visitas e sem contatos telefônicos. Resultados: duzentos pacientes foram randomizados (101: intervenção e 99: controle). Após seis meses, observou-se melhora significativa no conhecimento e autocuidado para o grupo-intervenção ($p=0,001$ e $p<0,001$), respectivamente; a adesão ao tratamento, aferida no final entre os grupos, foi significativamente maior no grupo-intervenção ($p<0,001$). Conclusão: a estratégia de visita domiciliar para pacientes que se internaram recentemente por insuficiência cardíaca descompensada foi efetiva na melhora dos desfechos avaliados, e sua implementação merece ser considerada no Brasil, visando-se evitar internações não planejadas. NCT-01213862

Descritores: Aprendizagem; Cooperação do Paciente; Autocuidado; Enfermagem; Visita Domiciliar.

¹ Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, processo nº FAPERGS: 09/0040-2 e do Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, processo nº FIPE: 09-911.

² 2 MSc, RN, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

³ Enfermeira, PhD.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, Brasil.

⁵ Enfermeira, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

⁶ Enfermeira, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Brasil.

⁷ Aluna de graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

⁸ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço para correspondência:

Eneida Rejane Rabelo da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem
Rua São Manoel, 963
Bairro Santa Cecília
CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: eneidarabelo@gmail.com; esilva@hcpa.ufrgs.br

Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I

Objective: To verify the effect of an educative nursing intervention composed of home visits and phone calls on patients' knowledge about the disease, self-care and adhesion to the treatment. **Methods:** Randomized clinical trial with patients with recent hospitalization caused by decompensated heart failure. There were two groups: the intervention group, which has received four home visits and four phone calls to reinforce the guidelines during six months of follow up; and the control group, which has received conventional follow up with no visits or phone calls. **Results:** Two hundred patients were randomized (101 in the intervention group and 99 in the control group). After six months, a significant improvement was observed in self-care and knowledge about the disease in the intervention group ($P=0.001$ and $P<0.001$), respectively; the adhesion to the treatment, measured and compared between the groups, was significantly higher in the intervention group ($P=0.001$). **Conclusion:** the strategy of home visits to patients who were recently hospitalized with decompensated heart failure was effective in improving the outcomes assessed and its implementation deserves to be considered in Brazil aiming at avoiding unplanned hospitalizations. NCT-01213862

Descriptors: Patient Education (learning); Self Care; Adherence (compliance patient); Nursing; Home Visit.

Visita domiciliar mejora conocimiento, auto cuidado, adhesión en la insuficiencia cardíaca: Ensayo Clínico Aleatorizado HELEN □ I

Objetivo: Verificar el efecto de una intervención educativa de enfermería combinada de visita domiciliar y contacto telefónico en pacientes con internación reciente por insuficiencia cardíaca descompensada, en el conocimiento de la enfermedad, las habilidades para el autocuidado y la adhesión al tratamiento comparado con el acompañamiento convencional de pacientes en el período de seis meses. **Métodos:** Ensayo Clínico Aleatorizado en pacientes que fueron ingresados recientemente por insuficiencia cardíaca descompensada. El grupo intervención recibió cuatro visitas domiciliarias y cuatro contactos telefónicos para reforzar las orientaciones en seis meses de acompañamiento; el grupo control recibió acompañamiento convencional sin visitas y sin contactos telefónicos. **Resultados:** Fueron aleatorizados doscientos pacientes (101: intervención y 99: control). Tras seis meses, se observó una mejoría significativa en el conocimiento y el autocuidado para el grupo intervención ($P=0,001$ y $P<0,001$), respectivamente; la adhesión al tratamiento, comparada al final entre los grupos, fue significativamente mayor en el grupo intervención ($P<0,001$). **Conclusión:** La estrategia de visita domiciliar para pacientes internados recientemente por insuficiencia cardíaca descompensada fue efectiva en la mejora de los desenlaces evaluados y su implementación merece ser considerada en Brasil con objeto de evitar internaciones no planificadas. NCT-01213862

Descriptorios: Aprendizaje; Autocuidado; Cooperación del Paciente; Enfermagem; Visita Domiciliaria.

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) no Brasil é considerada a principal causa de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de indivíduos com idade superior a 65 anos. Aproximadamente 50% dos pacientes que recebem alta hospitalar se reinternam em um período de até seis meses, e 70% dessas reinternações estão relacionadas à piora da IC, principalmente por quadros congestivos⁽¹⁾.

Alguns fatores que contribuem para essas elevadas reinternações por descompensação da IC estão relacionados ao pouco conhecimento dos pacientes sobre

a doença e tratamento, à incapacidade para reconhecer sinais de piora, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à idade avançada e ao suporte social inadequado ou isolamento social⁽²⁾.

Foi nesse cenário preocupante que as estratégias de acompanhamento multidisciplinar na gestão do tratamento não farmacológico de pacientes com IC foram testadas e têm trazido benefícios no alcance e manutenção da estabilidade clínica⁽³⁻⁵⁾. Essa abordagem não farmacológica é baseada em um processo contínuo de

educação e desenvolvimento de habilidades para a prática do autocuidado, com constantes reavaliações⁽⁶⁻⁷⁾.

Resultados de metanálises que envolvem a abordagem não farmacológica, implementada por profissionais inseridos em programas de manejo da IC, trazem resultados benéficos quanto à melhora do conhecimento sobre o tratamento, autocuidado e adesão, além de melhorar a qualidade de vida e proporcionar redução dos custos. No entanto, a heterogeneidade das intervenções e os diversos cenários em que são aplicadas, bem como o número de profissionais envolvidos acarretam dificuldades para se identificar qual a melhor estratégia e o melhor cenário para as intervenções serem implementadas⁽⁸⁻¹⁰⁾, tornando, assim, difícil a interpretação dos resultados quanto ao seu benefício. Resultados de redução em admissões hospitalares e mortalidade foram sugeridos quando a intervenção teve o acompanhamento domiciliar⁽⁹⁾.

Dessa forma, a variabilidade das intervenções quanto ao início (no hospital ou pós-alta), o cenário da intervenção (no ambulatório, em casa ou em clínica especializada) e a duração (uma única visita ou acompanhamento com duração de vários meses) merecem ser estudados em diferentes contextos de saúde, cultura e aspectos sociais⁽⁵⁾.

É nesse contexto que a abordagem de visita domiciliar (VD) ganha espaço, uma vez que a equipe desafia os riscos sociais, os aspectos geográficos, o clima e a própria prática clínica implementada em ambiente clínico real, e não foi testada no Brasil para pacientes com IC. Nesse cenário, este ensaio clínico randomizado (ECR) foi desenvolvido para testar a hipótese de que a abordagem de VD para pacientes que tiveram internação por insuficiência cardíaca descompensada (ICD) melhora o conhecimento sobre a doença, as habilidades para o autocuidado e a adesão ao tratamento em pacientes acompanhados por seis meses (intervenção), comparada ao seguimento convencional (controle). O autocuidado nesse ECR foi baseado no conceito desenvolvido por autores americanos, e o mesmo é definido como um conjunto de condutas positivas que levam uma pessoa a tomar decisões e a praticar atividades facilitadoras da manutenção da estabilidade clínica e do enfrentamento da doença⁽⁶⁾.

Este estudo torna-se relevante na perspectiva de que a melhor abordagem para promover resultados positivos à saúde é assegurar-se de que as orientações e os cuidados dispensados pela equipe multidisciplinar sejam, de fato, realizados individualmente no contexto familiar e social de cada paciente⁽¹¹⁾. A possibilidade de testar no Brasil essa abordagem de tratamento para uma síndrome tão prevalente pode tornar factível o investimento em recursos para a sua futura implementação no SUS.

Objetivos

Verificar o efeito de uma intervenção educativa de enfermagem resultante da combinação entre VD e contato telefônico, em pacientes com internação recente por ICD, no conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na adesão ao tratamento, comparado ao acompanhamento convencional de pacientes, no período de seis meses.

Métodos

Tipo de estudo

Ensaio clínico randomizado (ECR), denominado *Home based intErvention LEd by Nurse in Brazil (HELEN-I)*, registrado no Clinical Trials sob número NCT-01213862, cego para avaliação dos desfechos.

Participantes

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de IC com disfunção sistólica (fração de ejeção menor ou igual a 45%), internados por descompensação da doença. Foram excluídos aqueles que apresentassem barreiras de comunicação, diagnóstico de IC aguda secundária à sepse, miocardite, infarto agudo do miocárdio, que residissem a distância maior que 20km das instituições ou que não tivessem possibilidade de contato telefônico. Os pacientes internados foram localizados nas unidades de internação clínica e nas emergências, por meio de busca ativa durante visitas diárias a essas unidades, pela equipe do estudo.

ECR conduzido em dois centros de referência para o tratamento de pacientes com IC na região metropolitana, Estado do Rio Grande do Sul, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de ambas as instituições: 09-111 e 4339-09.

Intervenção

O grupo-intervenção (GI) recebeu acompanhamento sistemático de enfermeiros com especialidade no cuidado a pacientes com IC por meio de VDs no 10º, 30º, 60º e 120º dias após a alta hospitalar, conforme protocolo, em um período de seis meses, totalizando quatro VDs, intercaladas por quatro contatos telefônicos para reforço das orientações. Em cada VD foram realizados a anamnese e o exame físico dos pacientes, esse último guiado pelo Escore Clínico de Congestão⁽¹²⁾; foi aplicado o questionário de conhecimento sobre IC⁽¹³⁾, o questionário de adesão⁽¹⁴⁾ e, para avaliar o autocuidado, aplicou-se a *European Heart Failure Self Care Behaviour Scale (EHFScBS)*⁽¹⁵⁾. Todos os instrumentos foram validados para

uso no Brasil. Durante a visita, o paciente e o cuidador/familiares (quando presentes) foram orientados sobre a doença, o uso regular das medicações e seus efeitos, ações de cuidados não farmacológicos, como controle do peso, restrição hidrossalina, prática de atividade física, vacinação anual, bem como esclarecimentos de dúvidas dos pacientes e seus familiares. Durante essa visita, a equipe também reforçava que o paciente e cuidadores observassem oscilações como aumento de peso igual ou maior que 2kg em uma semana, piora da dispneia aos esforços ou piora da tosse. Essas observações tinham o objetivo de ensinar os pacientes a implementar ações de autocuidado, como restrição mais acentuada de líquidos ou sal ou contato com serviço de saúde precocemente. Os contatos telefônicos foram realizados com intervalos entre 15 e 30 dias, após as VDs.

O grupo-controle (GC) manteve acompanhamento convencional nas instituições de origem, que poderia incluir consulta ambulatorial ou não. Ao final de seis meses de acompanhamento, os pacientes de ambos os grupos foram avaliados nas instituições hospitalares de referência.

Desfechos

Os desfechos primários foram a mudança no conhecimento sobre a doença, autocuidado e adesão ao tratamento.

Para aferir o conhecimento sobre a IC foi aplicado um questionário composto de 14 questões⁽¹³⁾. O percentual de conhecimento foi determinado pela soma do número de respostas corretas, tendo como pontuação máxima 14 acertos, correspondendo a um percentual de conhecimento sobre a IC de 100%. Considerou-se conhecimento adequado quando o paciente atingiu 70% de acertos. Para medir as habilidades para o autocuidado foi utilizada a escala EHFScBS, composta por 12 questões. Os escores da EHFScBS variam entre 12 (melhor AC) e 60 pontos (pior AC)⁽¹⁵⁾. Para verificar a adesão foi utilizado um questionário composto por 10 questões. O escore de acertos varia de 0 a 26 pontos; quanto maior a pontuação, melhor a adesão. Considerou-se adequada a adesão quando o paciente atingisse um escore de 18 pontos, correspondente a 70%⁽¹⁴⁾.

Tamanho da amostra

Para conhecimento da doença⁽¹³⁾, habilidades de autocuidado⁽⁷⁾ e adesão⁽¹⁴⁾, e buscando atender o tamanho mínimo necessário que contemplasse todos os desfechos, utilizou-se uma amostra de 89 pacientes em cada grupo,

num total de 178, contando 20% de perdas para um alfa de 0,05 e poder de 80%. Ao final do estudo, incluíram-se 200 pacientes.

Randomização

A randomização foi por sequência simples, gerada por computador no site www.randomization.com. Um profissional externo ao grupo de pesquisa, com disponibilidade, ficou responsável pela lista gerada para alocação dos pacientes.

Cegamento

Os enfermeiros intervencionistas eram cegos para o grupo de alocação dos pacientes até que todos os instrumentos no período basal fossem preenchidos. As avaliações finais de todos os pacientes e desfechos foram realizados por enfermeiro cego para o grupo em que o paciente havia sido alocado.

Análise estatística

As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio-padrão para aquelas com distribuição normal ou com mediana, e intervalo interquartil para as assimétricas. O Teste t de Student independente, qui-quadrado e teste U de Mann-Whitney foram utilizados para a comparação das características basais entre os grupos. A comparação dos desfechos de conhecimento da doença, autocuidado e adesão ao tratamento foram por meio do teste t de Student independente. A comparação entre os escores de conhecimento, autocuidado e adesão entre as VDs foi realizada pelo teste de equações de estimativas generalizadas (GEE) com ajuste de Bonferroni. Foi considerado significativo um $p < 0,05$. O programa estatístico SPSS v.18 foi utilizado para essas análises.

Resultados

No período de 10/8/2009 a 11/1/2012, 1.452 pacientes potencialmente elegíveis foram admitidos por ICD nas duas instituições de referência em estudo. Desses, 916 foram excluídos por apresentar ao menos um critério de exclusão, 10 desistiram de participar e 326 foram excluídos por outras razões. Foram randomizados 200 pacientes para o estudo, 101 para o GI e 99 para o GC. Após a randomização, quatro pacientes do GI receberam alta hospitalar por óbito. Ao todo, 97 pacientes receberam a intervenção. Durante o seguimento, foram observados 12 óbitos no GI e 18 óbitos no GC. Ao final do seguimento de seis meses, 151 pacientes completaram o estudo e foram analisados (Figura 1).

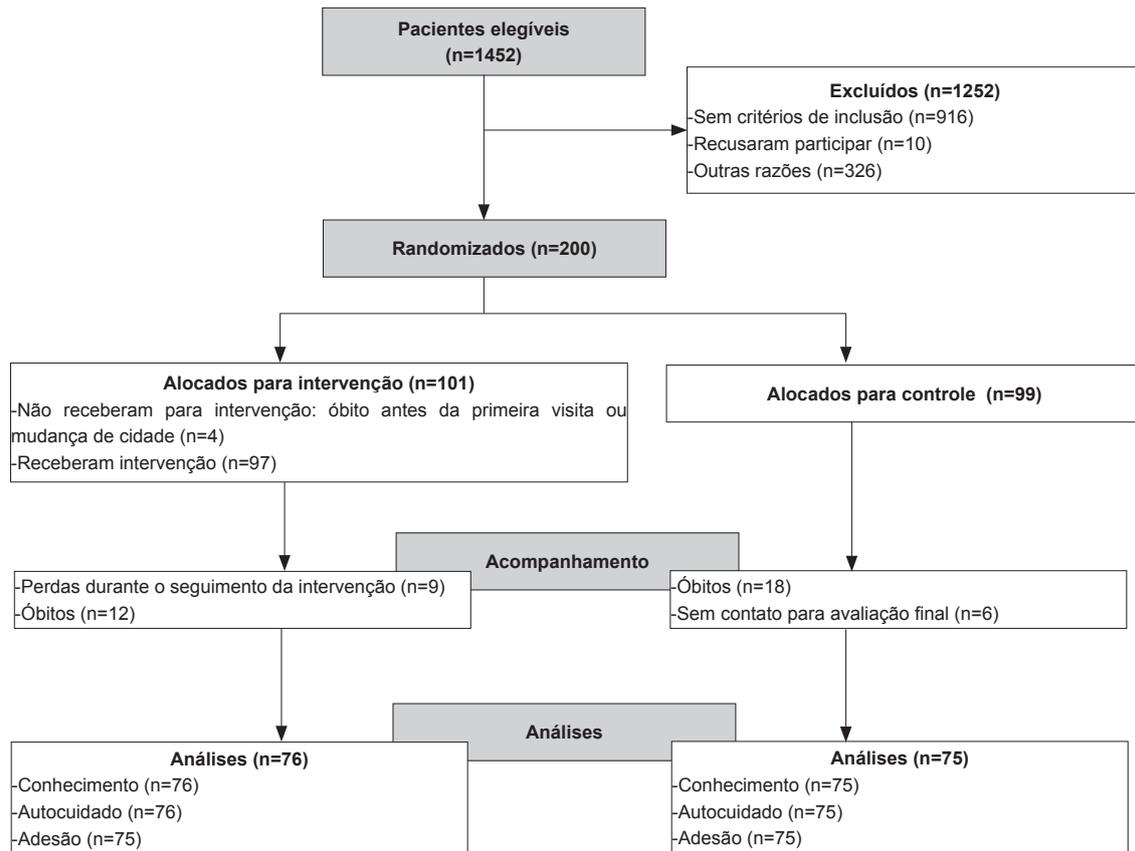


Figura 1 – Diagrama Consort. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Características sociodemográficas e clínicas

A Tabela 1 ilustra as características basais dos grupos. A média de idade no GI foi de 62,49±13,65 e 63,37±12,05 no GC. Em ambos os grupos os pacientes eram predominantemente do sexo masculino. A fração de ejeção média foi de 29,29±8,04 para o GI e 30,31±9,55 para o GC. A etiologia isquêmica foi a mais prevalente (35,6%; 31,3%), entre GI e GC, respectivamente. Diabetes e hipertensão arterial sistêmica foram as comorbidades mais prevalentes. Os grupos não foram diferentes nas características basais.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com insuficiência cardíaca. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

	Intervenção (n=101)	Controle (n=99)	p*
Dados Sociodemográficos			
Idade†	62,49±13,65	63,37±12,05	0,63
Sexo masculino (%)	64 (63,4)	62 (62,6)	0,91
Escolaridade			0,07
Não frequentou (%)	4 (4,0)	9 (9,1)	
Ensino fundamental incompleto (%)	64 (63,4)	70 (70,7)	
Ensino médio incompleto (%)	9 (8,9)	9 (9,1)	
Ensino médio completo (%)	24 (23,8)	11 (11,1)	
Reside sozinho (%)	12 (11,9)	10 (10,3)	0,72

	Intervenção (n=101)	Controle (n=99)	p*
Dados clínicos			
Fração de ejeção†	29,29±8,04	30,31±9,55	0,42
Escore de congestão†			
Basal	5,52±3,35	5,31±3,27	0,65
Final	3,93±3,53	4,41±3,84	0,36
Classe funcional (%)			
			0,63
I	7 (7,1)	6 (6,1)	
II	38 (38,4)	44 (44,9)	
III	41 (41,4)	40 (40,8)	
IV	13 (13,1)	8 (8,2)	
Etiologia (%)			
			0,08
Isquêmica	36 (35,6)	31 (31,3)	
Hipertensiva	32 (31,7)	29 (29,3)	
Valvar	2 (2,0)	12 (12,1)	
Idiopática	22 (21,8)	17 (17,2)	
Outras	9 (8,9)	10 (10,1)	
Comorbidades (%)			
Diabetes mellitus	37 (36,6)	34 (34,3)	0,73
Hipertensão arterial sistêmica	63 (64,3)	75 (75,8)	0,08
Doença pulmonar obstrutiva crônica	13 (13,1)	17 (17,5)	0,39
Depressão	22 (22,2)	22 (22,4)	0,97

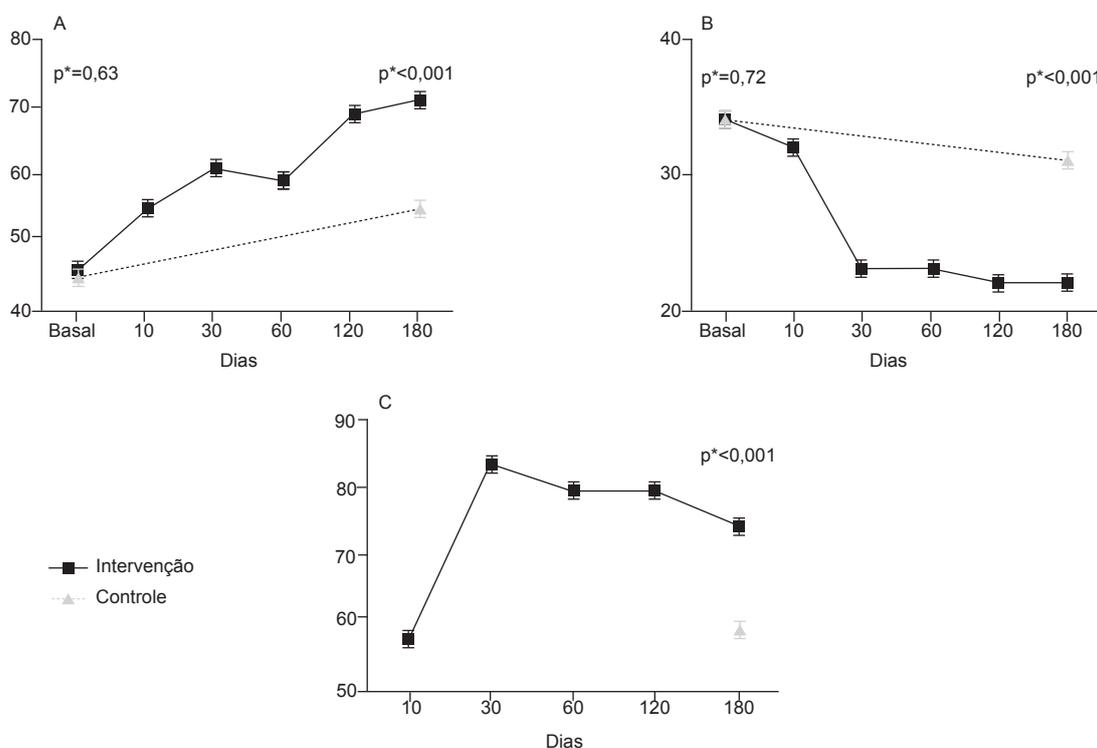
*p: comparação entre grupos por teste T de Student, qui-quadrado de Pearson ou teste U de Mann-Whitney.

†Variáveis contínuas expressas como média± desvio-padrão; variáveis categóricas como n (%).

Conhecimento da IC, autocuidado e adesão

A Figura 2 apresenta a variação nos escores dos desfechos primários ao longo do seguimento de seis meses. Ao final do período de estudo, foi observada melhora no conhecimento da IC, nas habilidades de autocuidado e na adesão ao tratamento. Para o questionário de conhecimento, o percentual médio de acertos foi de $46,32\% \pm 16,21$ para o GI e $45,19\% \pm 16,43$ para o GC e para o questionário de autocuidado foram de $34,45 \pm 7,71$ e $34,05 \pm 7,66$, respectivamente. Seis meses depois, ambos os grupos melhoraram de forma significativa seus escores, quando comparados aos valores basais tanto para conhecimento (GI $71,15\% \pm 13,82$; $p < 0,001$; GC $54,95 \pm 15,04$; $p < 0,001$), quanto para o autocuidado (GI $22,36 \pm 6,46$; $p < 0,001$; GC $30,91 \pm 7,30$; $p = 0,002$), sendo a magnitude desse aumento maior para o GI em ambos (Figura 2). O GI aumentou 16 pontos no escore de

conhecimento em relação ao GC, representando aumento de 24,8% no conhecimento *versus* 9,76% no GC. Quando avaliado visita a visita, o conhecimento aumentou de forma significativa do basal para a VD1 ($p < 0,001$) e da VD3 para a VD4 ($p = 0,004$). Com relação ao autocuidado, a melhora na pontuação foi diferente apenas da VD1 para a VD2 ($p < 0,001$). No autocuidado, cabe ressaltar que a média da diferença de escore entre os grupos também foi significativa para o GI, 12,09 ($p < 0,001$) *versus* 3,13 ($p = 0,002$) para o GC. Na avaliação do questionário de adesão, ao final do acompanhamento, observou-se aumento no número de acertos quando comparado à VD1 ($57,44\% \pm 11,96 - 73,52\% \pm 10,26$; $p < 0,001$) para o GI, sendo essa pontuação maior do que aquela obtida no GC ($p < 0,001$) no final do estudo. Quando avaliados visita a visita, esse aumento foi significativo apenas da VD1 para a VD2 ($p < 0,001$).



*p: teste t de Student independente.

Figura 2 – Variação dos escores dos desfechos ao longo do seguimento de seis meses. (A) conhecimento basal ($p = 0,63$; IC95% -3,34 – 5,69) e final ($p = 0,001$; IC95% 11,62 – 20,77); (B) autocuidado basal ($p = 0,72$; IC95% -1,82 – 2,62) e final ($p < 0,001$; IC95% -10,82 – -6,30); (C) adesão final ($p = 0,001$; IC95% -19,69 – -10,04). A comparação entre os grupos (intervenção com visita domiciliar e controle sem visita) foi realizada pelo teste de equações de estimativas generalizadas (GEE) com ajuste de Bonferroni. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Discussão

O HELEN-I é o primeiro ECR desenvolvido no Brasil que mostrou melhora no conhecimento sobre a doença, nas habilidades para o autocuidado e na adesão ao tratamento em pacientes internados por ICD que

receberam acompanhamento por meio de VD, após a alta, durante seis meses, comparados a pacientes que não receberam essa intervenção.

A intervenção resultou em melhora do conhecimento

em ambos os grupos quando comparadas às avaliações basal e final. No entanto, o GI aumentou 16 pontos no escore de conhecimento em relação ao GC, representando aumento de 24,8% no conhecimento *versus* 9,76% no GC. Entre as visitas, o conhecimento aumentou, de forma significativa, da avaliação basal para a VD1 ($p<0,001$) e da VD3 para a VD4 ($p=0,004$). Com relação ao autocuidado, a melhora na pontuação foi diferente apenas da VD1 para a VD2 ($p<0,001$). Salienta-se que a média da diferença de escore entre os grupos também foi significativa para o GI, com 12,09 ($p<0,001$) *versus* 3,13 ($p=0,002$) para o GC. Resultados semelhantes foram demonstrados em publicação recente de um ECR latino-americano com pacientes com IC que receberam intervenção domiciliar, encontros educativos, reforço com telemonitorização e cartilha de orientações com seguimento de nove meses. Nesse estudo, o desfecho avaliado foi comportamento de autocuidado. Para o grupo que recebeu a composição da intervenção proposta ocorreu aumento de 20% na escala de comportamento do autocuidado, confirmando o efeito benéfico dessa abordagem⁽¹⁶⁾. A melhora do conhecimento da doença e do autocuidado também foi avaliada em ECR, no qual, em ambos os grupos, os pacientes receberam educação sobre a doença e tratamento durante a internação por ICD. Após a alta, apenas um dos grupos foi randomizado para receber telemonitorização, durante três meses, para reforço das orientações. Os autores demonstraram melhora significativa do conhecimento da doença e autocuidado para ambos os grupos no final de três meses, independentemente do contato telefônico⁽¹⁷⁾. Esses resultados indicam que a educação sobre a IC e os aspectos que incluem o seu complexo tratamento é um ponto-chave para o envolvimento do paciente no seu autocuidado. O cenário hospitalar durante a internação por ICD – a qual acarreta manifestações clínicas que levam à instabilidade, com marcada limitação física decorrente, na maioria das vezes, de quadros congestivos – deixa o paciente mais sensível para a conscientização da importância do autocuidado. Em estudo de revisão, autores indicam que esse é o momento mais importante para iniciar o processo de educação sobre a IC e autocuidado⁽¹⁸⁾. Além disso, quando essas orientações são implementadas no domicílio, o enfermeiro consegue fazer com o paciente ajustes e combinações baseados no seu mundo real e passíveis de serem alcançados. O acompanhamento durante seis meses, realizado neste estudo, e a aferição dos desfechos durante o seguimento possibilitaram identificar que os pacientes necessitam de um período de aprendizado, com posterior entendimento das orientações e valorização da incorporação de medidas

não farmacológicas ao complexo tratamento farmacológico da IC.

O desfecho de adesão foi comparado entre os dois grupos apenas na visita final do estudo. Ao final do acompanhamento, observou-se diferença significativa entre os grupos, em que o GI atingiu o percentual preconizado de adequada adesão, com resultado superior a 70%, $p<0,001$, e o GC sem intervenção teve um escore de, aproximadamente, 60%. No GI, a adesão foi aferida a partir da VD1, e teve aumento de 28% dessa visita para o final do estudo, com tamanho de efeito 1,45 vezes em relação ao GC no final. Em estudo semelhante, com 283 pacientes com IC, os quais receberam intervenção intensiva iniciada na alta com informação sobre a doença, tratamento farmacológico e não farmacológico e entrega de manual de orientações, confeccionado especialmente para o estudo, a adesão foi verificada como desfecho secundário. Por meio de VDs e telefonemas a cada 15 dias, realizados pelo enfermeiro, durante um ano, esse grupo foi comparado a pacientes que receberam o atendimento usual do médico cardiologista. Os resultados desse estudo indicaram que a VD promoveu adesão de 86,1% no GI e 75,5% no GC⁽¹⁹⁾. Em ECR desenvolvido no Brasil, que investigou os efeitos de um programa de gerenciamento de pacientes estáveis com IC, por meio de sessões repetitivas de educação e seguimento longo, também se verificou o desfecho de adesão ao tratamento. A adesão para os pacientes que receberam a intervenção apresentou-se com escores médios mais altos quando comparados ao grupo sem intervenção. A sequência dos escores de adesão desse grupo, ao longo dos 2,5 anos de seguimento, foi mantida até o fim do acompanhamento, enquanto que os escores de adesão dos controles foi diminuindo. Esses autores sugeriram que a adesão monitorada por longo período pode ser uma estratégia adicional para prevenir a redução de possíveis efeitos benéficos alcançados em relação aos pacientes⁽¹⁴⁾.

Outros estudos com abordagem de VD têm sido conduzidos para pacientes com IC, porém, buscando efeito em desfechos clínicos como reinternações, mortalidade e custos. Infelizmente, essa estratégia ainda não foi capaz de mostrar isoladamente esses efeitos⁽²⁰⁻²¹⁾.

Os resultados do presente estudo indicam que essa estratégia testada é original, no cenário do Brasil, para pacientes que tiveram internação recente por ICD. Os efeitos da melhora do conhecimento, das habilidades para o autocuidado e da adesão podem trazer benefícios para os pacientes e também podem influenciar resultados clínicos importantes e merecem continuar sendo testados em diferentes cenários.

Conclusão

A abordagem de VD com reforço de orientações por telefone, durante um seguimento de seis meses, para pacientes com IC que tiveram internação recente por descompensação, resultou em melhora do conhecimento sobre a doença, mais habilidades para desempenhar o autocuidado e mais adesão. Esses resultados indicam que essa estratégia merece ser implementada no Brasil, visando-se evitar internações não planejadas.

Referencias

1. Gauí EM, Klein CH, Oliveira GM. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2010;94(1):55-61.
2. van der Wal MH, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur Heart J*. 2005;7(1):5-17.
3. Klersy C, Silvestri AD, Gabutti G, Regoli F, Auricchio A. A Meta-analysis of remote monitoring of heart failure patients. *JACC*. 2009;27:1683-94.
4. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2005;27:1133-44.
5. Gonseth J, Guallar-Castilló P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo. 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.
6. Riegel B, Moser DK, Anker SD, American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009;120:1141-63.
7. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003;5(3):363-70.
8. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005;91(7):899-906.
9. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Brit J Clin Pharmacol*. 2007;65(3):303-16.
10. Sally CI, Robyn AC, Finlay AM, Stewart S, Cleland JGF. Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. *Eur J Heart Fail*. 2011;13:1028-40.
11. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange PM. Self-care behaviours among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002;31(3):161-72.
12. Rohde LE, Silva LB, Goldraich L, Graziotin TC, Palombini DV, Polanczyk CA, et al. Reliability and prognostic value of traditional signs and symptoms in outpatients with congestive heart failure. *Can J Cardiol*. 2004;20(7):697-702.
13. Rabelo ER, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Cross-cultural adaptation and validation of a disease knowledge and self-care questionnaire for a Brazilian sample of heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):277-84.
14. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA, 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. *Circulation*. 2008;3:1-23.
15. Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o Português do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 2012 (prelo).
16. Rodriguez-Gasquez MA, Arredondo-Holguin E, Herrera-Corte R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(2):296-306.
17. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. *Arq Bras Cardiol*. 2011;96(3):233-9.
18. Aliti GB, Rabelo ER, Domingues FB, Clausell N. Educational settings in the management of patients with heart failure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(2):344-9.
19. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catà T, et al. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(04):400-8.
20. Leventhal ME, Denhaerynck K, Brunner-La Rocca HP, Burnand B, Conca-Zeller A, Bernasconi AT, et al. Swiss Interdisciplinary Management Programme for Heart Failure (SWIM-HF): a randomised controlled trial study of

an outpatient inter-professional management programme for heart failure patients in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13171.

21. Jaarsma T, van der Wal MH, Lesman-Leegte I, Luttik ML, Hogenhuis J, Veeger NJ, et al. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med.* 2008;168:316-24.

Recebido: 30.7.2012

Aceito: 31.10.2012

Como citar este artigo:

Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Rabelo ER. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: / /];21(Spec):[09 telas]. Disponível em: _____

dia / mês abreviado com ponto / ano

URL