

MARISA MARIA SOUSA JORGE

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA INTERNADOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dourados

2024

MARISA MARIA SOUSA JORGE

ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional da Saúde do Hospital Universitário da Grande Dourados filial Ebserh, como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção à Saúde Cardiovascular

Orientador(a): Prof. Dra. Liane Murari Rocha

Dourados

2024

Trabalho de conclusão de residência defendido e aprovado em 26 de fevereiro de 2024, pela banca examinadora:

Professora Dra. Liane Murari Rocha

Orientadora

Professora Dra. Rayana Loch Gomes

Professora Dra. Flávia Andréia Marin

AGRADECIMENTOS

À minha família por todo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações e aos meus amigos que fiz ao longo de dois anos de residência. Deixo um agradecimento especial à minha orientadora Liane Rocha pela dedicação e pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo de realização deste trabalho.

JORGE, Marisa Maria Sousa; MURARI, Liane Rocha. **Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca internados em um hospital universitário.** 2024. 31. Trabalho de Conclusão de Residência em Área Profissional da Saúde com Ênfase em Atenção à Saúde Cardiovascular - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2024.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil e analisar adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) internados na enfermaria e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário localizado no Centro-Oeste brasileiro. **Material e métodos:** estudo transversal, descritivo, realizado com pacientes admitidos na Clínica Médica (CM) e na UTI, com diagnóstico prévio de IC. Foram coletados dados socioeconômicos e clínicos dos pacientes. Utilizou-se um instrumento composto de 10 questões para avaliar a adesão ao tratamento, com pontuação que variava entre 0 e 26 pontos. Foi estabelecido como ponto de corte para os pacientes aderentes ao tratamento valores iguais ou maiores do que 18 pontos. **Resultados:** Participaram do estudo 13 pacientes com IC, destes 7 foram admitidos na CM e 6 na UTI. A média de idade foi $67,3 \pm 17,1$ e $75,83 \pm 14,44$ anos, respectivamente. Na CM houve predominância de homens enquanto na UTI houve predominância de mulheres. A média de escore de adesão ao tratamento naqueles que estavam internados na CM foi de $13,9 \pm 2,3$ pontos, maior do que o encontrado na UTI com média de $11,0 \pm 3,5$ pontos. Observou-se uma boa adesão dos pacientes às questões sobre o uso correto das medicações prescritas e não ingestão de bebida alcoólica. Nota-se uma baixa adesão dos pacientes às perguntas sobre controle do consumo diário de líquidos. Nenhum paciente referiu verificar seu peso diário. 57,1% dos pacientes da CM afirmaram não utilizar tempero pronto na preparação das refeições e 50% dos pacientes atendidos na UTI responderam que usam normalmente. 42,9% dos pacientes da CM e 33,3% dos pacientes da UTI responderam que não faltaram nas consultas nos últimos 15 dias. **Conclusão:** os pacientes com IC atendidos no Hospital Universitário apresentam baixa adesão ao tratamento instituído, principalmente em relação às medidas não farmacológicas, como restrição de líquidos, o controle da aferição do peso e comparecimento às consultas. Esses achados demonstram a necessidade de enfoque no manejo do tratamento dos pacientes com IC em nível primário ou secundário.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Cooperação e adesão ao Tratamento. Pacientes Internados.

JORGE, Marisa Maria Sousa; MURARI, Liane Rocha. **Treatment adherence of patients with heart failure admitted to a university hospital.** 2024. 31. Trabalho de Conclusão de Residência em Área Profissional da Saúde com Ênfase em Atenção à Saúde Cardiovascular - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2024.

ABSTRACT

Objective: to characterize the profile and analyze adherence to treatment of patients with heart failure (HF) admitted to the ward and Intensive Care Unit (ICU) of a university hospital located in the Brazilian Center-West. **Methods:** cross-sectional, descriptive study, conducted with patients admitted to the ward and the ICU, with a previous diagnosis of HF. Patients' socioeconomic and clinical data were collected. An instrument composed of 10 questions was used to assess treatment adherence, with scores ranging from 0 to 26 points. Values equal to or greater than 18 points were established as the cut-off point for patients adhering to treatment. **Results:** 13 patients with HF participated in the study, of which 7 were admitted to the ward and 6 to the ICU. The mean age was 67.3 ± 17.1 and 75.83 ± 14.44 , respectively. In the ward there was a predominance of men while in the ICU there was a predominance of women. The mean score of adherence to treatment in those who were hospitalized in the ward was 13.9 ± 2.3 points, higher than that found in the ICU, with a mean of 11.0 ± 3.5 points. There was a good adherence of the patients to the questions about the correct use of the prescribed medications and the non-ingestion of alcoholic beverages. There was a low adherence of the patients to the questions about the control of the daily consumption of liquids. None of the patients reported checking their daily weight. 57.1% of the patients in the ward stated that they did not use ready-to-eat seasoning in the preparation of meals and 50% of the patients treated in the ICU answered that they use it normally. 42.9% of the patients in the ward and 33.3% of the patients in the ICU answered that they had not missed appointments in the last 15 days. **Conclusion:** patients with HF treated at the University Hospital have low adherence to the established treatment, especially in relation to non-pharmacological measures, such as fluid restriction, control of weight measurement and attendance at appointments. These findings demonstrate the need to focus on the treatment management of patients with HF at the primary or secondary level.

Key words: Heart Failure. Treatment Adherence and Compliance. Inpatients.

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência cardíaca (IC) é caracterizada como uma síndrome complexa que envolve disfunções estruturais e funcionais do coração, resultando na incapacidade de bombear sangue de maneira eficiente para atender às exigências metabólicas e teciduais do corpo. As manifestações clínicas dessa condição incluem sintomas típicos como dispneia, edema de membros inferiores ou fadiga além dos sinais como pressão venosa jugular elevada, crepitações pulmonares e edema periférico (Freitas; Cirino, 2017). A IC é marcada pela deterioração gradual da função cardíaca e dos sintomas, sendo o curso final comum de várias doenças que afetam o coração (Marcondes-Braga *et al.*, 2021).

Segundo estimativas, 26 milhões de pessoas no mundo são acometidas pela IC, sendo vista como um desafio para a saúde pública em virtude do seu perfil progressivo e prevalência crescente, estando relacionada a desfechos graves, como morte, incapacidade e internações hospitalares (Mesquita *et al.*, 2017). No Brasil foram registradas mais de dois milhões de hospitalizações pela síndrome entre 2008 e 2018 e 252 mil mortes, gerando um custo estimado de 3 bilhões de reais para o sistema de saúde pública (Alexsander *et al.*, 2022).

De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018) o tratamento da IC é composto pelo uso de medicações e medidas não farmacológicas, como a ingestão não excessiva de sódio e de fluidos, e a prática de exercício físico regularmente. Essas estratégias, segundo evidências, melhoram a qualidade de vida e diminuem as reinternações. Além disso, os portadores da doença e seus cuidadores se beneficiam do aconselhamento feito pela equipe multiprofissional, considerada padrão ouro em assistência, composta por médico e enfermeiros especialistas, além de outras profissões como nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, profissional de educação física, psicólogo e assistente social.

A evolução da doença pode estar associada à descompensação da IC, além do desafio do portador de aderir à terapêutica proposta, o que pode levar a uma capacidade funcional reduzida, prejudicando a qualidade de vida (Silva *et al.*, 2023). Segundo o I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (2015), a má adesão ao tratamento medicamentoso foi identificada como a principal causa dessa descompensação, seguido de infecções e 8,9% por descontrole no consumo de sódio e água. Esse estudo ainda mostra que o paciente não é o único que deve ser responsabilizado pela adesão, sendo observado que um pouco mais da metade dos participantes não receberam orientações corretas quanto ao uso da medicação prescrita.

No pós-alta, o portador pode apresentar dificuldade no manejo domiciliar da doença, como lidar com os sintomas, na adesão ao plano terapêutico muitas vezes complexo, na capacidade de realizar atividades diárias e em lidar com emoções negativas. Portanto, os profissionais devem realizar orientações aos hospitalizados com IC e seus familiares no processo de alta, oferecendo uma melhor adaptação à terapia proposta, auxílio no autocuidado e diminuindo o número de novas hospitalizações (Manfredini *et al.*, 2021).

Sendo assim, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil e analisar adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) internados na enfermaria e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário localizado no Centro-Oeste brasileiro.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo, local e período da pesquisa

Estudo transversal, de característica descritiva, com amostra de conveniência. A coleta de dados foi realizada entre abril e outubro de 2023 na Clínica Médica (CM) e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados no Mato Grosso do Sul.

2.2 Considerações éticas

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados - MS, com parecer nº 5.919.944 e CAEE: 67220223.1.0000.5160, após anuência da instituição hospitalar. Foi respeitada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, referente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes que aceitaram participar da pesquisa.

2.3 Caracterização da amostra

Participaram desta pesquisa pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico médico prévio de Insuficiência Cardíaca. Foram incluídos indivíduos adultos e idosos, com idade maior ou igual a 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE, que estavam disponíveis para avaliação nas primeiras 72 horas de internação ou que tinham um acompanhante que poderia responder por ele neste período. Foram excluídos os pacientes com barreiras de comunicação e portadores de doenças neurológicas degenerativas.

2.4 Procedimentos e instrumentos da pesquisa

Foram coletadas informações por meio de autorrelato, consulta ao prontuário e aplicação de escalas na admissão dos pacientes. As avaliações foram realizadas até 72 horas após a admissão. Nos pacientes internados na UTI que estavam sob efeito de sedativos, a avaliação da adesão ao tratamento foi feita quando estavam conscientes e orientados, e após a

assinatura do TCLE. Os demais dados foram coletados do prontuário, de forma retrospectiva, por fazerem parte da rotina.

Os dados de identificação e socioeconômicos investigados foram: sexo, idade, renda familiar, nível de escolaridade e ocupação. Os pacientes foram questionados também sobre a presença de companheiro ou cuidador para auxílio nas atividades diárias, sobre quem realiza a compra de alimentos e a refeição, o consumo de bebida alcoólica e tabagismo.

Os dados clínicos foram coletados pelo questionamento aos pacientes e por meio de consulta ao prontuário, foi investigada a história da doença atual, doenças pregressas, presença de comorbidades, dados ecocardiográficos e tratamento farmacológico domiciliar. Foram considerados os registros médicos sobre a classe funcional, classificando de I a IV, de acordo com a *New York Heart Association* (NYHA) (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018).

Foi realizada avaliação antropométrica por meio da aferição da circunferência do braço (CB). A classificação do estado nutricional se deu por meio do cálculo da sua adequação (Frisancho, 1990). Foi investigado também a presença de edemas e de lesão por pressão (LP). O risco de desenvolver LP foi investigado por meio da Escala de Braden, realizada pela equipe de enfermagem e registrada em prontuário, sendo classificados como risco muito alto (≤ 9 pontos), alto (10 a 12 pontos), moderado (13 a 14 pontos), baixo (15 a 18 pontos) ou sem risco (19 a 23 pontos) (Ayello; Braden, 2002).

Os pacientes também foram questionados sobre a ocorrência de internações nos últimos 12 meses e o número de internações.

2.5 Avaliação da adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento foi avaliada por meio de um instrumento, adaptado e validado para a população brasileira, com 10 questões relacionadas ao uso dos medicamentos prescritos, verificação diária do peso, ingestão de sal, ingestão hídrica e comparecimento a consultas e exames agendados. A pontuação variava entre 0 e 26 pontos, quanto maior a pontuação, melhor a adesão. Foi realizada a somatória dos pontos das questões e o ponto de corte para os pacientes aderentes ao tratamento correspondeu a valores iguais ou maiores do que 18 pontos (Bocchi *et al.*, 2008).

2.6 Análise descritiva

Os dados foram inseridos no Microsoft Excel e análise descritiva foi realizada no Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. As variáveis categóricas foram descritas com frequências absolutas (n) e relativas (%) e as variáveis contínuas expressas como média e desvio padrão.

3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 13 pacientes com IC, destes 7 foram admitidos na CM e 6 na UTI. A média de idade foi 67,3±17,1 e 75,8±14,4 respectivamente. A tabela 1 mostra as características socioeconômicas e hábitos de vida dos pacientes com IC internados nos dois setores incluídos na pesquisa. Na CM houve predominância de homens enquanto na UTI houve predominância de mulheres. Em ambos os setores a maioria dos participantes eram brancos, possuíam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, eram aposentados e referiram serem ex-fumantes. Somente na CM a maioria dos pacientes era ex-etilista.

Foi observado nas duas unidades assistenciais que grande parte possuía companheiro ou cuidador para auxiliá-los nas atividades diárias. Quando questionados sobre quem preparava as refeições em casa, a maior parte dos enfermos da CM respondeu que eram os filhos ou sobrinhos e a maior parte dos pacientes que estavam na UTI afirmou que era outro familiar que realizava tal tarefa. Já em relação a quem realizava a compra dos alimentos, foi notado que a maior parte dos assistidos na unidade intensiva relataram filhos ou sobrinhos, diferente da enfermaria, que somente um paciente afirmou realizar ele mesmo essa atividade (Tabela 1).

Tabela 1. Idade, características socioeconômicas e hábitos de vida dos pacientes com IC internados por setor. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2024.

Variáveis	Clínica Médica	UTI
	N (%)	
Idade em anos*	67,3±17,1	75,83±14,44
Sexo		
Feminino	2 (28,6)	4 (66,7)
Masculino	5 (71,4)	2 (33,3)
Raça		
Branca	5 (71,4)	4 (66,7)
Parda	2 (28,6)	2 (33,3)
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	1 (14,3)	0 (0)
Entre 1 e 2 salários mínimos	6 (85,7)	5 (83,3)
Entre 2 e 3 salários mínimos	0 (0)	1 (16,7)
Escolaridade		
Ensino fundamental	6 (85,7)	2 (33,3)
Ensino médio	1 (14,3)	2 (33,3)
Analfabeto	0 (0)	2 (33,3)

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	Clínica Médica	UTI
	N (%)	
Ocupação		
Aposentado	6 (85,7)	6 (100)
Assalariado	1 (14,3)	0 (0)
Tabagismo		
Não fumante	1 (14,3)	2 (33,3)
Ex-fumante	6 (85,7)	4 (66,7)
Consumo de bebida alcóolica		
Ex-etilista	5 (71,4)	2 (33,3)
Nunca bebeu	2 (28,6)	4 (66,7)
Presença de companheiro/cuidador para auxílio nas atividades de rotina	6 (85,7)	4 (66,7)
Quem prepara as refeições em casa?		
Próprio paciente	1 (14,3)	1 (16,7)
Esposo (a)	2 (28,6)	1 (16,7)
Filhos/sobrinhos	3 (42,9)	1 (16,7)
Outro familiar	1 (14,3)	2 (33,3)
Companheiro/cuidador	0 (0)	1 (16,7)
Quem realiza a compra de alimentos?		
Próprio paciente	1 (14,3)	1 (16,7)
Esposo (a)	2 (28,6)	1 (16,7)
Filhos/sobrinhos (as)	2 (28,6)	3 (50,0)
Outro familiar	2 (28,6)	1 (16,7)

*Valores expressos em média (desvio-padrão).

De acordo com a Tabela 2, a média de tempo de diagnóstico da IC foi menor entre os pacientes da CM do que dos pacientes admitidos na UTI. Todos os pacientes de ambos os setores apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) foi a segunda comorbidade mais frequente dentre aquelas questionadas. Em relação aos dados ecocardiográficos registrados em prontuário, foi visto que a hipertrofia do ventrículo esquerdo foi a condição mais comum entre os portadores de IC avaliados. Nenhum paciente apresentou classe funcional I. Foi observado que a distribuição das frequências nas classes II, III e IV foi igualitária nos dois setores. As classes de medicamentos mais utilizados pelos participantes em domicílio, registradas em prontuário, foram os diuréticos, seguidos por inibidores da enzima

conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA). A presença de edemas foi constatada em 50% da amostra na UTI e em 42,9% na CM.

Entre os motivos de internação dos pacientes com IC vistos nos dois setores encontram-se: dispneia, edemas, descompensação da IC, pneumonia comunitária, agudização da IC, dispneia aos pequenos esforços, infarto agudo do miocárdio, trombose, esforço respiratório, anasarca, ortopneia, dispneia em repouso, tosse seca, edema em membros inferiores, dessaturação em ar ambiente e “falta de ar”. Foi evidenciado que a maioria dos participantes da pesquisa foi internada no último ano, com média de número de internações de $1,5 \pm 1,0$ entre aqueles que estavam na CM e $1,4 \pm 0,9$ na UTI (Tabela 2).

Acerca do estado nutricional, segundo a classificação da adequação da CB dado em porcentagem, 57,4% dos pacientes da enfermaria foram classificados como eutróficos, 14,3% como obesos e 14,3% com depleção moderada, o que difere daqueles assistidos na UTI, na qual metade dos pacientes apresentou déficit nutricional (depleção moderada e grave) (Tabela 2).

Tabela 2. Condições clínicas e estado nutricional dos pacientes com IC internados por setor. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2024.

Variáveis	Clínica médica	UTI
	N (%)	
Tempo de diagnóstico da IC em meses*	44,43 $\pm$ 38,7	156,1 $\pm$ 133,7
Doenças pregressas		
Infarto agudo do miocárdio	1 (14,3)	5 (83,3)
Acidente vascular encefálico	4 (57,1)	0 (0)
Presença de comorbidades		
Hipertensão arterial sistêmica	7 (100)	6 (100)
Diabetes <i>Mellitus</i>	4 (57,1)	2 (33,3)
Dislipidemia	0 (0)	1 (16,7)
Nefropatia	0 (0)	1 (16,7)
Dados ecocardiográficos		
Ausentes	1 (14,3)	1 (16,7)
Normais	0 (0)	1 (14,3)
Hipertrofia do ventrículo esquerdo	3 (42,9)	4 (66,7)
Disfunção sistólica do ventrículo esquerdo	2 (28,6)	3 (50,0)
Hipertensão pulmonar	2 (28,6)	0 (0)

Tabela 2. Continuação.

Variáveis	Clínica médica	UTI
	N (%)	
Classe Funcional		
I	0 (0)	0 (0)
II	2 (28,6)	2 (33,3)
III	2 (28,6)	2 (33,3)
IV	2 (28,6)	2 (33,3)
Classes de medicamentos usados em casa		
β-bloqueadores	4 (57,1)	3 (50,0)
IECA ou BRA	5 (71,4)	4 (66,7)
Diuréticos	5 (71,4)	6 (100,0)
Anticoagulantes	1 (14,3)	0 (0)
Internações nos últimos 12 meses	5 (71,4)	5 (83,3)
Nº de internações nos últimos 12 meses*	1,5±1,049	1,4±0,894
Mobilidade na internação		
Acamado	1 (14,3)	5 (83,3)
Deambula com apoio	4 (57,1)	1 (16,7)
Sem limitações	2 (28,6)	0 (0)
Presença de edema	3 (42,9)	3 (50,0)
Estado nutricional pela classificação da adequação da circunferência do braço		
Depleção grave	0 (0)	1 (16,7)
Depleção moderada	1 (14,3)	2 (33,3)
Eutrofia	4 (57,1)	2 (33,3)
Obesidade	1 (14,3)	1 (16,7)
Presença de lesão por pressão	0 (0)	2 (33,3)
Classificação de risco de lesão por pressão		
Sem risco	5 (71,4)	1 (16,7)
Baixo risco	1 (14,3)	0 (0)
Risco moderado	0 (0)	2 (33,3)
Risco alto	0 (0)	3 (50,0)

*Valores expressos em média (desvio-padrão). IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina; BRA: bloqueadores de receptores da angiotensina

Referente ao questionário aplicado para investigar a adesão ao tratamento dos pacientes com IC foi visto que a média de escore de adesão naqueles que estavam internados na CM foi de $13,9 \pm 2,3$ pontos, maior do que o encontrado na UTI com média de $11,0 \pm 3,5$ pontos.

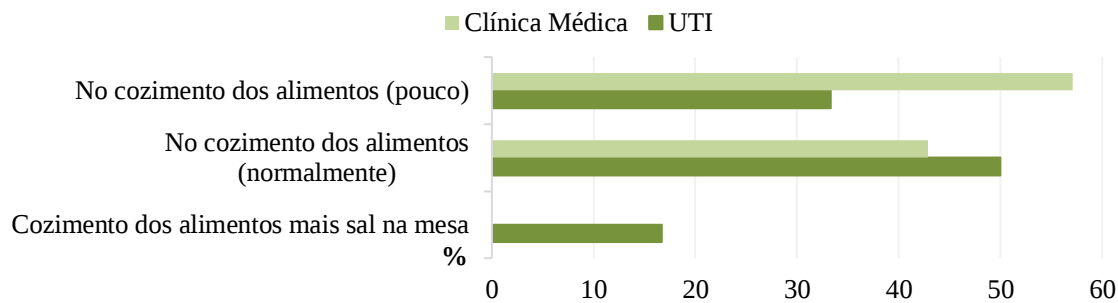
A tabela 3 mostra a distribuição das respostas das questões 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 do instrumento por setor englobado neste estudo e a melhor resposta em termos de adesão. Foi observado uma boa adesão dos pacientes nas questões sobre uso correto das medicações prescritas e a não ingestão de bebida alcoólica. Nota-se uma baixa adesão dos pacientes nas perguntas sobre controle no consumo de líquidos diária (questões 6 e 8) e seguir a restrição de líquidos prescrita. Nenhum paciente referiu verificar seu peso diário. Com relação ao comparecimento nas consultas, apenas 42,9% dos pacientes da CM e 33,3% dos pacientes da UTI responderam que não faltaram nos últimos 15 dias.

Tabela 3. Distribuição das respostas referentes aos itens do questionário sobre adesão ao tratamento dos pacientes com IC internados por setor. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2024.

Itens	Clínica Médica	UTI
	N (%)	
1. Usou os medicamentos nos últimos 15 dias, de acordo com a prescrição médica? (sempre)	7 (100,0)	5 (83,3)
2. Com que frequência você se pesa? (todos os dias)	0 (0)	0 (0)
5. Você faz refeições ou come alimentos fora do lar, sem restrição de sal? (nunca)	3 (42,9)	2 (33,3)
6. Na quantidade de líquido diário recomendado, você considera também, sopas, sorvete, gelatina, suco, leite, chá, café, bebidas não alcoólicas? (sempre)	0 (0)	2 (33,3)
7. Você diminuiu a ingestão de líquidos de acordo com a instrução do seu médico ou enfermeiro? (sempre)	1 (14,3)	3 (50,0)
8. Você considera o líquido (caldo) de frutas na quantidade diária de líquido que foi recomendada a você, tais como laranjas, melão, melancia, abacaxi, água de coco, bergamota etc.? (sempre)	1 (14,3)	0 (0)
9. Você ingere alguma bebida alcoólica? (nunca)	7 (100,0)	5 (83,3)
10. Você faltou a alguma consulta médica ou exame agendado nos últimos 15 dias? (nunca)	3 (42,9)	2 (33,3)

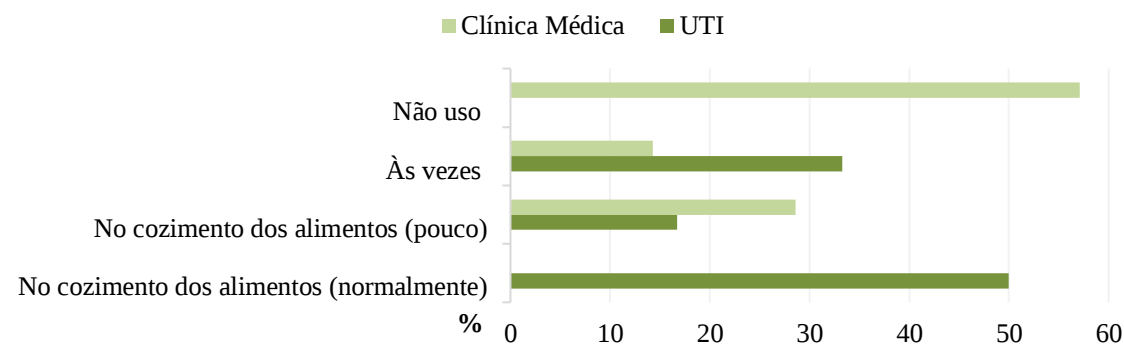
Em relação a quantidade de sal adicionada nos alimentos a maior parte dos pacientes respondeu que adicionava pouco ou normalmente, mostrando que poucos mantêm o hábito do uso do saleiro à mesa no momento da refeição (Figura 1).

Figura 1. Frequência de resposta da questão 3 “Você coloca sal nos alimentos?” do questionário de adesão ao tratamento. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2024.



Quando questionados sobre o uso de tempero pronto na preparação das refeições a maioria dos pacientes da CM afirmou não utilizar, ao contrário dos pacientes atendidos na UTI, cuja maior parte das respostas foi que usa normalmente (Figura 2).

Figura 2. Frequência de resposta da questão 4 “Você adiciona tempero pronto no preparo dos alimentos?” do questionário de adesão. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2024.



4 DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes com IC atendidos era na maioria idosos, brancos, contavam com companheiro para auxílio nas atividades diárias e todos apresentavam hipertensão arterial como principal comorbidade. Os resultados revelaram que os participantes apresentaram baixa adesão ao tratamento instituído. Apesar disso, as medidas farmacológicas e o não consumo de bebidas alcoólicas apresentaram as melhores frequências de resposta em termos de boa adesão. As medidas não farmacológicas, como restrição de líquidos, o controle da aferição do peso além do comparecimento às consultas, mostraram uma adesão insatisfatória dos avaliados.

Por ser uma síndrome progressiva, a IC leva a altas taxas de mortalidade e de internações, levando a altos custos para os serviços de saúde pública. Segundo dados epidemiológicos na região Centro-Oeste houve 64.074 internações por IC entre 2013 e 2017, com uma taxa de mortalidade de 9,93%, considerada a quarta maior taxa de mortalidade entre as regiões (Souza Júnior *et al.*, 2020).

Em relação às internações prévias, foi evidenciado neste trabalho que a maioria dos pacientes foi hospitalizada no último ano, com uma média superior da encontrada em um estudo com mesma população (Poffo *et al.*, 2017). Em uma pesquisa realizada em um hospital universitário de Porto Alegre, os autores evidenciaram que a maioria dos pacientes com IC esteve internada no ano anterior e que 32% destes foram hospitalizados pelo menos 3 vezes (Aliti *et al.*, 2011). Esses dados corroboram o que é visto em literatura que quase 50% dos pacientes que são hospitalizados com a condição são readmitidos dentro de 90 dias após alta (Calaça *et al.*, 2021).

Na América Latina a descompensação da IC é um dos principais motivos de internação por doenças cardíacas, acometendo com maior frequência indivíduos com idade superior a 65 anos (Sousa *et al.*, 2017). Sabe-se que no processo de envelhecimento o miocárdio sofre modificações estruturais e fisiológicas. Somado ao fator idade há ocorrência de doenças, como HAS; DM; doença renal crônica, que podem resultar no enrijecimento do músculo cardíaco e levar à disfunção diastólica (Skrzypek *et al.*, 2018). No presente estudo a média de idade encontrada foi de $75,8 \pm 14,4$ anos dentre aqueles internados na UTI, semelhante a encontrada em um estudo realizado em uma unidade intensiva em Salvador, em que a média foi de $72,4 \pm 8,5$ anos (Dourado; Oliveira; Gama, 2019).

Observou-se que todos os pacientes apresentavam HAS. A presença dessa doença também foi vista na maioria dos pacientes com IC em outras pesquisas (Aragão *et al.*, 2021, Dourado; Oliveira; Gama, 2019). A HAS é o maior fator de risco para o desenvolvimento da IC, podendo levar ao surgimento de hipertrofia do ventrículo esquerdo e disfunções tanto sistólica quanto diastólica do ventrículo esquerdo. Por isso, o diagnóstico quando feito precocemente e o tratamento podem diminuir o risco de desenvolver a síndrome, principalmente em idosos (Barroso *et al.*, 2020).

O estado nutricional avaliado pela adequação da CB mostrou que a maior parte dos pacientes em cuidados intensivos apresentava déficit nutricional. Dados sobre a presença de desnutrição e a IC foram vistos em uma pesquisa elaborada na UTI do Instituto do Coração em São Paulo, no qual 95% dos enfermos apresentavam algum grau de depleção de acordo com a CB e a circunferência muscular do braço (CMB) (Jardim; Costa; Kopel; Lage, 2009). A ocorrência de problemas nutricionais na insuficiência cardíaca é associada a diminuição da qualidade de vida e índice de sobrevivência dos doentes (Tavares *et al.*, 2022).

A classificação funcional conforme a *NYHA* caracteriza a gravidade dos sintomas da IC. Na classe I estão os pacientes assintomáticos, na II estão aqueles com sintomas leves, os que apresentam sintomas moderados estão na III e na IV aqueles com sintomas em repouso. Notou-se que no presente estudo nenhum paciente foi classificado como assintomático o mesmo visto em uma pesquisa que avaliou pacientes com IC em unidades de internação clínica de um hospital especializado em cardiologia. Nesse mesmo estudo a maioria apresentavam-se na classe funcional III (Luz *et al.*, 2020).

Pode-se observar que a presença de edemas foi vista em 42,9% dos pacientes da enfermaria. A dispneia foi uma das características clínicas mais comuns de queixas na admissão desses pacientes. Em um estudo realizado em uma enfermaria de um hospital referência em cardiologia em São Paulo, foi evidenciado que a dispneia e a dispneia paroxística noturna eram os sintomas mais prevalentes e a ocorrência de edema em membros inferiores foi vista em 40,3% dos participantes (Xavier; Ferretti-Rebustini, 2019). Esses sintomas associados com as dificuldades da doença, podem interferir na qualidade de vida e bem-estar dos portadores devido sua influência em fatores biológicos, psicológicos, sociais, dentre outros (Paz *et al.*, 2019).

Devido as dificuldades encontradas no manejo da IC, o apoio familiar se torna essencial para um controle dos sintomas e uma boa adesão à terapêutica prescrita. Neste trabalho a

maioria dos pacientes da enfermaria contavam com a presença de companheiro para ajudá-los nos serviços e atividades do dia a dia. Esse fato pode ter influenciado na boa adesão dos pacientes à medicação prescrita (Item 1, tabela 3). Em um estudo realizado em 3 hospitais privados que oferecem atendimento cardiológico em Fortaleza, foi visto que a existência de uma rede de apoio familiar e social contribuiu positivamente para a adesão às práticas de autocuidado que foram investigadas. A presença de um parceiro pode representar um forte vínculo de apoio familiar e pode auxiliar na adesão e manutenção das práticas de autocuidado (Cavalcante *et al.*, 2018).

Para o tratamento da IC é importante o portador aderir as medidas farmacológicas e não farmacológicas, aquelas que impactam no estilo de vida, com o objetivo de estabilizar e evitar a descompensação. Por isso é de extrema importância avaliar a adesão à terapêutica (Alves *et al.*, 2017). Acerca do questionário aplicado para avaliar a adesão ao tratamento, observou-se uma média de escore total entre os assistidos na enfermaria superior à média dos pacientes em cuidados intensivos. Verificou-se que nenhum dos participantes alcançou o limite predefinido para uma adesão satisfatória (escore ≥ 18 pontos), o que evidencia a baixa adesão à terapia proposta para esses pacientes. Essa média abaixo do ponto de corte também foi vista por Sousa e colaboradores (2019), investigando a adesão utilizando o mesmo instrumento com pacientes em ambulatório, em que a média encontrada foi de $13,36 \pm 2,07$ pontos.

Dados diferentes foram encontrados em outro trabalho, também em ambulatório, em que a média de pontuação geral foi de $16 \pm 4,0$ pontos, sendo visto que 36,5% dos pacientes, apresentaram uma taxa de adesão igual ou superior à 18 pontos. Nessa mesma pesquisa foi evidenciado as maiores frequências de respostas satisfatórias nos itens: comparecimentos às consultas, uso correto dos medicamentos prescritos e não consumo de bebida alcoólica (Silva *et al.*, 2015).

Acerca da restrição hídrica questionada nos itens 6, 7 e 8, foi vista uma baixa adesão dos participantes, o mesmo observado em outro estudo com mesma população (Sousa *et al.*, 2019). Em relação a restrição de sódio, identificou-se uma boa adesão quanto ao baixo uso de sal no preparo dos alimentos. Apesar disso, entre os pacientes da UTI, observou-se que 50% adicionavam tempero pronto no preparo das refeições, o que pode ser aventado que esses pacientes não associam os alimentos processados com alto teor de sódio à diminuição do consumo de sal. Em um estudo utilizando uma escala de autocuidado na IC, foi visto que no item “nutrição” 68,8% dos pacientes referiram realizar a restrição de líquidos, assim como a maioria mencionou realizar a restrição de sal. Os autores também observaram uma adesão

insatisfatória quanto ao monitoramento do peso corporal, o que condiz com o encontrado nesta pesquisa onde nenhum aferia o peso diariamente (Cavalcante *et al.*, 2018). A importância da pesagem para IC significa monitorar o estado volêmico dos pacientes, além de contribuir para avaliação do estado nutricional. Apesar de não haver consenso em relação a ingestão padrão de sódio para os pacientes com IC, a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca recomenda evitar o consumo excessivo de sal (> 7 gramas/dia) para os portadores da síndrome (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018).

O estudo EMBRACE, mostrou que a má adesão ao tratamento, principalmente uso irregular de medicamentos previamente à hospitalização e controle inadequado da ingestão hidrossalina, foi o principal motivo da descompensação por IC, representando 55% do total de participantes (Rabelo-Silva *et al.*, 2018). Uma baixa adesão às medicações, consumo excessivo de água e sal, infecções e arritmias são os motivos mais frequentes de hospitalizações por descompensação por IC e trazem um alto custo para a saúde pública do país (Silva *et al.*, 2020). Em uma pesquisa nacional com pacientes com IC foi visto que somente 43,5% dos avaliados receberam orientação quanto a reconhecer os sintomas da piora clínica e sobre as consultas pós-alta (Albuquerque *et al.*, 2015). A falta de conhecimento sobre a síndrome contribui para o deterioramento da qualidade de vida, a ocorrência de doenças associadas, ao não reconhecimento de sinais e sintomas da descompensação e a não aderência ao tratamento (Medeiros; Medeiros, 2017). Isso evidencia a importância de instruções claras dos profissionais que atendem os portadores de IC, realizando intervenções que promovam o autocuidado, prevenindo assim novas hospitalizações.

Esta pesquisa permite a realização de mais trabalhos relacionados a este tema, principalmente acerca do tratamento não farmacológico, além de poder ajudar gestores e unidades de saúde a propor melhorias no fluxo de atendimento desses pacientes, com mais ações de promoção de saúde e desenvolvimento de políticas públicas.

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam que os pacientes com IC atendidos no Hospital Universitário apresentam baixa adesão ao tratamento instituído, principalmente em relação às medidas não farmacológicas, como restrição de líquidos, o controle da aferição do peso e comparecimento às consultas. Entretanto, observou-se uma adesão satisfatória dos pacientes às medidas farmacológicas e ao não consumo de bebidas alcoólicas.

Esses achados demonstram a necessidade de enfoque no manejo do tratamento dos pacientes com IC em nível primário ou secundário, por meio de ações que propiciem o conhecimento dos pacientes acerca da síndrome, que auxiliem no reconhecimento dos sintomas, além da criação de ferramentas de acompanhamento domiciliar a fim de promover a autonomia e melhorar a condição de saúde dos portadores, reduzindo assim as chances de novas hospitalizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, D. C.; et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. **Arq Bras Cardiol**, v. 104, n. 6, p. 433–442, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/ckBGMzMpD5G739wNv8BQJkH/?lang=pt#>. Acesso em: 11 dez. 2023.

ALEXSANDER, R.; BESSA, L. L. C.; SILVEIRA, A. V. D.; SOUZA, I. G.; FERREIRA, G. F. S.; SOUZA, G. P.; FRANÇA, D. S. Análise Epidemiológica por Insuficiência Cardíaca no Brasil. **Brazilian Medical Students**, São Paulo, Brasil, v. 6, n. 9, 2022. Disponível em: <https://bms.ifmsabrazil.org/index.php/bms/article/view/224>. Acesso em: 24 dez. 2024.

ALITI, G. B.; LINHARES, J. C. C.; LINCH, G. F. C.; RUSCHEL, K. B.; RABELO, E. R. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), set; 32(3):590-5. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CLH3pTJ4Pvn7xkQsXMBhwRP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ALVES, P. K.; COSTANTINI, C. O.; COSTANTINI, C. R.; MACEDO, A. C. B.; MACEDO, R. M. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Insuficiência Cardíaca envolvidos em um programa de exercício físico supervisionado. **ASSOBRAFIR Ciência**. Abr; 8(1):23-30, 2017. Disponível em: <https://assobrafirciencia.org/article/5dd3ebda0e88259e50c63493/pdf/assobrafir-8-1-23.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2023.

ARAGÃO, A. D. S.; ASSUNÇÃO, M. E. L. M.; SARTESCHI, C.; MARTINS, S. M. Perfil Clínico e Terapêutico de Pacientes Muito Idosos Portadores de Insuficiência Cardíaca Descompensada. **Journal of Hospital Sciences**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 7–15, 2021. Disponível em: <https://jhsc.emnuvens.com.br/revista/article/view/13>. Acesso em: 1 fev. 2024.

AYELLO, E. A.; BRADEN, B. How and why to do preassure ulcer risk assessment. **Adv Skin & Wound Care**, n. 15, v. 3, p. 125-33, 2002.

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTI, L. A.; MOTA-GOMES, M. A.; BRANDÃO, A. A.; FEITOSA, A. D. M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**. 116(3):516-658. 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2023.

BOCCHI, E. A.; CRUZ, F.; GUIMARÃES, G.; MOREIRA, L.F.P.; ISSA, V.S.; FERREIRA, S.M.A.; et al. A Long-term Prospective Randomized Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADHE Study Trial. **Circ Heart Fail.**, v.1, p.115-24, 2008.

CALAÇA, H. J.; NASCIMENTO, L. A.; BONASSO FILHO, C.; MORAES, R. S.; CORRADI, M. L. Avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca admitidos em hospital secundário. **Rev Soc Bras Clin Med.** 19(2):89-96, 2021. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/808/460>. Acesso em: 23 dez. 2023.

CAVALCANTE, L. M.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. K. P.; MENESES, L. S. T.; OLIVEIRA, A. S. S., ARAÚJO, T. L. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 71(Suppl6):2604-11. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WKKBmK8WySf3LNtpGKdknRq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 1 jan. 2024.

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.**, v. 3, n. 111, p. 436-539, 2018. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-111-03-0436/0066-782X-abc-111-03-0436.x88402.pdf. Acesso em: 20 dez 2023.

DOURADO, M. B.; OLIVEIRA, F. S.; GAMA, G. G. G. Perfis clínico e epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca. **Rev enferm UFPE** [online], Recife, 13(1):408-15, fev., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236661/31347>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FREITAS, A. K. E.; CIRINO, R. H. D. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. **Rev. Med. UFPR** 4(3): 123-136. Jul-set/2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/56397/33902>. Acesso em: 2 dez. 2023.

FRISANCHO, Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor Michigan: University of Michigan Press, 1990.

JARDIM, M. N.; COSTA, H. M.; KOPEL, L.; LAGE, S. G. Avaliação nutricional do cardiopata crítico em terapia de substituição renal: dificuldade diagnóstica. **Rev Bras Ter Intensiva.** 21(2):124-128, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/cgfr9b3KjS6XNPQZLjMCxd/?format=pdf>. Acesso em: 3 jan. 2024.

LUZ, J. L.; KUCZYNSKI, P. F.; MORAES, M. A.; RODRIGUES, J. A.; SAFFI, M. A. L.; RUSCHEL, K. B. Insuficiência cardíaca: avaliação e comparação do conhecimento da doença em pacientes ambulatoriais x hospitalizados. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.10, e3, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33504/pdf>. Acesso em: 5 jan. 2024.

MANFREDINI, G. M. S. G.; BRAVERSCO, M.; DÁZIO, E. M. R.; FAVA, S. M. C. L.; RESCK, Z. M. R. Cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca após alta hospitalar: revisão integrativa. **R. pesq.: cuid. fundam. [online]** v. 13, p. 1684-1691. 2021. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9669/10638>. Acesso em: 23 dez. 2023.

MARCONDES-BRAGA, F. G.; MOURA, L. A. Z.; ISSA, V. S.; VIEIRA, J. L.; ROHDE, L. E.; SIMÕES, M. V.; et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 6, p. 1174-1212, maio. 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-de-topicos-emergentes-da-diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-2021>. Acesso em: 30 dez. 2023.

MEDEIROS, J.; MEDEIRO, C. A. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. **Cogitare Enferm.** (22)3: e51082, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876115/51082-215160-1-pb.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2024.

MESQUITA, E. T.; JORGE, A. J. L.; RABELO, L. M.; SOUZA, J. R, C. V. Entendendo a Hospitalização em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, v. 30, n. 1, p. 81-90, jan. 2017. Disponível em: <https://ijcscardiol.org/pt-br/article/entendendo-a-hospitalizacao-em-pacientes-com-insuficienciacardiaca/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

PAZ, L. F. A.; MEDEIROS, C. A.; MARTINS, S. M.; BEZERRA, S. M. M. S.; OLIVEIRA, W.; SILVA, M. B. A. Quality of life related to health for heart failure patients. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 72:140–6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5QC79bqNXbnwJbwZ8c3848m/?lang=pt#>. Acesso em: 30 dez. 2023.

POFFO, M. R.; ASSIS, A. V.; FRACASSO, M.; LONDERO FILHO, O. M.; ALVES, S. M. M.; BALD, A. P.; SCHMITT, C. B.; ALVES FILHO, N. R. Profile of Patients Hospitalized for

Heart Failure in Tertiary Care Hospital. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 3, p. 189–198, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/CkF7ycNBGDfFPpQgvKvByGS/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 2 dez. 2023.

RABELO-SILVA, E. R.; SAFFI, M. A. L.; ALITI, G. B.; FEIJÓ, M. K.; LINCH, G. F. C.; SAUER, J. M.; MARTINS, S. M. Fatores Precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados a adesão ao tratamento: estudo multicêntrico-EMBRACE. **Rev Gaúcha Enferm.** 39:e20170292, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ppbsXJTdtjxRNR67DRLyjJP/>. Acesso em: 5 jan. 2024.

SILVA, M. A. G.; BRUNORI, E. H. F. R.; MURAKAMI, B. M.; D'AGOSTINO, F.; LOPES, C. T.; SANTOS, V. B.; SANTOS, E. R. Preditores de comportamentos de autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 44, p. e20220357, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/43hwWw5xmB68P7TXdYnVc8q/?lang=pt#>. Acesso em: 1 dez. 2023.

SILVA, A. F.; CAVALCANTI, A. C. D.; MALTA, M.; ARRUDA, C. S.; GANDIN, T.; FÉ, A.; RABELO-SILVA, E. R. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 23(5):888-94. set.-out, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/106155/104814> Acesso em: 4 jan. 2024.

SILVA, W. T.; TYLL, M. G.; MIRANDA, A. C. C. S.; MOURA, G. P.; VERÍSSIMO, A. O. L. Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. **Rev Pan Amaz Saúde.** 11:e202000449, 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v11/2176-6223-rpas-11-e202000449.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SKRZYPEK, A.; MOSTOWIK, M.; SZELIGA, M.; WILCZYŃSKA-GOLONKA, M.; DEBICKA-DĄBROWSKA, D.; NESSLER, J. Chronic heart failure in the elderly: still a current medical problem. **Folia Medica Cracoviensia.** Vol. LVIII, 4, 47–56, 2018. Disponível em: http://www.fmc.cm-uj.krakow.pl/pdf/58_4_47.pdf. Acesso em: 28 fev. 2024.

SOUSA, M. M.; OLIVEIRA, J. S.; SOARES, M. J. G. O.; BEZERRA, S. M. M. S.; ARAÚJO, A. A.; OLIVEIRA, S. H. S. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet]. 38(2):e65885. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>. Acesso em: 12 jan. 2024.

SOUSA, M. M.; CAMPOS, R. P.; OLIVEIRA, J. S.; OLIVEIRA, S. H. S. Adesão de pacientes com insuficiência cardíaca à terapêutica instituída. **Rev baiana enferm.** 33:e30442, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/30442/20003>. Acesso em: 28 dez. 2023.

SOUZA JÚNIOR, E. V.; SILVA FILHO, B. F.; NUNES, G. A.; ROSA, R. S.; BOERY, R. N. S. O.; BOERY, E. N. Perfil epidemiológico da morbimortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2013 a 2017. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 39, p.156-169, Dec. 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000200156&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 jan. 2024.

TAVARES. L. C. A.; LAGE, S. H. G.; BOCCHI, E. A.; ISSA, V. S. Desnutrição em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca chagásica. **Arq Bras Cardiol.** 118(1):3-11, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/BfdPwmcsfChmn9PPqYtcdS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 dez. 2023.

XAVIER, S. O.; FERRETTI-REBUSTINI, R. E. L. Clinical characteristics of heart failure associated with functional dependence at admission in hospitalized elderly. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 27:e3137, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8RtX3gS3T4YKzxVBvRNHP8w/?format=pdf#:~:text=As%20caracter%C3%ADsticas%20cl%C3%ADnicas%20da%20IC,hepatomegalia%2C%20ascite%20e%20altera%C3%A7%C3%A3o%20na>. Acesso em: 25 dez. 2023.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa científica intitulada “Impacto da adesão ao tratamento nas internações de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário”, de pesquisadores da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). A pesquisa tem como objetivo investigar a adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir. Caso aceite fazer parte do estudo, assine este documento em todas as suas páginas (nas duas vias). Uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável. Informações sobre a pesquisa:

1. Pesquisador responsável: Prof^ª Dr^a Liane Murari Rocha
2. Garantia de informação e desistência: o(a) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, e está livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento.
3. Descrição do estudo: a pesquisa ocorrerá no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU- UFGD). Após o convite e o aceite, inicialmente o(a) senhor(a) será entrevistado(a) para a coleta dos dados pessoais, socioeconômicos, dos hábitos de vida e das condições de saúde. Na sequência serão realizadas perguntas sobre o tratamento da insuficiência cardíaca e será realizada avaliação antropométrica que incluirá a aferição do peso, da estatura e de outras medidas, como a circunferência da panturrilha. Alguns dados da internação serão coletados do prontuário.
4. Riscos e desconfortos: a aferição do peso possui o risco de acidente caso o(a) senhor(a) se desequilibre no ato da pesagem. Para evitar que isso ocorra a pesagem será realizada por um pesquisador treinado que dará o suporte necessário, portanto, o(a) senhor(a) estará acompanhado(a) e seguro(a). O preenchimento dos questionários pode causar cansaço e estresse. A fim de minimizá-los, o senhor(a) poderá descansar para, na sequência, prosseguir ou poderá desistir da pesquisa a qualquer momento. Para evitar constrangimentos na aferição do peso e altura, e no preenchimento dos questionários a privacidade de todos será garantida. Caso o participante se sinta prejudicado ou seja causado algum dano, poderá buscar indenização conforme a legislação brasileira determina.

5. Privacidade e sigilo: se o(a) senhor(a) estiver de acordo em participar do estudo, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho com a finalidade de gerar conhecimento em saúde. Haverá total sigilo,

o anonimato das respostas e participação será garantido a todos. Os pesquisadores têm o compromisso de utilizar os dados e

o material coletado somente para esta pesquisa. Os resultados do estudo poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em congressos ou eventos científicos, sem que seu nome seja mencionado em parte alguma.

6. Benefícios: ao participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto (financeiro, por exemplo). Entretanto, contribuirá para o avanço das pesquisas e de novas descobertas importantes à ciência. Os resultados podem trazer benefícios a todos os pacientes com insuficiência cardíaca.

7. Custos: o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto com a pesquisa, uma vez que os procedimentos serão feitos durante a internação no HU-UFGD. Entretanto, os participantes terão direito ao ressarcimento de qualquer despesa em decorrência da participação na pesquisa.

8. Esclarecimentos e dúvidas: se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte dele, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof^a Dr^a Liane Murari Rocha, pelos seguintes meios: telefones: (19) 9.8416.9409; e-mail: lianerocha@ufgd.edu.br; ou no seguinte endereço: Universidade Federal da Grande Dourados, Faculdade de Ciências da Saúde, 2º piso, Gabinete 10, Rodovia Dourados / Itahum, Km 12 - Unidade 2 - Dourados, Mato Grosso do Sul. CEP: 79.804-970.

Se tiver dúvidas sobre seus direitos, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados pelo telefone (67) 3410-2853, pelo e-mail: cep@ufgd.edu.br, ou pessoalmente na Rua Melvin Jones, 940 - Jardim América, Dourados- MS. CEP: 79.803-010.

Declaro por livre e espontânea vontade, que eu _____
Fone para contato: _____, participarei da referida pesquisa. Estou ciente de que não receberei remuneração em troca da participação, que os dados serão mantidos em sigilo e que posso desistir no momento em que desejar.

Assinatura do voluntário

Profª Drª Liane Murari Rocha

Pesquisador responsável

Data: / /

ANEXO A

Carta de anuência da CAPE

24/01/2023 13:06

SEI/SEDE - 26549580 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
Rua Ivo Alves da Rocha, nº 558 - Bairro Altos do Indaiá
Dourados-MS, CEP 79823-501
- <http://hugd.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 39/2022/GEP/HU-UFGRD-EBSERH

Dourados, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **"IMPACTO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO NAS INTERNAÇÕES DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO"**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **LIANE MURARI ROCHA**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa

(assinado eletronicamente)

Thiago Pauluzi Justino

Gerente de Ensino e Pesquisa do HU-UFGRD/Ebserh
Matrícula SIAPE nº. 2093532



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Pauluzi Justino, Gerente**, em 23/12/2022, às 08:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do **Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015**.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **26549580** e o código CRC **A0A1456B**.

Referência: Processo nº 23529.016633/2022-08 SEI nº 26549580

https://sei.ebserh.gov.br/sei/documento_consulta_externa.php?id_acesso_externo=149999&id_documento=40767023&infra_hash=12dd74694ba... 1/1

ANEXO B

Carta de aprovação do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
GRANDE DOURADOS - UFGD



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO NAS INTERNAÇÕES DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Liane Murari Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67220223.1.0000.5160

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.919.944

Apresentação do Projeto:

1. Introdução

Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa na qual o coração, devido alterações estruturais ou funcionais, é incapaz de ejetar sangue de forma adequada, não suprimindo as necessidades metabólicas dos tecidos (KUROGI et al, 2020). Se apresenta com característica crônica, de perfil progressiva, ou aguda, em que se faz necessário cuidados urgentes (CARDIOL, 2018). A IC é caracterizada por sintomas típicos (fadiga, edema de membros inferiores, tosse, precordialgia, tontura, palpitação, ortopneia e dispneia paroxística noturna) podendo ser associada com sinais de hepatomegalia, ascite e alteração na fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE). Pode ser classificada de acordo com a gravidade dos sintomas, pela classificação funcional da New York Heart Association – NYHA, fração de ejeção (preservada, intermediária e reduzida) e pelo tempo e progressão da doença (CARDIOL, 2018; XAVIER E FERRETTI-REBUSTIN, 2019). A doença acomete aproximadamente 23 milhões de pessoas no mundo (CARDIOL, 2018). No Brasil, estima-se que 2,55% do total de internações entre os anos de 2008 e 2017 foram por IC, que é a principal causa de internação entre os idosos (ALEXSANDER et al, 2022). A alta prevalência de IC pode ser observada por diversos fatores como o aumento da expectativa de vida da população, novas ferramentas de diagnóstico e tipos de tratamento levando a maior sobrevida. Mesmo com os avanços nos cuidados, a IC ainda é um grande desafio para os profissionais, portadores e sistema de saúde (SOUSA et al, 2017). De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica

Endereço: Rua João Rosa Góes, 1761

Bairro: Vila Progresso

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (67)3410-2853

CEP: 79.825-070

E-mail: cep@ufgd.edu.br