

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

PATRÍCIA FERNANDES MEIRELES

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO EM
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**RECIFE/PE
2014**

PATRÍCIA FERNANDES MEIRELES



**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO EM
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Grupo de Pesquisa: Assistir/Cuidar em Enfermagem

Orientadora: Dra. Luciane Soares de Lima.

Co-orientadora: Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

**RECIFE/PE
2014**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa - CRB4-1010

M514f Meireles, Patrícia Fernandes.
Fatores associados à adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca / Patrícia Fernandes Meireles. – 2014.
125 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Luciane Soares de Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2014.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Insuficiência cardíaca. 2. Cooperação do paciente. 3. Educação em saúde. 4. Promoção da saúde. 5. Educação em enfermagem. I. Lima, Luciane Soares de (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-218)

PATRÍCIA FERNANDES MEIRELES

FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO EM
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Dissertação aprovada em 25/02/2014.

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal – UFPE

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos – UFPE

Profa. Dra. Quenia Camille Soares Martins – UFRN

RECIFE/PE
2014

*Dedico às minhas irmãs,
fontes de ânimo e inspiração;
referências no amor e na profissão.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por me conduzir pelos caminhos certos e abençoar minhas escolhas. Por me dar as melhores oportunidades e conceder ânimo e perseverança nos momentos de desânimo e desesperança. Por colocar as pessoas certas no meu cotidiano e dar significado àquilo que parece ocasião. O Teu amor nunca me leva aonde a Tua graça não me alcança. E sei que está ai, o tempo todo ai, pois se não o vejo com os olhos, vejo com o coração suas pegadas na areia.

Ao meu pai, meu mundo. Meu alicerce, minha base, meu exemplo de vida. Obrigada por me ensinar a ser gente grande. Por apontar os caminhos e defender o meu sucesso. Obrigado por acreditar nos meus sonhos e me ajudar a construí-los. Você estará sempre neles!

À minha mãe que me gerou, me cuidou, me ensinou a falar, a andar e a pensar. Obrigado por me educar. Sou a pessoa que sou porque você me fez assim. Obrigado por me construir em cada detalhe. Por ser a serenidade mais decisiva, a sabedoria mais sensata e a inteligência mais definidora nos momentos que mais preciso. Nas suas palavras encontro (sempre) as minhas respostas.

Às minhas irmãs. Sem elas eu não teria conseguido. À minha Popó (txuca linda) por tudo. É tudo mesmo, Txuca. Obrigada por cada segundo compartilhado, pela paciência e tranquilidade, pela companhia mais amável e apoio incondicional. Dividimos a dor e a delícia de sair de casa e voltarmos pós-graduadas! À Pri (mana linda) por tornar possível minha coleta de dados. Obrigado por acreditar nos meus projetos e vestir a minha camisa. Um gesto de amor transforma tudo. O seu gesto de amor tornou o meu estudo viável!

À minha orientadora, professora Dra Luciane Lima, por tornar valioso cada minuto de orientação, por compartilhar sua experiência traduzida em um olhar de imensa valia a cada pontuação e contribuição. Obrigada por, como nosso excelentíssimo professor Paulo Freire, me fazer sujeito do processo de aprendizagem, por partir das minhas dúvidas e necessidades e criar possibilidades para a produção/construção do conhecimento.

À minha co-orientadora, professora Dra Estela Maria, por todo incentivo e alegria das palavras. Por me receber com um abraço caloroso, olhos atentos e um grafite sempre em mãos, pronto para qualquer correção de artigo ou capítulo. Muito obrigada, professora!

À minha família recifense. Verdadeiros anjos. Ao meu Lipe por apoiar, acalmar e compreender. Por ser alento e amor. Com você as gavetinhas estão preenchidas! À Silvana, Gaby e Flavinho por abrirem sua casa e me acolherem com tanto afeto. À Karol e Vivi pela amizade tão valiosa e indispensável, sempre sempre presentes. À Vanessa por sanar dúvidas bobas da estatística descritiva e por compartilhar o convívio (além das louças, faxinas etc e tal). A todos aqueles que construíram a rede de apoio necessária e imprescindível para que o mestrado fora de casa fosse possível de forma mais branda e alegre.

Aos meus colegas de sala por tantos momentos vividos em grupo. Por todas as discussões, debates, trabalhos, por cada palma após cada uma das apresentações. Vocês vão fazer uma falta grandona! Em especial, à Natália Lefosse (pela diversão, apoio técnico e por me apresentar a igreja de Boa Viagem), à Camila Barros (por ser o apoio amigo na minha chegada a Recife, pelos momentos compartilhados, pelos trabalhos em grupo e festinhas

também em grupo), à Andreza Rodrigues (as melhores respostas e colocações serão sempre as suas), à Barbara Helena (pela companhia tão imprescindível nos plantões e viagens e por me inspirar) e a Raul Amaral (ou A1, por ser sempre disponível, humilde e por me ajudar na compreensão estatística).

À Gabriela Sampaio, por ser empenhada, dedicada e enérgica na minha coleta de dados. Você foi peça fundamental para os 247 em três semanas.

Aos colegas da Casa de Chagas (PROCAPE), pela acolhida e apoio.

Ao professor Wilson Oliveira Junior, por construir com amor e carinho a Casa de Chagas e acolher o meu estudo com respeito e confiança.

A cada um dos pacientes entrevistados, por me receberem com um sorriso acolhedor e confiar no meu trabalho. Obrigado por darem a ele a maior contribuição.

Aos meus colegas enfermeiros do SAMU/RN. Obrigada por cada plantão trocado, por cada escala desenhada em cima dos meus cronogramas e por compreenderem minha indisponibilidade. Em especial, à Lyara Pedrosa e Candice Abdon (amiga a cada dia mais tenho certeza de que você é providencia de Deus no meu dia a dia), Priscila Meireles (irmã, amiga, cúmplice, companheira de trocas, minha solução de todos os problemas) e Bárbara Helena (companheira e exemplo de SAMU e de mestrado).

À Quênia Camille por me inspirar e me impulsionar a estudar a insuficiência cardíaca, por organizar minhas idéias e por repetir tantas vezes “Vai dar certo! Já deu!” com aquele sotaque gaúcho e energia nordestina.

À enfermeira Dra Izabel Cristina Ribeiro da Silva Saccomann, por compartilhar sua experiência no estudo da adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca.

À professora Dra Cleide Pontes por me desafiar e impulsionar meu projeto para adiante. Obrigado por cada contribuição nas disciplinas, por olhar meu estudo com carinho e critério. Por ser exemplo de competência e excelência naquilo que se propõe a fazer.

A Glivson e Camila por toda a resolutividade junto à secretária da pós-graduação.

A todos os professores do curso, por dedicar seu conhecimento e tempo a nossa construção como futuros docentes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, por acreditar na minha proposta de estudo e me permitir executá-la.

À Universidade Federal de Pernambuco, por realizar o sonho de ser mestre em Enfermagem em uma grande universidade.

“Uma consulta não significa apenas o desejo de acabar com a doença orgânica. Ela também tem como objetivo eliminar o temor escondido e as angústias não confessadas.

As máquinas não poderão jamais avaliar nem compreender o sofrimento humano, nem tão pouco poderão sanar medos e incertezas.”

Wilson Oliveira Jr

RESUMO

A não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso constitui a principal causa de descompensação da Insuficiência Cardíaca, sendo responsável pela piora dos índices de morbimortalidade e aumento expressivo no número de internações hospitalares. Múltiplos fatores determinam a adesão ao tratamento e, de maneira semelhante, a não adesão é influenciada por determinantes que podem ser modificados por ações educativas. Para determinar alvos de intervenções apropriados é necessário identificar quais fatores estão associados à adesão ao tratamento. A presente dissertação está estruturada em forma de artigos, um de revisão e um original, com metodologias descritas separadamente. O primeiro artigo, intitulado: O uso do Senso de Coerência na perspectiva da promoção da saúde: uma revisão integrativa; objetivou identificar como o constructo Senso de Coerência vem sendo abordado nas pesquisas que envolvem a temática promoção da saúde. O estudo realizou-se em oito etapas e utilizou as bases de dados: MEDLINE, LILACS e BDNF e o cruzamento dos descritores controlados: Senso de Coerência e Promoção da Saúde. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, disponíveis nas bases de dados e que respondessem claramente a questão de pesquisa. A amostra final foi de 10 artigos. Nos resultados, destacou-se o uso do constructo alicerçado em dois eixos temáticos: Escolhas e hábitos relacionados à saúde e Capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde/doença. O segundo artigo, intitulado: Preditores de adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca objetivou avaliar os fatores que interferem na adesão ao tratamento em pacientes com diagnóstico de IC. Trata-se de um estudo analítico, de corte transversal, numa amostra de 247 pacientes. A adesão ao tratamento foi avaliada através da escala de Morisky e Questionário de autocuidado. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS para digitação e obtenção dos cálculos estatísticos, sendo realizada estatística descritiva para todas as variáveis, além de testes para comparação de médias e proporções. A comparação entre as categorias das variáveis através dos testes estatísticos revelou os seguintes fatores influenciando a adesão ao tratamento: faixa etária, escolaridade, renda per capita, número de comorbidades, ser auxiliado na tomada dos medicamentos, deixar de tomar o medicamento por esquecimento e o senso de coerência. Todo esse panorama sinaliza para a existência de um grupo de maior vulnerabilidade para a não adesão à terapêutica instituída. É necessário que se instituem estratégias de educação em saúde envolvendo a equipe multidisciplinar, extrapolando os limites dos consultórios e considerando o contexto de vida de cada paciente.

Palavras-chaves: Insuficiência Cardíaca. Cooperação do paciente. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Educação em enfermagem.

ABSTRACT

Non-adherence to pharmacological and non pharmacological treatment is the main cause of decompensation of heart failure and is responsible for worsening rates of mortality and significant increase in the number of hospitalizations . Multiple factors determine adherence to treatment and, similarly, non-adherence is influenced by determinants that can be modified by educational activities. To determine appropriate targets for interventions is necessary to identify which factors are associated with adherence to treatment. This study is structured in the form of articles, one review and one original, with methodologies described separately. The first article, titled: Using the Sense of Coherence in the perspective of health promotion: an integrative review, aimed to identify how the Sense of Coherence construct has been approached in research involving the theme of health promotion. The study took place in eight stages and used the following databases: MEDLINE, LILACS and BDNF and crossing controlled descriptors: Sense of Coherence and Health Promotion. Was included articles in Portuguese, English and Spanish, available in databases and clearly answer the research question. The final sample consisted of 10 articles. The results highlighted the use of the construct grounded on two main themes: Choices and related health and Coping capacity and managing the health / disease process habits. The second article, titled: Predictors of adherence to treatment in patients with heart failure , aimed to evaluate the factors that influence adherence to treatment in patients with HF. This is an analytical study, cross-sectional, a sample of 247 patients. Adherence to treatment was assessed by the Morisky scale and Questionnaire self-care. Statistical analysis was performed using SPSS for typing and obtaining statistical calculations being performed descriptive statistics for all variables, as well as tests for comparison of means and proportions. The comparison between the categories of variables through statistical tests revealed the following factors influencing treatment adherence: age, education, income per capita, number of comorbidities, be assisted in taking medication, stop taking the medicine lately forgetfulness and sense of coherence . All this panorama signals the existence of a group most vulnerable to nonadherence to therapy instituted. It is necessary to establish strategies for health education involving the multidisciplinary team, beyond the limits of offices and considering the context of patient.

Keyword: Heart failure. Patient Compliance. Health Education. Health Promotion. Education, Nursing.

LISTA DE FIGURAS

DISSERTAÇÃO

Figura 1 – Fluxograma da seleção da amostra. Recife-PE, 2013 35

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1- Distribuição dos pacientes segundo o escore de Morisky. Recife-PE,
2013 77

Figura 2 - Distribuição dos pacientes segundo a adesão ao tratamento não
medicamentoso. Recife, 2013 78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Manejo não-farmacológico: o que e por que ensinar. Recife-PE, 2013	26
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO DE REVISÃO

Tabela 1 - Artigos encontrados de acordo com as bases de dados. Recife-PE, 2013	52
Tabela 2 - Apresentação dos artigos segundo autores, ano, país de origem, amostra/sujeito e delineamento do estudo. Recife-PE, 2013	55
Tabela 3 - Apresentação dos artigos segundo a categoria temática e título. Recife-PE, 2013	55

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes atendidos no ambulatório de IC do PROCAPE/UPE. Recife-PE, 2013	71
Tabela 2 - Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso segundo as características sociodemográficas. Recife-PE, 2013	74
Tabela 3. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso segundo as características clínicas, terapêuticas e o SOC. Recife-PE, 2013	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IC – Insuficiência Cardíaca

AAC – Associação Americana de Cardiologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

SOC – Senso de Coerência

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

AHA – *American Heart Association*

NYHA – *New York Heart Association*

CCS – Centro de Ciências da Saúde

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

LILACS- Literatura latino-Americana e do caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

BDENF- Base de Dados de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

PROCAPE – Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco

SOC13 - Escala de Senso de Coerência – Versão curta adaptada

UPE – Universidade de Pernambuco

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Geral.....	22
2.2	Específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	Insuficiência Cardíaca: considerações sobre a doença e tratamento farmacológico e não farmacológico.....	24
3.2	Adesão ao tratamento na Insuficiência Cardíaca.....	26
<i>3.2.1</i>	<i>Fatores relacionados à adesão: barreiras e fatores facilitantes.....</i>	<i>26</i>
<i>3.2.2</i>	<i>Educação em saúde como ferramenta para a promoção da adesão ao tratamento.....</i>	<i>28</i>
3.3	Teoria Salutogênica e o uso do constructo Senso de Coerência.....	30
4	MÉTODOS	33
4.1	Artigo de Revisão - O uso do Senso de Coerência na perspectiva da promoção da saúde: uma revisão integrativa.....	33
<i>4.1.1</i>	<i>Desenho do estudo.....</i>	<i>33</i>
<i>4.1.2</i>	<i>Elaboração da questão da pesquisa e objetivos da revisão.....</i>	<i>33</i>
<i>4.1.3</i>	<i>Seleção da amostra.....</i>	<i>34</i>
<i>4.1.3.1</i>	<i>Critérios de Inclusão.....</i>	<i>34</i>
<i>4.1.3.2</i>	<i>Critérios de Exclusão.....</i>	<i>34</i>
<i>4.1.3.3</i>	<i>Procedimento de busca nas bases de dados.....</i>	<i>34</i>
<i>4.1.4</i>	<i>Coleta de dados.....</i>	<i>36</i>
<i>4.1.5</i>	<i>Análise e interpretação dos resultados.....</i>	<i>37</i>
<i>4.1.6</i>	<i>Síntese do conhecimento.....</i>	<i>37</i>
4.2	Artigo original – Preditores de adesão ao tratamento em pacientes com Insuficiência Cardíaca.....	37
<i>4.2.1</i>	<i>Desenho do Estudo.....</i>	<i>37</i>
<i>4.2.2</i>	<i>Caracterização da Área do Estudo.....</i>	<i>38</i>
<i>4.2.3</i>	<i>População do Estudo.....</i>	<i>38</i>
<i>4.2.4</i>	<i>Cálculo da amostra.....</i>	<i>38</i>

4.2.4.1	<i>CrITÉRIOS de inclusão.....</i>	39
4.2.4.2	<i>CrITÉRIOS de exclusão.....</i>	39
4.2.5	Variáveis.....	40
4.2.5.1	<i>Variáveis dependentes.....</i>	40
4.2.4.2	<i>Variáveis independentes.....</i>	40
4.2.6	MÉTODO e tÉCNICA de investigao.....	41
4.2.7	Instrumentos.....	42
4.2.7.1	<i>Roteiro estruturado.....</i>	42
4.2.7.2	<i>Escala de adesão medicamentosa de MORISKY.....</i>	42
4.2.7.3	<i>Questionário de conhecimento da doença e autocuidado para pacientes com IC.....</i>	43
4.2.7.4	<i>Instrumento para avaliao do SOC (SOC – 13).....</i>	43
4.2.8	Análise dos dados.....	44
4.2.9	Aspectos Éticos.....	44
5	RESULTADOS.....	47
5.1	Artigo de Revisão Integrativa: O uso do Senso de Coerência na perspectiva da promoo da saúde: revisão integrativa	47
5.2	Artigo Original: Preditores de adesão ao tratamento em pacientes com Insuficiência Cardíaca.....	63
6	CONCLUSÃO.....	90
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES A - CARACTERIZAO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E TERAPÊUTICA.....	100
	APÊNDICES B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	102
	ANEXO A - CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME.....	104
	ANEXO B - ESCALA DE ADESÃO DE MORISKY.....	105
	ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO DA DOENÇA E AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	106
	ANEXO D - ESCALA DE SENSO DE COERÊNCIA.....	107
	ANEXO E - APROVAO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE	

PERNAMBUCO.....	109
ANEXO F - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA.....	113
ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA.....	118
ANEXO H - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO JOURNAL OF CARDIOVASCULAR NURSING.....	119

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) representa um dos maiores desafios clínicos na área de saúde pública, sendo considerado um problema de prognóstico reservado em acentuada progressão¹. Apesar de todos os avanços relacionados ao tratamento medicamentoso e investimentos no manejo não farmacológico os estudos demonstram que não há melhoras expressivas nos índices de morbimortalidade, assim como, nas taxas de re-hospitalizações²⁻⁶. A má adesão ao regime terapêutico e o uso inadequado das medicações constituem a causa mais frequente de descompensação^{1,5,7}.

A Associação Americana de Cardiologia (AAC) definiu como multifatorial a causa da não adesão ao tratamento nas doenças cardiovasculares⁸. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou as razões potenciais para não adesão em cinco grupos: razões relacionadas ao paciente, à terapia, à condição de saúde, a fatores socioeconômicos e razões relacionadas ao sistema de saúde⁹.

Frente a necessidade de implementar modelos de cuidados no seguimento de pacientes com doenças crônicas, surgiram novas estratégias para pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Os programas de educação ou programas multidisciplinares de gerenciamento se constituem em um novo modelo de assistência ao portador de IC e atuam em três pilares básicos: otimização do tratamento medicamentoso, vigilância rigorosa e educação do paciente e familiares. A metodologia utilizada nestes programas varia de acordo com cada instituição, mas baseia-se no seguimento dos pacientes através de consultas agendadas com médico e enfermeiro, acompanhamento domiciliar e telefônico, vigilância continuada e instituição de estratégias de educação em saúde¹⁰.

A função de educador é um dos domínios fundamentais da assistência prestada pelo enfermeiro. Tradicionalmente são estes profissionais que informam as pessoas acerca do que devem esperar da doença, do tratamento e de uma intervenção cirúrgica. Na prática clínica, é o enfermeiro quem presta esclarecimentos relacionados às más interpretações ou dúvidas e procuram tornar mais familiar tudo o que é desconhecido ou estranho¹¹.

A Sociedade Americana de Insuficiência Cardíaca atribuiu aos enfermeiros o papel de educadores primários dos pacientes com IC¹² e considerando-se que grande parte das descompensações cardíacas são preveníveis¹³⁻¹⁵, é importante que os programas de acompanhamento e clínicas especializadas priorizem estratégias que favoreçam a compreensão e entendimento dos pacientes com IC sobre o seu tratamento, visando à melhora da adesão ao tratamento e autogerenciamento da doença a partir da educação em saúde².

Um estudo que investigou os fatores que influenciam a adesão ao tratamento num grupo com IC constatou que os participantes relacionaram o conhecimento sobre a doença e sintomas com a melhor eficácia do tratamento, demonstrando que a melhor compreensão dos doentes sobre sua condição de saúde atua favoravelmente no processo de adesão ao tratamento¹⁶.

Desta forma, é imprescindível que os profissionais envolvidos considerem que pacientes e familiares devem conhecer e compreender a sua doença, assim como, a importância da terapêutica instituída, pois estes fatores são determinantes no sucesso da adesão ao regime terapêutico¹⁷.

Intervenções e estratégias de educação em saúde proporcionam mudanças de comportamentos, com prevenção de complicações que levam a descompensação e, conseqüentemente, diminuição das readmissões hospitalares¹⁰.

É nesta perspectiva que a educação em saúde se configura como ferramenta indispensável para melhorar a adesão ao tratamento. Aumentar o conhecimento de um indivíduo acerca da sua condição de saúde, fornecendo-lhe informações adequadas sobre sua doença, possibilita a adoção de estilos de vida saudáveis que favorecem ao seguimento terapêutico¹⁸.

Na tentativa de melhor compreender as questões envolvidas no enfrentamento de uma condição crônica de saúde e seu tratamento, este estudo investigou também a variável Senso de Coerência (SOC), constructo que tem sido estudado quando se investiga a capacidade de enfrentamento ao estresse. O SOC é o conceito chave da Teoria Salutogênica, a qual propõe investigar porque certos indivíduos permanecem bem mesmo após terem vivido graves situações de estresse¹⁹.

Seu uso tem se mostrado relevante em diversas áreas da saúde, auxiliando, por exemplo, enfermeiros a identificar estratégias de enfrentamento usadas por indivíduos que são hábeis em permanecer bem diante de situações que possam sugerir o contrário. Além disso, na prática clínica, o uso do SOC possibilita a identificação dos indivíduos que necessitam de maior atenção no planejamento do seu cuidado, visando à promoção de estratégias que auxiliem o paciente no enfrentamento da situação de estresse em que se encontra²⁰.

Avaliar a relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e o SOC possibilitará melhor compreensão de como o paciente com IC reage à doença e ao seu tratamento. A partir da identificação dos fatores associados à adesão, será possível identificar os grupos que merecem uma atenção diferenciada no planejamento da assistência e instituir

estratégias baseadas na educação dos pacientes e familiares que favoreçam o enfrentamento e gerenciamento da situação, objetivando diminuir a resistência ao tratamento.

Para conduzir esta dissertação foi elaborada a seguinte questão condutora: quais fatores interferem na adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) em pacientes portadores de IC?

Em atenção ao formato preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), o resultado desta dissertação foi estruturado em forma de artigos. O primeiro, artigo de revisão, intitulado “O uso do Senso de Coerência na perspectiva da promoção da saúde: revisão integrativa”, submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva e o segundo, artigo original, “Preditores de adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca”, que será submetido ao The Journal of Cardiovascular Nursing. Ambos no formato para publicação em periódico científico com Qualis (sistema de avaliação de periódicos, mantido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES) representativo para a enfermagem.

A seguir, encontra-se apresentado os métodos da dissertação, dividido em duas partes: inicialmente o percurso metodológico empregado na construção do artigo de revisão integrativa e, posteriormente, os métodos do artigo original.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar os fatores que interferem na adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca.

2.2 Específicos

- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
- Verificar os valores do SOC em cardiopatas com insuficiência cardíaca.
- Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas, variáveis terapêuticas e os valores do SOC e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Insuficiência Cardíaca: considerações sobre a doença e tratamento farmacológico e não farmacológico

A IC é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico que cursa como via final comum da maioria das doenças que acometem o coração. É definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as demandas metabólicas tissulares, resultando em sintomas incapacitantes e redução da qualidade de vida⁷.

O quadro clínico que se instala é consequência das alterações hemodinâmicas que acompanham o débito cardíaco inadequado e a elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Observa-se a inapropriada perfusão tecidual e sintomas que aparecem, de início, durante a realização de exercícios e, com a progressão da doença, aos mínimos esforços e durante o repouso⁷.

A New York Heart Association (NYHA), compreendendo a IC como doença crônica progressiva e incapacitante, estabeleceu critérios com base nos sintomas e estratificou o grau de limitação imposto pela doença para as atividades da vida cotidiana. São propostas quatro classes funcionais que categorizam o doente e demonstram o grau de comprometimento da qualidade de vida frente à doença. São elas: Classe I - ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas (a limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais); Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; Classe IV - sintomas em repouso⁷.

Embora a IC possa se apresentar de forma compensada e assintomática, ao longo dos anos os mecanismos compensatórios sofrerão sobrecarga e levarão à descompensação cardíaca com o aparecimento de sintomas de congestão e baixo débito cardíaco²¹. Sintomas como fadiga, dispnéia e angina se instalam de forma progressiva e condenam os pacientes a percorrer uma trajetória de doença crônica com grave diminuição da capacidade funcional e restrição importante de atividades da vida diária²².

Por não se constituir de uma condição isolada e normalmente co-existir com outras comorbidades, a IC requer tratamento específico e individualizado considerando a etiologia da doença, que pode ser isquêmica, hipertensiva, valvular ou chagásica, as manifestações clínicas e o estágio da doença, além de outras condições que normalmente acompanham a IC como a dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial²³.

São objetivos do tratamento o alívio dos sintomas, a manutenção da condição funcional e a prevenção de episódios de descompensação²³. Para tanto, as estratégias de tratamento baseadas no uso regular dos medicamentos e mudanças no estilo de vida constituem os pilares para alcançar e manter a estabilidade clínica⁷.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia reconhece notório avanço no tratamento e manejo da IC. Os progressos na compreensão da fisiopatologia da doença fundamentaram a instituição de novas estratégias de tratamento baseadas no enfoque neuro-hormonal da doença⁷. A “terapia tríplice”, que combina uma associação entre inibidores da angiotensina, betabloqueadores e espironolactona²³, melhora a qualidade de vida e diminui a mortalidade, enquanto os digitálicos e diuréticos atuam diminuindo os sintomas decorrentes da doença⁷.

De maneira complementar e não menos importante, o tratamento não farmacológico e a instituição de mudanças nos hábitos de vida deixam de ser um simples complemento da farmacoterapia, tornando-se parte integrante e indispensável da terapia⁷. Para tanto, serviços especializados com equipes multidisciplinares acompanham os pacientes e reforçam a importância da utilização de medidas não farmacológicas como o controle do peso, restrição de sal e líquidos, prática de exercícios físicos regulares, monitorização do uso regular das medicações, além do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação e a procura pela equipe precocemente²⁴.

Deve-se dar ênfase ao fato de que os fatores preditivos de descompensação da doença, hospitalização e readmissões nos pronto-socorros incluem o baixo conhecimento e adesão às recomendações para o autocuidado^{5,7,25}. Desta forma, a educação em saúde aparece como ferramenta fundamental para otimizar o tratamento clínico e tornar os pacientes capazes de gerenciar a própria doença a partir do entendimento dos cuidados propostos²⁵. O quadro 1 descreve os principais cuidados envolvidos no manejo não farmacológico justificando-se o porquê de instituí-los²⁴.

Quadro 1 – Manejo não-farmacológico: o que e por que ensinar. Recife-PE, 2013.

O que ensinar?	Por que ensinar?
Monitorar o peso diário.	A aferição domiciliar do peso diário auxilia na identificação dos sinais de hipervolemia. No caso de aumento súbito do peso, os pacientes são orientados a entrar em contato com a equipe ou ajustar a dose do diurético para evitar a piora da IC.
Monitorar sinais e sintomas de descompensação.	Os pacientes devem reconhecer precocemente o edema, ganho de peso, fadiga e dispnéia como sintomas sugestivos de piora da doença para evitar quadros agudos de descompensação.
Educar quanto ao uso das medicações e importância do seguimento de doses e horários apropriados.	O tratamento da IC envolve múltiplos medicamentos em horários variados. Quanto maior o número de medicamentos, doses e mudanças no regime terapêutico, maior a chance do paciente descontinuar a terapia. O regime terapêutico deve ser revisado com o paciente constantemente e reforçada a necessidade de continuá-lo mesmo que esteja se sentindo bem.
Instituir o exercício físico como medida terapêutica na IC compensada.	O exercício físico melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes.
Orientar quanto à limitação para realizar as atividades da vida diária.	A presença de cansaço para realizar as atividades do dia-a-dia se relaciona com a gravidade da doença. O paciente deve ser orientado a observar se existe esse sintoma e acompanhar a melhora ou piora.
Instituir dieta apropriada: restrição hídrica e salina	O consumo de sódio é fator de risco para IC e hipertrofia ventricular, por isso os pacientes não devem colocar sal adicional em alimentos já prontos e evitar enlatados. A restrição hídrica deve ser instituída de acordo com a condição clínica do paciente.
Instituir a prevenção de fatores agravantes	Os pacientes devem receber vacinação contra gripe, ser estimulados a suprir o uso do tabaco, evitar o uso de antiinflamatórios não esteróides que provocam retenção hidrossalina, além de drogas ilícitas. Todas estas condições podem levar a descompensação clínica da doença e episódios agudos graves.

Fonte: Rabelo et al. (2006)

3.2 Adesão ao tratamento na Insuficiência Cardíaca

3.2.1 Fatores relacionados à adesão: barreiras e fatores facilitantes

Os avanços da terapêutica e nos cuidados em saúde têm produzido uma diminuição nas taxas de mortalidade e um gradual envelhecimento da população com aumento da incidência de doenças crônicas. A preocupação com a adesão ao tratamento tem ganhado espaço nas pesquisas em saúde, pois é crescente o estabelecimento de longas terapias com polimedicação e alterações dos hábitos diários²⁶. A esse respeito, a OMS aponta para uma

taxa de adesão ao tratamento de apenas 50% para doentes crônicos, sendo a magnitude e o impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres⁹.

Nos últimos 20 anos, a IC tornou-se uma das doenças mais frequentes no mundo, representando a fase final das doenças que acometem o sistema cardiovascular com aumento crescente da prevalência nos Estados Unidos²⁷. Na Europa, uma pesquisa desenvolvida em 24 países demonstrou que 24% dos pacientes internados por IC são readmitidos posteriormente²⁸. No Brasil, este dado alcança índices ainda mais alarmantes: 51% dos pacientes retornam ao pronto socorro de 1 a 12 vezes por descompensação da doença e 38% são re-internados no período de um ano de seguimento³. O prognóstico destes pacientes depende da terapia medicamentosa e da abordagem não farmacológica, contudo, a má adesão ao regime terapêutico e o uso inadequado das medicações constituem as causas mais frequentes de descompensação^{1,5}.

A OMS, reconhecendo a não adesão ao tratamento como problema de magnitude mundial, define o paciente como sendo aderente a terapia quando seus comportamentos, em relação à tomada da medicação, cumprimento da dieta e/ou mudanças no estilo de vida, coincide com as orientações do profissional de saúde⁹.

As mudanças no perfil de morbimortalidade da população, com predomínio de doenças que exigem tratamento de longa duração e que frequentemente são acompanhadas de complicações secundárias²⁹, colocam os idosos no grupo etário mais medicalizado da sociedade³⁰. Diante desta realidade, nas duas últimas décadas os problemas decorrentes da não adesão têm ganhado magnitude e preocupado os profissionais de saúde. Os estudos que abordam essa problemática, particularmente grave nos grupos de pacientes idosos, indicam diversos fatores relacionados a não adesão ao tratamento de doenças crônicas, entre eles: consumo elevado e uso prolongado das medicações, presença de efeitos colaterais, desaparecimento dos sintomas, desconhecimento sobre os medicamentos, alto custo das medicações, falta de motivação e distúrbios de memória³⁰⁻³⁵.

Pesquisas nacionais e internacionais apontam o não cumprimento das recomendações relacionadas à alteração do estilo de vida e uso dos medicamentos como principais precipitantes da exacerbação dos sintomas da IC e frequentes hospitalizações^{1,3,24,36-37}. Fatores como a qualidade das informações fornecidas aos pacientes, dificuldade de seguir a lista de medicamentos prescritos, resistência em aderir à restrição hídrica e salina (pontos determinantes do tratamento não-medicamentoso)³⁸, a gravidade da doença, o nível de instrução dos pacientes, além do conhecimento sobre a IC, sinais e sintomas que indiquem

descompensação da doença são pontuados quando se discute os fatores que influenciam o processo de adesão³⁹.

A adesão é um fenômeno multifatorial e resultante da interação de diversos determinantes tais como: fatores sociais, econômicos, relacionados ao sistema de saúde e à condição do próprio paciente³⁹. Dentre estes fatores, o difícil acesso aos medicamentos distribuídos em programas, muitas vezes insuficientes para atender às necessidades da população⁴⁰, o número de fármacos e doses diárias, bem como a dificuldade de seguir complexos esquemas medicamentosos, são apontadas como barreiras para a adesão ao tratamento³⁹.

De maneira contrária, um estudo que investigou os fatores determinantes para a adesão ao tratamento num grupo com IC, definiu como fatores facilitantes a boa relação entre paciente e profissional/provedor de cuidados de saúde e o apoio familiar. Neste mesmo estudo os participantes também apontaram o conhecimento e compreensão sobre a doença e os sintomas como facilitadores para a adesão ao tratamento, demonstrando que a adesão à terapêutica é favorecida quando se melhora o grau de entendimento dos doentes sobre sua situação de saúde¹⁶.

Sabe-se que o aparecimento de uma doença crônica implica frequentemente em muitas mudanças nos hábitos de vida e introdução de um regime terapêutico de difícil integração com a rotina diária. A primeira condição para que alguém altere seus comportamentos e incorpore novos hábitos de vida adequados à sua condição de saúde é compreender porque mudar, o que mudar e como fazer para mudar³⁹.

3.2.2 Educação em saúde como ferramenta para a promoção da adesão ao tratamento

Deve-se considerar que as doenças crônicas e inicialmente assintomáticas são aquelas com maior propensão a não adesão medicamentosa¹⁶. Especialmente na IC esta problemática tem repercussões importantes na evolução e prognóstico da doença e, apesar das graves implicações da não adesão, os fatores que influenciam ainda são pouco valorizados. Da mesma forma que múltiplos fatores determinam a adesão ao tratamento, a não adesão é influenciada por determinantes que podem ser modificados por ações educativas⁴¹.

Embora o conhecimento de forma isolada não assegure a adesão, os pacientes tendem a assumir o compromisso se adquirirem um conhecimento mínimo sobre a doença e seu regime terapêutico²⁹. Nesse sentido, programas de educação são desenvolvidos por equipes multidisciplinares e tem como finalidade ensinar sobre a doença e seu tratamento e monitorar

o seguimento dos pacientes com IC. Estes serviços especializados objetivam educar o paciente para que melhorem a aderência ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso, além do reconhecimento precoce de sintomas de descompensação ou eventos passíveis de tratamento².

A Sociedade Americana de IC conferiu aos enfermeiros o papel de educadores primários dos pacientes com IC¹. Estes profissionais exercem um papel ativo na avaliação, educação, planejamento do cuidado e implementação de estratégias que promovam o conhecimento e incentivem o comportamento de autocuidado consciente e eficaz³⁸. A partir da educação e melhor compreensão da IC e seu tratamento, os pacientes serão capazes de auto-gerenciar sua doença, prevenir descompensações e melhorar a adesão ao tratamento⁴².

Proporcionar conhecimento e compreensão permite melhora na capacidade de autocuidado e mudança de comportamentos favoráveis a adesão. Mudanças comportamentais implicam, muitas vezes, em ajustes consideráveis no estilo de vida e o conhecimento permite que as escolhas sejam feitas de forma consciente e competente⁴³.

Estudos com enfermeiros educadores mostram resultados satisfatórios em relação à melhora da adesão à terapia medicamentosa, restrição da dieta, monitorização diária do peso e gerenciamento dos sintomas^{38,44-47}.

Assim, compreende-se que a atuação do enfermeiro como educador e a utilização de estratégias que reforcem a adesão ao tratamento e favoreçam o autocuidado são essenciais para a manutenção da estabilidade clínica do paciente com IC. O conhecimento dos pacientes sobre a importância da monitorização diária de peso, restrição de líquidos, diminuição de sódio na dieta (cuidados considerados “chaves” do manejo não farmacológico), além da tomada dos medicamentos, constitui aspecto relevante para a mudança do comportamento e, conseqüentemente, do seu estilo de vida⁴⁸.

No Brasil, programas de educação ou programas multidisciplinares de gerenciamento da IC atuam buscando melhorar a adesão ao tratamento e reduzir o risco de readmissões hospitalares, sendo a educação sistemática dos pacientes o componente chave da estratégia³⁹. Se por um lado estudos revelam efeitos positivos dos programas de gerenciamento para IC, por outro lado algumas pesquisas são inconclusivas e não permitem avaliar a efetividade destas intervenções. A literatura aponta, por exemplo, incompatibilidade entre o que é ensinado aos pacientes e o que eles aprendem e utilizam no gerenciamento do autocuidado, o que pode ser justificado, em parte, pelo conhecimento insuficiente que adquirem sobre a doença⁴².

3.3 - Teoria Salutogênica e o uso do constructo Senso de Coerência

A Teoria Salutogênica e o constructo Senso de Coerência são conceitos relativamente recentes, visto que a Salutogênese foi apresentada em 1979. Os estudos de Aaron Antonovsky, criador da teoria, nasceram da observação de mulheres no climatério durante a Segunda Guerra Mundial. Apesar de terem sido subjugadas aos campos de concentração, muitas delas mantinham bom estado de saúde física e mental⁴⁹.

O fato levou o professor de sociologia médica da Universidade de Ben Gurion de Negev, Beersheba/Israel, a estudar e pesquisar o assunto, concluindo que as pessoas que conseguem superar grandes dificuldades e manter sua saúde física e mental têm uma característica em comum. Elas encaram os pequenos problemas da vida de forma diferente, assumindo uma atitude mais positiva perante as adversidades⁴⁹. Estava em gestação a teoria Salutogênica com seu construto central, o Senso de Coerência.

Antonovsky desenvolveu seus estudos considerando a saúde como o resultado de equilíbrio de forças que levam aos extremos (saúde e doença)⁵⁰. Evidências mostram que a Salutogênese é um recurso de promoção da saúde que melhora a resistência e desenvolve um estado positivo de saúde física e mental⁵¹.

A teoria Salutogênica conceitua o Senso de Coerência como a capacidade que o indivíduo apresenta de utilizar os recursos disponíveis no meio interno e externo, a exemplo de experiências de vida, estilo de vida saudável, família, redes sociais, cultura e finanças, para a promoção do bem estar. Logo, o SOC apresenta-se como um recurso que permite uma melhor capacidade de gestão da vida, como também de suas adversidades e a identificação e mobilização de recursos para a resolução eficaz dos problemas com o fim de promoção da saúde e qualidade de vida⁵⁰.

O SOC é composto por três domínios: compreensibilidade, definido como a capacidade do indivíduo de compreender um evento; maneabilidade ou gerenciamento, sendo a percepção do potencial de manipulá-lo, resolvê-lo ou gerenciá-lo, e por ultimo, a significância que é o sentido e importância que cada indivíduo dá a um determinado evento⁵².

Para avaliar e mensurar o constructo, foi construído um questionário proposto por Antonovsky⁴⁹. Este instrumento, originalmente escrito em hebraico e inglês, foi publicado pela primeira vez em 1983, sendo já traduzido e validado em pelo menos 33 línguas diferentes e usado em 32 países⁵³. A escala original, do tipo Likert, é composta por 29 questões com sete itens cada. O valor do SOC se dá pela soma dos itens e o intervalo possível para o total da medida varia de 29 a 203, no qual quanto maior o valor, maior o SOC⁴⁹. Outras versões do

instrumento foram formuladas, incluindo uma versão mais curta com 13 questões (SOC - 13), apresentada por Antonovsky em 1987⁵⁴, também com itens no intervalo de 1 a 7 e faixa possível do escore variando de 13 a 91. Tanto a versão original quanto a versão curta mostraram-se válidas e consistentes⁵⁵⁻⁵⁶.

Além do questionário SOC original composto por 29 itens e a versão mais curta de 13 itens existe uma variedade de instrumentos alternativos. Uma explicação para a existência de versões modificadas é que a versão do SOC - 29 parece ser muito longa. Outro argumento para a alteração do instrumento é pela necessidade de adequação à população a ser estudada⁵⁷⁻⁵⁸.

A versão original da escala (SOC - 29) foi validada para a língua portuguesa em uma amostra de pacientes cardíacos, obtendo uma adequada consistência interna (alfa de Cronbach de 0,79)⁵⁵. A versão curta da escala original (SOC - 13) foi validada e testada em uma amostra de adolescentes e adultos para avaliação da saúde oral e comportamentos relacionados, apresentando um alfa de Cronbach de 0,81⁵⁶.

A escala SOC - 13 originalmente validada demonstrou um baixo percentual de resposta (muitos itens em branco) e um elevado número de respostas extremas quando aplicada a mães de pré-escolares. Diante desta limitação, uma nova versão para a escala de SOC - 13 foi elaborada e nela foram feitas adaptações que envolveram a inserção de termos, diminuição das alternativas de respostas e opções de palavras para as respostas intermediárias. Essa nova versão apresentou um menor número de questões em branco e de respostas intermediárias, evidenciando uma maior capacidade de compreensão quanto as suas questões. Essa versão da escala foi utilizada para um estudo de mães de crianças pré-escolares de diferentes classes sociais e mostrou-se consistente, apresentando um alfa de Cronbach de 0,80⁵⁹.

O constructo Senso de Coerência foi considerado na área da saúde como uma nova abordagem para a avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos, como idosos, adolescentes, gestantes e crianças⁶⁰⁻⁶¹.

MÉTODOS

4 MÉTODOS

Os métodos da dissertação abrangem os dois artigos elaborados conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPE. A primeira parte contempla a descrição das etapas compreendidas na preparação do artigo de revisão integrativa. Posteriormente são apresentados os métodos empregados na construção do artigo original.

4.1 Artigo de Revisão - O uso do Senso de Coerência na perspectiva da promoção da saúde: uma revisão integrativa

4.1.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa que possibilita a síntese do estado de conhecimento acerca de um determinado assunto e inclui a análise de estudos considerados relevantes para dar suporte a tomada de decisão e melhoria da prática clínica⁶². Este método de pesquisa foi escolhido considerando a necessidade do enfermeiro saber obter, interpretar e integrar as evidências com os dados da prática clínica na tomada de decisão e resolução de problemas relacionados à assistência de enfermagem⁶³.

O método de revisão integrativa permite o aprofundamento do conhecimento e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular⁶⁴. Além disso, aponta lacunas e sugere pautas para pesquisas futuras.

4.1.2 Elaboração da questão da pesquisa e objetivos da revisão

Para orientar este estudo, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Como o Senso de Coerência vem sendo usado nas pesquisas clínicas na perspectiva da Promoção da Saúde?

Traçou-se como objetivo identificar como o constructo Senso de Coerência vem sendo abordado nas pesquisas que envolvem a temática promoção da saúde.

A partir da questão de pesquisa, foram determinados os meios para a identificação dos estudos e informações a serem coletadas.

4.1.3 Seleção da amostra

O levantamento de dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2012 e para a seleção dos estudos foram utilizadas três bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Foram utilizadas como palavras-chaves os descritores controlados cadastrados via *DeCS*: Senso de Coerência e Promoção da Saúde e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): Sense of coherence e Health Promotion. Para os artigos duplicados nas bases de dados, foram considerados aqueles presentes na base MEDLINE. Não foi delimitado recorte temporal, pois, por se tratar de uma teoria nova, introduzida na década de 80, trabalhou-se com a possibilidade de considerar importantes publicações deste período.

4.1.3.1 Critérios de Inclusão

- Artigos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis nas referidas bases de dados.
- Responder claramente a questão de pesquisa.

4.1.3.2 Critérios de Exclusão

- Artigos de revisão.
- Artigos com resumos incompletos nas bases de dados.
- Não atender ao rigor metodológico.
- Não responder a questão de pesquisa ou não contemplar o objeto de estudo.

4.1.3.3 Procedimento de busca nas bases de dados

Inicialmente o procedimento de rastreamento dos artigos foi feito através do cruzamento de descritores controlados em cada base de dados separadamente; foram encontrados um total de 60 artigos.

Após esta etapa, foram lidos títulos e resumos dos artigos. Deste total, 33 foram considerados elegíveis e selecionados para leitura na íntegra, pois contemplavam a temática abordada e sugeriam relevância para o estudo. Obedecendo aos critérios de inclusão e

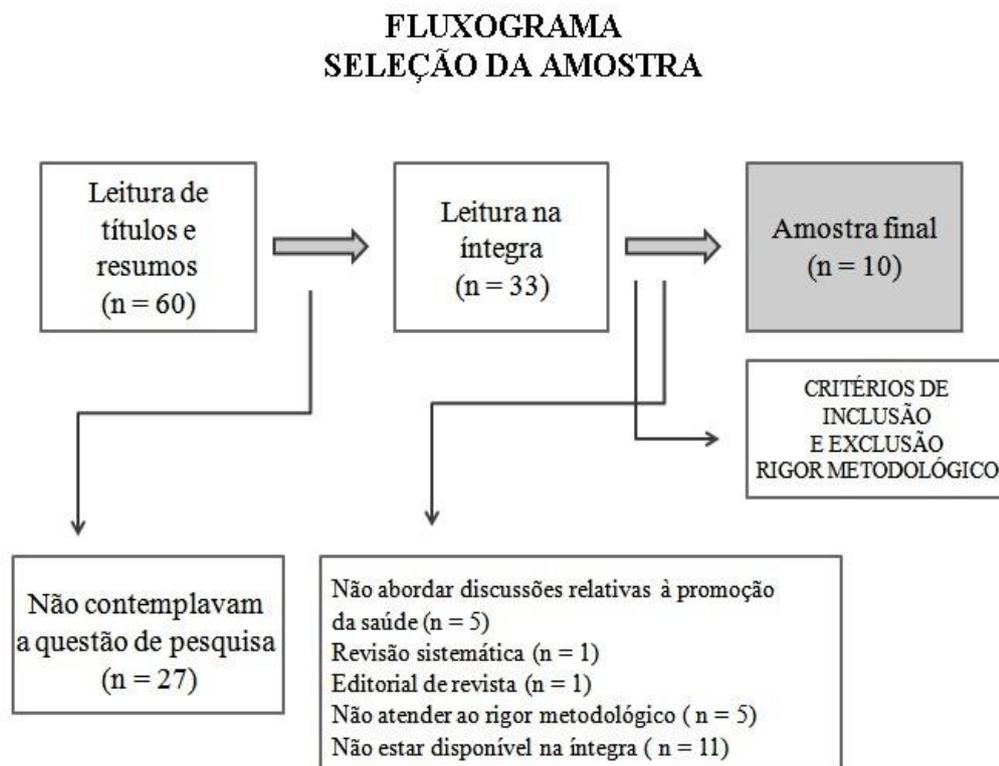
exclusão, avaliação do rigor metodológico e após leitura na íntegra dos artigos disponíveis, a amostra final para este estudo constituiu-se de 10 artigos.

Dos 23 artigos excluídos, cinco não abordavam discussões referentes à promoção da saúde, um se tratava de revisão sistemática, um editorial de revista, cinco deles não atenderam ao rigor metodológico e outros 11 não estavam disponíveis para leitura na íntegra (Figura 1).

O procedimento de busca nas bases de dados foi feita em biblioteca cadastrada junto ao portal Capes e os artigos apenas foram classificados como não disponíveis quando todas as opções de acesso aos artigos na íntegra se esgotaram. Para tanto, contou-se com o serviço de busca de artigos oferecido pela Biblioteca do CCS/UFPE. Após encaminhamento das informações referentes ao estudo selecionado (título, autores, periódico), os bibliotecários realizavam a busca nas bases de dados e encaminhavam via e-mail o estudo encontrado ou a resposta negativa quanto à disponibilidade do artigo.

Em relação ao rigor metodológico, aqueles excluídos após avaliação da qualidade metodológica não apresentavam uma descrição clara do método, sem definição adequada do desenho do estudo, objetivos, delimitação de amostra, testes estatísticos ou apresentação dos resultados.

Figura 1 – Fluxograma da seleção da amostra. Recife-PE, 2013.



Para avaliação do rigor metodológico utilizou-se um instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme – CASP⁶⁵ (ANEXO A) que apresenta uma análise objetiva, sistemática e de fácil entendimento. Este instrumento é composto por 10 itens, abrangendo: 1- clareza na identificação dos objetivos, 2- adequação da metodologia empregada com o tipo de estudo, 3- coerência do desenho metodológico, 4- adequação da estratégia de recrutamento dos participantes, 5- detalhamento da coleta de dados 6- conformidade na relação entre pesquisador e participantes, 7- cumprimento das considerações éticas, 8- rigor na análise dos dados, 9- clareza na declaração dos resultados e 10- importância da pesquisa. Cada item pontua 0 (zero) - resposta negativa ou 1 (um) - resposta afirmativa, sendo o resultado representado pela soma de todas as pontuações; assim, ao final, pode-se obter um escore máximo de 10 pontos. Neste estudo optou-se por selecionar os artigos que respondessem positivamente a no mínimo 60% das questões (seis pontos), sendo estes, portanto, considerados com boa qualidade metodológica e viés reduzido.

Ainda em relação à qualidade dos estudos, foi feita avaliação do nível de evidência dos artigos utilizando um instrumento para classificação hierárquica das evidências dos estudos selecionados para revisões integrativas⁶³. Neste instrumento, os níveis de evidência foram classificados em: Nível I- Revisão sistemática ou metanálise, nível II- evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado, nível III- evidências derivadas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização, nível IV- evidências provenientes de estudos de coorte e de caso controle bem delimitados, nível V- evidências originárias de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos, nível VI- evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível VII- evidências oriundas de opiniões de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialidades.

4.1.4 Coleta de dados

Após seleção da amostra, foi formada uma base de dados contemplando a questão de pesquisa. Para sumarizar e documentar os dados extraídos dos artigos foi utilizado um instrumento elaborado pela própria autora contendo: título, ano, país/idioma, objetivos, método, população/amostra, uso e aplicabilidade do SOC e conclusão. Esta análise possibilitou agrupar o conhecimento produzido acerca do assunto abordado.

4.1.5 Análise e interpretação dos resultados

Nesta etapa, os estudos selecionados foram submetidos à análise detalhada do seu conteúdo com o objetivo de investigar o teor dos documentos pesquisados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

Além dos dados referentes à identificação do artigo (indexação, idioma, ano), desenho do estudo, nível de evidência, população e tamanho da amostra, analisou-se a perspectiva do uso do constructo SOC nas discussões dos estudos. Esta análise visou contemplar a questão de pesquisa e o objetivo desta revisão integrativa.

Identificaram-se duas grandes categorias temáticas que contemplavam a maneira como o SOC foi abordado nas pesquisas: Decisões, escolhas e hábitos relacionados à saúde na perspectiva da promoção da saúde e Capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde doença. Os dados foram discutidos a partir da literatura e foram apresentadas conclusões para reforçar a importância do uso deste constructo como ferramenta para a promoção da saúde. Também foram apontadas lacunas na temática abordada para direcionar estudos futuros na área.

4.1.6 Síntese do conhecimento

A revisão integrativa está apresentada em forma de artigo no capítulo destinado à apresentação dos resultados desta dissertação, seguindo as normas pré-estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - CCS/UFPE.

4.2 Artigo original – Preditores de adesão ao tratamento em pacientes com Insuficiência Cardíaca

4.2.1 Desenho do Estudo

Desenho analítico e transversal de abordagem quantitativa para medição e análise da possível relação entre as variáveis. Os estudos transversais ou seccionais, úteis para determinar a prevalência de um evento ou condição relacionada à saúde de um grupo específico, apresentam como vantagens: simplicidade, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta de dados, não demandando o seguimento das pessoas ao longo do tempo⁶⁶.

Estudos analíticos são aqueles desenhados para examinar a existência de associação entre exposição e doença ou condição relacionada à saúde. No delineamento transversal tanto a exposição quanto a ocorrência da doença ou evento de interesse são determinados para o indivíduo, permitindo inferências de associações nesse nível⁶⁷.

4.2.2 Caracterização da Área do Estudo

O estudo foi realizado no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares, da Universidade de Pernambuco (PROCAPE/UPE). A referida Instituição está situada no município de Recife-PE, oferecendo serviços de média e alta complexidade em cardiologia, com internamento e acompanhamento ambulatorial.

A escolha por essa instituição se deu por ser o PROCAPE o maior serviço especializado em cardiologia do estado de Pernambuco e referência para a região Norte/Nordeste, além de tratar-se de hospital escola.

O serviço oferece, especificamente, um programa de acompanhamento ambulatorial para indivíduos com diagnóstico de IC (Casa do Paciente Portador de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca de Pernambuco), criado no ano de 1987 e contando, atualmente, com mais de 1850 pacientes cadastrados. O serviço foi idealizado com o intuito de oferecer atenção integral voltada para a assistência multiprofissional sintonizada com a ideologia do cuidar, traduzida em ações não apenas de tratamento da doença, mas do cuidado com enfoque biopsicossocial. Para tanto, além de uma equipe composta por médico cardiologista, assistente social, psicólogo, enfermeiro e nutricionista, o ambulatório dispõe de Núcleo de Apoio Psicossocial e Núcleo Educacional.

4.2.3 População do Estudo

Indivíduos em acompanhamento ambulatorial no serviço supracitado, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de IC e idade igual ou superior a 18 anos.

4.2.4 Cálculo da amostra

Para o cálculo da amostra utilizou-se como referência para o parâmetro populacional números fornecidos pelo Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Não

foram encontrados registros oficiais do número de indivíduos com diagnóstico de IC. Então, considerou-se o número de internações hospitalares por IC no estado de Pernambuco, entre os meses de junho de 2011 e junho de 2012. Obteve-se como parâmetro populacional 8.526 pacientes. Tomou-se também como base a prevalência de adesão ao tratamento encontrada em um estudo semelhante realizado em um ambulatório de IC no sul do país⁶⁸.

A amostra foi calculada por meio da equação para estudos de proporção com

população finita: $n = \frac{z^2 pqN}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$, em que:

N = número de internações hospitalares por IC no estado de Pernambuco entre os meses de junho de 2011 e junho de 2012 (N = 8.526);

p = prevalência de pessoas que aderem ao tratamento não farmacológico da IC (0,18);

q = prevalência de pessoas que não aderem ao tratamento não farmacológico da IC (1 – 0,18);

d = margem de erro (0,05);

z = 1,96 (quantil normal para a probabilidade de 0,95).

Considerando o tamanho da população (N = 8.526), prevalência de adesão ao tratamento não farmacológico (p = 0,18)⁶⁸ e margem de erro (d = 0,05), o tamanho proposto da amostra foi de 244 indivíduos (sendo 221 + 10% de perdas).

4.2.4.1 Critérios de inclusão

Ser cadastrado e estar em seguimento ambulatorial no serviço supracitado, idade igual ou superior a 18 anos, estar em uso de medicamentos e ter completa capacidade de compreensão e comunicação confirmadas pela verificação simples da orientação espacial e temporal durante a abordagem inicial do paciente.

4.2.4.2 Critérios de exclusão

Indivíduos com IC após infarto agudo do miocárdio ou angina instável nos últimos três meses e pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio nos últimos 30 dias, pela possibilidade de estarem com sintomas de IC apenas por descompensação momentânea da função miocárdica; além daqueles com sequelas neurológicas que apresentarem dificuldade para responder as questões da entrevista.

4.2.5 Variáveis

4.2.5.1 Variáveis dependentes

- Adesão ao tratamento medicamentoso: avaliada através da aplicação da Escala de Adesão de Morisky⁶⁹, em que a soma das respostas varia de 4 a 18: quanto menor o escore, maior a probabilidade de adesão ao tratamento⁷⁰⁻⁷².
- Adesão ao tratamento não medicamentoso: medida através das respostas afirmativas dos pacientes a respeito da realização de cuidados não farmacológicos como restrição hídrica e salina, pesagem diária e atividade física. Aqueles pacientes que realizavam três ou mais dos cuidados propostos foram classificados como aderentes ao tratamento não farmacológico. Aqueles que realizaram dois cuidados ou menos, foram considerados não-aderentes⁷³.

4.2.5.2 Variáveis independentes

- Valor do constructo SOC: foi aplicada uma escala do tipo Likert composta por 13 itens⁵⁹. O escore do SOC foi obtido através do somatório destes itens. Quanto maior o escore, mais forte é o SOC⁴⁹.
- Caracterização sociodemográfica do grupo: foram investigadas informações relativas à idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, com quem mora e renda familiar.
- Caracterização clínica: foram investigados aspectos relativos à doença como: etiologia, classe funcional segundo os critérios estabelecidos pela NYHA² (classe funcional I: ausência de dispnéia, classe funcional II: dispnéia aos esforços cotidianos, classe funcional III: dispnéia aos mínimos esforços e classe funcional IV: dispnéia em repouso), presença de sintomas que sugeriram descompensação da doença (fadiga, dispnéia, tosse seca metálica, edema periférico, angina e palpitação), fatores de risco e co-morbidades (hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, sedentarismo, tabagismo, etilismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão e infarto), além do número de internações hospitalares nos últimos seis meses.
- Informações terapêuticas: foram investigadas questões referentes ao número de medicamentos tomados por dia e cumprimento das orientações relativas à

terapêutica medicamentosa (se toma os remédios todos os dias, nos horários corretos, se deixa de tomar e, caso afirmativo, o porquê).

4.2.6 Método e técnica de investigação

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2013. Previamente, uma equipe composta pela autora da dissertação, uma enfermeira residente e uma estudante do último período do curso de graduação em enfermagem, realizou uma capacitação para a coleta de dados, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo, apresentado o perfil da população a ser estudada e analisados os instrumentos utilizados na coleta de dados. Também foram abordadas questões relativas à avaliação clínica dos pacientes com IC a fim de se identificar a classe funcional de cada um dos usuários e os principais sinais e sintomas de descompensação da doença. Esta equipe dividiu-se entre os turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira. A autora da dissertação esteve presente em todos os turnos e dias de coleta.

Os pacientes eram abordados nos intervalos inter-consultas, seguindo a ordem dos atendimentos médicos para que não houvesse atrasos. Na abordagem inicial, buscava-se a identificação dos pacientes elegíveis para compor a amostra investigando-se:

- Presença do diagnóstico de IC, confirmado pelo próprio paciente e/ou médico responsável e/ou registro em prontuário.
- Uso contínuo de medicamentos para manejo da IC e doenças crônicas relacionadas (hipertensão, diabetes, distúrbios do ritmo e condução, etc.)
- Seguimento ambulatorial no programa de acompanhamento da Casa de Chagas (considerando que alguns pacientes eram portadores de IC, estavam em uso contínuo de medicamentos, mas estavam no serviço para a primeira consulta ou apenas realizando sorologia para doença de Chagas).

Após identificação do paciente, foi realizada uma breve apresentação e convite para participar voluntariamente da pesquisa, sendo entregue o TCLE e solicitada a assinatura da segunda via. Era esclarecido que seriam abordadas questões relativas aos hábitos de vida, uso de medicamentos e aspectos emocionais e pessoais. As entrevistas aconteceram no consultório de enfermagem e/ou consultório médico (não ocupados com consultas no horário) com ambiente privativo adequado para a conversa e preenchimento dos questionários.

4.2.7 Instrumentos

4.2.7.1 Roteiro estruturado

Para guiar a entrevista elaborou-se um roteiro estruturado com perguntas contemplando dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à doença e seu tratamento (APÊNDICE A). Este roteiro foi construído a partir da literatura, considerando aspectos apontados como importantes para adesão e sucesso do tratamento e foi dividido em quatro partes: (1) dados de identificação: nome do paciente e médico assistente; (2) perfil sociodemográfico: idade, sexo, cor, estado civil, ocupação, escolaridade, número de pessoas que residem na casa e renda da família; (3) caracterização clínica: etiologia da IC, classe funcional, presença de sintomas clássicos sugestivos de descompensação da doença (fadiga, dispnéia e congestão), presença de co-morbidades (hipertensão, diabetes, doença renal, depressão, doença pulmonar) e questões relativas a internações hospitalares anteriores; e (4) informações relativas à terapêutica: número de medicamentos usados e hábitos relacionados ao uso dos medicamentos. Através da aplicação deste formulário, identificou-se parte das variáveis independentes permitindo a associação com a adesão ao tratamento.

4.2.7.2 Escala de adesão medicamentosa de MORISKY

Para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico realizou-se entrevista utilizando-se a Escala de Adesão de Morisky e Green (ANEXO B), adaptado culturalmente para a língua brasileira⁶⁹. Instrumento de fácil aplicação, constituído de quatro perguntas relativas a fatores relacionados a não-adesão ao tratamento medicamentoso. As questões referiam-se a: esquecimento, descuido, interrupção do uso do medicamento pela percepção de melhora e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico⁵⁴.

Inicialmente esta escala foi criada apenas com possibilidades dicotômicas para as respostas (sim – não). Neste estudo, a versão adotada consta de respostas estruturadas em escala tipo-Likert, com quatro ou cinco opções em cada item, com o objetivo de aumentar a acurácia do instrumento. A soma dos escores dos quatro itens gera uma pontuação que varia de quatro a 18: quanto menor o escore, maior a favorabilidade ao tratamento e probabilidade de adesão⁷⁰⁻⁷².

4.2.7.3 Questionário de conhecimento da doença e autocuidado para pacientes com IC

Para medir a adesão ao tratamento não farmacológico adotou-se o questionário de conhecimento da doença e autocuidado para pacientes com IC (ANEXO C), previamente validado por um grupo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁷³. Foram avaliados cuidados considerados chaves para o manejo não farmacológico da IC, sendo eles: restrição hídrica, restrição salina, realização do peso diário e atividade física regular. Através de entrevista, os pacientes eram avaliados quanto à realização dos cuidados, considerando-se respostas afirmativas ou negativas. Foram classificados como aderentes ao tratamento aqueles que realizavam três ou quatro cuidados propostos; caso realizassem dois ou menos, os pacientes eram classificados como não aderentes⁷³.

4.2.7.4 Instrumento para avaliação do SOC (SOC – 13)

Para avaliar o constructo SOC, entrevistou-se os pacientes utilizando-se o questionário proposto por Antonovsky em sua versão curta validada e testada em uma amostra de adolescentes e adultos⁵⁶. Na versão da escala adotada neste estudo (ANEXO D), foram feitas adaptações que envolveram a inserção de termos, diminuição das alternativas de respostas e opções de palavras para as respostas intermediárias. Essa versão da escala foi utilizada para um estudo de mães de crianças pré-escolares de diferentes classes sociais e mostrou-se consistente, apresentando um alfa de Cronbach de 0,80⁵⁹.

O questionário aborda três dimensões (compreensão, significado e manejo) e constitui-se de 13 perguntas respondidas em uma escala de 1 a 5 pontos tipo Likert, na qual o número 1 correspondia ao extremo negativo e o número 5 ao extremo positivo. Os escores foram somados e obteve-se um valor absoluto correspondente ao SOC, podendo variar de 13 a 65⁵⁹.

Neste estudo, para a análise estatística, adotou-se como ponto de corte o valor resultante da subtração da média do SOC e desvio padrão [média (m) – desvio padrão (dp)], obtendo o valor de 38 pontos. Desta forma, os pacientes que obtiveram valor do SOC igual ou menor que 38 foram considerados com baixo senso de coerência e aqueles que obtiveram SOC maior que 38 foram considerados com satisfatório valor do constructo. O instrumento apresentou adequada consistência interna com alfa de Cronbach de 0,76.

4.2.8 *Análise dos dados*

Para digitação e análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), sendo realizada estatística descritiva para todas as variáveis.

Para se verificar a hipótese de associação entre as variáveis independentes e as variáveis numéricas utilizou-se os testes t-Student ou Mann-Whitney no caso de duas categorias e o teste F (ANOVA) ou Kruskal-Wallis para as variáveis independentes com mais de duas categorias. Para se verificar a hipótese de normalidade na distribuição dos dados utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Quando verificada a distribuição normal dos dados, optou-se pelos testes t-Student e F (ANOVA); no caso de distribuição não normal, utilizou-se os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Para verificar a hipótese de associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança

4.2.9 *Aspectos Éticos*

Para a execução deste estudo, foram cumpridas todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁷⁴, que trata sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE 15900313.0.0000.5208) (ANEXO E).

Os pacientes que atenderam aos critérios estabelecidos previamente para participar do estudo foram informados sobre a garantia de sigilo e confidencialidade das informações prestadas, além do objetivo do estudo, relevância e método para a coleta das informações. Foi assegurado o direito de ser esclarecido sobre o estudo em qualquer etapa do processo e sobre o direito de abandoná-lo a qualquer momento, sem haver dano à sua integridade ou seguimento no seu tratamento.

A partir do aceite voluntário em participar da pesquisa, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) contendo todas as informações necessárias para o real esclarecimento sobre a pesquisa, sendo esse documento assinado pelo

voluntário da pesquisa, pelo pesquisador e por duas testemunhas, ficando uma cópia para ambas as partes.

Esta pesquisa não beneficia de imediato e diretamente os participantes, no entanto, subsidia um diagnóstico situacional que poderá contribuir na elaboração de estratégias por parte do serviço para melhorar os comportamentos de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, reduzir o número de hospitalizações e episódios de descompensação da doença. Além disso, a partir do uso do SOC, torna-se possível identificar aqueles pacientes que necessitam de atenção maior no seu seguimento e ações de educação em saúde visando à melhora da adesão ao seu tratamento.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Artigo de Revisão Integrativa (Submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva – ANEXO F).

O uso do Senso de Coerência na perspectiva da promoção da saúde: revisão integrativa.

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa cujo objetivo é identificar como o constructo Senso de Coerência vem sendo abordado nas pesquisas que envolvem a temática promoção da saúde. Foram consultadas as bases de dados Medline, LILACS e BDENF e utilizou-se como questão norteadora: como o Senso de Coerência vem sendo usado nas pesquisas clínicas na perspectiva da Promoção da Saúde? Empregaram-se os descritores Senso de Coerência e Promoção da Saúde. Selecionaram-se 10 artigos que respondiam a questão de pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão. Verificou-se que o constructo Senso de Coerência tem seu uso alicerçado em dois eixos temáticos: Escolhas e hábitos relacionados à saúde e Capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde/doença. Os resultados deste estudo permitiram a compreensão da aplicabilidade do Senso de Coerência e pode direcionar novos trabalhos com o intuito de reafirmar a Teoria Salutogênica como arcabouço teórico para uma assistência com enfoque na promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Senso de Coerência. Educação em Saúde.

Use of the Sense of Coherence in the perspective of health promotion: an integrative review.

ABSTRACT

This is an integrative review aimed at identifying how the Sense of Coherence construct has been approached in research involving the theme of health promotion. Were consulted Medline, LILACS and BDENF and used as a question: How the Sense of Coherence has been used in clinical research from the perspective of health promotion? Employed the descriptors Sense of Coherence and Health Promotion were selected 10 articles that answered the research question and met the inclusion criteria. It was found that the Sense of Coherence construct its use is founded on two main themes: Choices and habits related to health and coping capacity and management in the health / disease. The results of this study allowed us to understand the applicability of the Sense of Coherence and can direct new jobs in order to reaffirm the Salutogênica Theory as the theoretical framework for a service with a focus on health promotion.

Keywords: Health Promotion. Sense of Coherence. Health Education.

INTRODUÇÃO

O conceito de promoção da saúde confere ênfase cada vez maior aos determinantes sócio-ambientais da saúde, abandonando a abordagem centrada no controle da enfermidade e ampliando a importância do processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde¹.

Esta compreensão mais alargada considera, além do plano individual, o plano coletivo, incluindo o ambiente. A importância da adoção de um estilo de vida saudável e de cuidados em relação à saúde também tem merecido destaque nesse contexto, uma vez que, é estreita a relação entre promoção da saúde, o indivíduo e suas escolhas¹.

Para dar sustentação a este modo de pensar e promover saúde, a Teoria Salutogênica, proposta por Aaron Antonovsky, vem ganhando espaço no contexto da promoção da saúde², representando um novo paradigma para pesquisas em saúde e sendo usada, com frequência, como arcabouço teórico em pesquisas de promoção da saúde. Segundo a teoria, saúde e doença estão integradas num contínuo multidimensional com dois pólos distintos: saúde e doença, sendo que o ser humano, através de suas escolhas durante a vida, está em constante deslocamento para um dos pólos³.

Esta concepção supera a visão dicotômica saúde versus doença adotada pelo modelo patogênico e, de modo complementar, considera a importância da investigação da história de cada pessoa e das circunstâncias de vida. Dessa forma, é possível se alcançar o objetivo central da salutogênese: identificar os fatores que facilitam o movimento das pessoas em direção ao pólo saúde³.

Para a salutogênese, pensar em saúde numa abordagem mais ampla significa reconhecer que ela é resultado da capacidade do indivíduo de adaptar-se ao ambiente rico em estressores⁵. É sob esta perspectiva que a teoria explica como a ordem é capaz de emergir em um contexto de caos, sendo o foco da discussão centrado na habilidade de cada indivíduo de desenvolver uma adaptação positiva ao ambiente³.

Em seus estudos, Antonovsky concluiu que as pessoas que enfrentam graves dificuldades e conseguem manter sua saúde física e mental possuem duas importantes características: assumem uma postura mais positiva diante das adversidades e adaptam-se melhor as situações de estresse⁶.

O constructo que tem sido amplamente estudado para se avaliar a capacidade de enfrentamento dos indivíduos é o Senso de Coerência (SOC). Ele é o elemento central da Teoria Salutogênica⁷ e está relacionado ao bem estar mental, sendo importante determinante da posição do indivíduo na contínua alternância entre a presença e ausência de bem estar.

Seus valores se relacionam com a capacidade do indivíduo de lidar com as dificuldades da vida cotidiana e manter seu estado de tranquilidade⁷. Assim, quanto maior o SOC, maior a habilidade dos indivíduos em enfrentar as dificuldades da vida e, portanto, manter a própria saúde^{5,7}.

No âmbito da Promoção da Saúde, o modelo salutogênico compartilha noções significativamente semelhantes, como o conceito ampliado de saúde, a busca da superação da dicotomia entre saúde e doença e, principalmente, a ênfase no processo de desenvolver as habilidades individuais e coletivas para o aumento do controle sobre a vida³.

Assim, diante das interfaces entre a Teoria Salutogênica e a Promoção da Saúde e considerando a possibilidade desta relação favorecer resultados em termos de saúde^{6,8-9}, realizou-se este estudo com o objetivo de descrever como o constructo Senso de Coerência vem sendo abordado nas pesquisas que envolvem a temática promoção da saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema específico contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado¹⁰. Permite a geração de conhecimentos novos por profissionais de diversas áreas, bem como aponta lacunas e sugere pautas para pesquisas futuras¹¹.

Esta revisão integrativa seguiu os seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, seleção dos descritores, definição dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos artigos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação dos artigos incluídos no estudo, análise dos resultados, discussão e apresentação da revisão propriamente dita¹².

Para orientar a pesquisa, elaborou-se a seguinte pergunta: como o Senso de Coerência vem sendo usado nas pesquisas clínicas na perspectiva da Promoção da Saúde?

Para o levantamento de dados foram utilizadas as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Na coleta de dados empregaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Senso de Coerência e Promoção da Saúde e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): Sense of coherence e Health Promotion.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis nas referidas bases de dados e que respondessem à questão norteadora. Como critérios de exclusão foram adotados: artigos de revisão, artigos com resumos incompletos, artigos que não atendiam ao rigor metodológico, artigos que não respondiam a questão de pesquisa ou não contemplavam o objeto de estudo. Para os artigos duplicados nas bases de dados, foram considerados aqueles presentes na base MEDLINE. Não foi delimitado recorte temporal, pois, por se tratar de uma teoria nova, introduzida na década de 80, trabalhou-se com a possibilidade de considerar importantes publicações deste período.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro, outubro e novembro de 2012 e para a sua realização, foi utilizada a combinação dos descritores já referidos. Inicialmente, utilizou-se a busca pelos descritores individualmente, em seguida foi realizado o seu cruzamento aos pares, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Artigos encontrados de acordo com as bases de dados. Recife/PE, 2013.

Descritores	MEDLINE	LILACS	BDEF
Senso de Coerência	1213	10	2
Promoção da Saúde	59.662	7.602	830
Senso de Coerência AND Promoção da Saúde	59	1	0

No levantamento dos artigos após o cruzamento dos descritores identificou-se 60 trabalhos, sendo que 59 deles estavam indexados na MEDLINE e apenas 1 na LILACS. Deste total, 33 foram considerados elegíveis com base nos títulos e resumos e selecionados para leitura na íntegra, pois contemplavam a temática abordada e sugeriam relevância para o estudo.

Foram excluídos um total de 23 trabalhos (5 por não abordarem discussões referentes a promoção da saúde, 1 por se tratar de revisão sistemática, 1 por ser um editorial de revista, 5 por não atenderem ao rigor metodológico e outros 11 por não estarem disponíveis para leitura na íntegra). Aqueles excluídos após avaliação da qualidade metodológica, não apresentavam uma descrição clara do método, sem definição adequada do desenho do estudo, objetivos, delimitação de amostra, testes estatísticos ou apresentação dos resultados.

A busca nas bases de dados foi feita em biblioteca cadastrada junto ao portal Capes e os artigos apenas foram classificados como não disponíveis quando se esgotaram todas as opções de acesso. Para tanto, contou-se com o serviço de busca de artigos oferecido pela Biblioteca do CCS/UFPE. Após encaminhamento das informações referentes ao estudo selecionado (título, autores, periódico), os bibliotecários realizavam a busca pelo artigo e encaminhavam via e-mail o estudo encontrado ou a resposta negativa quanto à disponibilidade do artigo.

Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, avaliação do rigor metodológico e após leitura na íntegra dos artigos disponíveis, a amostra final para este estudo constituiu-se de 10 artigos.

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados foi utilizado o instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP)¹³ –Programa de Ensino de Leitura Crítica, o qual é composto por 10 questões que contemplam os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação da metodologia empregada com o tipo de estudo, coerência do desenho metodológico e da estratégia de recrutamento dos participantes, conformidade na coleta de dados e na relação entre pesquisador e participantes, cumprimento das considerações éticas, rigor na análise dos dados, clareza na declaração dos resultados e importância da pesquisa.

Neste estudo optou-se por selecionar os artigos que respondessem a no mínimo 60% das questões colocadas no instrumento, considerados, portanto, com boa qualidade metodológica e viés reduzido. O nível de evidência dos estudos foi analisado utilizando-se um instrumento para classificação hierárquica da qualidade das evidências dos estudos selecionados para revisões integrativas¹⁴.

Para sumarizar e documentar os dados extraídos dos artigos foi utilizado um instrumento elaborado pela própria autora contendo: título, ano, país/idioma, objetivos, método, população/amostra, uso e aplicabilidade do SOC e conclusão. Esta análise possibilitou agrupar o conhecimento produzido acerca do assunto abordado.

Os artigos que compuseram a amostra foram submetidos à análise de conteúdo com o objetivo de investigar o teor dos documentos pesquisados e os resultados apresentados de forma descritiva e por meio de tabelas para possibilitar melhor compreensão dos achados.

RESULTADOS

Os 10 artigos que constituíram a amostra foram publicados nos últimos 10 anos (entre 2003 e 2012), em países do continente europeu (5 artigos), asiático (2 artigos), americano (2 artigos) e africano (1 artigo). Não foram encontrados estudos nacionais originais. Todos os trabalhos selecionados estavam disponíveis apenas na língua inglesa.

Com relação ao desenho dos estudos, todas as pesquisas trabalharam com a abordagem quantitativa e a maioria (7/10) apresentava nível 6 de evidência, pois ofereciam evidências derivadas de um único estudo descritivo. Houve também predominância de estudos de natureza transversal. O tamanho da amostra variou consideravelmente entre os estudos (de 77 a 18.287).

O grupo predominantemente estudado foi a população geral (6/10), contudo, também foram pesquisados grupos específicos, sendo um estudo em indivíduos com diagnóstico de síndrome de Ehlers–Danlos, um em pacientes submetidos à internação em UTI, uma pesquisa com estudantes universitários e uma com estudantes de ensino fundamental.

Os trabalhos foram analisados destacando-se os autores, ano, país de origem, sujeito/amostra e delineamento do estudo (Tabela 2). Após a análise e síntese dos dados, os artigos selecionados foram separados em duas grandes categorias temáticas: estudos de análise da relação entre o SOC e decisões, escolhas e hábitos relacionados à saúde na perspectiva da promoção da saúde e estudos de análise da relação entre SOC e capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde/doença. Estas categorias foram definidas considerando-se a essência das discussões dos estudos selecionados.

Tabela 2 - Apresentação dos artigos segundo autores, ano, país de origem, amostra/sujeito e delineamento do estudo. Recife/PE, 2013.

Autores	Ano	País de origem	Amostra/Sujeito	Delineamento do estudo
A1 Suraj e Singh	2011	Índia	200/ estudantes	Transversal
A2 Wainwright <i>et al</i>	2006	Reino Unido	18.287/população geral	Transversal
A3 Lindmark <i>et al</i>	2005	Suécia	4991/população geral	Coorte
A4 Sundsli <i>et al</i>	2012	Noruega	1044/idosos	Transversal
A5 Mowad	2004	EUA	135/idosos	Transversal
A6 Lindmark, Hakeberg e Hugoson	2011	Suécia	525/adultos	Transversal
A7 Fok, Chair e Lopez	2004	China	84/pacientes de UTI	Transversal
A8 Ayo-Yusuf, Reddy e Van den Borne	2009	África do Sul	1025/estudantes	Longitudinal
A9 Berglund, Mattiasson e Nordstrom	2003	Suécia	77/indivíduos com síndrome de Ehlers–Danlos	Transversal
A10 Fernros, Furhoff e Wandell	2008	Suécia	107/população geral	Caso-controle

A Tabela 3 apresenta os títulos dos trabalhos separados por categorias.

Tabela 3 - Apresentação dos artigos segundo a categoria temática e título. Recife/PE, 2013.

Estudos de análise da relação entre o SOC e decisões, escolhas e hábitos relacionados à saúde na perspectiva da promoção da saúde	Estudos de análise da relação entre SOC e capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde/doença
Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students.	Ability for self-care in urban living older people in southern Norway.
Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion?	Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness
Food selection associated with sense of coherence in adults.	Acceptance of disability and sense of coherence in individuals with Ehlers–Danlos syndrome.
Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health.	Improving quality of life using compound mind-body therapies: evaluation of a course intervention with body movement and breath therapy, guided imagery, chakra experiencing and mindfulness meditation.
Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model.	Correlates of Quality of Life in Older Adult Veterans.

DISCUSSÃO

SOC versus Decisões, Escolhas e Hábitos Relacionados à Saúde na Perspectiva da Promoção da Saúde

A promoção da saúde é definida como sendo o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, enfatizando a maior participação dos indivíduos no controle e influência deste processo e a importância dos recursos pessoais (individuais) na determinação da condição de saúde¹.

Com os avanços no conhecimento sobre a promoção da saúde, os profissionais da área estão cada vez mais preocupados em buscar os determinantes dos comportamentos saudáveis relacionados a cada indivíduo. As novas abordagens de promoção da saúde incluem a educação em saúde na perspectiva da modificação de comportamentos, intervenção nutricional e alteração do estilo de vida. A educação em saúde para conscientização sobre um estilo de vida saudável é considerada uma importante estratégia para a prevenção de agravos não transmissíveis e a responsabilidade individual é agora foco dos estudiosos, pois determina os comportamentos que interferem no processo de promoção da saúde¹⁶.

Educação em saúde e promoção da saúde possuem uma longa tradição nas práticas de saúde pública. Originalmente, esta relação baseava-se no fornecimento de informação e conselhos por parte do profissional para diminuir os riscos de doenças. Atualmente, este processo é baseado no diálogo envolvendo o indivíduo em seu contexto de vida. O profissional habilitará o indivíduo a tomar suas próprias decisões e fornecerá opções direcionando-o a fazer escolhas sensatas e saudáveis¹⁷.

Há evidências de que o SOC é um recurso capaz de promover a saúde. Muitos estudos que abordam a promoção da saúde na perspectiva Salutogênica investigam e demonstram a existência de correlação positiva entre hábitos saudáveis e valores do SOC^{16,18-21}. Pessoas com valores aumentados de SOC optam por estilos de vida mais saudáveis¹⁶, fumam e bebem

menos, praticam mais atividade física¹⁸, se preocupam mais com as escolhas alimentares¹⁹ e possuem melhores hábitos relacionados à saúde oral²⁰⁻²¹. O A2 ainda reforça a importância do uso do SOC quando defende que intervenções para promover escolhas saudáveis relacionadas à saúde podem ser mais bem planejadas quando se considera as diferenças individuais e características pessoais definidas pelo SOC¹⁸.

Apesar da forte característica pessoal, ainda não se sabe se existe interferência da escolaridade e renda sob o SOC. O A1 propôs que níveis elevados de SOC estão associados com maior nível de escolaridade e renda¹⁷. A2 preocupou-se especificamente em investigar essa associação e encontrou que um elevado SOC está associado a escolhas e comportamentos saudáveis independente da classe social e escolaridade¹⁸.

No A6, os autores apontaram o uso do SOC como sendo uma importante ferramenta para buscar uma melhor compreensão dos comportamentos e atitudes individuais dos pacientes, subsidiando o planejamento de ações de educação em saúde e permitindo ao profissional envolvido no processo de promoção da saúde, usar esse conhecimento para melhor orientar os pacientes²⁰.

SOC versus Capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde/doença

Entre os modelos teóricos, a Teoria Salutogênica merece atenção no contexto da promoção da saúde, pois ao invés de focar-se na compreensão da natureza da doença e comportamentos de risco associados, concentra-se na importância dos recursos de enfrentamento e na capacidade de usá-los²²⁻²³, destacando o SOC como constructo central e demonstrando que, quanto maior os seus valores, mais facilidade as pessoas terão em lidar com os estressores cotidianos e manter a própria saúde²⁴.

Indivíduos com SOC mais elevado são capazes de melhor compreender e lidar com situações de ausência de saúde e gerir suas vidas no sentido de recuperar a saúde. O A7 concluiu que estas pessoas percebem uma situação de doença grave como sendo

compreensível e controlável e apresentam melhor capacidade de enfrentamento e qualidade de vida²⁵. O A5 ao demonstrar uma relação positiva entre SOC e qualidade de vida em idosos, destaca que nos idosos com maiores valores de SOC, existe uma capacidade aumentada de lidar com os estressores associados ao envelhecimento²⁶.

No modelo contemporâneo o foco da promoção da saúde está na capacidade dos indivíduos de tratar seus próprios problemas e manter sua saúde. A abordagem Salutogênica se harmoniza bem com este processo, uma vez que, tem como constructo principal o SOC que está envolvido com o gerenciamento das tensões para identificar e mobilizar recursos de enfrentamento efetivo das situações⁶.

Além do SOC, a Salutogênese também trabalha com outro conceito relacionado à capacidade de enfrentamento: os recursos gerais de resistência. Estes são de caráter interno e externo, estão à disposição das pessoas para facilitar a administração de suas vidas e incluem recursos diversos, desde mecanismos materiais, significado existencial, suporte social, até mecanismos não-materiais psicológicos⁶.

Entretanto, apenas a existência dos recursos de resistência não basta, e a chave para alcançar bons resultados é a capacidade que cada indivíduo particular tem de usar e perceber estes recursos⁶. Esta capacidade se baseia nos valores do SOC. De forma complementar, o SOC está diretamente relacionado com a habilidade de empregar estratégias cognitivas, afetivas e instrumentais que ajudam a melhorar a capacidade de lidar com situações estressantes²⁷.

O SOC também mantém relação com a capacidade de autocuidado e, apesar de não contribuir diretamente para o seu aumento, influencia na percepção da própria saúde, que por sua vez, atua como fator positivo na capacidade de autocuidado. Além disso, o indivíduo deve valorizar sua competência em cuidar da própria saúde, gerir sua vida e permanecer ativo, pois estes pontos são colocados como importantes fatores relacionados à promoção da saúde. O

profissional envolvido neste processo deve atentar para os fatores que potencializam essa capacidade de auto-cuidado²⁸, considerando a importância da capacitação das pessoas para aumentar o controle de suas vidas como estratégia central para a promoção da saúde¹.

É importante ainda considerar que estratégias educativas melhoram os valores do SOC, deslocando o indivíduo em direção ao pólo saúde. Um estudo do tipo caso-controle confirmou que os valores do SOC e da qualidade de vida alteraram após intervenção educativa, aumentando, por consequência, a capacidade de enfrentamento e gerenciamento e reafirmando a importância do constructo no âmbito da promoção da saúde²⁹.

É imprescindível buscar pelos grupos/indivíduos que apresentam maior dificuldade de aceitação ou gerenciamento de condições adversas, como doenças crônicas ou síndromes. No A9, os autores afirmaram que aqueles com maiores valores de SOC aceitam melhor sua doença, tem melhor saúde funcional e melhor estado de saúde psicossocial. Neste mesmo estudo revela-se uma questão relevante para a promoção da saúde: identificar quem são aqueles com menores escores de SOC e aceitação da doença a fim de identificar as áreas que influenciam a situação de vida de uma forma geral e oferecer suporte no processo de adaptação pessoal frente à condição adversa³⁰.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível identificar dois eixos que definem a perspectiva do uso do SOC nas pesquisas que envolvem a promoção da saúde no cenário internacional.

No primeiro eixo temático o SOC foi utilizado para demonstrar a relação do constructo com a promoção da saúde, enquanto que no segundo eixo temático, o SOC foi usado na perspectiva de analisar a capacidade de enfrentamento e reabilitação dos indivíduos, na vigência de doença grave ou crônica.

A partir da compreensão do uso do SOC pode-se direcionar novos trabalhos com o intuito de desenvolver o uso desta ferramenta, reafirmando a Teoria Salutogênica como arcabouço teórico para a promoção da saúde. Deve-se também considerar a importância de desenvolver estudos em grupos específicos como forma de melhor compreender como os indivíduos lidam com a condição de vida imposta por doenças ou condições crônicas de saúde e para que, a partir desta compreensão, sejam traçadas estratégias de educação em saúde que visem à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. In Health Promotion. Vol. 1, Geneva: World Health Organization; 1986.
2. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int* 2008; 23:190-9.
3. Silva AN. Desvelando os mistérios da saúde bucal: estudo epidemiológico e contribuições da salutogênese para a promoção da saúde bucal. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
4. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. London: Jossey-Bass; 1979.
5. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:440-442.
6. Teixeira KB. Senso de coerência materno: relação com a saúde bucal de pré-escolares. Dissertação de mestrado não-publicada. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
7. Antonovsky A. *Unraveling mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
8. Bonanato K, Paiva SM, Pordeu IA, Ramos-Jorge ML, Barbabela D, Allison PJ Relationship between mother's sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Research* 2009; 43(2):103-9.
9. Freire MDM, Sheiham A, Hardy R. Adolescent's sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2009; 29(3):204-12.
10. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998 Jul-Dez;3(2):109-12.

11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem métodos. 7^a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
12. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
13. Critical Appraisal Skills Programme. Milton Keynes Primary Care Trust. 2002.
14. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37:43-50
15. Kickbusch I. The health society: the need for a theory. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60:561
16. Suraj S, Singh A. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res*. 2011; 134(5): 645–2.
17. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*. 2006; 21:238-44.
18. Wainwright NWJ, Surtees PG, Welch AA, Luben RN, Khaw KT, Bingham AS. Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61:871–6.
19. Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, Lindahl B, Johansson I. Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal*. 2005;4(9):1-7.
20. Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39: 542–53.
21. Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, Van den Borne BW. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009; 37:68–77.
22. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996; 11:11-8.
23. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:440-2.
24. Antonovsky A. Health, stress and coping. London: Jossey-Bass; 1979.
25. Fok SK, Chair SY, Lopez ZV. Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49(2):173–81.
26. Mowad L. Correlates of Quality of Life in Older Adult Veterans. *Western Journal of Nursing Research*. 2004; 26(3)293-306.

27. Dahlin M, Cederblad M, Antonovsky A, Hagnel O. Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatr Scand.* 1990; 82: 228-32.
28. Sundsli K, Söderhamn U, Espnes GA, Söderhamn O. Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare.* 2012;5 85–95.
29. Fernros L, Furhoff AK, Wändell PE. Improving quality of life using compound mind-body therapies: evaluation of a course intervention with body movement and breath therapy, guided imagery, chakra experiencing and mindfulness meditation. *Quality of Life Research.* 2008; 17(3)367-76.
30. Berglund B, Mattiasson AC, Nordstrom G. Acceptance of disability and sense of coherence in individuals with Ehlers–Danlos syndrome. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12:770–7.

5.2 Artigo Original (a ser encaminhado ao periódico Journal of Cardiovascular Nursing – ANEXO H).

Preditores de adesão ao tratamento em pacientes com Insuficiência Cardíaca

RESUMO

O controle dos sintomas e evolução da IC depende da adesão dos pacientes ao uso regular das medicações e seguimento das orientações que compõe o esquema de tratamento não farmacológico. Múltiplos fatores determinam a adesão ao tratamento. Para determinar alvos de intervenções apropriados é necessário identificar quais fatores estão associados à adesão ao tratamento. Considerando que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é apontado como principal fator responsável pela piora dos índices, este estudo teve como objetivo avaliar o tratamento em pacientes com IC e a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, além da variável senso de coerência (SOC), sobre a adesão. Trata-se de um estudo analítico de corte transversal realizado no ambulatório de um grande centro do nordeste do Brasil numa amostra de 247 pacientes. A adesão ao tratamento foi avaliada através da escala de Morisky e Questionário de autocuidado. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS para digitação e obtenção dos cálculos estatísticos, sendo realizada estatística descritiva para todas as variáveis, além de testes para comparação de médias e proporções. A comparação entre as categorias das variáveis através dos testes estatísticos revelou os seguintes fatores influenciando a adesão ao tratamento: faixa etária, escolaridade, renda per capita, número de comorbidades, ser auxiliado na tomada dos medicamentos, deixar de tomar o medicamento por esquecimento e o senso de coerência. Este estudo revelou boa adesão ao tratamento medicamento e baixo índice de adesão à terapêutica não medicamentosa. Os fatores considerados como preditores de não adesão ao tratamento são de ordem multifatorial. É

necessário que se instituem estratégias de educação em saúde envolvendo a equipe multidisciplinar, extrapolando os limites dos consultórios e considerando o contexto de vida de cada paciente.

Palavras-chaves: Insuficiência Cardíaca. Cooperação do paciente. Educação em Saúde. Enfermagem.

Predictors of adherence to treatment in patients with heart failure

ABSTRACT

The control of symptoms and development of IC depends on patient compliance with regular medication use and follow the guidelines that comprise the scheme of non-pharmacological treatment. Multiple factors determine adherence to treatment. To determine appropriate targets for interventions is necessary to identify which factors are associated with adherence to treatment. Whereas poor adherence to medication and non-medication is indicated as the main factor responsible for worsening of indices, this study aimed to evaluate the treatment in patients with HF and the influence of sociodemographic, clinical and therapeutic variables, beyond the sense variable coherence (SOC), on accession. This is an analytical cross-sectional study conducted in a large outpatient center in northeastern Brazil in a sample of 247 patients. Adherence to treatment was assessed by the Morisky scale and Self-care Questionnaire. Statistical analysis was performed using SPSS for typing and obtaining statistical calculations being performed descriptive statistics for all variables, as well as tests for comparison of means and proportions. The comparison between the categories of variables through statistical tests revealed the following factors influencing treatment adherence: age, education, income per capita, number of comorbidities, be assisted in taking medication, stop taking the medicine for forgetfulness and sense of coherence. This study showed good adherence to drug treatment and low level of the non-drug therapy. The factors considered as predictors of non-adherence are multifactorial order. It is necessary to establish strategies for health education

involving the multidisciplinary team, beyond the limits of offices and considering the context of life of each patient.

Keyword: Heart failure. Patient compliance. Health Education. Nursing.

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular representa a principal causa de mortalidade entre a população idosa¹. Dados epidemiológicos obtidos no *Framingham Heart Study* estimam que nos Estados Unidos existam cinco milhões de portadores de IC, com incidência de aproximadamente 400 mil novos casos por ano². No Brasil presume-se que a Insuficiência Cardíaca (IC) tenha magnitude semelhante, configurando-se como problema de saúde pública com prevalência crescente frente à projeção do crescimento populacional e da expectativa de vida³⁻⁴.

Apesar dos grandes avanços no seu tratamento, com instituição e consolidação de novas terapias clínicas e cirúrgicas, estudo brasileiro revela cenário ainda preocupante: o número de internações permanece elevado, o tempo de permanência hospitalar aumentou de modo expressivo e a taxa de mortalidade alcançou níveis alarmantes⁵.

Este cenário é assim determinado porque a IC atinge predominantemente a população idosa, raramente se manifesta de forma isolada e envolve tratamento complexo com medicamentos e mudanças de hábitos físicos e alimentares que implicam em mudanças de estilo de vida muitas vezes radical. Todos estes fatores acabam levando a não adesão ao tratamento, que se constitui no principal fator de risco para as internações e complicações.⁶

O controle dos sintomas e evolução da IC depende da adesão dos pacientes ao uso regular das medicações e seguimento das orientações que compõe o esquema de tratamento não farmacológico⁷. A OMS, reconhecendo a baixa adesão ao tratamento como problema mundial, propôs a definição do termo como sendo o comportamento de uma pessoa em

relação ao uso apropriado da medicação, seguindo uma dieta e/ou executando mudanças no estilo de vida, correspondendo às orientações acordadas com a equipe de saúde⁸.

Os fatores tidos como preditores de adesão ao tratamento são de ordem multifatorial: fatores socioeconômicos, relacionados à doença de base e co-morbidades, ao próprio paciente e fatores relacionados ao serviço ou profissional que acompanha o doente⁹. Estes exercem influência variável sobre a adesão e precisam ser definidos em populações específicas para que se possam traçar estratégias de educação em saúde com base nas características da população em estudo e direcionadas à resolução dos problemas, sejam eles de ordem socioeconômica, cultural, psicológica, relacionados a efeitos adversos das drogas ou desconhecimento quanto à importância do seguimento da terapêutica¹⁰.

Muitas questões estão envolvidas no sucesso do tratamento e manutenção da estabilidade clínica dos pacientes. A não adesão ao tratamento mantém relação direta com alguns fatores como a qualidade das informações fornecidas aos pacientes, dificuldade de seguir a lista de medicamentos prescritos, limitação para identificar sinais e sintomas que indiquem descompensação da doença, além da resistência em aderir à restrição hídrica e salina, pontos determinantes do tratamento não-medicamentoso na IC¹¹.

Preocupando-se em identificar as estratégias utilizadas para promover a adesão em um grupo de cardiopatas, um estudo apontou que intervenções educativas foram as mais comumente utilizadas por enfermeiros, seguidas de aconselhamentos e intervenções comportamentais¹². Para determinar alvos de intervenções apropriados é necessário identificar quais fatores estão associados à adesão ao tratamento e, até o momento, uma revisão sistemática¹³ aponta resultados ainda inconsistentes. Além disso, ainda não há um perfil claro de pacientes com IC que não adere ao tratamento, por isso não é possível definir a quem se deve direcionar as ações¹³.

Considerando que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso estão diretamente relacionados aos episódios de descompensação da IC e índice de morbimortalidade ainda crescente¹⁴, este estudo teve como objetivo avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, além da variável senso de coerência (SOC), sobre a adesão ao tratamento em pacientes com IC.

MÉTODO

Desenho e local do estudo

Estudo analítico de corte transversal realizado no ambulatório de IC do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (PROCAPE/UPE), estado localizado na região Nordeste do Brasil. Este estudo foi realizado conforme os princípios da Declaração de Helsinki e exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil¹⁵. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (CAAE nº 15900313.0.0000.5208).

Sujeitos

Participaram do estudo indivíduos com diagnóstico de IC que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: ser cadastrado e estar em seguimento ambulatorial, idade igual ou superior a 18 anos, estar em uso contínuo de medicações; e ter completa capacidade de compreensão e comunicação confirmadas pela verificação simples da orientação espacial e temporal (durante abordagem inicial nas entrevistas). Os critérios de exclusão foram: indivíduos com IC após infarto agudo do miocárdio ou angina instável nos últimos três meses, ou submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio nos últimos 30 dias, pela possibilidade de estarem com sintomas de IC apenas por descompensação momentânea da função miocárdica e indivíduos com sequelas neurológicas que apresentassem dificuldade para responder as questões da entrevista.

O tamanho da amostra foi estimado tomando-se como base o número de internações hospitalares por IC no estado de Pernambuco entre os meses de junho de 2011 e junho de 2012, totalizando um parâmetro populacional de 8.526 pacientes. Considerando o tamanho da população ($N = 8.526$), prevalência de adesão ao tratamento não farmacológico encontrada em estudo semelhante desenvolvido em ambulatório de IC no Sul do Brasil ($p = 0,18$)¹⁴ e margem de erro ($d = 0,05$), o tamanho proposto da amostra foi de 244 indivíduos (sendo 221 + 10% de possíveis perdas).

Coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2013. Uma equipe composta por três pesquisadoras previamente capacitadas, abordava os pacientes nos intervalos inter-consultas buscando identificar aqueles elegíveis para compor a amostra do estudo. Após identificação do paciente considerando critérios de inclusão, o mesmo era encaminhado a um consultório privado e os dados coletados por meio de entrevista individual. Para a coleta das informações, utilizaram-se os seguintes instrumentos: Formulário de caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica, Escala de Adesão de Morisky¹⁶, Questionário de conhecimento da doença e autocuidado para pacientes com IC¹⁷ e Instrumento para avaliação do SOC¹⁸.

Instrumentos

Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica: Este formulário foi construído a partir da literatura, considerando aspectos apontados como importantes para adesão e sucesso do tratamento e foi dividido em quatro partes: (1) dados de identificação: nome do paciente e médico assistente; (2) perfil sociodemográfico: idade, sexo, cor, estado civil, ocupação, escolaridade, número de pessoas residentes no domicílio e renda da família; (3) caracterização clínica: etiologia da IC, classe funcional, além de questões referentes à presença de sintomas clássicos sugestivos de descompensação da doença (fadiga, dispnéia e congestão), presença de

co-morbidades (hipertensão, diabetes, doença renal, depressão, doença pulmonar) e questões relativas a internações hospitalares anteriores; e (4) informações relativas à terapêutica: número de medicamentos usados, hábitos relacionados ao uso dos medicamentos, orientações relativas aos hábitos de vida relacionados à terapêutica não farmacológica.

Escala de adesão medicamentosa de MORISKY¹⁶: Para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico utilizou-se a Escala de Adesão de Morisky e Green, adaptada culturalmente para a língua portuguesa¹⁶. Instrumento de fácil aplicação, constituído de quatro perguntas relativas a fatores relacionados a não-adesão ao tratamento medicamentoso: esquecimento, descuido, interrupção do uso do medicamento pela percepção de melhora e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico¹⁹. Inicialmente esta escala foi criada apenas com possibilidades dicotômicas para as respostas (sim – não). Neste estudo, a versão adotada consta de respostas estruturadas em escala tipo-Likert, com quatro ou cinco opções em cada item, com o objetivo de aumentar a acurácia do instrumento. A soma dos escores dos quatro itens gera uma pontuação que varia de quatro a 18: quanto menor o escore, maior a favorabilidade ao tratamento e probabilidade de adesão²⁰⁻²².

Questionário de conhecimento da doença e autocuidado para pacientes com IC¹⁷: Para medir a adesão ao tratamento não farmacológico adotou-se o questionário de conhecimento da doença e autocuidado para pacientes com IC, previamente validado por um grupo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)¹⁷. Foram avaliados cuidados considerados importantes para o manejo não farmacológico da IC, sendo eles: restrição hídrica, restrição salina, realização do peso diário e atividade física regular. Os pacientes eram avaliados quanto à realização dos cuidados considerando-se respostas afirmativas ou negativas. Os pacientes foram classificados como aderentes ao tratamento quando realizavam três ou quatro cuidados propostos; caso realizassem dois ou menos, eram classificados como não aderentes¹⁷.

*Escala de Senso de Coerência (SOC-13)*¹⁸: Para avaliar o constructo SOC utilizou-se o questionário proposto por Aaron Antonovsky em sua versão adaptada para língua portuguesa, sendo já traduzido e validado em pelo menos 33 línguas diferentes e usado em 32 países²³. Adotou-se neste estudo uma versão curta da escala SOC (SOC-13), com 13 itens e opções de resposta em escala tipo Likert. O SOC-13 foi validado no estado de Goiás, Brasil²⁴ e submetido à adaptação transcultural no estado de Minas Gerais, Brasil¹⁸. As modificações consistiram de simplificação na redação e mudança na escala de classificação a partir de escala Likert de sete pontos para escala Likert de cinco pontos. A soma dos pontos resultou numa pontuação que variou entre 13 e 65 pontos²⁴, com valores mais altos de SOC correspondendo a uma maior capacidade de adaptação ao estresse e enfrentamento de situações adversas¹⁸. Para a análise estatística, adotou-se como ponto de corte o valor resultante da subtração da média do SOC e desvio padrão [média (m) — desvio padrão (dp)], obtendo o valor de 38 pontos. Desta forma, para este estudo, os pacientes que obtiveram valor do SOC igual ou menor que 38 foram considerados com baixo senso de coerência e aqueles que obtiveram SOC maior que 38 foram considerados com satisfatório valor do constructo.

Análise Estatística

Para a análise estatística foi utilizada o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 21) para digitação e cálculos estatísticos, sendo realizada estatística descritiva para todas as variáveis.

Na comparação entre as categorias das variáveis independentes em relação às variáveis numéricas foram utilizados os testes t-Student ou Mann-Whitney no caso de duas categorias e o teste F (ANOVA) ou Kruskal-Wallis no caso da comparação de mais de duas categorias. As escolhas dos testes t-Student e F (ANOVA) foram realizadas a partir da verificação da hipótese de normalidade dos dados em cada categoria das variáveis independentes e os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis no caso da rejeição da hipótese de normalidade dos dados. A

verificação da hipótese de normalidade dos dados foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk.

Para verificar a hipótese de associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança

RESULTADOS

A amostra total deste estudo foi constituída de 247 pacientes. As características sociodemográficas e clínicas do grupo estudado estão apresentadas na Tabela 1.

Em relação à caracterização clínica, a principal etiologia da IC encontrada foi a etiologia chagásica, seguida da hipertensiva e isquêmica. Em relação à classe funcional, 58,6% dos pacientes apresentavam dispnéia durante esforços cotidianos (CF-NYHA II) e relataram três ou mais sintomas de descompensação da doença com predomínio de fadiga, dispnéia e edema. Dentre as comorbidades, a hipertensão esteve presente em quase toda a população do estudo, seguido do IAM prévio e diabetes melito. Mais da metade dos pacientes apresentavam três ou mais fatores de risco e/ou comorbidades. Em relação ao número de hospitalizações nos últimos seis meses, 68,4% dos entrevistados não precisou ir ao pronto socorro por sintomas relacionados à descompensação da IC.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes atendidos no ambulatório de IC do PROCAPE/UPE. Pernambuco, 2013 (Continua).

Sociodemográficas	Amostra Total (n= 247)	Amostra Total (100,0)
Faixa etária		
21 – 49	46	18,7
50 – 59	70	28,3
≥ 60	131	53,0
Sexo		
Masculino	126	51,0
Feminino	121	49,0

(Continua)

Sociodemográficas	Amostra Total (n= 247)	Amostra Total (100,0)
Raça		
Branca	65	26,4
Negra	69	27,9
Mista	113	45,7
Estado Civil		
Com companheiro	154	62,3
Sem companheiro	93	37,7
Escolaridade (anos)		
Não alfabetizado	59	23,9
1 – 8	139	56,3
>8	49	19,8
Arranjo familiar		
Mora sozinho	26	10,5
Mora com companheiro(a)	50	20,3
Mora com família	171	69,2
Ocupação		
Trabalha	37	15,0
Não trabalha	52	21,1
Do lar	25	10,1
Aposentado	133	53,8
Renda per capita (SM)*		
Até meio salário	121	49,0
Mais de meio a um salário	95	38,5
Mais de um salário	31	12,5
Clínicas		
Etiologia da IC[‡]		
Chagásica	101	40,9
Hipertensiva	68	27,5
Isquêmica	44	17,8
Outras/Desconhecida	34	13,8
CF-NYHA[€]		
I	36	14,6
II	145	58,7
III	51	20,6
IV	15	6,1
Sinais/sintomas		
Fadiga	174	70,4
Dispnéia	147	59,5
Congestão periférica (edema)	138	55,9
Palpitação/ Arritmia	121	49,0
Angina (dor anginosa)	83	33,6
Congestão pulmonar (tosse)	82	33,2
Fatores de risco/comorbidades		
Hipertensão	231	93,5
Sedentarismo	149	60,3
IAM	82	33,2
DM	67	27,1
Depressão	46	18,6
AVE	30	12,1
DPOC	21	8,5
Doença renal	18	7,3
Tabagismo	16	6,5
Etilismo	13	5,3

(Conclusão)

Sociodemográficas	Amostra Total (n= 247)	Amostra Total (100,0)
Hospitalizações (últimos 6 meses)		
Nenhuma	169	68,4
Uma	32	13,0
Duas	15	6,1
Três ou mais	31	12,5

*SM: salário mínimo em reais = R\$ 724,00; †IC: Insuficiência cardíaca; € CF-NYHA: Classe funcional segundo os critérios da New York Heart Association.

No que diz respeito às características da terapêutica, observou-se que 89,8% dos pacientes usavam três ou mais tipos de medicamentos e, apesar da polimedicação, 69,6% relatou não precisar de ninguém para auxiliar na tomada dos medicamentos. Com relação ao seguimento regular da terapia, um pouco mais da metade dos pacientes afirmou ter deixado de tomar algum dos remédios nos últimos dias e as duas causas citadas com maior frequência para descontinuação do tratamento foram esquecimento (67,6%) e problemas financeiros (36,9%). Com relação ao constructo senso de coerência, a média do escore para o grupo estudado foi de 46,17 pontos, em uma escala que varia de 13 a 65 pontos.

Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso segundo as características sociodemográficas

Com relação à associação entre as variáveis sociodemográficas e a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso através da escala de Morisky, diferenças estatísticas significativas foram encontradas entre as faixas etárias do grupo e a escolaridade. Indivíduos com idade entre 50 e 59 anos apresentaram maiores médias do escore, apontando para menor adesão ao tratamento medicamentoso. Aqueles com menor nível de instrução também obtiveram menor favorabilidade a adesão (Tabela 2).

De maneira semelhante, na avaliação da adesão ao tratamento não medicamentoso, observou-se um maior número de pacientes não aderentes ao tratamento entre aqueles com menor nível de instrução. A renda per capita também influencia a adesão ao tratamento não

medicamentoso: pacientes com renda mais baixa apresentaram menor aderência às práticas de autocuidado sugeridas pelo manejo não farmacológico da IC (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso (Morisky) e não medicamentoso segundo as características sociodemográficas. Recife, 2013

Variáveis Sociodemográficas	Medicamentoso		Não medicamentoso		p-valor
	M (dp)*	p-valor	Aderentes n (%)	Não aderentes n (%)	
Faixa etária		0,046¹			0,271 ²
21 49	5,54 (2,17)		4 (8,7)	42 (91,3)	
50 59	6,77 (2,87)		4 (5,7)	66 (94,3)	
60	5,95 (2,54)		4 (3,1)	127 (96,9)	
Sexo		0,731 ³			0,088 ⁴
Masculino	6,05 (2,57)		9 (7,1)	117 (92,9)	
Feminino	6,17(2,64)		3 (2,5)	118 (97,5)	
Raça		0,478 ¹			0,804 ²
Branco	6,22 (2,60)		2 (3,1)	63 (96,9)	
Negro	5,84 (2,56)		4 (5,8)	65 (94,2)	
Misto	6,21 (2,64)		6 (5,3)	107 (94,7)	
Estado Civil		0,113 ³			0,543 ²
Com companheiro	6,32 (2,68)		9 (5,8)	145 (94,2)	
Sem companheiro	5,76 (2,46)		3 (3,2)	90 (96,8)	
Escolaridade		0,011¹			0,036²
Não alfabetizado	6,25 (2,66)		2 (3,4)	57 (96,6)	
1 8	6,39 (2,74)		4 (2,9)	135 (97,1)	
8	5,14 (1,86)		6 (12,2)	43 (87,9)	
Ocupação		0,749 ¹			0,267 ²
Trabalha	6,43 (3,18)		2 (5,4)	35 (94,6)	
Não trabalha	6,25 (2,76)		5 (9,6)	47 (90,4)	
Do lar	6,56 (2,89)			25 (100,0)	
Aposentado	5,87 (2,29)		5 (3,8)	128 (96,2)	
Renda per capita		0,125 ¹			0,034 ²
½ salário	6,33 (2,67)		2 (1,7)	119 (98,3)	
½ 1 salário	6,12 (2,69)		7 (7,4)	88 (92,6)	
1 salário	5,20 (1,83)		3 (9,7)	28 (90,3)	

(*) Média e desvio padrão. (1) Teste de Kruskal Wallis. (2) Teste Exato de Fisher. (3) Teste de Mann Whitney. (4) Teste Qui Quadrado de Pearson.

Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso segundo as características clínicas, terapêuticas e o SOC.

Na avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso segundo a escala de Morisky, dentre as variáveis clínicas apenas o número de comorbidades e fatores de risco apresentou diferença significativa ($p < 0,05$), apontando para menor adesão entre aqueles com maior número de comorbidades e fatores de risco. Na investigação das variáveis relacionadas à terapêutica, indivíduos que relataram não necessitar de auxílio para tomar os medicamentos apresentaram menores médias do score e, portanto, maior favorabilidade a adesão ao

tratamento medicamentoso. De forma contrária, entre os que relataram deixar de tomar o medicamento nos últimos dias por esquecimento, observaram-se médias do escore de Morisky consideravelmente mais altas quando comparadas ao grupo que relatou não deixar de tomar o medicamento (Tabela 3).

Com relação à análise do constructo SOC, observou-se diferença estatística significativa entre esta variável e a adesão ao tratamento medicamentoso. O grupo de pacientes com menor SOC apresentou maiores médias do escore de Morisky, ou seja, indivíduos com menor capacidade de adaptação ao estresse e enfrentamento de situações adversas aderiram menos ao tratamento medicamentoso.

Em relação às características clínicas e a adesão ao tratamento não farmacológico, foi encontrada diferença estatística significativa em relação às etiologias da IC isoladas ($p = 0,039$). Dos 101 pacientes com IC por doença de Chagas apenas um (1%) foi considerado aderente ao tratamento não medicamentoso. Quando comparado o grupo com etiologia chagásica e etiologia não chagásica (agrupadas as etiologias hipertensiva, isquêmica, valvular, reumática, não identificada, outras), observou-se uma diferença estatística ainda maior ($p = 0,025$) com índices de não adesão mais altos entre os pacientes com diagnóstico de doença de Chagas. Com relação às comorbidades e fatores de risco, observou-se uma menor adesão entre os pacientes com maior número de problemas de saúde ou fatores de risco. Com relação às variáveis terapêuticas e a adesão ao tratamento não medicamentoso, os resultados não apontaram para diferença estatística significativa (Tabela 3).

Em relação à variável SOC e a adesão ao tratamento não medicamentoso, apesar de não ter sido encontrada diferença estatística significativa, observou-se que o grupo de pacientes que realizou mais de dois dos quatro cuidados propostos apresentou valores mais altos de SOC (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso segundo as características clínicas, terapêuticas e o SOC. Recife, 2013.

Variáveis clínicas	Medicamentoso		Não medicamentoso		p-valor
	M (dp)*	p-valor	Aderentes n (%)	Não aderentes n (%)	
Etiologia		0,507 ²			0,039³
Chagásica	6,35 (2,72)		1 (1,0)	100 (99,0)	
Isquêmica	5,92 (2,61)		6 (8,8)	62 (91,2)	
Hipertensiva	5,89 (2,43)		3 (6,8)	41 (93,2)	
Outras	5,82 (2,27)		1 (9,1)	10 (90,9)	
Etiologia agrupada		0,146 ²			0,025³
Chagásica	6,35 (2,72)		1 (1,0)	100 (99,0)	
Não chagásica	5,89 (2,49)		10 (8,1)	114 (91,9)	
CF-NYHA[€]		0,546 ²			1,000 ³
I/II	6,17 (2,62)		9 (5,0)	172 (95,0)	
III/IV	5,94 (2,56)		3 (4,5)	63 (95,5)	
Sintomas		0,315 ²			0,231 ³
‡ 2 sintomas	5,91 (2,60)		7 (7,1)	92 (92,9)	
3 sintomas †	6,24 (2,61)		5 (3,4)	143 (96,6)	
Fatores de risco/comorbidades		0,214 ⁴			0,012³
‡ 1	5,35 (2,09)		5 (16,1)	26 (83,9)	
2 † 3	6,25 (2,73)		6 (3,8)	153 (96,2)	
4 †	6,11 (2,45)		1 (1,8)	56 (98,2)	
Hospitalizações (últimos 6 meses)		0,559 ⁴			0,481 ³
Nenhuma	6,02 (2,52)		11 (6,5)	158 (93,5)	
Uma	6,69 (3,16)			32 (100,0)	
Duas	6,21 (2,19)			15 (100,0)	
Três ou mais	5,90 (2,62)		1 (3,2)	30 (96,8)	
Variáveis Terapêuticas					
Quantidade de medicamentos		0,493 ⁴			0,484 ³
Menos de 3	6,67 (2,78)			24 (100,0)	
3 a 6	5,97 (2,54)		7 (4,7)	143 (95,3)	
Mais de 6	6,17 (2,67)		5 (6,9)	67 (93,1)	
Auxílio para tomar medicamentos		0,017⁴			0,778 ³
Ninguém	5,81 (2,48)		8 (4,7)	164 (95,3)	
Companheiro/ Filhos	6,81 (2,78)		4 (5,5)	69 (94,5)	
Vizinho/ Amigo/ Cuidador	6,00 (2,83)			2 (100,0)	
Deixou de tomar o medicamento ultimamente		0,001²			0,170 ⁵
Sim	7,32 (2,69)		4 (3,1)	126 (96,9)	
Não	4,74 (1,65)		8 (6,8)	109 (93,2)	
SOC[¥]		0,001²			0,130 ³
Baixo SOC	7,35 (2,79)			46 (100,0)	
Satisfatório SOC	5,82 (2,48)		12 (6,0)	189 (94,0)	

(*) Média e desvio padrão; (€) CF-NYHA: Classe funcional segundo os critérios da New York Heart Association; (2) Teste Mann Whitney (3) Teste Exato de Fisher (4) Teste Kruskal Wallis (5) Teste Qui Quadrado de Pearson. (¥) Senso de Coerência.

Medidas de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso segundo a Escala de Morisky e o Questionário de conhecimento da doença e autocuidado para pacientes com IC

Na amostra avaliada, a média do escore de Morisky foi de 6,11 pontos e mediana de 5,00 numa escala com amplitude possível de 15 pontos (entre quatro e 18), sinalizando para resultados favoráveis a adesão ao tratamento medicamentoso. Resultados contrários foram encontrados quando se investigou a adesão ao tratamento não medicamentoso: 235 (95,1%) pacientes foram considerados não aderentes à terapêutica não farmacológica, pois realizavam metade ou menos dos quatro cuidados considerados bases para o manejo não farmacológico. A figura 1 ilustra a distribuição dos resultados de adesão dos 247 pacientes segundo o escore de Morisky e a figura 2 a distribuição segundo a adesão ao tratamento não medicamentoso.

Figura 1. Distribuição dos pacientes segundo o escore de Morisky. Recife, 2013.

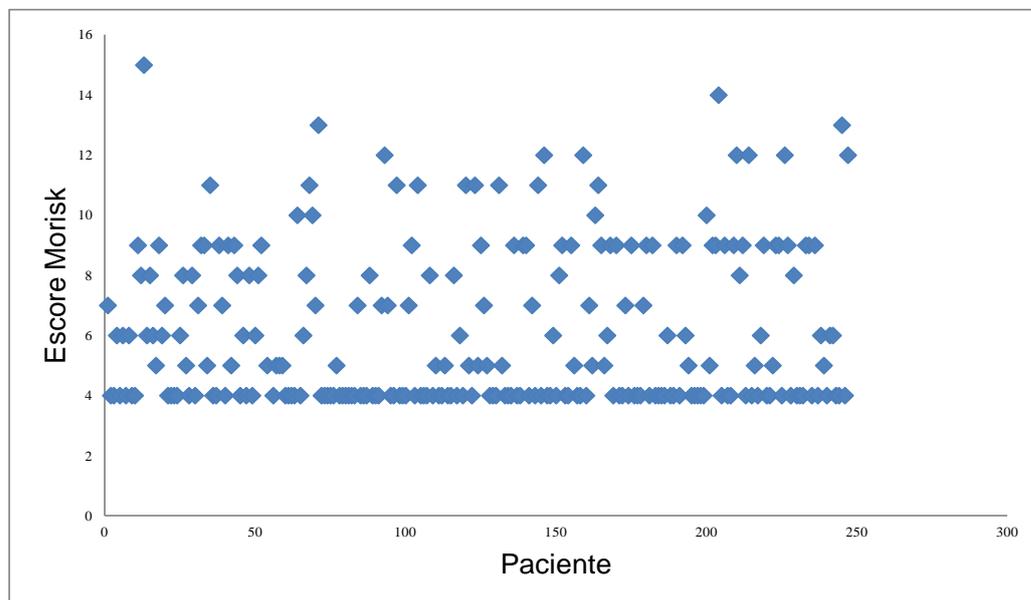
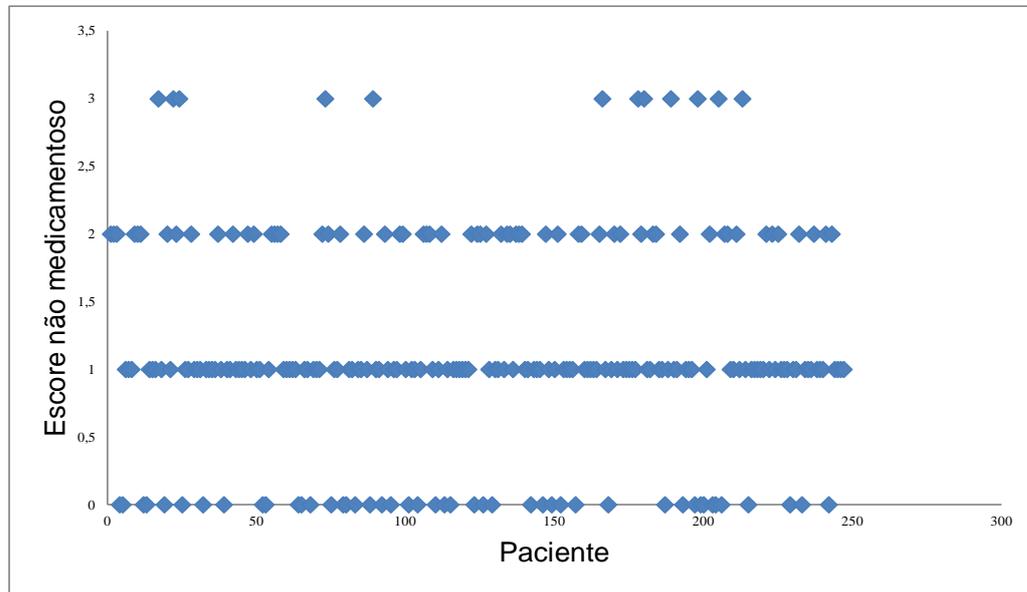


Figura 2. Distribuição dos pacientes segundo a adesão ao tratamento não medicamentoso. Recife, 2013.



DISCUSSÃO

As taxas de não adesão ao tratamento da IC variam de 30 a 60% para o tratamento medicamentoso e de 50 a 80% para o não medicamentoso²⁵. Estes dados estão em consonância com os resultados deste estudo, que apontou para alto índice de não adesão ao tratamento não farmacológico e satisfatória adesão à terapêutica medicamentosa. É importante considerar que a adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada sob o ponto de vista do auto-relato e uma das limitações deste método refere-se à possibilidade de superestimação no relato do comportamento esperado pelo efeito da desajustabilidade social, mais acentuada na população idosa pela responsabilidade que a sociedade impõe a eles para a realização do autocuidado²⁶.

Em se tratando dos resultados obtidos na avaliação do manejo não farmacológico, este estudo evidencia resultado alarmante e incorporação ainda insuficiente dos cuidados não farmacológicos na prática clínica. Apenas 12 (4,9%) dos 247 entrevistados foram

considerados aderentes ao tratamento não medicamentoso. Apesar de todas as orientações em diretrizes nacionais e internacionais quanto à importância das estratégias de cuidados em saúde de ordem não farmacológica na IC^{27,28}, os resultados relacionados às mudanças no estilo de vida e autocuidado apontam para uma incorporação frágil e pouco efetiva. Estes dados vêm ao encontro de um estudo semelhante desenvolvido num centro de referência no acompanhamento ambulatorial de pacientes com IC na região Sul do Brasil, em que apenas 18% do grupo estudado foi classificado como aderente¹⁴.

Em um estudo experimental observou-se que, aliado as estratégias não farmacológicas, a educação sistemática de enfermagem com a melhora do conhecimento sobre a doença e práticas de autocuidado, minimizam os episódios de descompensação da IC e reinternações e melhora os padrões de qualidade de vida dos pacientes⁷. Desta forma, é imprescindível que se preencha esta lacuna através da instituição de estratégias que possam mobilizar a equipe multiprofissional com vista às prescrições e realizações dos cuidados chaves do manejo não farmacológico da IC.

Com relação à análise dos fatores relacionados à adesão aos cuidados não farmacológicos, incluindo o seguimento das orientações relacionadas ao uso dos medicamentos, as características sociodemográficas, idade, escolaridade e renda per capita apresentaram influencia sobre a adesão ao tratamento. Indivíduos idosos, de baixa renda e escolaridade são mais vulneráveis aos fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento²⁹. O presente estudo encontrou resultados semelhantes e, ao corroborar esta informação, reafirma a existência de um grupo de maior vulnerabilidade.

Determinantes sociais e econômicos podem condicionar o comportamento de um indivíduo em relação às recomendações relativas ao tratamento da doença⁹. Altas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso foram registradas em pacientes com IC com alto nível de escolaridade e apoio familiar em relação aos cuidados com a doença e seu tratamento³⁰. De

forma contrária, entre idosos com baixa escolaridade, mudanças de hábitos alimentares e instituição de atividade física na rotina diária são condutas especialmente difíceis de serem adotadas³¹.

Além disso, indivíduos com IC e melhor nível de instrução são mais propensos a se envolver no auto cuidado e apreender as orientações propostas no processo de educação em saúde, pois compreendem melhor a importância do seguimento das orientações e se mostram mais comprometidos com o tratamento. Geralmente estas condutas são associadas também a níveis mais elevados de renda, favorecendo atitudes relacionadas ao autocuidado³².

Aumentar o conhecimento de um indivíduo acerca da sua condição de saúde, fornecendo-lhe informações adequadas, aumenta a probabilidade de adoção de estilos de vida saudáveis e favorece a adesão ao tratamento³³. Este processo depende de como o paciente vê o seu estado de saúde e compreende a sua doença³⁴. Intervenções educativas, aconselhamentos, acompanhamento por telefone e visitas domiciliares consistem em estratégias úteis e efetivas que auxiliam na superação de barreiras para a adesão ao tratamento e deslocam o indivíduo no sentido de melhores resultados de adesão³⁵.

Com relação às variáveis clínicas, observou-se que o grupo de pacientes com IC por doença de Chagas apresentou menor índice de adesão aos cuidados não farmacológicos. A doença de Chagas é um problema de saúde pública que ameaça e acomete basicamente as regiões pobres da América Latina e populações de baixa expressão política, socialmente excluídas, de origem rural e pouco letradas³⁶⁻³⁷.

Em regiões endêmicas, como o Nordeste do Brasil, representa a principal causa de IC³⁸. A associação entre doença de Chagas e condições socioeconômicas deficientes foi referida em estudos epidemiológicos realizados em áreas rurais da América Latina³⁹. É possível que esta situação de vulnerabilidade socioeconômica dificulte o seguimento do tratamento e a prática do autocuidado.

Além disso, para o futuro dos pacientes já infectados, problemas e desafios são esperados principalmente no que diz respeito à assistência médica e vigilância permanente, pois estes pontos dependem de um melhor desempenho dos sistemas nacionais de saúde e superação de situações de iniquidade⁴⁰. A doença de Chagas deve ser vista não apenas como problema de saúde, mas também como doença de importância social.

Ainda com relação às variáveis clínicas, também foi encontrada associação entre o número de comorbidades e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Pacientes com um maior número de fatores de risco e problemas de saúde apresentaram maiores médias do escore de Morisky e, portanto, menor adesão ao tratamento medicamentoso; este mesmo grupo apresentou também maior frequência de não adesão aos cuidados não farmacológicos.

Estudos apontam para resultados semelhantes e justificam a menor adesão ao tratamento farmacológico entre pacientes com maior número de comorbidades pelo fato destes precisarem usar número elevado de medicamentos associados para tratar os problemas de saúde⁴¹⁻⁴².

Em relação à prática das recomendações relacionadas ao manejo não farmacológico, deve-se considerar que o número de comorbidades pode afetar a motivação dos pacientes para o autocuidado, fazendo com que se sintam desmotivados para cuidar da saúde³². Um maior número de comorbidades sinaliza para uma capacidade diminuída para o auto-cuidado⁴³, entretanto, novos estudos se fazem necessários para que se possa melhor compreender os amplos motivos relacionados a esta variável como preditora de autocuidado.

A análise das variáveis terapêuticas demonstrou que aqueles pacientes que não recebem auxílio para tomar os medicamentos apresentaram melhor adesão ao tratamento. É possível que os indivíduos que não necessitam ser auxiliados ou lembrados quanto a horários e doses dos seus remédios possuam um melhor reconhecimento da importância do uso regular

dos medicamentos, ou ainda, apresentam uma melhor habilidade/capacidade para o autocuidado.

O conhecimento e compreensão do paciente sobre a doença e a importância da terapêutica são preditores positivos de adesão ao tratamento⁴⁴ e embora o conhecimento de forma isolada não assegure a adesão, os pacientes tendem a assumir melhor o compromisso se adquirirem um conhecimento mínimo sobre a doença e seu regime terapêutico¹⁰.

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,001$) também foram registradas entre o grupo de pacientes que afirmou ter deixado de tomar algum dos medicamentos prescritos e apontou o esquecimento como motivo. O esquecimento é um dos principais fatores associados à baixa adesão ao uso de medicamentos cardiovasculares, em geral⁴⁵. Estratégias como a separação dos medicamentos conforme dias da semana/horário ou a confecção de uma tabela com os nomes das drogas podem facilitar a tomada dos medicamentos e minimizar o efeito deste comportamento⁴⁶.

Neste estudo também foi avaliado o constructo SOC e sua relação com a adesão ao tratamento da IC. O SOC vem sendo considerado na área da saúde como abordagem diferenciada para avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde⁴⁷.

Na presente pesquisa, as menores médias do escore de avaliação do tratamento medicamentoso e, portanto, melhor adesão ao tratamento, esteve entre aqueles pacientes com maiores valores de SOC ($p < 0,001$). Foram evidenciadas também maiores médias do SOC no grupo de pacientes que apresentou adesão aos cuidados de restrição hídrica, salina, aferição do peso diário e prática de exercícios físicos.

Pessoas com maiores valores de SOC estariam mais propensas a fazer escolhas saudáveis referentes ao seu estilo de vida optando mais facilmente por hábitos alimentares saudáveis, práticas de exercícios físicos, realização de exames preventivos, entre outros⁴⁷. Os

resultados deste estudo reforçam que um maior SOC predispõe o indivíduo a valorizar a prática de cuidados que favorecem o estilo de vida saudável.

Um forte SOC exprime uma tendência maior de encontrar significado nos acontecimentos da vida, compreendê-los e gerenciá-los, permitindo ao indivíduo uma melhor capacidade de lidar com experiências adversas e manter a boa saúde⁴⁷. Altos valores de SOC estão associados a uma menor presença de sintomas depressivos e ansiedade⁴⁸, sendo que, em cardiopatas, há registros de maior apoio social⁴⁹, melhor bem-estar psicológico⁵⁰, melhora na qualidade de vida e na auto-estima⁵¹.

No Brasil o uso do constructo ainda é restrito em pesquisas que avaliem a sua relação com a adesão ao tratamento. Os resultados deste estudo confirmam o comportamento previsto pela teoria Salutogênica, visto que, pacientes com IC com maiores valores do SOC demonstraram melhores comportamentos de adesão e, portanto, maior tendência a escolhas de vida saudáveis.

O potencial do Senso de Coerência enquanto indicador de sistemas (sociedade) já foi descrito, tendo em vista que o SOC da população pode refletir as condições de saúde da sociedade ou determinado grupo⁵². Nesta pesquisa reafirma-se a relevância do uso do SOC na prática clínica como ferramenta para ajudar na identificação de indivíduos que, de maneira contrária, apresentaram menores valores do constructo e menor adesão ao tratamento. Estes pacientes necessitam de maior atenção no planejamento do seu cuidado, visando à promoção de estratégias que os auxiliem no enfrentamento de situações adversas⁵³.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou boa adesão ao tratamento medicamentoso e baixo índice de adesão à terapêutica não medicamentosa. Os preditores negativos de adesão ao tratamento medicamentoso foram: idade entre 50 e 59 anos, baixa escolaridade, necessitar de auxílio para lembrar doses e horários, esquecer de tomar o medicamento e baixos valores do SOC. Em

relação ao tratamento não medicamentoso, a baixa escolaridade e renda per capita, IC por etiologia chagásica e maior número de comorbidades influenciaram negativamente os resultados de adesão.

Assim, revela-se os preditores de não adesão ao tratamento para pacientes com IC. Salienta-se que este estudo desenvolveu-se em um centro brasileiro referência para as regiões Norte e Nordeste. Estas regiões concentram os mais graves problemas nos indicadores sociais do país e é importante que se considere que os problemas de ordem socioeconômica transformam a adesão ao tratamento em problema de magnitude ainda mais acentuada.

Este estudo aponta para a existência de um grupo que merece uma atenção diferenciada no planejamento do seu cuidado pelo enfermeiro que realiza o acompanhamento ambulatorial. É necessário que se instituem estratégias de educação em saúde envolvendo a equipe multidisciplinar, direcionadas a valorização, prescrição e realização dos cuidados não farmacológicos, em especial.

Além disso, a identificação dos fatores preditores de adesão permite que o enfermeiro conheça os pacientes com IC e identifique aqueles que estão mais vulneráveis a comportamentos de não adesão. Uma vez identificado, o enfermeiro poderá estabelecer uma rotina de acompanhamento com consultas com menor intervalo de tempo, visitas domiciliares e acompanhamento por telefone, por exemplo. Estas estratégias, aliadas a educação em saúde, contribuem para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e mudanças de comportamentos, de maneira a favorecer a adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso.

REFERÊNCIAS

1 Mansur AP, Favarato D. Mortality due to Cardiovascular Diseases in Brazil and in the Metropolitan Region of São Paulo: A 2011 Update. *Arq Bras Cardiol.* 2012; [online] ahead print:0-0.

- 2 Kannel WB. Incidence and epidemiology of heart failure. *Heart Fail Rev.* 2000;5(2):167-73.
- 3 Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(supl 3):1-65.
- 4 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. 2009.
- 5 Godoy HL, Silveira JA, Segalla E, Almeida DR. Hospitalização e mortalidade por insuficiência cardíaca em hospitais públicos no município de São Paulo. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 97(5):402-7.
- 6 Anunciação S. Estratégia diminui resistência ao tratamento da insuficiência cardíaca. *Jornal da Unicamp.* 2012 jul 2012.
- 7 Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO, Gonzalez SB. Impact of nursing systematic education on disease knowledge and self-care at a heart failure clinic in Brazil: prospective and interventional study. *Online Brazilian Journal of Nursing [internet].* 2007;6(3).
- 8 World Health Organization. WHO. Chronic diseases and health promotion. Geneva; 2011.
- 9 World Health Organization. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
- 10 Van Der Wal MHL, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17.
- 11 Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *Ann Intern Med.* 2006; 145:273-83.
- 12 Berben L, Bogert L, Leventhal ME, Fridlund B, Jaarsma T, Norekval TM et al. Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011; 10(1):14–21.
- 13 Oosterom-Calo R, van Ballegooijen AJ, Terwee CB, te Velde SJ, Brouwer IA, Jaarsma T, Brug J. Determinants of adherence to heart failure medication: a systematic literature review. *Heart Fail Rev.* 2013; 18:409–427.
- 14 Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2010; 31(2):225-31.
- 15 Brasil. Resolução 466/2012 de 13 de junho de 2013. Dispõe sobre os critérios de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Bioética; 2013.

- 16 Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento “Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale”. *Rev Latino-Am Enferm*; [em submissão].
- 17 Rabelo ER, Mantovani VM, Mello TS, Aliti G, Domingues FB, Orlandin L. Tradução, adaptação e validação de um questionário de conhecimento da doença e auto-cuidado para pacientes com insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93:181.
- 18 Bonanato K, Branco DBT, Mota JPD, Ramos-Jorge ML, Paiva SM; Pordeus IA, et al. Trans-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the ‘Sense of Coherence Scale’ in Mothers of Preschool Children. *R Interam Psicol*. 2009; 43(1):144-153.
- 19 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-report measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67-74.
- 20 Curcio R, Lima MHM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* atendido em serviço de atenção terciária. [Projeto de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq – Relatório Parcial]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2007.
- 21 Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética. [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2009.
- 22 Saccomann ICRS. Educação em saúde na adesão ao tratamento e na qualidade de vida em portadores de insuficiência cardíaca. [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2012.
- 23 Sardu C, Mereu A, Sotgiu A, Andrissi L, Jacobson MK, Contu P. Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio Demographic Patterns in an Italian Population. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012; 8:1-6.
- 24 Freire MCM, Sheiham A, Hardy R. Adolescents sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2001; 29(3):204-212.
- 25 Powell LH, Calvin JE, Richardson D, Janssen I, Leon CFM, Flyn K et al. Self-management counseling in patients with heart failure. *JAMA*. 2010. 304(12):1331-38.
- 26 Cintra FA, Sawaia BB. A significação do glaucoma e a mediação dos significados de velhice na perspectiva Vygotskiana: subsídios para a educação em saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2000; 34(4):339-46.
- 27 Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(supl 1):1-71.
- 28 Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM, et al. Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *JCard Fail*. 2010;16:475-539.

- 29 Van der Wal M, Jaarsma T. Nurse-led intervention can improve adherence to nonpharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study). *Eur J Cardiovas Nurs*. 2008;7(suppl 1):S41.
- 30 Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001; 30(4):294-301.
- 31 Evangelista LS, Shinnick MA. What do we know about adherence and selfcare? *J Cardiol Nurs*. 2008; 23(3):250-57.
- 32 Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung*. 2001;30:18-25.
- 33 Machado MMP. Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. [dissertação de mestrado]. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho; 2009.
- 34 Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Rev. Ciênc & Saúde Col*. 2003; 8(3):775-82.
- 35 Toh CT, Jackson B, Gascard DJ Manning AR, Tuck EJ. Barriers to Medication Adherence in Chronic Heart Failure Patients during Home Visits. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2010;40(1).
- 36 Dias, JCP. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Supl. 2): 43-59. 2000.
- 37 Dias JCP, Borges-Dias R. Aspectos sociais, econômicos e culturais da doença de Chagas. *Ciênc Cult* 1979; 31:105-24.
- 38 Nogueira PR, Rassi S, Corrêa Kde S. Epidemiological, clinical e therapeutic profile of heart failure in a tertiary hospital. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(3):392-8.
- 39 Dias JCP. A Doença de Chagas e seu Controle na América Latina. Uma análise de possibilidades. *Cad Saude Publica* 1993; 9:201-209.
40. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007;23Sup1:13-22.
41. Granger BB, Ekman I, Granger CB, et al. Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *Eur J Heart Fail*. 2009;11:1192-98.
42. Wu J, Moser DK, Chung FML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Cardiac Fail*. 2008;14(7):603-614.
43. Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & Lung*. 2004;33(6):345-53.

44. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo Não-Farmacológico de Pacientes Hospitalizados com Insuficiência Cardíaca em Hospital Universitário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2006; 87(3):317-23.
45. Shalansky S, Levy AR, Ignaszewski AP. Self-reported morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother*. 2004; 38:1363-8.
46. Wu J, Moser DK, Chung FML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Cardiac Fail*. 2008; 14(7):603-614.
47. Antonovsky A. *Unraveling mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
48. Kontinen H, Haukkala A, Uutela A. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Soc Sci Med*. 2008;66(12):2401-12.
49. Baigi A, Hildingh C, Viridhall H, Fridlund B. Sense of coherence as well as social support and network as perceived by patients with a suspected or manifest myocardial infarction: a short-term follow-up study. *Clin Rehabil*. 2008;22(7):646-52.
50. Drory Y, Kravetz S, Hirschberger G. Long-term mental health of men after a first acute myocardial infarction. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(3):352-59.
51. Dantas RAS, Motzer AS, Ciol M. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(7):745-55.
52. Lindström B, Eriksson M. Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(5):376-81.
53. Torрати FG, Góis CFL, Dantas RAS. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):739-44.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A adesão à terapêutica na doença crônica constitui um dos fundamentos para a promoção da saúde. Investigar ferramentas que possam contribuir na identificação de indivíduos que necessitam de uma atenção especial no planejamento de ações de promoção da saúde é uma atitude relevante frente a crescente preocupação com os fatores associadas a adesão ao tratamento. A revisão integrativa definiu o uso do constructo senso de coerência em duas perspectivas: decisões, escolhas e hábitos relacionados à saúde e capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde doença. Nos dois eixos, questões relativas à promoção da saúde foram colocadas e discutidas, reafirmando o uso do constructo nesta perspectiva.

O artigo original evidenciou que fatores socioeconômicos como idade entre 50 e 59 anos, baixa escolaridade e renda per capita, fatores relacionados à condição de saúde do indivíduo como a presença da etiologia chagásica, número elevado de comorbidades e o esquecimento, o fato de receber auxílio para lembrar doses e horários e baixos valores da variável senso de coerência influenciaram negativamente a adesão ao tratamento.

A avaliação do tratamento medicamentoso demonstrou bons resultados de adesão. Em contrapartida, observou-se alto percentual de não adesão aos cuidados não farmacológicos. Deve-se considerar que estes cuidados são gerenciados principalmente pelo enfermeiro, que desempenha um papel de destaque nas atribuições relativas à educação do paciente sobre a doença, autocuidado e importância do seguimento apropriado da terapêutica. É imprescindível que existam profissionais em número suficiente e qualitativamente capacitados, considerando que a implantação de estratégias que incentivem o autocuidado necessita fundamentalmente do acompanhamento do enfermeiro.

Este estudo evidencia importante lacuna a ser preenchida no que tange ao estabelecimento da consulta de enfermagem para os pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica acompanhados em ambulatório especializado. Reforça-se a necessidade de se instituir estratégias de educação em saúde que favoreçam o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e mudanças de comportamentos relacionados ao estilo de vida.

A identificação dos fatores relacionados à adesão foi fundamental para permitir o desenvolvimento futuro de programas ou estratégias de educação em saúde atrelados ao conhecimento da realidade. Além de identificar os fatores que facilitam a adesão, evidenciou-se fatores que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos e favorecem a não adesão.

Deve-se considerar também a magnitude do problema das doenças negligenciadas, que não apenas prevalecem em condições de pobreza mas contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade social. A principal causa de IC apontada neste estudo foi a doença de Chagas, que atinge particularmente populações marginalizadas. O enfermeiro exerce papel fundamental na superação das barreiras para a adesão ao tratamento, sejam elas relacionadas à condição socioeconômica, ao indivíduo ou a própria doença.

Muitas questões foram levantadas e discutidas em relação aos fatores que interferem na adesão ao tratamento e diversas opções de análise foram observadas e pouco exploradas pela escassez de tempo e pela necessidade de se deter aos objetivos da pesquisa. Desta forma, recomenda-se para futuros trabalhos explorar a variável senso de coerência como preditora de comportamentos saudáveis na perspectiva da adesão ao tratamento na IC e investigar o impacto da instituição da consulta de enfermagem no ambulatório da Casa de Chagas, visando melhorar os resultados de adesão aos cuidados não farmacológicos, incluindo, o seguimento das orientações médicas relativas a doses e horários dos medicamentos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(1 supl. 1):1-33.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino-americana para Avaliação e Conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(supl 3):s1-s48.
3. Barretto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(5):335-41.
4. Rohde LE, Clausell N, Ribeiro JP, Goldraich I, Netto R, William Dec G, et al. Health outcomes in decompensated congestive heart failure: a comparison of tertiary hospitals in Brazil and United States. *Int J Cardiol*. 2005;102:71-7.
5. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativvol OS, Seguro LFBC, Ferreira SMA, et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(6):433-40.
6. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence in elderly with heart failure. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11):2705-15.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(supl 1):1-71.
8. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009;119(23):3028-35.
9. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapy: Evidence for Action. 2003.
10. Villacorta H, Guimarães MAP, Mesquita ET. Clínicas de insuficiência cardíaca: tratamento e prevenção focados na educação do paciente. *Rev Bras Cardio*. 2000;2(6).
11. Benner P. De iniciado a perito.2000. Coimbra: Quarteto Editora.
12. Heart Failure Society of America. Executive summary: HFSA 2006 Comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail*. 2006;12(1):10-38.
13. Villacorta H, Rocha N, Cardoso R et al. Evolução intra-hospitalar e seguimento pós-alta de pacientes idosos atendidos com insuficiência cardíaca congestiva na unidade de emergência. *Arq Bras Cardiol* 1998; 70: 167-71
14. Ghali JK, Kadakia S, Cooper R, Ferlinz J. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure: traits among urban blacks. *Arch Intern Med* 1988;148:2013-6.

15. Vinson JM, Rich MW, Sperry JC, Shah AS, Mc Namara T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:1290-5.
16. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen YC, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*. 2008; 37(1):8-16.
17. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo Não-Farmacológico de Pacientes Hospitalizados com Insuficiência Cardíaca em Hospital Universitário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2006; 87(3):317-23.
18. Machado MMP. Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. [dissertação de mestrado]. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Portugal, 2009.
19. Antonovsky A. Unraveling mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
20. Torratsi FG, Góis CFL, Dantas RAS. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):739-44.
21. Khatib R. Diuretics in heart failure part 1: pharmacology and mechanisms. *British J Cardiac Nurs*. 2008; 3(7):310-14.
22. Aronow WS. Epidemiology, pathophysiology, prognosis, and treatment of systolic and diastolic heart failure in elderly patients. *Heart Dis*. 2003; 5(4): 279-94.
23. Knobel E. Conduitas no paciente grave. 2006. 3ª Ed. Editora Atheneu
24. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Bruna O. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e porquê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 15(1):165-70.
25. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39:83-9.
26. Rocha CH, Oliveira AP, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza AC, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13 Supl:703-10.
27. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics – 2008 update. Dallas, Tex; American Heart Association, 2008.
28. Cleland JGF, Swedberg K, Follath F, Komajdad M.,Cohen-Solale A, Aguilarf JC, et al. Failure survey programme - a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe -Part 1: patient characteristics and diagnosis. *European Heart Journal*. 2003, 24(5):442–63.

29. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica* 1997; 31(8):184-200.
30. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saude Publica* 1999; 33(5):437-444.
31. Bernstein LR, Folkman S, Lazarus RS. Character-ization of the use and misuse of medications by an elderly, ambulatory population. *Medical Care*. 1989; 27(6):654-663.
32. Brawley LR, Culos-Reed SN. Studying adherence to therapeutic regimens. *Control Clin Trials*. 2000; 21(5):156-163.
33. Firmo JAO, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto Bam-buí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(4):1029-1040.
34. Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Chaves ES, Araújo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enf USP*. 2005; 39(2):181-188.
35. Vasconcelos FF, Victor JF, Moreira TMM, Araújo TL. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(2):78-83
36. Fanarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghiad M, Greenberg BH, et al. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes. *Arch Intern Med*. 2008; 168(8): 847-54
37. Rabelo ER, Aliti GB, Linch GFC, Sauer JM, Mello ANFS, Martins SM, et al. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico - EMBRACE*. *Acta Paul Enf*. 2012; 25(5).
38. Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, Mclaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *Ann Intern Med*. 2006;145:273-83
39. Van Der Wal MHL, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail*. 2005;7(1):5-17.
40. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Rev. Ciênc & Saúde Col*.
41. Simpson SH, Farris KB, Johnson JA, Tsuyuki RT. Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy*. 2000; 20:823-9.
42. Jaarsma T, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Halfens R. Self-care behaviour of patients with heart failure. *J Caring Sci*. 2000; 14:112-9.
43. Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur Heart J*. 2005.7:363-9.

44. O Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID. Quality of life of individuals with heart failure. A randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Med Care*. 2002;40:271-82.
45. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39:83-9.
46. Ledwidge M, Ryan E, O'Loughlin C, Ryder M, Travers B, Kieran E, et al. Heart failure care in a hospital unit: a comparison of standard 3-month and extended 6-month programs. *Eur J H Fail*. 2005;7:385-91.
47. Shively M, Kodiath M, Smith TL, Kelly A, Bone P, Fetterly L, et al. Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2005;58:27-34.
48. Saccomann ICRS. Educação em saúde na adesão ao tratamento e na qualidade de vida em portadores de insuficiência cardíaca. [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2012.
49. Antonovsky A. Unraveling mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
50. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:440-442.
51. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community dent. oral epidemiol*. 2002; 30(4)241-7.
52. Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Barbabela D, Allison PJ. Relationship between mother's sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Research*. 2009; 43(2)103-9.
53. Sardu C, Mereu A, Sotgiu A, Andrissi L, Jacobson MK, Contu P. Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio Demographic Patterns in an Italian Population. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012; 8:1-6.
54. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-report measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67-74.
55. Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. 115p. [Tese livre-docência em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
56. Freire MCM, Sheiham A, Hardy R. Adolescents sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2001; 29(3):204-212

57. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Sot Sri Med.* 1993; 36(6):725-33.
58. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale –a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59(6):460-6.
59. Bonanato K, Branco DBT, Mota JPD, Ramos-Jorge ML, Paiva SM; Pordeus IA, et al. Trans-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the ‘Sense of Coherence Scale’ in Mothers of Preschool Children. *R Interam Psicol.* 2009; 43(1):144-153.
60. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996; 11:11-8.
61. Eriksson M, Lindström B. Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60(5)376-81.
62. Benefield LE. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Health Nurse.* 2003; 21(12):804-11.
- 63 Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37(4):43-50
- 64 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem métodos. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
- 65 Critical Appraisal Skills Programme. Milton Keynes Primary Care Trust. 2002.
- 66 Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 2002. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 596 p.
- 67 Lima FMC, Barreto MS. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2003; 12(4): 189-201.
- 68 Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2010;31(2):225-31.
- 69 Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento “Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale”. *Rev Latino-Am Enferm;* [em submissão].
- 70 Curcio R, Lima MHM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* atendido em serviço de atenção terciária. [Projeto de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq – Relatório Parcial]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2007.
- 71 Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética. [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2009.

72 Saccomann ICRS. Educação em saúde na adesão ao tratamento e na qualidade de vida em portadores de insuficiência cardíaca. [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2012.

73 Rabelo ER, Mantovani VM, Mello TS, Aliti G, Do-ningues FB, Orlandin L. Tradução, adaptação e validação de um questionário de conhecimento da doença e auto-cuidado para pacientes com insuficiência cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2009; 93:181.

74 Brasil. Resolução 466/2012 de 13 de junho de 2013. Dispõe sobre os critérios de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Bioética; 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A — CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E TERAPÊUTICA

DATA ___/___/___

I - Identificação

Nome do paciente: _____ Serviço Especializado: _____
Data da entrada no programa: ___/___/___

II. Perfil sociodemográfico

Idade: 1- () < 40 anos. 2- () 40 – 59 anos. 3 - () 60 – 70 anos. 4 - () > 70 anos.
Sexo: 1 - () Masc. 2- () Fem.
Cor: 1- () Branca 2- () Preta 3- () Mista
Estado Civil: 1- () Com companheiro 2- () Sem companheiro
Ocupação: 1- () Trabalha 2- () Não trabalha 3- () Aposentado
Escolaridade : 0- () Analfabeto 1- () Ensino Fundamental 2- () Ensino médio 3 () Ensino superior
Com quem você mora? 1- () Sozinho 2- () Com companheiro 3- () Família 4- () Cuidador
Qual a renda da família? _____

III. Caracterização clínica

Etiologia da IC: 1- () Isquêmica 2- () Valvular 3- () Reumática 4- () Chagásica 5- () Hipertensiva 6- () Idiopática 7- () Não identificado/desconhece 8- () Outras
Classe Funcional (NYHA):
1 - () I: Ausência de dispnéia
2 - () II: Dispnéia durante esforço cotidiano
3 - () III: Dispnéia aos mínimos esforços
4 - () IV: Dispnéia em repouso
Você apresenta algum destes sintomas:
Fadiga: 1- () Sim 2- () Não
Dispnéia: 1- () Sim 2- () Não
Congestão pulmonar (tosse) ou periférica (edema): 1- () Sim 2- () Não
Fatores de risco e co-morbidades:
Hipertensão 1- () Sim 2- () Não DM 1- () Sim 2- () Não
DPOC 1- () Sim 2- () Não Sedentarismo 1- () Sim 2- () Não
Depressão 1- () Sim 2- () Não Tabagismo 1- () Sim 2- () Não
Elitismo 1- () Sim 2- () Não
Número de hospitalizações nos últimos 6 meses: _____

III. Informações relativas à terapêutica

Quantos tipos de remédios você toma, por dia?
1- () Menos que 3 2- () Entre 3 e 6 3- () Mais que 6
Quem auxilia você a tomar seus remédios e demais cuidados?
1- () Ninguém 2- () Meu companheiro(a)/filhos 3- () Vizinho/amigo/cuidador
Como você consegue seus remédios?
1- () Compro todos na farmácia
2- () Recebo todos no posto de saúde
3- () Compro alguns e recebo outros no posto
4- () Ganho de familiares, amigos, vizinhos ou outros.

Ultimamente você tem deixado de tomar algum dos remédios prescritos? 1- () Sim 2- () Não
Por qual motivo?

- Nenhum
- Esquecimento
- Problema Financeiro
- Achava que não precisava tanto
- Terminou e não deu tempo comprar
- Estava fazendo mal
- Outros _____

APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor(a) para participar como voluntário da pesquisa **FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**, que está sob responsabilidade da pesquisadora Patrícia Fernandes Meireles (Rua Prof. Arthur de Sá, 140. Cidade Universitária. CEP 50740-5. e-mail: patmeireles85@gmail.com Cel: 81 8878 0670) e sob orientação da professora Luciane Lima Soares (e-mail: luciane.lima@globo.com Cel. 81 9700 9779).

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

O objetivo deste estudo é avaliar os fatores que interferem ou influenciam na adesão ao tratamento. Caso aceite participar, nós iremos fazer algumas perguntas sobre sua vida e seu estado de saúde. As suas respostas serão registradas em um questionário. Esta pesquisa oferece apenas um risco mínimo de constrangimento ao responder as questões relativas à sua vida, seus hábitos e sua individualidade. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos no seu atendimento. A sua participação na pesquisa não lhe trará benefício diretos, mas poderá ajudar outras pessoas que apresentam o mesmo problema de saúde. Os resultados desse estudo ajudarão a melhorar a condução das estratégias terapêuticas nas pessoas com insuficiência cardíaca. Todos os seus dados de identificação serão confidenciais e as fichas das entrevistas ficarão guardadas em pastas por no mínimo 5 anos sob responsabilidade do pesquisador principal.

Dúvidas relacionadas aos aspectos éticos procurar o Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126 8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Recife, ___/___/___

(Nome e assinatura do participante ou responsável legal)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha 1 _____ Testemunha 2 _____

ANEXO A – Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Questões	Considerações	Respostas
1) Objetivo está claro e justificado?	<input type="checkbox"/> explica objetivo <input type="checkbox"/> explica relevância do estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	<input type="checkbox"/> há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3) os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> há justificativa da escolha do referencial, método <input type="checkbox"/> explica os procedimentos metodológicos Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	<input type="checkbox"/> explica os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo. Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5) A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> explica a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal ...) <input type="checkbox"/> explica o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> o examinador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7) os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	<input type="checkbox"/> há menção de aprovação por comitê de ética <input type="checkbox"/> há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> explica o processo de análise <input type="checkbox"/> explica como as categorias de análise foram identificadas <input type="checkbox"/> os resultados refletem os achados Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com prioridade?	<input type="checkbox"/> explica os resultados <input type="checkbox"/> dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10) qual o valor da pesquisa?	<input type="checkbox"/> explica a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) <input type="checkbox"/> indica novas questões de pesquisa Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

ANEXO B — ESCALA DE ADESÃO DE MORISKY*

Considerando os remédios que você toma para o tratamento da sua doença:

<p>1. Você se esquece de tomar seu(s) remédio(s)?</p> <p>(1) Nunca (2) Algumas vezes no mês (3) 1 a 2 vezes na semana</p> <p>(4) 3 ou mais vezes na semana (5) Diariamente</p>
<p>2. Você é descuidado no que se refere a tomar seu (s) remédio (s)?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes no mês</p> <p>(4) Algumas vezes na semana (5) Sempre</p>
<p>3. Quando você se sente melhor, você pára de tomar seu(s) remédio (s)?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Sempre</p>
<p>4. Quando você se sente pior ao tomar algum remédio, você pára de tomá-lo?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Sempre</p>

Escore total = _____

* Fonte: Bloch KV, Melo NA, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. Cad Saúde Pública. 2008;24(12):2979-84

**ANEXO C — QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO DA DOENÇA E
AUTOCUIDADO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA***

AVALIAÇÃO DO MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Intervenções: restrição hídrica, restrição salina, realização de peso diário e exercício físico.

Você faz controle da ingestão de líquidos?

SIM 1 () NÃO 0 ()

Você faz controle do consumo de sal?

SIM 1 () NÃO 0 ()

Você se pesa diariamente?

SIM 1 () NÃO 0 ()

Você realiza atividade física com duração de 1 hora por pelo menos 3 vezes na semana?

SIM 1 () NÃO 0 ()

Escore 0 a 2: Não aderente.

Escore 3 a 4: Aderente

*Fonte: Rabelo ER, Mantovani VM, Mello TS, Aliti G, Do-ningues FB, Orlandin L. Tradução, adaptação e validação de um questionário de conhecimento da doença e auto-cuidado para pacientes com insuficiência cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2009; 93:181.

**ANEXO D — ESCALA DE SENSO DE COERÊNCIA (SOC-13) - QUESTIONÁRIO
ADAPTADO***

Nome:			
Idade:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino

As perguntas a seguir são muito importantes, pois falam de você, suas idéias e sentimentos, o que é muito importante neste estudo. Aqui estão 13 perguntas sobre vários aspectos da sua vida. Cada pergunta tem cinco respostas possíveis. Marque com um X a opção que melhor expresse a sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Dê apenas uma única resposta em cada pergunta, por favor.

		Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
01	Aquilo que você faz diariamente é:					
		Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos
02	Até hoje a sua vida tem sido:					

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
03	Você tem interesse pelo que passa ao seu redor?					
04	Você acha que você é tratado (a) com injustiça?					
05	Você tem idéias e sentimentos confusos?					
06	Você acha que as coisas que você faz na sua vida têm pouco sentido?					
07	Já lhe aconteceu ter ficado desapontado(a) com pessoas em quem você confiava?					
08	Você tem sentimentos que gostaria de não ter?					
09	Você tem dúvida se pode controlar seus sentimentos?					
10	Já lhe aconteceu de ficar surpreendido(a) com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?					

11	Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassado(a)?					
12	Você sente que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?					

		Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
13	As vezes acontecem coisas na vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que a importância:					

*Fonte: Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT, Ramos JML, Kaepfle KC, Paiva SM. Transcultural adaptation and psychometric properties of the sense of coherence scale of preschool children. Rev Inter Psicol. 2009; 43 (1):407-16.

ANEXO E — APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESAO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Pesquisador: Patrícia Fernandes Meireles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15900313.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 325.131

Data da Relatoria: 03/07/2013

Apresentação do Projeto:

A Insuficiência cardíaca (IC) representa um desafio clínico na área de saúde pública e, apesar de todos os avanços relacionados à terapêutica e investimentos no manejo não farmacológico dos pacientes por ela acometidos, os estudos não demonstram melhoras nos índices de morbidade e mortalidade, assim como, nas taxas de re-hospitalizações. A má adesão ao regime terapêutico e o uso inadequado das medicações constituem a causa mais frequente de descompensação, internações e complicações. A IC envolve tratamento medicamentoso e mudanças de hábitos físicos e alimentares que implicam em uma mudança de estilo de vida muitas vezes radical, dificultando a adesão ao tratamento.

A IC é uma síndrome crônica, debilitante e que raramente ocorre de forma isolada. O profissional de saúde envolvido nesse processo deve atentar para a capacidade do indivíduo de lidar com o estresse vivenciado pelo adoecimento, considerando as consequências que podem acometê-lo nesse período. Nessa perspectiva, um dos constructos que tem sido estudado quando se investiga a capacidade de enfrentamento ao estresse é o Senso de Coerência, conceito chave da Teoria Salutogênica, o qual se propõe a investigar porque certos indivíduos permanecem bem mesmo após terem vivido graves situações de estresse. Em revisão integrativa sobre a perspectiva do uso

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 325.131

do Senso de Coerência (SC) constatou-se que o constructo vem sendo utilizado em estudos que abordam a promoção da saúde e seu uso está ancorado em dois eixos temáticos: Escolhas e Hábitos Relacionados à Saúde e Capacidade de enfrentamento e gerenciamento no processo saúde/doença.

A pesquisa adotou como pergunta condutora "quais fatores interferem na adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) em pacientes portadores de IC?" Para tanto, a pesquisadora optou por um estudo do tipo descritivo, analítico, de corte transversal e abordagem quantitativa.

A coleta de dados será efetuada por meio de entrevista individual investigando as características sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica, à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e aos valores do Senso de Coerência dos sujeitos da pesquisa. A análise dos dados será descritiva e inferencial, através de estatística descritiva e métodos estatísticos bivariados e multivariados. A discussão dos resultados será fundamentada pela Teoria Salutogênica e pesquisas nacionais e internacionais que abordem os fatores preditivos de adesão ao tratamento, de modo que se estabeleça uma interligação entre teoria, prática e pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem por objetivo geral avaliar os fatores que interferem na adesão ao tratamento de pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca e, por objetivos específicos: 1) verificar os valores do SC em cardiopatas; 2) avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso; 3) avaliar a adesão ao tratamento não medicamentoso; 4) verificar a relação entre os valores do SC e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso; 5) verificar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso; 6) verificar a relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso; 7) verificar a relação entre as variáveis terapêuticas e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa oferecerá risco mínimo relacionado apenas à possibilidade de constrangimento por parte dos indivíduos entrevistados ao responder perguntas relativas à sua vida e seus hábitos.

Como benefício, a pesquisa permitirá um diagnóstico situacional que poderá indicar importantes contribuições para favorecer as estratégias dos serviços de saúde na melhoria dos padrões

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: ospccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 325.131

estatísticos relacionados à IC. A partir da identificação daqueles pacientes que necessitam de atenção maior no seu seguimento, espera-se que os resultados deste estudo possam oferecer subsídios para se traçar estratégias de enfrentamento dentro da perspectiva da educação em saúde que minimizem as dificuldades dos pacientes para aderir ao tratamento, possibilitando desenvolver ações de educação em saúde visando à melhora da adesão ao seu tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa a ser desenvolvida como dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, cuja importância (do SC) já foi confirmada pela Organização Mundial de Saúde quando o inseriu nas grandes linhas mestras orientadoras das macro-políticas da promoção da saúde. Considera-se que, também, já foi constatada sua importância no âmbito da reabilitação de indivíduos em diferentes condições crônicas de saúde.

A Teoria Salutogênica de Aaron Antonovsky tem sido considerada na literatura da área da saúde como uma nova abordagem para a avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos, como idosos, adolescentes, gestantes e crianças. O autor traz como proposta investigar como e porque certos indivíduos permanecem bem mesmo após terem vivido situações de estresse intenso, ampliando a discussão sobre a relação entre estresse e estratégias de coping. O conceito central do novo modelo proposto é denominado pelo autor de senso de coerência (SC) o qual foi formulado como o âmago da resposta para a questão Salutogênica. Ele é composto teoricamente por três componentes: compreensão, manejo e significado. Os três componentes atuam conjuntamente permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores presentes na vida cotidiana.

No que se refere à reabilitação cardíaca, um forte SC durante a reabilitação da doença cardíaca ou do tratamento cirúrgico, poderia se manifestar em um sentimento dinâmico de confiança em sua habilidade para: 1) ordenar as variações advindas com a instabilidade da trajetória da doença crônica; 2) adaptar-se a sua nova condição, física e psicológica; 3) ter motivação necessária para retomar a sua vida, na medida em que for possível, e de minimizar o impacto da doença cardíaca sobre sua família; e 4) engajar-se em atividades que sejam significantes para a sua nova condição de ter doença crônica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados à Plataforma Brasil

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepeccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 325.131

Recomendações:

Rever ortografia e corrigir o nome da coordenadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 04 de Julho de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: ospeccs@ufpe.br

ANEXO F — Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).
9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de "maturidade do PSF" 11 ...
ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 23 de maio de 2013

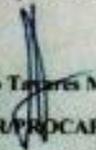
Ao
Comitê de Ética em Pesquisas
CEP-HUOC/PROCAPE

Autorizo a execução da pesquisa *Fatores que influenciam a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca*, por Patrícia Fernandes Meireles, no Ambulatório de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca/PROCAPE, sob a orientação do prof. Wilson de Oliveira Jr. e acompanhamento da Unidade de Pós-Graduação e Pesquisa-UPGP/PROCAPE.

O projeto de pesquisa foi, anteriormente, avaliado em seus conteúdos metodológico e científico e **APROVADO** por um pesquisador do PROCAPE.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados na pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para o seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS. No caso do não cumprimento dessas determinações, terei a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

A pesquisadora se compromete a – após o término da pesquisa – entregar à UPGP e ao Ambulatório uma cópia dos resultados obtidos. Compromete-se, também, a citar o nome da Instituição quando da elaboração de artigos ou apresentação de trabalhos em eventos científicos.


Dr. Sérgio Tavares Montenegro
DIRETOR PROCAPE

Dr. Sérgio Tavares Montenegro
Diretor
Pronto-Socorro Cardiológico
Hospital de PE - PROCAPE

Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Prof. Luiz Tavares-PROCAPE
Rua dos Palmares, 262 – Santo Amaro 50100-060 – Recife-PE – Fone: 81 3181.7100 (PABX)

ANEXO H — NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Journal of Cardiovascular Nursing

Author Guide

Purpose of the Journal

The primary objective of *The Journal of Cardiovascular Nursing* (JCN) is to foster expert, evidence-based clinical practice of cardiovascular nurses by publishing outstanding clinically relevant cardiovascular research, and state-of-the art, systematic reviews of the cardiovascular research literature. Issues address the physiological, psychological, and social responses of cardiovascular patients and families in a variety of environments.

Publication Policy

JCN publishes both unsolicited articles (research reports, brief reports, systematic reviews of the literature, instrument development papers, and articles on innovations in practice) on any cardiovascular topic, and invited articles on planned topics. We publish Brief Reports, which are shorter versions of research articles and which can include pilot or preliminary results, negative findings, descriptions of study designs (and which can include baseline participant characteristics), and descriptions of unique clinical trial or intervention study methods.

Authors are encouraged to submit (1) original research articles and brief reports; (2) analytical, systematic reviews that codify existing knowledge; (3) instrument development papers and testing of the psychometric properties of new or existing instruments; (4) clinical articles that synthesize information in a specific area or guide the practice of specialists in the field; and (5) articles describing innovations in practice. The decision to accept or reject an article will be based on the judgment of peer reviewers and the editors.

Manuscript Submission

Online manuscript submission: All manuscripts must be submitted online through the Web site at <http://jcn.edmgr.com/>. **First-time users:** Please click the Register button from the menu on the Web site and enter the requested information. After successful registration, you will be sent an e-mail indicating your user name and password. *Note:* If you have received an e-mail from us with an assigned user ID and password, or if you are a repeat user, do not register again, just log in. Once you have an assigned ID and password, you do not have to reregister, even if your status changes (i.e., author or reviewer). **Authors:** Please click the *Log-In* button from the menu at the top of the page and log in to the system as an author. Submit your manuscript online according to the author instructions. You will be able to track the progress of your manuscript through the system. If you experience any problems, please contact the JCN Editorial Manager, Jeanine Vezie at jdvezi2@email.uky.edu.

No Special Formatting Required for Manuscripts Prior to Acceptance.

In order to increase ease of submission, JCN has moved to allowing authors to submit manuscripts without following our reference and other format guidelines until the manuscript is accepted for publication. We all have experienced the frustration of formatting a manuscript according to specific journal guidelines, only to have to reformat it if it is not accepted for publication in that journal. Thus, when submitting a manuscript for review, you need not follow the specific guidelines.

AUTHOR'S MANUSCRIPT CHECKLIST FOR SUBMISSION TO JCN ONCE THE MANUSCRIPT IS ACCEPTED FOR PUBLICATION

The manuscript preparation guidelines below must be followed carefully once the manuscript is accepted for publication. We are sorry, but your manuscript will be returned to you if instructions are not followed, thus, delaying the process.

- The word limit for manuscripts (other than brief reports) submitted to JCN is 4000 words for the text only. The word limit does not include the title page, abstract, references, tables, or figures.
- Manuscripts must be prepared in accordance with the style guidelines of the 10th edition of the AMA Manual of Style.
- Please take care to prepare your references in the correct format (examples shown below).
- Please be sure to number each page of the manuscript.
- Manuscripts must be created on IBM-compatible (PC) equipment using Windows 95 or higher operating system. Our preferred software **is Microsoft Word**.
- Manuscripts should be **entirely** double spaced (including quotations, abstract, lists, and references, footnotes, figure captions, and all parts of tables). Leave 1" margins throughout. Minimize creative formatting and avoid varying spacing between headings and paragraphs.
- Manuscripts should be ordered as follows: title page, abstract, text, references, summary and implications (see below for description of this element), tables, figure legends and any figures.
- If English is not your first language, has this manuscript been reviewed by a native English speaker? If not, you may want to use Chapter Editing at www.chapterediting.org, Scientific-Editor at www.scientific-editor.com or Journal Consortium at articles@journalsconsortium.org.

JCN or WK/LWW do not have an affiliation with these companies. These resources are offered only as a suggestion.

- Brief Reports guidelines:
 - Brief reports are shorter versions of regular articles and are dedicated to research reports.
 - The brief report can be used to report one of the following types of research manuscripts: 1) pilot studies or preliminary results; 2) negative research reports; 3) descriptions of study designs or unique methods used in clinical trials, large observational or epidemiological studies, or intervention studies (can include baseline sample characteristics).
 - Brief reports can be no more than 2500 words, excluding title page, table, figure and references.
 - Brief reports must include a structured abstract of 150 words or less. Only 1 table, 1 figure and 30 or fewer references can be included in a brief report.

Manuscript Contents

Each manuscript **must** include the following:

- Title page including (1) title of the article, (2) author names (with highest academic degrees) and affiliations (including titles, departments, and name and location of institutions of primary employment), (3) **corresponding author's name and complete address including email, phone and FAX numbers**, (4) any acknowledgments, credits, or disclaimers, including funding sources and conflicts of interest, and (5) number of words in the text; number of tables and figures.
- Please do not use abbreviations in the title or any headers on your manuscript.
- Abstract of **300 words** (150 words for brief reports) or fewer describing the main points of the article. If it is a research article or brief report, prepare a structured abstract with the following headings: (1) background; (2) objective; (3) methods; (4) results; and (5) conclusions. If the article is not a research article, please prepare a **structured** abstract with the following headings: (1) background; (2) purpose; (3) conclusions; and (4) clinical implications.
- Keywords: Also include 3 to 5 key words that describe the contents of the article. To identify key words that help readers find your article, look in the *National Library of Medicine's Medical Subject Headings* (MeSH). It is essential that your keywords are compatible with MeSH.
- Each *research article* or *review of the literature* must include a table entitled, "What's New?" that includes in bullet point form (2-3 bullets only) a summary of the findings with implications for practice.

Place this section on a separate page after the references. Use this section to address the “so what?” of your findings. *All other types of articles* must include a table entitled “Clinical Pearls” that includes in bullet point form (2-3 bullets only) a summary of the important clinical points of the article.

- Only submit manuscripts that are not under consideration elsewhere. We do not require that you submit the COPYRIGHT TRANSFER FORM (authorship responsibility, disclosure, and copyright transfer form) **until** after your manuscript is accepted for publication. Once your manuscript is accepted for publication, you must submit the COPYRIGHT TRANSFER FORM. Each person listed as an author must submit, complete each section entirely, and sign the form. THE FORM FOR EACH AUTHOR MUST BE SUBMITTED ELECTRONICALLY ONLY AFTER YOUR MANUSCRIPT IS ACCEPTED FOR PUBLICATION. FAILURE TO SUBMIT THE FORM WHEN REQUESTED WILL DELAY PUBLICATION OF YOUR MANUSCRIPT. The author submitting the manuscript must thoroughly check each section of each form submitted for completeness.
- **Each person listed as an author should be thoroughly familiar with the substance of the final manuscript and be able to defend its conclusions.**
- **ACKNOWLEDGEMENTS, DISCLOSURES, and CONFLICTS OF INTEREST: Persons who make subsidiary contributions may be listed in an "Acknowledgments" on the Title Page only. If you wish to make a statement regarding disclosures or conflicts of interest, you must also put these only on the Title Page.**
- **Word limit: There is a word limit of 4000 words (text only) for all manuscripts except Brief Reports, which must be 2500 words (text only) or less.**
- Written permission, including complete source, for any borrowed text, tables, or figures submitted by mail or fax (form attached to the end of this file).
- Cover letter: We do not require a cover letter.
- When attaching manuscript items, you must be sure to load manuscript items (i.e., title page, copyright transfer form, manuscript without author information, etc.) into the correct folder using the drop down list.

Conflicts of Interest

Authors must state all possible conflicts of interest on the title page, including financial, consultant, institutional and other relationships that might lead to bias or a conflict of interest. If there is no conflict of interest, this should also be explicitly stated as none declared. All sources of funding should be acknowledged on the title page. All relevant conflicts of interest and sources of funding should be included on the title page of the manuscript with the heading “Conflicts of Interest and Source of Funding:”. For example:

Conflicts of Interest and Source of Funding: A has received honoraria from Company Z. B is currently receiving a grant (#12345) from Organization Y, and is on the speaker’s bureau for Organization X – the CME organizers for Company A. For the remaining authors none were declared.

In addition, each author must complete and submit the journal’s copyright transfer agreement, which includes a section on the disclosure of potential conflicts of interest based on the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors, “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (www.icmje.org/update.html). The form is readily available on the manuscript submission page <http://www.editorialmanager.com/jcn/> and can be completed and submitted electronically. Please note that authors may sign the copyright transfer agreement form electronically. For additional information about electronically signing this form, go to <http://links.lww.com/ZUAT/A106>.

References

- References must be cited in text and styled in the reference list according to the *American Medical Association Manual of Style*, Ed. 10.
- References should be included on a separate page at the end of the article and should be completely double-spaced.

- References should be numbered consecutively in the order they are cited; if a reference is cited more than once, use the original reference number. Cite personal communications in text only and give source, date, and type of communication. Do not use footnotes, except in tables.
- Page numbers should appear with the text citation following a specific quote.
- Examples of correctly styled reference entries:

Journals: Using the punctuation indicated below, include the following items: author, article title, journal, year, volume, issue number in parentheses following the volume number (this element is new with the 10th edition of the AMA guidelines), and inclusive pages. Always give the volume number and the issue number. Abbreviate journal titles per the List of Journals Indexed for Medline, which can be found on the National Library of Medicine website or here: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

For six or fewer authors, list all authors.

Doe JS, Lister FG, Lise JK, Kellert JL. Allied medical education. *JAMA*. 1975; 23(3):170–184.

For more than six authors, list the first three followed by et al.

Doe JS, Justin MN, Gum KL, et al. Drug use during high school. *Am J Public Health*. 1976;64(1):12–22.

Reference to an Entire Book: Author, book title, place of publication, publisher, year.

Farber SD, Ball WD. *Neurorehabilitation: A Multisensory Approach*. Philadelphia, Pa: Saunders; 1982.

Chapter in an Edited Book:

Winawar S, Lipkin M. Proliferative abnormalities in the gastrointestinal tract. In: Card WI, Creamer B, eds. *Modern Trends in Gastroenterology*. 4th ed. London, England: Butterworth & Co; 1970.

Figures:

A) Creating Digital Artwork

1. Learn about the publication requirements for Digital Artwork: <http://links.lww.com/ES/A42>
2. Create, Scan and Save your artwork and compare your final figure to the Digital Artwork Guideline Checklist (below).
3. Upload each figure to Editorial Manager in conjunction with your manuscript text and tables.

B) Digital Artwork Guideline Checklist

Here are the basics to have in place before submitting your digital artwork:

- Artwork should be saved as TIFF, EPS, or MS Office (DOC, PPT, XLS) files. High resolution PDF files are also acceptable.
- Crop out any white or black space surrounding the image.
- Diagrams, drawings, graphs, and other line art must be vector or saved at a resolution of at least 1200 dpi. If created in an MS Office program, send the native (DOC, PPT, XLS) file.
- Photographs, radiographs and other halftone images must be saved at a resolution of at least 300 dpi.
- Photographs and radiographs with text must be saved as postscript or at a resolution of at least 600 dpi.
- Each figure must be saved and submitted as a separate file. Figures should not be embedded in the manuscript text file.

Remember:

- Cite figures consecutively in your manuscript.
- Number figures in the figure legend in the order in which they are discussed.

- Upload figures consecutively to the Editorial Manager web site and enter figure numbers consecutively in the Description field when uploading the files.

Supplemental Digital Content

Authors may submit Supplemental Digital Content (SDC) via Editorial Manager to LWW journals that enhance their article's text to be considered for online posting. SDC may include standard media such as text documents, graphs, audio, video, and the like. On the **Attach Files** page of the submission process, please select **Supplemental Audio, Video, or Data** for your uploaded file as the **Submission Item**. If an article with SDC is accepted, our production staff will create a URL with the SDC file. The URL will be placed in the call-out within the article. SDC files are not copy-edited by LWW staff, they will be presented digitally as submitted. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

SDC Call-Outs

Supplemental Digital Content must be cited consecutively in the text of the submitted manuscript. Citations should include the type of material submitted (Audio, Figure, Table, etc.), be clearly labeled as "Supplemental Digital Content," include the sequential list number, and provide a description of the supplemental content. All descriptive text should be included in the call-out as it will not appear elsewhere in the article.

Example:

We performed many tests on the degrees of flexibility in the elbow (see Video, Supplemental Digital Content 1, which demonstrates elbow flexibility) and found our results inconclusive.

List of SDC

A listing of SDC must be submitted at the end of the manuscript file. Include the SDC number and file type of the SDC. This text will be removed by our production staff and not be published.

Example:

Supplemental Digital Content 1.wmv

SDC File Requirements

All acceptable file types are permissible up to 10 MBs. For audio or video files greater than 10 MBs, authors should first query the journal office for approval. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

Tables

- Tables should be on separate pages placed after the references.
- Number tables consecutively and supply a brief title for each. Always define abbreviations in a legend at the bottom even if they have already been defined in the text.
- For footnotes to appear in the legend, use roman superscript alphabets. Abbreviations should be defined in a legend at the bottom of the table. List abbreviations in alphabetical order; do not include the word "and" before the last abbreviation.
- Cite each table in the text in consecutive order.
- If you use data from another published or unpublished source, obtain permission and acknowledge fully.

Permissions

Authors are responsible for obtaining signed letters from copyright holders granting permission to reprint material being borrowed or adapted from other sources, including previously published material of your own or from Lippincott Williams & Wilkins. This includes forms, checklists, cartoons, text, tables, figures, exhibits, glossaries, and pamphlets; concepts, theories, or formulas used exclusively in a chapter or section; direct quotes from a book or journal that are over 30% of a printed page; and all excerpts from newspapers or other short articles. Without written permission from the copyright holder, these items may not be used. Authors are responsible for any permission fees to borrow reprinted material.

Drug Names

The generic (nonproprietary) name of a drug should be used throughout a manuscript. Use the complete name of a drug, including the salt or ester (e.g., tetracycline hydrochloride) at first mention and elsewhere in contents involving dosage. When no generic name exists for a drug, give the chemical name or formula or description of the names

Open access

LWW's hybrid open access option is offered to authors whose articles have been accepted for publication. With this choice, articles are made freely available online immediately upon publication. Authors may take advantage of the open access option at the point of acceptance to ensure that this choice has no influence on the peer review and acceptance process. These articles are subject to the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

Authors of accepted peer-reviewed articles have the choice to pay a fee to allow perpetual unrestricted online access to their published article to readers globally, immediately upon publication. The article processing charge for *Journal of Cardiovascular Nursing* is \$2,000. The article processing charge for authors funded by the Research Councils UK (RCUK) is \$2,580. The publication fee is charged on acceptance of the article and should be paid within 30 days by credit card by the author, funding agency or institution. Payment must be received in full for the article to be published open access. Any additional standard publication charges, such as for color images, will also apply.

- ***Authors retain copyright***

Authors retain their copyright for all articles they opt to publish open access. Authors grant LWW a license to publish the article and identify itself as the original publisher.

- ***Creative Commons license***

Articles opting for open access will be freely available to read, download and share from the time of publication. Articles are published under the terms of the Creative Commons License Attribution-NonCommercial No Derivative 3.0 which allows readers to disseminate and reuse the article, as well as share and reuse of the scientific material. It does not permit commercial exploitation or the creation of derivative works without specific permission. To view a copy of this license visit: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0>.

- ***Compliance with NIH, RCUK, Wellcome Trust and other research funding agency accessibility requirements***

A number of research funding agencies now require or request authors to submit the post-print (the article after peer review and acceptance but not the final published article) to a repository that is accessible online by all without charge. As a service to our authors, LWW identifies to the National Library of Medicine (NLM) articles that require deposit and transmits the post-print of an article based on research funded in whole or in part by the National Institutes of Health, Howard Hughes Medical Institute, or other funding agencies to PubMed Central. The revised Copyright Transfer Agreement provides the mechanism. LWW ensures that authors can fully comply with the public access requirements of major funding bodies worldwide. Additionally, all authors who choose the open access option will have their final published article deposited into PubMed Central.

RCUK and Wellcome funded authors can choose to publish their paper as open access with the payment of an article process charge (gold route), or opt for their accepted manuscript to be deposited (green route) into PMC with an embargo.

With both the gold and green open access options, the author will continue to sign the Copyright Transfer Agreement (CTA) as it provides the mechanism for LWW to ensure that the author is fully

compliant with the requirements. After signature of the CTA, the author will then sign a License to Publish where they will then own the copyright. Those authors who wish to publish their article via the gold route will be able to publish under the terms of the Attribution 3.0 (CCBY) License. To view a copy of this license visit: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>. Those authors who wish to publish their article via the green route will be able to publish under the rights of the Attribution Non-commercial 3.0 (CCBY NC) license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/>).

It is the responsibility of the author to inform the Editorial Office and/or LWW that they have RCUK funding. LWW will not be held responsible for retroactive deposits to PMC if the author has not completed the proper forms.