UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Carolina Zenilda Nicolao

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DE UM PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Porto Alegre/RS
2019

Catalogação na Publicação

Nicolao, Carolina Zenilda
DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DE UM PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA / Carolina Zenilda Nicolao. -- 2019.
122 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientador(a): Emiliane Nogueira de Souza.

1. Insuficiência Cardíaca. 2. Educação em Saúde. 3. Tecnologia Educacional. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CAROLINA ZENILDA NICOLAO

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DE UM PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Emiliane Nogueira de Souza

Linha de pesquisa: Práticas inovadoras e tecnologias de enfermagem na atenção à saúde.

Porto Alegre/RS

2019

CAROLINA ZENILDA NICOLAO

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DE UM PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Trabalho final apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre

Área de Concentração: Enfermagem

Data da aprovação/defesa:

Porto Alegre, 12 de julho de 2019

Drª Karin Viegas

Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre

Drª Antonieta Pereira de Morais

Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia

Drª Graziella Badin Aliti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter possibilitado a concretização dos planos que sempre sonhei; por ter me dado forças para chegar até aqui e por sempre estar ao meu lado, segurando em minha mão e me ajudando a prosseguir.

Aos meus amados pais, Dorilda e Juraci Nicolao, por sempre acreditarem em mim e por terem me apoiado em todas as decisões que tomei na minha vida profissional, principalmente à minha mãe, que me incentivou para a enfermagem e sempre, sem medir esforços, me impulsionou a buscar conhecimento e crescimento pessoal e profissional.

Ao meu esposo Paulo, por tudo que fez e faz para que eu possa alcançar meus objetivos profissionais, sempre com muito carinho, amor, zelo, paciência e confiança.

Às pessoas que contribuíram na elaboração deste material educativo, sobretudo as colegas de Programa de Insuficiência Cardíaca, Bianca Milena Verboski e Dra. Marciane Rover, pois o empenho e dedicação de vocês foram determinantes para a construção e produção deste produto.

Em especial à minha orientadora, Prof. Emiliane Nogueira de Souza, pela atenção, carinho e profissionalismo na condução deste trabalho; por ter me possibilitado reflexões que contribuíram para o meu crescimento e amadurecimento profissional. Sinto-me privilegiada por poder construir este trabalho com sua orientação. Obrigada! Agradeço ao apoio CAPES/COFEN.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação, direta ou indiretamente, na busca do saber!

RESUMO

Introdução: O manejo da IC tem sido aprimorado ao longo das últimas décadas, por conta da otimização do tratamento farmacológico, dispositivos, melhor entendimento da progressão dessa síndrome e, principalmente, pela combinação de todo o arsenal terapêutico, somado às intervenções não farmacológicas nos diferentes cenários de cuidados. O envolvimento do paciente no gerenciamento de seus próprios cuidados aumenta a sua satisfação e produz efeitos positivos clínicos e econômicos. **Objetivo:** Desenvolver material de apoio educativo para pacientes incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca (PIC) de um hospital privado da região metropolitana de Porto Alegre. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem metodológica, caracterizada pelo desenvolvimento de um produto, definido como material de apoio educativo para pacientes incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca. Este estudo divide-se em duas etapas: (1) construção do material de apoio educativo para pacientes do Programa de Insuficiência Cardíaca; (2) validação do material de apoio educativo para pacientes do PIC. A primeira etapa (construção) foi subdividida em: revisão da literatura; discussão com profissionais do PIC; elaboração dos tópicos essenciais e construção do material de apoio educativo. Já a segunda etapa (validação) dividiu-se em: validação de conteúdo por juízes; avaliação da adequação cultural por meio do *Suitability Assessment of Materials* (SAM); e teste piloto-com pacientes. Este estudo foi desenvolvido em um hospital geral, privado, em Porto Alegre. **Resultados:** O material de apoio educativo final foi composto por 20 páginas, dividido nos seguintes tópicos essenciais: O que é insuficiência cardíaca?; O que causa insuficiência cardíaca?; Quais os principais sintomas de insuficiência cardíaca?; Como é diagnosticada a insuficiência cardíaca?; Qual é o tratamento para insuficiência cardíaca?; Medicamentos para insuficiência cardíaca; Cuidados essenciais no tratamento da insuficiência cardíaca; Se minha insuficiência cardíaca piorar?; Sinais de alerta; Monitorando minha insuficiência cardíaca. No processo de validação de conteúdo, através do comitê de juízes, o conteúdo avaliado expôs um alto valor do índice de validade de conteúdo (IVC) (0,95). Da mesma forma, a avaliação da adequação do material através do SAM, o material foi caracterizado como “superior”, com escore de 72%. Além disso, no teste-piloto, os pacientes destacaram que o material educativo serviu para chamar a atenção sobre sinais e sintomas e orientar sobre condutas a serem seguidas, caso houvesse sinais de descompensação, desta forma, atingindo o objetivo principal do estudo. **Produto:** O produto final deste estudo consiste em um material didático, intitulado “Insuficiência Cardíaca: Guia para pacientes a familiares”, recurso impresso, a ser utilizado como material de apoio/suporte utilizado na mediação de processo de ensino e aprendizagem em contexto de educação em saúde para uma determinada população. Espera-se que o presente material de apoio educativo seja de fato utilizado para promoção da saúde dos pacientes portadores de IC, especialmente em intervenções educativas ainda no hospital.

Descritores: Tecnologia educacional; Insuficiência cardíaca; Educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The management of HF has been improved over the last decades due to the optimization of pharmacological treatment, devices, a better understanding of the progression of this syndrome, and mainly, the combination of all therapeutic arsenal added to non-pharmacological interventions in the different care settings. Involving patients in managing their own care increases patient satisfaction and produces positive clinical and economic effects. **Objective:** To develop educational support material for patients included in the Heart Failure Program (PIC) of a private hospital in the metropolitan region of Porto Alegre. Method: This is a research with a methodological approach, characterized by the development of a product, defined as educational support material for patients included in the Heart Failure Program. This study is divided in two stages: (1) construction of the educational support material for patients of the Heart Failure Program; (2) validation of educational support material for PIC patients. The first step (construction) was subdivided into: literature review; discussion with PIC professionals; elaboration of the essential topics; and construction of educational support material. The second stage (validation) was divided into: validation of content by judges; assessment of cultural adequacy through the Suitability Assessment of Materials (SAM); and pilot testing with patients. This study was developed in a general, private hospital in Porto Alegre. **Results:** The final educational support material was composed of 20 pages, divided into the following essential topics: What is heart failure?; What Causes Heart Failure ?; What are the main symptoms of heart failure ?; How is heart failure diagnosed? What is the treatment for heart failure?; Medications for heart failure; Essential care in the treatment of heart failure; If my heart failure worsens?; Warning signs; Monitoring my heart failure. In the content validation process, through the judges' committee, the evaluated content exposed a high IVC value (0.95). The same way, the evaluation of the material suitability through SAM, the material was characterized as "superior", with score of 72%. In addition, in the pilot test, the patients emphasized that the educational material served to draw attention to signs and symptoms and guide the conduct to be followed if signs of decompensation, thus reaching the main objective of the study. **Product:** The final product of this study consists of a didactic material entitled "Heart Failure: A Guide for Patients with Relatives", a printed didactic resource, to be used as support material used in mediation of teaching and learning process in the context of education for a given population. It is hoped that the present educational support material will actually be used to promote the health of patients with HF, especially in educational interventions still in the hospital.

Keywords: Educational technology; Heart failure, Health education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Recomendações de qualidade assistencial e indicadores de desempenho. 23

Quadro 2. Principais competências do *nurse navegator*. 32

Quadro 3. Aspectos de linguagem, ilustração e layout que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde. 35

Quadro 4. Características avaliadas pelo *Suitability Assessment Of Material* (SAM)..... 49

Quadro 5. Síntese da busca de artigos em base de dados. 52

Quadro 6. Relação dos estudos selecionados. 53

Quadro 7. Relação dos materiais de literatura cinza selecionados. 54

Quadro 8. Distribuição do índice de validade de conteúdo individual do material educativo por juízes. 63

Quadro 9. Distribuição do índice de validade de conteúdo do material educativo por domínios. 64

Quadro 10. Sugestões e comentários realizados pelos juízes por domínios. 68

Quadro 11. Distribuição do índice de adequação do material educativo por juiz e o total do percentual SAM. 70

Quadro 12. Sugestões e comentários realizados pelos juízes na avaliação da adequação por meio do Suitability Assessment Of Material (SAM). 71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tópicos chaves e habilidades de autocuidado para incluir na educação do paciente conforme diretriz europeia de insuficiência cardíaca. 24

Figura 2. Modelo de sistematização do cuidado para programas multidisciplinar de cuidados, conforme Diretriz brasileira de IC. 31

Figura 3. Materiais educativos para pacientes com IC de instituições nacionais e internacionais. 37

Figura 4. Diagrama do fluxo de operacionalização do Programa de Insuficiência Cardíaca. 41

Figura 5. Etapas metodológicas para construção do material apoio educativo para pacientes inseridos no PIC. 42

Figura 6. Tópicos criado pelo consenso de profissionais do Programa de IC. 57

Figura 7. Layout da capa e contracapa do material educativo. 61

Figura 8. Layout de tópicos do material educativo “Quais são os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca” e “Sinais de alerta”. 62

Figura 9. Distribuição do índice de validade de conteúdo do material educativo por domínios. 68

Figura 10. Distribuição do SAM por categoria. 71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos juízes.....62
Tabela 2. Caracterização dos pacientes participantes do teste piloto 72
Tabela 3. Distribuição das respostas referentes a opinião dos pacientes após a leitura do material de apoio educativo. 74

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCF/AHA	American College of Cardiology Foundation/American Heart Association
AHA	American Heart Association
BB	Betabloqueadores
BRA	Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II
CDI	Cardioversor Desfibrilador Implantável
CI	Cardiopatia Isquêmica
CNPq	Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
E_3	Unidade de Internação Cardiológica
FA	Fibrilação Atrial
FE	Fração de Ejeção
FV	Fibrilação Ventricular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMV	Hospital Moinhos de Vento
IC	Insuficiência Cardíaca
IECA	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JCI	Joint Commission International
M	Manhã
MRA's	Antagonistas dos receptores mineralocorticóides/aldosterona
N	Noite
NYHA	New York Heart Association
PDF	Portable Document Format
PIC	Programa de Insuficiência Cardíaca
SAM	Suitability Assessment of Materials
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Tarde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRC	Terapia de Ressincronização Cardíaca
TVS	Taquicardia Ventricular Sustentada
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
VE	Ventrículo Esquerdo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 OBJETIVOS 16

2.1 OBJETIVO GERAL 16

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16

3 REVISÃO DA LITERATURA 17

3.1 A PROBLEMÁTICA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO DOENÇA CRÔNICA 17

3.2 MANEJO TERAPÊUTICO 19

3.2.1 Estratégias Farmacológicas de Melhores Práticas 20

3.3.2 Estratégias Não Farmacológicas e Boas Práticas Clínicas 22

3.3.3 Dispositivos implantáveis de assistência e abordagem cirúrgica 28

3.3 PROGRAMAS MULTIDISCIPLINARES DE CUIDADOS 29

3.4 UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS NA EDUCAÇÃO DE PACIENTES 34

4 MÉTODO 39

4.1 PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA 39

4.2 ETAPAS DO ESTUDO 42

4.3 ASPECTOS ÉTICOS 50

5 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO 52

5.1 CONSTRUÇÃO DO MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DO PIC 52

5.2 VALIDAÇÃO DO MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DO PIC 62

6 PRODUTO 76

REFERÊNCIAS 78

APÊNDICE A – Instrumento para Fichamento dos Artigos 87

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Juízes 88

APÊNDICE C – Instrumento para Análise de Validade de Conteúdo: Juízes 90

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: População alvo 94

APÊNDICE E – Instrumento para Análise da População Alvo: Teste Piloto 96

APÊNDICE F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 97

APÊNDICE G - Produto 100

APÊNDICE H – Divulgação do Produto à Comunidade 110

ANEXO A – Questionário de Conhecimento da Insuficiência Cardíaca 111

ANEXO B – Formulário de Admissão do Paciente no Programa de Insuficiência Cardíaca 114

ANEXO C – Formulário de Contato Pós-Alta Hospitalar – "Guia para Monitoramento Pós-Alta Hospitalar" 115

ANEXO D – Formulário de Round e Acompanhamento da Internação do Programa de Insuficiência Cardíaca 117

ANEXO E – "Suitability Assesment Materials" (SAM), Traduzido para o Português 118

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica que afeta mais de 15 milhões de pessoas na Europa, 5,7 milhões nos Estados Unidos e 300 mil australianos. Como fase final de uma grande variedade de doenças cardíacas, a prevalência em ascensão se deve ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a IC acomete, predominantemente, faixa etária mais elevada[1-5]. A IC é uma das principais causas de hospitalização de adultos no Brasil[1,6].

Da mesma forma, é reconhecida como uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas de sobrecarga hídrica ou de perfusão inadequada[7]. Ocorrem sobrecarga hídrica e perfusão diminuída quando o coração é incapaz de gerar um débito cardíaco para atender às demandas do organismo. Desta forma, é uma condição progressiva e permanente, que é tratada com mudança do estilo de vida e medicamentos para evitar episódios de descompensação[7]. Embora a IC tenha sido definida como uma doença crônica, a maioria dos pacientes, em algum momento, exigirá cuidados de emergência para sintomas agudos, sendo que a maioria dos pacientes hospitalizados por IC aguda é admitida no serviço de emergência[8].

Na prática, IC está dentro das doenças que geram mais despesas para sua atenção, estima-se que o custo de seus cuidados exceda US $10 bilhões por ano e se deve em grande parte ao alto número de descompensação anuais. É por esse motivo que, nos últimos anos, surgiram iniciativas para melhorar o tipo de cuidado prestado a esses pacientes[9].

O manejo da IC tem sido aprimorado ao longo das últimas décadas, por conta da otimização do tratamento farmacológico, dispositivos, melhor entendimento da progressão dessa síndrome e, principalmente, pela combinação de todo o arsenal terapêutico, somado às intervenções não farmacológicas nos diferentes cenários de cuidados[10]. Neste sentido, gerenciar a IC é fornecer um sistema de cuidados que integre a comunidade e o hospital durante toda a jornada de cuidado[11]. Por isso, planejamento de alta e medidas para evitar reinternações são ações que devem ser realizadas, tendo em vista que parte das readmissões hospitalares são secundárias às causas potencialmente evitáveis[12].

Diversas abordagens, como o automonitoramento com educação dos pacientes nos centros especializados em IC, reconciliação de medicação, inclusão do cuidador, acompanhamento telefônico, visitas domiciliares, transição de cuidado para

serviços de cuidado pós-alta hospitalar, acompanhamento precoce e o uso de tecnologias de telemonitoramento e transferência de dados clínicos são estratégias que têm se mostrado eficientes na redução de desfechos clínicos[10,13]. Além disso, a identificação da presença de sinais e sintomas precoces de descompensação da IC cria a possibilidade de intervenções que possam evitar tais episódios, com internação ou visitas às emergências[10].

O envelhecimento progressivo da população levou ao aumento do número de internações hospitalares de pacientes complexos, que exigem uma abordagem multidisciplinar e uma coordenação com serviços pós-hospitalares[14]. Também a transição de cuidado deve ser um processo planejado o mais rápido possível, após a admissão, garantindo que o paciente e o cuidador compreendam a continuidade para as decisões planejadas, como parceiros iguais[14]. Os pacientes e familiares precisam ser informados de que a progressão da doença é influenciada, em parte, pelas escolhas feitas a respeito dos cuidados de saúde e pelas decisões sobre seguir o plano de tratamento[7].

Programas educativos vêm sendo uma considerável ferramenta da equipe multidisciplinar especializada em IC, para melhorar o gerenciamento do autocuidado[15]. Desta maneira, equipe multidisciplinar trabalha para produzir recomendações na abordagem clínica, com foco nas necessidades da pessoa física, psicológica e social, melhorando o resultado e a satisfação do paciente e dos membros da equipe[14]. Um componente-chave para iniciativas de transição de cuidado é facilitar o gerenciamento do autocuidado. Desta forma, a manutenção do autocuidado, a percepção e a gestão dos sintomas são influenciadas pela confiança na capacidade de realizar autocuidado ou autoeficiência específica da tarefa no processo de autocuidado[3,5].

O envolvimento do paciente no gerenciamento de seus próprios cuidados aumenta a satisfação do mesmo e produz efeitos positivos clínicos e econômicos. Igualmente, membros da família ou outro cuidador são parceiros importantes no atendimento ao paciente e devem receber as informações sobre a condição clínica do paciente e o suporte necessário para participar do planejamento e da assistência[14]. Portanto, na IC, o gerenciamento do autocuidado requer monitoramento dos sintomas, reconhecimento das mudanças e respostas com intervenções apropriadas[15].

Nesta perspectiva de automonitoramento, guiado por profissionais qualificados, instituições promovem a criação de programas que visam assegurar o engajamento,

educação dos pacientes, monitoramento e que medidas instituídas durante a hospitalização sejam continuadas após a alta, a fim de otimizar os resultados nos pacientes com IC. Do mesmo modo, o Programa de Insuficiência Cardíaca, visa tratar e monitorar os pacientes portadores de IC que procuram atendimento na instituição. Assim, o estudo justifica-se para a construção de materiais de apoio para o programa, como elemento de educação do paciente, projetado para melhorar a compreensão do paciente e encorajar o envolvimento no cuidado e adesão ao tratamento, fornecendo educação e envolvendo o paciente no esquema terapêutico para promover a sua compreensão e adesão ao plano. Neste sentido, quando o paciente reconhece que o diagnóstico de IC pode ser tratado com sucesso, através de modificações no estilo de vida e uso de medicamentos, as recidivas da IC aguda diminuem, e a expectativa de vida aumenta[7].

Diante deste cenário, um dos desafios para os profissionais da saúde é buscar alternativas educativas direcionais aos pacientes com IC, para aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes básicas para a prática do autocuidado, considerando a autonomia, expectativas e contexto de vida de cada um. Desta forma, materiais educativos por escrito podem apoiar fortemente o processo de comunicação, além de melhorar a adesão ao tratamento e o poder de decisão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver material de apoio educativo para pacientes incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca de um hospital privado da região metropolitana de Porto Alegre.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Validar o conteúdo do material de apoio educativo (guia para pacientes e familiares) por juízes;

b) Avaliar a adequação do material de apoio educativo (guia para pacientes e familiares) utilizando o instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM) por juízes;

c) Validar o material de apoio educativo (guia para pacientes e familiares) junto aos pacientes incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca (teste piloto).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A PROBLEMÁTICA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO DOENÇA CRÔNICA

A IC é uma síndrome clínica caracterizada por sintomas típicos, como falta de ar, edema e fadiga, que podem ser acompanhados de sinais de pressão venosa jugular elevada e crepitação pulmonar, causados por uma anormalidade cardíaca estrutural e/ou funcional, resultando em um débito cardíaco reduzido. A definição atual de IC restringe-se a estágios em que os sintomas clínicos são evidentes[6,7,16].

A prevalência da IC é, aproximadamente, 1-2% da população adulta de países desenvolvidos, aumentando para >10% entre pessoas >70 anos de idade. Pacientes com idade avançada representam uma parcela importante desta população[1,11]. É uma síndrome complexa, que evolui com alta morbidade e mortalidade[10]. Nos Estados Unidos e Europa, é a principal causa de hospitalização de pessoas com mais de 65 anos; aproximadamente, 30% destes pacientes necessitam de reospitalização dentro de 60-90 dias[10,17]. As projeções mais atuais apontam que a prevalência irá aumentar 46% no período de 2012 a 2030, devido ao envelhecimento da população, atingindo 8 milhões de cidadãos norte-americanos[1,10,17]; entretanto, dados recentes mostram uma redução na mortalidade[10,18]. Este fato pode ser resposta da evolução do diagnóstico e tratamento desta doença, aumentando a sobrevida dos pacientes[18].

No que se refere aos custos, com aumento da prevalência, o montante gasto em cuidados hospitalares para IC será ainda maior, à medida que os custos totais anuais deverão chegar a cerca de US$ 70 bilhões nos Estados Unidos[19]. O ônus se torna ainda significativo, quando consideramos que, quase 50% de todos pacientes internados com este diagnóstico, são readmitidos dentro de 90 dias após a alta hospitalar, e essa readmissão hospitalar é um dos principais fatores de risco para morte[1]. Sabe-se que a IC é uma doença que provoca uma sensível perda da qualidade de vida, resultando, muitas vezes, em aposentadorias precoces a altos custos socioeconômicos para os sistemas de saúde[20].

Em relação à mortalidade, dados europeus mais recentes demonstraram que as taxas de mortalidade por causas internas e estável/ambulatorial de 12 meses foram de 17% a 7%, respectivamente, e as taxas de internação de 12 meses foram de 44% e 32%. Em pacientes com IC (hospitalizados e ambulatoriais), a maioria das mortes deve-se a causas cardiovasculares, principalmente morte súbita e piora de IC[11].

A IC é consequência de uma variedade de condições cardiovasculares, incluindo hipertensão crônica, doença arterial coronariana e doença valvar[7]. A terminologia para descrever a IC é baseada na medida da fração de ejeção (FE), para ajudar a determinar o tipo de IC. A diferenciação de pacientes com IC baseada na FE é importante devido a diferentes etiologias subjacentes, comorbidades e resposta à terapêutica[7,11]. Logo, a classificação funcional de *New York Heart Association* (NYHA) é utilizada para descrever a gravidade dos sintomas e a tolerância à atividade. A classificação do *American College of Cardiology Foundation/American Heart Association* (ACCF/AHA) descreve estágios de desenvolvimento da IC com base em mudanças estruturais e sintomas[2].

No que diz respeito à etiologia, a IC é diversificada dentro e entre as regiões do mundo. Não existe sistema de classificação único acordado para as causas da IC, com grande sobreposição entre as categorias potenciais. Muitos pacientes terão várias patologias diferentes, cardiovasculares e não cardiovasculares, que conspiram para causar IC[11]. No entanto, é mais frequentemente causada por doença arterial coronariana, miocardiopatia, hipertensão ou distúrbios valvares[7].

Estudo prévio que identificou a etiologia da IC em diversas regiões de pais, apontou predomínio da etiologia isquêmica nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. No entanto, a etiologia hipertensiva prevaleceu na região Norte[1]. Da mesma forma, estudos de proporção global concentraram-se na identificação da etiologia da IC, nos quais predominou a etiologia isquêmica na América do Norte, Europa, Ásia, Itália e Romênia[21-24]. Outras causas de IC também são registradas, porém em menor proporção de incidência, sendo elas miocardiopatia dilatada (14%), valvular (12,4%), chagástica (10,8%), quimioterápica (0,4%) e miocardite (0,8%)[1,10,20-24].

Visto que a IC é uma doença crônica e de difícil manutenção, as principais causas de descompensação, resultando em idas aos serviços de emergência, são consideradas, segundo estudos prévios, a má adesão à terapia medicamentosa[1,10,20,25,26], infecções[1], descompensação por doença valvar[1], ingestão excessiva de sódio e água[1], arritmias e embolias[1], custo das medicações[25] e incapacidade do paciente de identificar sinais e sintomas preditivos de descompensação[20].

Desta forma, nos últimos anos, tem-se observado um aumento no número de estudos, com o objetivo de descrever e validar ferramentas que predizem risco de readmissão hospitalar. Tal interesse justifica-se, uma vez que o cuidado de transição

hospital-casa demonstrou redução nas readmissões entre adultos com doenças crônicas[10], uma vez que a readmissão tem sido considerada onerosa para o serviço de saúde e indicativo de má qualidade de cuidados de saúde prestados, tendo como causa subjacente a alta precoce e/ou tratamento inadequado[10].

No que se refere à sobrevida do paciente com IC, apesar do progresso terapêutico, a insuficiência cardíaca tem mau prognóstico. Entretanto, a qualidade de vida, capacidade funcional e a expectativa de vida de pacientes com IC podem ser alterados pela introdução de terapias recomendadas e de educação, quanto ao monitoramento e autocuidado no momento adequado do curso da doença[16].

3.2 MANEJO TERAPÊUTICO

Ao longo dos últimos 30 anos, as melhorias nos tratamentos e sua implementação melhoraram a sobrevida e reduziram a taxa de hospitalização em pacientes com IC, embora o resultado muitas vezes permaneça insatisfatório. O diagnóstico precoce é importante na IC. Por isso, todos os pacientes com suspeita de IC devem ter um diagnóstico e um tratamento farmacológico e não farmacológico apropriado[11].

As metas globais para o tratamento da IC consistem em aliviar os sintomas do paciente, melhorar a condição funcional e a qualidade de vida, prolongar a sobrevida. As opções de tratamento variam de acordo com a gravidade da condição do paciente e podem incluir medicamentos orais e endovenosos, mudança importante no estilo de vida, oxigênio suplementar, implante de dispositivos de assistência e abordagens cirúrgicas, incluindo transplante cardíaco[7,16].Neste cenário, os objetivos do manejo terapêutico da IC incluem: eliminar ou reduzir quaisquer fatores etiológicos contribuintes; otimizar os esquemas farmacológicos e outros esquemas terapêuticos; promover um estilo de vida favorável para o paciente; evitar episódios de descompensação[7,16].

No que se refere à manutenção da terapêutica, a má adesão está associada a diversos fatores, e não deve ser considerada como responsabilidade exclusiva do paciente. O primeiro registro multicêntrico de IC aguda no Brasil apontou que aproximadamente 50% dos pacientes não tomam medicamentos como prescritos. Da mesma forma, o estudo apontou que pouco mais de 50% dos pacientes receberam orientações sobre o uso adequado da terapia medicamentosa; na mesma proporção,

somente 43,5% foram orientados sobre reconhecimento da piora dos sintomas e consultas futuras[1].

Sem dúvida, o conhecimento dos pacientes sobre sua doença faz parte do sucesso do tratamento da IC. Aumentando o conhecimento sobre a doença, maior chance o paciente tem de fazer escolhas corretas. Isso porque o conhecimento sobre a doença contribui para alcançar uma percepção adequada de seu estado de saúde, que possibilita uma modificação em seus hábitos de vida diários[27].

3.2.1 Estratégias Farmacológicas de Melhores Práticas

Os objetivos de tratamento em paciente com IC são: melhorar seu estado clínico, capacidade funcional, qualidade de vida, prevenir a readmissão hospitalar e reduzir a mortalidade[11]. As diretrizes para o gerenciamento de IC são documentos abrangentes, usando metodologia padronizada para avaliar a evidência disponível para o gerenciamento de IC[2,11,19]. O tratamento recomendado pode incluir inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA), betabloqueadores (BB), antagonistas dos receptores mineralocorticóides/aldosterona (MRAs), diuréticos e digoxina[11,18,19].

A IC está associada a prognósticos reservados e frequentes morbidades associadas, tratamentos complexos e polifarmácia, que indicam alterações do estilo de vida, de comprometimento, da qualidade de vida do paciente e da família, demandando acompanhamento permanente da equipe de saúde[28]. O I registro brasileiro de insuficiência cardíaca, BHEATHE, relatou que somente 63,7% dos pacientes receberam orientações sobre a tomada correta da terapia medicamentosa, enquanto que apenas 34% e 16,2% foram orientados sobre a dieta e ser seguida em domicílio e prescrição de atividades físicas, respectivamente[1].

A perspectiva de adesão à polifarmácia, o estudo BHEATHE aponta que pacientes com idade avançada representam uma parcela importante da amostra estudada, principalmente na região sul. Além disso, soma-se o fato de que a idade avançada é um fator de risco para má adesão que aumenta ainda mais com a polifarmácia, aumentando a probabilidade de eventos adversos[1]. Também, é relatado no estudo IMPROVE-HF, que a adesão de cada terapia baseada em evidências, esteve associada com uma diminuição em 24 meses do risco de mortalidade, com benefícios progressivos[1,17].

Estudo prévio sobre a adesão à medicação demonstra taxas muito variáveis de adesão entre pacientes com IC, aponta aderências de 79% para IECA/BRA, 65% para betabloqueadoras e 56% para espirolactona, após cinco anos da primeira hospitalização por IC. Em contrapartida, a taxa de não adesão baseada na contagem de comprimidos, foi muito menor no estudo CHARM, 11% dos pacientes tomaram menos de 80% dos comprimidos prescritos[1,29]. A adesão está associada a diversos fatores, e não deve ser considerada como responsabilidade exclusiva do paciente. Estudo BHEATHE apontou que pouco mais de 50% dos pacientes receberam orientações para correta tomada de medicação, enquanto 43,5% foram orientados sobre o reconhecimento da piora dos sintomas e consultas futuras[1].

A insuficiência cardíaca desafia as equipes de saúde multidisciplinares. Os pacientes enfrentam limitações significativas para aderirem adequadamente à complexidade do tratamento de IC. Neste contexto, no que se refere à adesão ao tratamento de pacientes com IC, é um ponto crítico. Sabe-se que pacientes com doenças crônicas, normalmente possuem conhecimento baixo sobre as medicações, bem como seus efeitos; estes fatores podem influenciar a adesão ao tratamento e segurança dos medicamentos[20]. A adequada adesão ao tratamento é fundamental para evitar as crises de descompensação e tem sido uma importante limitação de alguns pacientes e, por conta disso, as taxas de readmissão por IC continuam elevadas[20,30]. Por consequência, as principais causas de readmissão estão relacionadas ao tratamento inadequado, causas essas que são consideradas preveníveis[4,26,30]. Conforme a *American Heart Association (AHA)*, a adesão está inserida como um importante componente do autocuidado na melhora de desfechos no contexto da IC[30].

No que se refere ao plano terapêutico, adicionado ao número de medicações prescritas, são variáveis de confusão para os pacientes, no que diz respeito à adesão. Resultados do estudo EMBRACE, indicaram que o uso irregular e a descontinuidade do tratamento farmacológico associaram-se significativamente ao risco de internação hospitalar[30]. No entanto, neste cenário, a hospitalização, embora indesejada, é uma oportunidade para otimizar a terapia e educar os pacientes sobre a importância da adesão contínua à medicação e monitoramento regular[17].

3.3.2 Estratégias Não Farmacológicas e Boas Práticas Clínicas

As estratégias não farmacológicas passaram a representar parte significativa do tratamento de pacientes com IC, com benefícios comprovados[26]. As primícias destes programas integram reuniões educacionais regulares dos profissionais de saúde, colaboração multiprofissional e integração total das listas de verificação de pré-alta e pós-alta hospitalar[17]. Desta forma, o sucesso destes programas tem focado nas questões acima e incorporam competências, como abordagem multidisciplinar, cuidados individualizados, educação e aconselhamento para o paciente (envolvendo família e cuidadores), promover comportamento de autocuidado, acompanhamento intensivo para detectar e resolver problemas clínicos de forma pró-ativa, estratégia para utilização de tratamentos farmacológicos baseados em evidências, e melhorar a adesão e aplicação de estratégias não farmacológicas apropriadas (por exemplo, gerenciamento da ingesta hídrica e de sódio e programa de atividade física programada)[4].

Resultados do estudo BHEATHE indicam que a adesão de profissionais da saúde e de pacientes a recomendações disponíveis nas diretrizes permanece abaixo do ideal. Isto se justifica por dados de estudo prévio que estima que cerca de 40% dos pacientes não recebem a melhor terapia baseada em evidência, enquanto mais de 10% dos cuidados prestados são desnecessários ou potencialmente prejudiciais [1,28]. Recentemente, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) desenvolveu um projeto em colaboração com *AHA,* baseado em recomendações contidas nas diretrizes da SBC e nas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isto, visa melhorar a qualidade assistencial, além de melhorar os resultados clínicos e reduzir as disparidades de tratamento[28].

Neste cenário, são utilizados indicadores de desempenho para mensurar a efetividade de ações, tais como: visitas domiciliares, clínicas multidisciplinares e intervenções por contato telefônico. Já se sabe que estas intervenções, associadas simultaneamente, proporcionam maior efeito do que intervenções isoladas[28].

O Quadro 1 apresenta as recomendações de qualidade assistencial, bem como o uso de indicadores de qualidade sugeridos pela diretriz de IC da SBC.

Quadro 1. Recomendações de qualidade assistencial e indicadores de desempenho.

Recomendações	Classe	Nível de Evidência	Referências
Serviços de saúde devem garantir a qualidade do processo assistencial e dos cuidados de saúde.	I	A	676
Uso de indicadores de qualidade derivados de diretrizes clínicas como metas na melhoria da qualidade dos cuidados com IC.	I	B	677

Fonte: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca, Crônica e Aguda[28], pag 498.

Estudo prévio realizado em nove hospitais da Colômbia, com 250 pacientes, sugeriu que o uso de listas de verificação e material didático para pacientes pode ajudar a melhorar o uso de terapias recomendadas[17]. Metanálise publicada em 2011, forneceu evidência nível 1 para a aplicação de uma abordagem multidisciplinar, através de programas de cuidados para pacientes com IC agudizadas hospitalizados, que reduziu significativamente a morbidade e a mortalidade, ao mesmo tempo em que melhora a qualidade de vida e reduz os custos[4]. O sucesso do tratamento não farmacológico precisa de esforços continuados e frequentes, objetivando manter a aproximação da equipe junto aos pacientes e seus cuidadores, reforçando, dessa forma, as orientações sobre a doença e o autocuidado[20].

Medidas não medicamentosas e habilidade de autocuidado devem estar inseridos na educação dos pacientes, bem como componentes profissionais para otimizar o aprendizado e facilitar a tomada de decisão compartilhada[7], recomendando-se discutir sobre adoção de um estilo de vida mais saudável; condições de risco que contribuem para o desenvolvimento e progressão da IC; compreender os efeitos da IC nos níveis de atividade e intensidade, humor, depressão, distúrbios do sono, atividade sexual, desenvolvimento de estratégias para lidar com mudanças e emoções relacionadas à família, trabalho e papéis sociais e informações sobre acesso a serviços e suportes[4].

A Figura 1 indica os tópicos a serem utilizados para educação dos pacientes e familiares, conforme recomendação da diretriz europeia de IC[11].

Education topic	Patient skills	Professional behaviours
Definition, aetiology and trajectory of HF (including prognosis).	• Understand the cause of HF, symptoms and disease trajectory. • Make realistic decisions including decisions about treatment at end-of-life.	• Provide oral and written information that takes account of educational grade and health literacy. • Recognize HF disease barriers to communication and provide information at regular time intervals. • Sensitively communicate information on prognosis at time of diagnosis, during decision making about treatment options, when there is a change in the clinical condition and whenever the patient requests.
Symptom monitoring and self-care.	• Monitor and recognize change in signs and symptoms. • Know how and when to contact a healthcare professional. • In line with professional advice, know when to self-manage diuretic therapy and fluid intake.	• Provide individualized information to support self-management such as: ⇨ In the case of increasing dyspnoea or oedema or a sudden unexpected weight gain of >2 kg in 3 days, patients may increase their diuretic dose and/or alert their healthcare team. ⇨ Use of flexible diuretic regime. ⇨ Self-care support aids such as dosette box when appropriate.
Pharmacological treatment.	• Understand the indications, dosing and side effects of drugs. • Recognize the common side effects and know when to notify a healthcare professional. • Recognize the benefits of taking medication as prescribed.	• Provide written and oral information on dosing, effects and side effects (see web tables 7.4–7.8 – practical guidance on use of pharmacological agents).
Implanted devices and percutaneous/ surgical interventions.	• Understand the indications and aims of procedures/ implanted devices. • Recognize the common complications and know when to notify a healthcare professional. • Recognize the importance and benefits of procedures/ implanted devices.	• Provide written and oral information on benefits and side effects. • Provide written and oral information on regular control of device functioning, along with documentation of regular check-up.
Immunization	• Receive immunization against influenza and pneumococcal disease	• Advise on local guidance and immunization practice.
Diet and alcohol	• Avoid excessive fluid intake. • Recognize need for altered fluid intake such as: ⇨ Increase intake during periods of high heat and humidity, nausea/vomiting ⇨ Fluid restriction of 1.5–2 L/day may be considered in patients with severe HF to relieve symptoms and congestion. • Monitor body weight and prevent malnutrition. • Eat healthily, avoid excessive salt intake (>6 g/day) and maintain a healthy body weight. • Abstain from or avoid excessive alcohol intake, especially for alcohol induced cardiomyopathy.	• Individualize information on fluid intake to take into account body weight and periods of high heat and humidity. Adjust advice during periods of acute decompensation and consider altering these restrictions towards end-of-life. • Tailor alcohol advice to aetiology of HF; e.g. abstinence in alcoholic cardiomyopathy. • Normal alcohol guidelines apply (2 units per day in men or 1 unit per day in women). 1 unit is 10 mL of pure alcohol (e.g. 1 glass of wine, 1/2 pint of beer, 1 measure of spirit). • For management of obesity (see Section 11.15).
Smoking and recreational substance use.	• Stop smoking and taking recreational substances.	• Refer for specialist advice for smoking cessation and drug withdrawal and replacement therapy. • Consider referral for cognitive behavioural theory and psychological support if patient wishes support to stop smoking.
Exercise	• Undertake regular exercise sufficient to provoke mild or moderate breathlessness.	• Advice on exercise that recognizes physical and functional limitations, such as frailty, comorbidities. • Referral to exercise programme when appropriate.
Travel and leisure	• Prepare travel and leisure activities according to physical capacity. • Monitor and adapt fluid intake according to humidity (flights and humid climates). • Be aware of adverse reactions to sun exposure with certain medication (such as amiodarone). • Consider effect of high altitude on oxygenation. • take medicine in cabin luggage in the plane , have a list with you of treatments and the dosage with the generic name .	• Refer to local country specific driving regulations regarding ICD. • Provide advice regarding flight security devices in presence of ICD.
Sleep and breathing (see co-morbidities Section 11.16).	• Recognize problems with sleeping, their relationship with HF and how to optimize sleep.	• Provide advice such as timing of diuretics, environment for sleep, device support. • In presence of sleep-disordered breathing provide advice on weight reduction/control.
Sexual activity (see co-morbidities Section 11.7).	• Be reassured about engaging in sex, provided sexual activity does not provoke undue symptoms. • Recognize problems with sexual activity, their relationship with HF and applied treatment and how to treat erectile dysfunction.	• Provide advice on eliminating factors predisposing to erectile dysfunction and available pharmacological treatment of erectile dysfunction. • Refer to specialist for sexual counselling when necessary.

Figura 1. Tópicos chaves e habilidades de autocuidado para incluir na educação do paciente conforme diretriz europeia de insuficiência cardíaca.

Fonte: ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2016[11], pag 60.

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda, que aponta as seguintes opiniões para algumas medidas não medicamentosas.

Restrição de sódio

O nível de ingesta de sódio na dieta de pacientes com IC crônica é ainda assunto controverso. Não há estudos prospectivos randomizados com amplo número de pacientes, testando diferentes dietas e ingesta de sódio, avaliando desfechos relevantes para embasar recomendações detalhadas. Apesar disso, há evidências de que o consumo excessivo de sódio e o de líquidos associa-se ao agravamento da hipervolemia, constituindo fator de descompensação e risco de hospitalização em pacientes com IC crônica sintomática[28.]

Restrição hídrica

Existe uma carência de estudos avaliando o efeito da restrição de ingesta de fluidos em pacientes com IC. Estudo prévio concluiu que ingesta liberal de fluidos não exerceu efeito desfavorável sobre hospitalização ou mortalidade nos pacientes com IC. Outro estudo demonstrou redução de hospitalizações em pacientes randomizados para restrição hídrica. Portanto, com base nas evidências disponíveis, na Diretriz nacional não há recomendações específicas e detalhadas sobre o emprego de restrição hídrica em pacientes com IC crônica[28].

Dieta e perda de peso na insuficiência cardíaca

Existe um conceito bem estabelecido no cenário da prevenção primária das doenças cardiovasculares de que o aumento de índice de massa corporal (IMC) acima de 25kg/m^2 é acompanhado do aumento do risco de complicações médicas. No cenário da IC, há relatos de efeitos benéficos da perda de peso em obesos mórbidos. Portanto, parece razoável propor que, em indivíduos com risco de desenvolver IC, deva-se buscar a manutenção de peso adequado por dieta saudável e que, na coexistência de IC e obesidade mórbida (IMC>40Kg/m^2), é preciso almejar redução de peso com uso de estratégias recomendadas em diretrizes internacionais[28].

Tabagismo e drogas ilícitas

Todos os pacientes com IC devem ser encorajados a parar de fumar, preferencialmente com auxílio de serviços especializados, podendo utilizar terapias de reposição de nicotina e/ou fármacos moduladores[28].

Uso de bebidas alcoólicas

Pacientes com miocardiopatia dilatadas de origem alcoólica devem ser aconselhados a se absterem completamente do uso de bebida alcoólica. O uso permissivo em pequenas quantidades (<10ml de álcool para mulheres e <20ml de álcool para homens), em pacientes com IC crônica estável de outra etiologia (não relacionada ao uso de álcool), é controvertido. Os potenciais riscos devem ser explicados ao paciente, e a decisão de uso pode ser compartilhada[28].

Vacinação

É recomendada a vacinação anual contra influenza e pneumococo para todos os pacientes com IC. Estudo recente sugere redução nas internações por doenças cardiovasculares dos pacientes que foram vacinados[28].

Reabilitação cardiovascular

Programas de exercício na IC estão protocolados há mais de duas décadas e promovem progressivo aumento da capacidade funcional, requerendo aumento gradual da carga de trabalho de 40% a 70% do esforço máximo, por 20 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, por 8 a 12 semanas. Estudo prévio demonstrou que o treinamento físico regular é seguro, aumenta a tolerância aos exercícios, melhora a qualidade de vida e reduz hospitalizações por IC. Pacientes com sintomas avançados (classe IV da NYHA), ainda não há dados suficientes para indicar programas de exercício[28].

Atividade laborativa

O retorno ao trabalho é importante, tanto financeiramente, quanto para o estado emocional e a autoestima, em pacientes com doenças crônicas. Dados de estudo conduzido com pacientes que tiveram sua primeira internação por IC indicam que, aproximadamente, dois terços dos pacientes que estavam trabalhando antes da hospitalização, continuam atuando profissionalmente 1 ano após a alta hospitalar. Além disso, o aumento da capacidade funcional, após o diagnóstico e a implementação de intervenções terapêuticas, tem contribuído para manter a capacidade de trabalho[28].

Atividade sexual

Pacientes com IC frequentemente relatam problemas sexuais, e aproximadamente 25% referem completa suspensão de atividade sexual. Muitos pacientes relatam que a atividade sexual não é realizada devido aos sintomas de IC, e relacionam a impotência e falta de desejo aos medicamentos utilizados para seu tratamento. A *American Heart Association* (AHA) publicou posicionamento científico sobre atividade sexual e doenças cardiovasculares, atestando segurança para pacientes com IC em classes funcionais I e II da NYHA, mas sugere que pacientes com IC descompensada ou avançada não devem ter atividade sexual até que sua condição esteja estabilizada[28].

A adesão terapêutica farmacológica e não farmacológica e a detecção precoce de sinais de descompensação são aspectos fundamentais a promover na educação dos pacientes na fase estável[31]. Estudos prévios indicam realização de cuidados de transição pré-alta hospitalar; este planejamento de alta deve incluir a educação do paciente e cuidador, a introdução adequada de todos os fármacos, a transferência de informação e o agendamento da reavaliação precocemente, em até duas semanas após a alta hospitalar, de forma a reduzir o risco de reinternação e de morte durante esta fase vunerável[31].

O planejamento de alta e a transição de cuidados devem iniciar muito antes do momento da alta propriamente dito. É importante aproveitar o tempo em que o paciente está internado para que sejam realizadas intervenções clínicas e

multidisciplinares garantindo, além da compensação da doença, a identificação e correção de fatores de risco para readmissão. Por fim, intervenções baseadas em fatores humanos que possam influenciar o gerenciamento de cuidados, como princípios de escolha, descanso, ambiente, atividade, confiança, relações interpessoais, perspectivas e nutrição, podem reduzir pela metade as readmissões[28].

3.3.3 Dispositivos implantáveis de assistência e abordagem cirúrgica

Os pacientes com IC podem ser beneficiados com a utilização de dispositivos implantáveis e/ou intervenções cirúrgicas; estudos comprovam benefícios na utilização dos mesmos em situações apropriadas.

Terapia de ressincronização cardíaca

A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) constitui-se na utilização de um dispositivo implantável capaz de estimular de modo sincrônico as paredes do ventrículo esquerdo (VE), melhorando o desempenho cardíaco e a fração de ejeção (FE). Esta técnica tem sido eficaz em restaurar a contração sincrônica do septo interventricular com a parede posterolateral do VE, contribuindo para a redução da ativação neuro-humoral e o consequente remodelamento reverso[32].

A eficácia de TRC está amplamente documentada em diversos ensaios clínicos, com benefícios clínicos inquestionáveis relacionados à melhora de sintomas e da qualidade de vida, redução de admissões hospitalares e melhora da sobrevida[28]. Também tem mostrado bons resultados no tratamento de IC em pacientes com distúrbios de condução, disfunção ventricular esquerda acentuada e classes funcionais II, III, e IV da *New York Association* (NYHA)[33].

A TRC, por meio do implante do marca-passo multissítio, melhora o débito cardíaco e reduz morbidade e mortalidade em casos específicos. Por isso, a resposta individual à TRC é variável, e muitos pacientes podem não se beneficiar desta estratégia de tratamento[28].

Cardioversor desfibrilador implantável

A morte súbita é responsável por 30 a 50% dos óbitos dos portadores de IC, o

cardioversor desfibrilador implantável (CDI) tem sido considerado o pilar de prevenção de morte cardíaca súbita em pacientes com IC e reduz significativamente a mortalidade nestes pacientes[28,34]. Os cardioversores-desfibriladores implantáveis são a alternativa terapêutica mais eficiente para interromper a taquicardia ventricular sustentada (TVS) e a fibrilação ventricular (FV), responsável por uma redução expressiva na incidência de morte súbita[35].

É importante ressaltar que o tratamento atual de IC com drogas antagonistas neuro-hormonais (BB, antagonista da aldosterona e inibidor da neprilisina) exerce efeitos significativos na redução de morte por progressão de IC e também morte súbita por arritmia ventricular[28]. No entanto, é sugerido que a terapia de CDI esta associada com menores taxas de mortalidade e readmissão de IC[34].

Transplante cardíaco

Houve um aumento expressivo no número de transplantes cardíacos no mundo, até meados dos anos 1990; desde então, devido à melhora no tratamento clínico da IC e à inerente limitação de doadores, o número se mantém estável[36].

Apesar dos avanços dos dispositivos de assistência ventricular mecânica, o transplante cardíaco permanece como importante alternativa terapêutica para melhorar a sobrevida em pacientes adequadamente selecionados com IC avançada[28]. Logo, os pacientes que mantêm classe funcional III e IV, internações recorrentes e apresentam marcadores de mau prognóstico, a despeito de otimização terapêutica (medicamentosa e cirúrgica) devem ser considerados para transplante cardíaco. Na avaliação, tanto dados subjetivos (classe funcional) quanto objetivos (exame físico e exames complementares) devem ser compilados para melhorar a acurácia da indicação[37].

No Brasil, os resultados do transplante vêm melhorando significativamente ao longo dos últimos 5 anos. No cenário da IC aguda e do choque cardiogênico, o transplante pode ser uma opção terapêutica, em caso de refratariedade da doença cardíaca subjacente, apesar de terapêutica otimizada[28].

3.3 PROGRAMAS MULTIDISCIPLINARES DE CUIDADOS

Pacientes com IC se beneficiam da orientação multiprofissional, principalmente

quando engajados em programas de cuidados da doença. Os principais componentes desse programa incluem uma equipe multiprofissional integrada e comprometida. Além disso, educação dos pacientes e dos cuidadores é considerado um componente fundamental, com impacto positivo em desfechos clínicos[28]. Devem ser enfatizadas as causas da IC, seu tratamento, o potencial de progressão clínica e a importância do autocuidado diário (peso, atividade física, cuidados com dieta, uso regular dos medicamentos, monitorização dos sinais e sintomas de descompensação, como piora do cansaço, flutuações de peso e limitação funcional)[28,38].

A implementação de cuidados e de um quadro multidisciplinar, monitoramento e atividade física controlada são recomendações que comprovadamente melhoram a mortalidade, morbidade e a qualidade de vida dos pacientes portadores de IC[11]. O atendimento multidisciplinar deve estar voltado para os fatores que podem exacerbar a IC, atentando-se às respostas que o paciente apresenta à realização de atividades da vida diária, além de observar manifestações de sinais e sintomas de descompensação. No entanto, sucesso do plano terapêutico multidisciplinar depende principalmente da participação ativa do paciente e da adesão à escolha adequada do tratamento pela equipe de saúde[20].

Uma equipe multidisciplinar é o padrão-ouro para acompanhamento de pacientes com IC e suas múltiplas comorbidades[28]. O objetivo do gerenciamento da IC é fornecer um sistema de cuidados integrado, que abraça a comunidade e o hospital durante toda a trajetória do cuidado. Para atingir o objetivo, outros serviços, como reabilitação cardíaca e cuidados paliativos devem ser integrados nos programas para pacientes com IC. Os programas de gestão multidisciplinar são fundamentais e destinados a melhorar os resultados através de acompanhamento estruturado com educação do paciente, otimização de tratamento, suporte psicossocial e melhor acesso aos serviços e cuidados[11].

Sabe-se que intervenções multidisciplinares em pacientes com IC, incluindo consultas com médicos, enfermeiros, nutricionistas ou assistente sociais, além de visitas domiciliares, monitorização por telefone, vídeos educativos e intervenções realizadas durante a internação hospitalar, demonstraram que as estratégias que envolvem manejo multidisciplinar reduzem os índices de readmissão por IC descompensada, colaboram na diminuição nas taxas de mortalidade e evidenciaram que intervenções realizadas em ambiente domiciliar foram mais efetivas[20].

A chave para o sucesso destes programas é o gerenciamento dos cuidados ao

longo de um segmento da IC e em toda a cadeia de cuidados prestada pelos diversos serviços do sistema de saúde. Isso requer uma estreita colaboração entre profissionais, principalmente cardiologistas, enfermeiras, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, especialistas em cuidados paliativos e assistentes sociais[11]. Nesta perspectiva, os programas multidisciplinares de cuidados são fortemente recomendados em diretrizes europeias, americanas e brasileiras. Por isso, é reconhecido que o manejo multidisciplinar e o acompanhamento de pacientes com IC são eficazes para melhorar a adesão do paciente, reduzir as readmissões e melhorar a sobrevida[38]. A Figura 2 representa o modelo de sistematização do cuidado para programas multidisciplinares de cuidados, sugerido pela recente diretriz de IC da SBC.

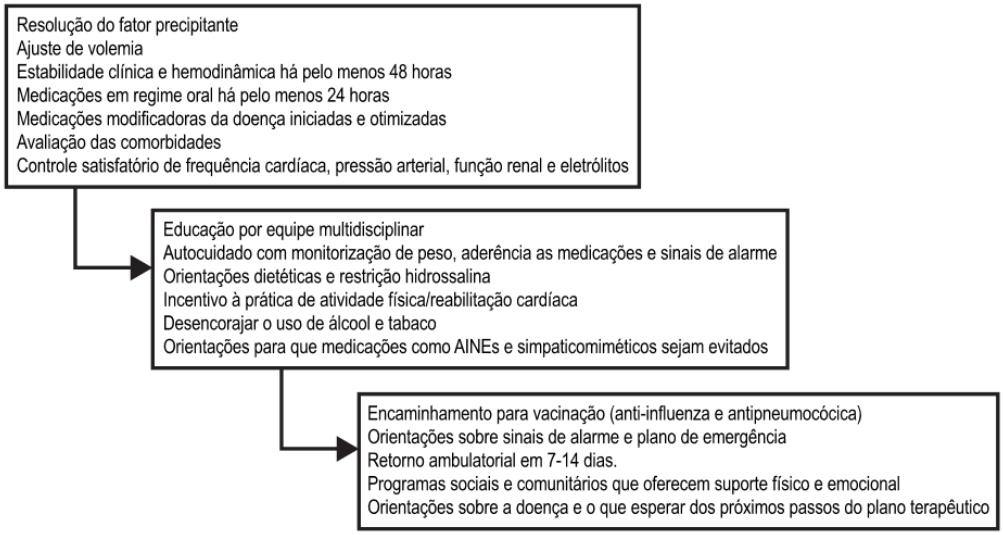


Figura 2. Modelo de sistematização do cuidado para programas multidisciplinar de cuidados, conforme Diretriz brasileira de IC.

Fonte: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca, Crônica e Aguda[28], pag 498.

É neste contexto que entra a intervenção do enfermeiro, que pode contribuir para modificar uma realidade pouco benéfica para o indivíduo portador de IC. A atuação do enfermeiro no manejo terapêutico e acompanhamento de pacientes com IC vem demonstrando benefícios na redução de readmissões hospitalares, melhora de sobrevida e qualidade de vida dos pacientes portadores de IC[20]. Com relação a orientações sobre prática de saúde, os enfermeiros se destacam por promoverem melhora significativa de desfechos, como estado funcional, autoeficiência, memória, conhecimento sobre a doença e a condição de vida[39].

Um *nurse navegator* (termo em inglês para descrever enfermeiros que ajudam

pacientes a desenvolver autonomia após a alta – enfermeiro navegador), pode atuar como um referencial de transição de cuidados. O Enfermeiro navegador é dedicado à assistência individualizada e garante que o paciente continue recebendo recursos e cuidados especializados, após a alta hospitalar, criando uma ligação entre o atendimento hospitalar e o ambulatorial[28]. Neste contexto, programas assistenciais que contam com enfermeiro navegador demonstram maior adesão e intervenção baseada em evidências e menores taxas de readmissão e permanência hospitalar[28].

O Quadro 2 representa as principais competências do *nurse navegator* sugeridas pela Diretriz de IC da SBC.

Quadro 2. Principais competências do *nurse navegator*.

Educação	Fornecer educação sobre a doença em um nível apropriado de entendimento aos pacientes e seus familiares. Aplicar metodologia de ensino para confirmar a compreensão da informação. Encorajar os pacientes na gestão do autocuidado. Permanecer atualizado nas evidências recentes sobre cuidados com IC. Orientar os profissionais envolvidos na continuidade de cuidados com IC sobre o papel do enfermeiro coordenador.
Vínculo	Servir como vínculo entre os pacientes e cuidadores, na transição de cuidados da assistência hospitalar para a ambulatorial. Coordenar recursos e serviços especializados de forma apropriada. Assegurar o agendamento de consultas, identificar omissos e coordenar o seguimento ambulatorial de pacientes que retornam para suas comunidades. Comunicar-se com o médico de Atenção Primária ou o cardiologista geral. Identificar pacientes admitidos por descompensação da IC e acompanhá-los durante a hospitalização.
Apoio	Avaliar as necessidades emocionais e psicossociais de pacientes e familiares, e referenciar para programas de suporte especializados. Identificar e contornar os obstáculos aos cuidados, como questões trabalhistas, de seguro, de transporte, entre outras.
Monitorização e divulgação	Monitorar indicadores de qualidade predeterminados. Apresentar os resultados do programa e auxiliar na divulgação.

Fonte: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca, Crônica e Aguda[28], pag 500.

Considerando estes preceitos, cada instituição deve se adequar e propor o melhor manejo possível a seus pacientes. Atitudes como facilitação do agendamento de consultas e acompanhamento de cuidados, além de aconselhamento sobre saúde financeira e emocional, devem ser realizadas. Programas multidisciplinares de cuidados podem reduzir a taxa de hospitalização, melhorar escores de qualidade de vida e reduzir os custos hospitalares[28].

Com relação ao autocuidado, o mesmo consiste na adesão de comportamentos

para melhor bem-estar, preservação da saúde ou manutenção da estabilidade física e emocional[39]. O autocuidado demanda automanutenção, automonitoramento e autogerenciamento. Desta forma, fornecer informações se tornou um componente-chave da educação para o autocuidado. Os Pacientes devem receber informações atualizadas suficientes para tomar decisões sobre o ajuste do estilo de vida e o autocuidado[11].

No contexto hospitalar, o planejamento de alta deve começar tão logo o paciente esteja com a volemia estável. Durante a internação, pacientes e familiares/cuidadores devem receber orientações sobre a síndrome e autocuidado. Recomenda-se que pacientes que tiveram internação por IC descompensada sejam seguidos em clínicas ou em programas de manejo da doença, especialmente aqueles com alto risco de readmissão[28]. Os hospitais com acompanhamento médico precoce após a alta apresentaram maior redução nas readmissões do que aqueles que não adotaram essa estratégia[40,41]. Recomendações de qualidade assistencial, respaldadas por diretrizes internacionais, sugerem visita clínica precoce após hospitalização, com avaliação médica/multidisciplinar em 7-14 dias após a alta hospitalar[28].

Declaração científica de profissionais de saúde da *Americam Heart Association* que avaliou evidências de intervenções de educação apontou que pacientes ou familiares que receberam conteúdo educacional várias vezes ao longo de um período de tempo, apresentaram melhor comportamento de autocuidado[42]. Foram observados impactos positivos sobre comportamentos em ensaios que forneceram uma cópia de vídeos educacionais e múltiplas intervenções telefônicas de acompanhamento ou em combinação com visitas domiciliares, permitindo que os pacientes revisassem conteúdo educacional com suporte para reforçar habilidades para autocuidado[42].

Embora seja uma prática comum para profissionais da saúde educar os pacientes verbalmente, recomenda-se que os materiais escritos devem ser usados para complementar e fortalecer e informação que é exposta verbalmente[43-45]. Os pacientes, normalmente, esquecem as informações recebidas verbalmente. Estudo prévio descreve que há um consenso sobre a orientação verbal com a escrita como mais efetiva, uma vez que aumenta o entendimento do paciente e promove melhor reabilitação. Portanto, material escrito como método de informação ao paciente pode reduzir a possibilidade de confusão com as informações fornecidas pelos profissionais de saúde[44].

3.4 UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS NA EDUCAÇÃO DE PACIENTES

A comunicação é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio e logo prazo. A mensagem poderá ser formada de material impresso ou de recurso audiovisual e ser veiculada por vários meios de comunicação em massa (internet, revistas e jornais)[46].

Uma maneira econômica de informar aos pacientes sobre sua doença e procedimentos médicos é fornecer material de informação de saúde por escrito. Materiais educativos impressos podem contribuir favoravelmente no processo de comunicação, além de aumentar a adesão ao tratamento e o poder de decisão. O objetivo principal dos materiais educativos é oferecer informações consistentes. Por isto, na literatura, há um consenso sobre orientação verbal combinada à escrita ser mais efetiva, visto que aumenta a compreensão do paciente e promove melhores desfechos clínicos[44,47].

O conceito educação do paciente está motivado na melhora dos resultados clínicos. Desta forma, os pacientes são vistos como receptores de informações, e um modelo de comunicação é aplicado (transmissor, receptor, efeito). Deste modo, o material educativo visa educar os pacientes sobre o que é cientificamente correto e provoca mudanças de atitude e comportamento[47]. Assim, o conceito de empoderamento do paciente é fortalecido, com o intuito de promover um processo ativo de escolhas coerentes e eficaz à sua condição de saúde; é, portanto, uma forma de promover a saúde[47].

Um material bem escrito ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita a autonomia e promove a adesão, torna-os capazes de entender como suas próprias ações influenciam seu padrão de saúde e favorecem a tomada de decisão. Neste sentido, os educadores de saúde devem ter em mente que, para que as mensagens sejam eficientemente comunicadas, elas devem ser bem planejadas, precisas, relevantes e claras[46].

Neste sentido, existe um grande conjunto de diretrizes e recomendações sobre como desenvolver material educativo de alta qualidade e como avaliar sua importância sob a perspectiva de especialistas. As diretrizes de *The CDC Clear Communication*

Index: a tool for developing and assessing CDC public communication products: user guide, Federal Plain Language Guidelines, Ten attributes of health literate health care organizations e *A guide to creating and Evaluating Patient Materials* permitem a construção de materiais educativos baseados em evidências e que refletem a preocupação de atingir pessoas com alfabetização limitada[46-52].

As pessoas sem ou com escolaridade e/ou habilidades de leitura reduzida podem desfrutar das vantagens do material escrito, desde que, no processo de planejamento, considerem-se mecanismos para redução das barreiras de compreensão da mensagem e técnicas que favoreçam a motivação do paciente para iniciar e manter o interesse pelo material educativo; portanto, justifica a utilização de diretrizes recomendadas para construção de materiais educativos[46].

O material escrito para o paciente deve claramente comunicar a ideia, para assegurar o entendimento e evitar mal-entendidos que possam determinar conceitos e ações inapropriadas. Por isto, a construção de material impresso deve seguir algumas etapas para assegurar a qualidade da comunicação em saúde: identificação do publico alvo, revisão de literatura, objetivo do material, forma de apresentação, formato e veículo de comunicação a ser utilizado. Portanto, para construção de material impresso, três aspectos devem ser considerados na elaboração de materiais educativos. São eles: linguagem, layout e ilustrações[46]. No Quadro 3, estão descritos os aspectos de linguagem, ilustração e layout que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde.

Quadro 3. Aspectos de linguagem, ilustração e layout que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde.

Linguagem	- Três a cinco ideias principais por seção; - Cada tema será desenvolvido completamente; - Ações claras esperadas pelo cliente; - Ações apresentadas em uma ordem lógica; - As ideias e conceitos abstratos clarificados com exemplos; - Incluídas apenas as informações necessárias; - As ações positivas serão destacadas; - Informar os benefícios com a leitura do material; - Palavras curtas; - Sentenças com oito a 10 palavras; - Informações em forma de conversa; - Voz ativa; - Não utilizar jargões, termos técnicos e científicos assim como abreviaturas e siglas.

Ilustrações	- Ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideais importantes do texto; - Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto, como também desenhos e figuras estilizadas; - Ação ou comportamento esperado ao invés do que ser evitado; - Desenhos de linhas simples; - Ilustrações apropriadas ao leitor; - Objetos pequenos esperados ilustrações maiores; - Ilustrações de boa qualidade a alta definição; - Não utilizar caricaturas; - Símbolos e imagens familiares ao publico alvo; - Símbolos e sinais pictográficos serão usados com cautela; - Considerar nas ilustrações características raciais e étnicas do público-alvo; - Ilustrações dispostas de modo fácil, próximas aos textos aos quais elas se referem; - Setas ou círculos para destacar informações-chave.
Layout e Design	- Fonte 14, no mínimo; - Fonte para os títulos dois pontos maiores que as do texto; - Texto apenas com fontes estilizadas de maiúsculas serão evitados; - Negrito será empregado apenas para os títulos ou destaques; - Não super colorir; - Impressão fosca; - Capa com linguagens, cores e textos atrativos; - Mensagem principal e público-alvo mostrados na capa; - Sinalização adequada dos tópicos e subtópicos; - Palavras ou ideia-chaves colocadas no inicio da frase ou da proposição; - Ideia completa numa página ou nos dois lados da folha; - Informações mais importantes colocadas no início e no fim do documento; - Ideia na sequencia em que o público-alvo irá usá-las; - Limitada a quantidade de texto na página.
Adequação Cultural	- Termos preferenciais e respeitáveis para se referirem ao grupo ou condição, centrar-se na pessoa; - Facilidade para possível tradução/adaptação; - Entendimento do grupo de saúde/doença e o papel da assistência; - Uso de medicina complementar ou outras praticas; - Reflexão dos papéis esperados do indivíduo e da família.

Fonte: Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde, 2003.

Cabe aos profissionais da saúde desenvolver estratégias educativas que visem à interação e a troca de conhecimentos, de acordo com o perfil de cada população. Neste cenário, destaca-se o papel do enfermeiro, na condição de educador, o qual se torna responsável pela prática educativa, sendo essa não somente um repasse de informações e, sim, uma prática educacional transformadora que permita ao indivíduo refletir e decidir, principalmente em relação à sua saúde[53].

Em relação aos materiais educativos aos pacientes, diversas instituições possuem materiais de apoio voltados à educação dos pacientes e familiares, ao engajamento no tratamento e empoderamento, conforme recomendações de diretrizes.

A Figura 3 representa imagens de alguns materiais disponíveis aos pacientes com IC.

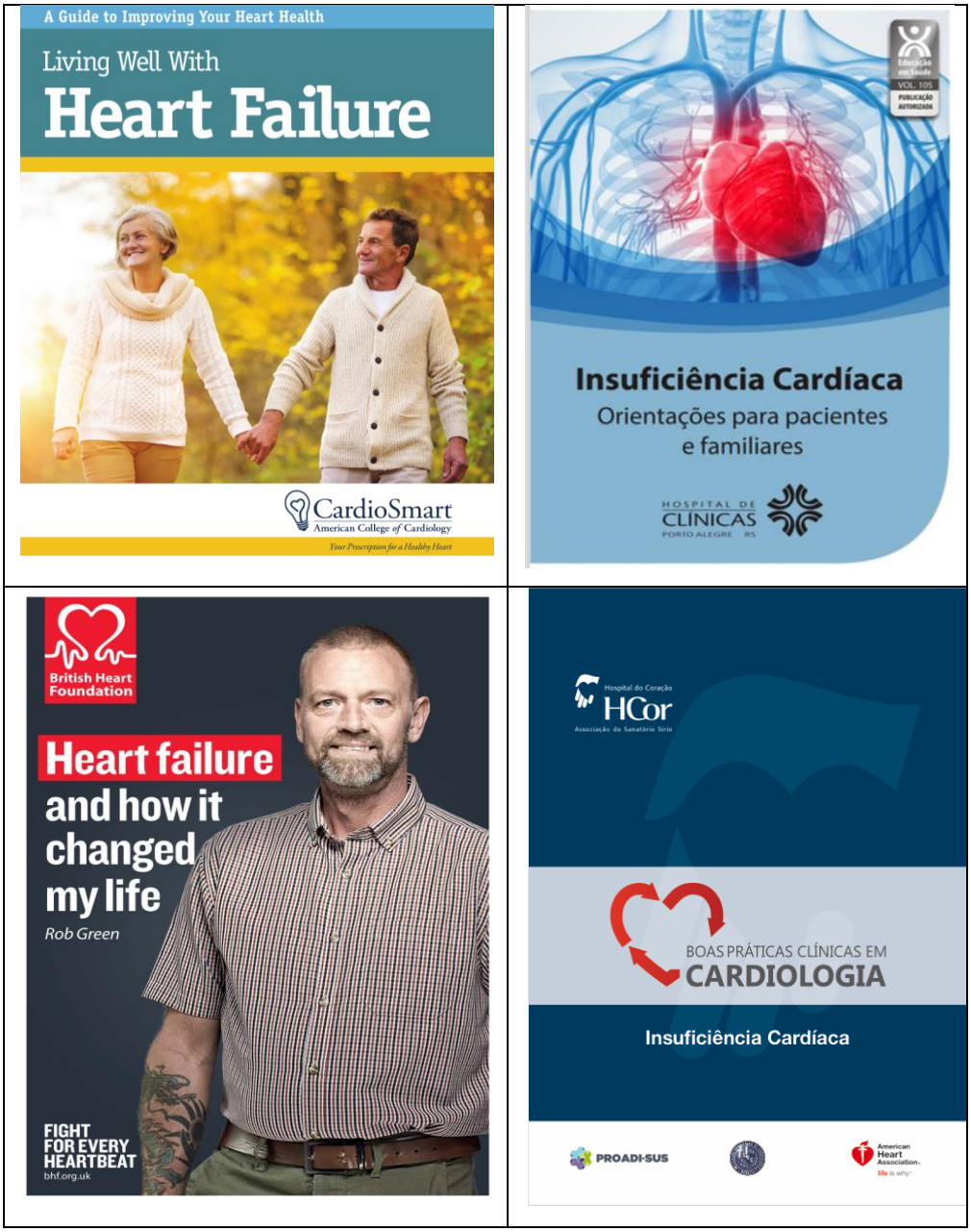


Figura 3. Materiais educativos para pacientes com IC de instituições nacionais e internacionais.

Fonte: https://www.cardiosmart.org/, https://www.hcpa.edu.br/, https://www.bhf.org.uk/, https://www.hcor.com.br/.

Estudo prévio que avaliou a eficácia de intervenções educativas em paciente com IC, demonstrou que a melhora de, pelo menos, uma recomendação, seja adesão, seja mudanças do estilo de vida, reduz risco de mortalidade em 2%, além de reduzir em 10% a probabilidade de internação[54]. Também a educação face a face, com

reforços, entrega de material escrito, telemonitorização e seguimento, é indicada para os pacientes se manterem estáveis e livre de internações. Todas as estratégias foram testadas no cenário brasileiro, com impacto nos desfechos isolados e combinados[28]. Por fim, a atualização de material impresso nas intervenções educativas realizadas para os pacientes com IC são comprovadamente benéficas; por esse motivo, as diretrizes[11,28] recomendam fortemente a utilização dos mesmos do processo de educação e envolvimento dos pacientes e familiares na manutenção do autocuidado.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica. A pesquisa metodológica trata do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa[55]. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de produto, definido como material de apoio educativo para pacientes incluídos em um Programa de Insuficiência Cardíaca de um hospital privado.

O projeto foi desenvolvido para atender a uma demanda da instituição onde a pesquisadora atua, e está integrado com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFCSPA, ao qual as autoras estão vinculadas. Além disso, a equipe executora faz parte do quadro funcional do hospital em questão e atua diretamente no Programa de IC.

A referida instituição caracteriza-se como hospital geral, privado, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o qual possui capacidade ocupacional de 380 leitos. Atende usuários de rede de saúde suplementar e particulares. Foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como um dos seis hospitais de excelência do Brasil. Em 2002, foi acreditado pela *Joint Commission International (JCI)*, reacreditado, respectivamente, em 2005, 2008, 2011, 2014 e 2017.

4.1 PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O Programa de Insuficiência Cardíaca (PIC) surgiu em 2017, com o objetivo de tratar e monitorar o paciente com IC que procura atendimento na instituição. Trata-se de um programa que visa reduzir as internações do paciente portador de IC, bem como melhorar a qualidade de vida, trazendo independência para o mesmo, reabilitando-o para a sua vida cotidiana.

O PIC atua com propósito de identificar condições situacionais nas quais podem surgir a descompensação da IC no domicílio e, principalmente, logo após a alta hospitalar, quando o paciente apresenta maior vulnerabilidade na adesão e ajuste ao tratamento prescrito. Ainda na internação hospitalar, realizam-se intervenções educativas ao paciente e seus cuidadores/familiares. Desta forma, ocorre uma ação personalizada e direcionada para as necessidades de cada indivíduo.

O Programa é composto por um time multiprofissional, formado por duas enfermeiras, um nutricionista, um fisioterapeuta, um farmacêutico, um psicólogo e um

médico cardiologista coordenador e médicos cardiologistas colaboradores.

O PIC é baseado no seguinte fluxo de atendimento:

1) Identificação do paciente elegível para atendimento do Programa, utilizando-se como critério de inclusão a internação atual por IC descompensada, independente da unidade na qual o paciente internou, podendo ser emergência, unidade de internação ou terapia intensiva;
2) Solicitação de acompanhamento do PIC é realizado pelos profissionais de saúde (médico ou enfermeiros), por meio da prescrição do item “Avaliação do time de insuficiência cardíaca”;
3) Os profissionais pertencentes ao PIC recebem o aviso de avaliação mediante o recebimento de um e-mail, contendo os dados do paciente (nome, leito, número de atendimento, data de nascimento e nome do solicitante da avaliação). Quando a solicitação for realizada pelos enfermeiros da emergência ou unidade de internação, os mesmos poderão entregar o questionário de conhecimento sobre insuficiência cardíaca[56] (ANEXO A);
4) As enfermeiras do PIC inserem o paciente na planilha de controle de pacientes em acompanhamento, localizada no Google Drive Planilhas e compartilhada com todos os membros do Programa, coordenação e gerência envolvidos com o PIC na instituição;
5) Após, é realizado contato telefônico com o médico assistente do paciente (caso não seja o solicitante) para informar a atuação do Programa e realizar combinações quanto à abordagem e intervenções a serem realizadas;
6) A primeira visita é realizada pelo enfermeiro, com objetivo de diagnóstico situacional, entrega ou recolhimento (se já foi entregue anteriormente pelo enfermeiro solicitante) do questionário de conhecimento, realizada a admissão do paciente no PIC, conforme formulário padrão (ANEXO B) e efetuado o registro no prontuário eletrônico (evolução e plano educacional);
7) Posteriormente, na primeira visita, é avaliada a necessidade de intervenção dos outros profissionais, como fisioterapia, nutrição, psicologia e farmácia. Do mesmo modo, é analisado o conhecimento do paciente e/ou cuidadores quanto ao autogerenciamento da IC e as intervenções educativas necessárias;
8) A segunda visita realizada pela enfermeira tem o propósito educativo, com

a necessidade de utilização de material de apoio educativo impresso e discussão sobre autogerenciamento da IC com o paciente e/ou cuidador. Nesta visita, é avaliado o grau de deficiência de conhecimento e necessidade de continuidade das visitas educativas ao longo da internação;

9) Trinta dias após a alta hospitalar, é realizado o contato telefônico pós-alta, conforme formulário específico[57] (ANEXO C). Este contato deve ser realizado pelo enfermeiro que realizou a intervenção durante a internação hospitalar, para que o vínculo seja preservado e favoreça caso haja necessidade de intervenções futuras.

As discussões sobre condição clínica, intervenções necessárias, causas da internação e reinternações, plano educacional e metas são realizadas nos rounds semanais multiprofissionais na unidade de internação cardiológica (E3) pela equipe do Programa de IC e equipe assistencial da unidade, garantindo comunicação efetiva entre todos. Para os rounds, é utilizado formulário de round e acompanhamento (ANEXO E).

A Figura 4 destaca o fluxo de operacionalização do PIC.

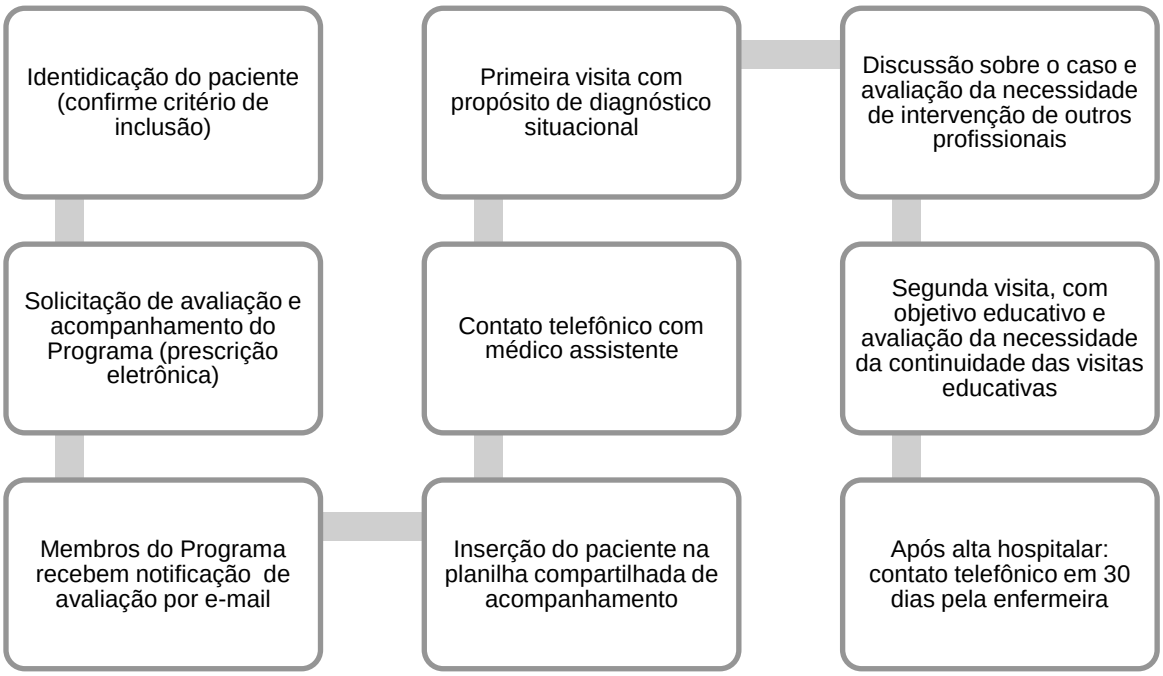


Figura 4. Diagrama do fluxo de operacionalização do Programa de Insuficiência Cardíaca.
Fonte: elaborado pela autora (2019)

4.1 ETAPAS DO ESTUDO

Este estudo divide-se em duas etapas: (1) construção do material de apoio educativo para pacientes do Programa de Insuficiência Cardíaca; (2) validação do material de apoio educativo para pacientes do PIC. A Figura 5 apresenta o desenvolvimento do estudo.

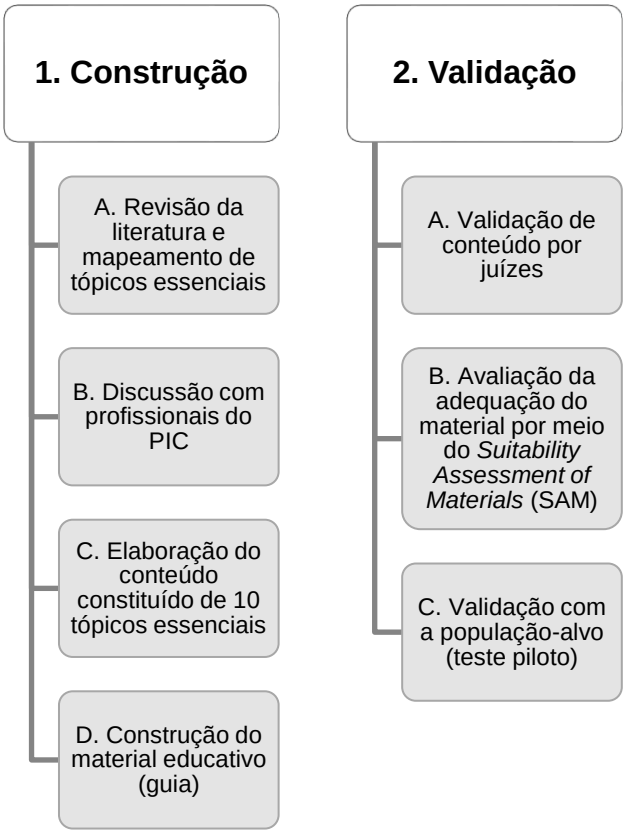


Figura 5. Etapas metodológicas para construção do material apoio educativo para pacientes inseridos no PIC. Fonte: elaborado pela autora (2019)

ETAPA 1: Construção do material de apoio educativo para pacientes do Programa de Insuficiência Cardíaca

1A. Revisão da literatura

Para fundamentar a construção da cartilha, foi realizada uma revisão da literatura, para proporcionar segurança e respaldo para a utilização do material educativo, sendo assim baseado no conhecimento científico de literatura existente.

Revisão de literatura caracteriza-se por uma avaliação crítica de conteúdo já publicado, considerando o avanço das pesquisas sobre a temática[58].

Para esta etapa, foram levantados dados que contemplem estudos relevantes sobre educação do paciente, engajamentos e gerenciamento da IC. O material de apoio educativo caracteriza-se como um guia de apoio educativo aos pacientes incluídos no PIC. Visa assegurar que as medidas instituídas durante a hospitalização serão continuadas após a alta, a fim de otimizar os resultados, especialmente durante as primeiras semanas após a alta hospitalar, quando os pacientes estão se adaptando com a terapêutica prescrita. Portanto, este recurso de educação foi desenvolvido para melhorar a compreensão dos pacientes com IC e encorajar envolvimento no autocuidado e adesão ao tratamento.

A coleta de dados seguiu os seguintes passos: elaboração de pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, busca na literatura cinzenta e discussão com especialistas. Para formulação da pergunta norteadora, utilizou-se o formato PICO: P (pacientes/população), I (intervenção), CO (contexto)[55]. Para este estudo, foi definido: P – pacientes portadores de insuficiência cardíaca; I – orientações educativas; CO – promoção de comportamentos descompensatórios. Desta forma, definiu-se a questão norteadora que este estudo busca responder: *Quais orientações realizadas por meio de tecnologias educativas a pacientes com insuficiência cardíaca reduz comportamentos promotores da descompensação da IC?*

A estratégia de busca de evidências envolveu pesquisa em base de dados eletrônicos, repositórios de instituições de ensino, pesquisa na internet em sites de organizações governamentais, sites de associações, sites de indústria farmacêutica especializada, sites de eventos científicos e instituições de saúde.

Para o levantamento dos artigos na literatura, foi realizada busca nos seguintes bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (Pubmed), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health* (CINAHL) e *Web of Science*. Foram utilizados na busca os descritores gerais e suas combinações no idioma português e inglês: tecnologia educacional (*Educational Technology*), insuficiência cardíaca (*Heart Failure*), educação em saúde (*Health Education*). Os critérios de inclusão utilizados foram: publicações que possuíssem relação com a temática, estivessem disponíveis gratuitamente e eletronicamente na íntegra, em português, inglês ou espanhol; artigos publicados e

indexados nas bases de dados dos referidos bancos de dados nos últimos 10 anos, para abranger recomendações mais recentes. Foram excluídos estudos duplicados.

Foi realizado também um aprofundamento através do fichamento dos artigos (APÊNDICE A). Posteriormente, foi realizada a análise dos materiais selecionados de forma descritiva, possibilitando categorizá-los por data e delineamento, com intuito de reunir e sintetizar o conhecimento produzido sobre o tema. A literatura cinzenta também foi consultada, devido ao grande volume de materiais disponíveis como: diretrizes (*guidelines*), materiais educativos, guias e cartilhas institucionais. A literatura cinzenta foi pesquisada por meio do site Google acadêmico, com intuito de localizar sites de referência para o tema, organizações não governamentais que tivessem disponibilizado livros, guias, manuais técnicos, vídeos, dentre outros. A seleção dos estudos foi por meio da leitura do título, seguido pelo objetivo, apresentação e/ou sumário do material. Todos os materiais foram agrupados de acordo com sua categoria (guia, manual, livro, diretriz e vídeo). Sendo assim, foram analisadas as principais publicações disponíveis na literatura sobre autocuidado e gerenciamento da IC, as quais foram utilizadas na construção do conhecimento teórico a ser abordado.

1B. Discussão com profissionais do Programa de Insuficiência Cardíaca

Após a revisão da literatura e seleção do material, foi realizada uma discussão com o time de profissionais do PIC, por meio de encontros, para que as características do material de apoio educativo (guia) e principais assuntos fossem determinados. Nestes encontros, os materiais selecionados foram estudados, discutidos e organizados, a fim de definir o formato do material de apoio educativo, de acordo com o público-alvo a ser alcançado. Desta forma, com base no que foi encontrado na literatura científica e cinzenta, e após consenso do grupo, foram definidos os principais tópicos a serem contemplados: O que é insuficiência cardíaca?; O que causa insuficiência cardíaca?; Quais os principais sintomas de insuficiência cardíaca?; Como é diagnosticada a insuficiência cardíaca?; Qual é o tratamento para insuficiência cardíaca?; Medicamentos para insuficiência cardíaca; cuidados essenciais no tratamento da insuficiência cardíaca; se minha insuficiência cardíaca piorar; sinais de alerta; monitorando minha insuficiência cardíaca. Os encontros ocorreram quinzenalmente, no centro de cardiologia da instituição em questão, no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019.

1C. Elaboração do conteúdo para o material de apoio educativo (guia)

O processo de elaboração do material de apoio educativo atendeu aos critérios de linguagem para comunicação em saúde. Com o objetivo de promover a compreensão do indivíduo e melhorar a capacidade de adesão ao tratamento e plano de cuidado, as diretrizes de *The CDC Clear Communication Index: a tool for developing and assessing CDC public communication products: user guide,* o *Federal Plain Language Guidelines,* o *Ten attributes of health literate health care organizations* e *A guide to creating and Evaluating Patient Materials* permitem a construção de materiais educativos baseados em evidências e que refletem a preocupação de atingir pessoas com alfabetização limitada[46-50,52]. Deste modo, para a confecção da cartilha, foram adaptadas as orientações citadas anteriormente, as quais descrevem aspectos relacionados à linguagem, ilustração, layout e design e adaptação cultural[59].

Nesta etapa, foram elaborados os textos que iriam constituir cada tópico determinado pelo consenso com especialistas do PIC. Buscou-se utilizar uma linguagem clara, simples e direta para melhor compreensão do conteúdo exposto. Para instruções escritas, um recurso para leitura de palavras é escrever sentenças curtas, usando palavras comuns e na voz ativa. As frases foram escritas de modo que os indivíduos com baixo nível de escolaridade possam ler e compreender o material, visto que uma linguagem difícil poderia dificultar a compreensão do conteúdo exposto[59].

1D. Construção do material de apoio educativo (guia)

Posteriormente, houve encontros com o setor de marketing e designer da instituição em questão, para captar a mensagem do texto e formar as ilustrações, de forma que fossem atrativos e condizentes com os textos elaborados, facilitando, assim, a assimilação do público-alvo. Os encontros ocorreram com o intuito de explicar ou enfatizar ideias importantes do texto, sendo utilizadas como exemplos o material encontrado na literatura cinzenta, para que a equipe do marketing compreendesse o real objetivo e layout do material educativo.

À medida que o *designer* criava o *layout* e as ilustrações, era enviado para a equipe envolvida na elaboração do material (coordenação do PIC) e à pesquisadora

para ajustes e aprovação. Ao final, a cartilha foi composta por 18 páginas e 7 quadros educativos.

ETAPA 2: Validação do material de apoio educativo para pacientes do PIC

Após a elaboração do material educativo, foi necessária a validação por profissionais externos à instituição, visando à avaliação do mesmo. É recomendado que este processo seja realizado por profissionais especializados na área temática, na qual o material educativo foi criado. Com isso, pretendeu-se comparar os objetivos do material com o tema, analisando o conteúdo e a aparência. Para validação do conteúdo do material educativo, foram utilizados dois procedimentos para análise de qualidade, com base nos pressupostos teóricos: análise de juízes e teste-piloto (análise teórica da população-alvo)[60-63].

2A. Validação do conteúdo por juízes

A análise dos juízes consiste em uma consulta feita a *experts* na área, com objetivo de avaliar a pertinência de itens no que tange a uma série de critérios que são considerados importantes para garantir a qualidade dos mesmos e, portanto, validar a hipótese de que representam adequadamente o material[49]. À medida que a validade dos materiais é apresentada, atesta-se sua qualidade, afasta-se a possibilidade de erros aleatórios e aumenta-se a credibilidade de sua utilização na prática[55].

Primeiramente, para seleção dos juízes, utilizou-se a amostra de conveniência[62]. A partir de uma seleção primária, foi utilizada a amostragem de bola de neve, na qual, ao identificar o primeiro sujeito que se encaixe nos critérios de elegibilidade necessários, é solicitado ao mesmo que sugira outros participantes[55]. Foi adotado este tipo de amostragem devido a mesma ser utilizada em populações com características que podem ser difíceis de identificar[55]. Para auxiliar a confirmação dos dados dos especialistas, foram realizadas consultas na Plataforma Lattes, do Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Como parâmetros de análise para seleção de juízes, foram avaliados: título de graduação na área da saúde (enfermeiro, psicólogo, médico, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêuticos ou psicólogos); possuir habilidades/conhecimento

especializado que tornam o profissional um especialista no assunto (possuir título de especialista); possuir habilidades/conhecimento adquiridos pela experiência (experiência profissional na assistência ao paciente com IC).

No que se refere ao número de juízes que devem participar do processo de validação, não existe padronização que indique este número, de forma que há autores que sugerem a quantidade correta. No presente estudo, foi seguida a recomendação de Lynn, que recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez juízes para escolha do número de juízes participantes, tendo participado da validação do material educativo[64,65]. Para este estudo, foram convidados 14 juízes para avaliação de conteúdo, mas somente 8 aceitaram participar da pesquisa. Cabe ressaltar que o convite foi encaminhado para 9 enfermeiros (entre professores e enfermeiros com experiência em IC), 3 médicos cardiologistas, 1 fisioterapeuta e 1 nutricionista. A validação do material educativo realizada pelos juízes ocorreu no período de abril a maio de 2019.

Os juízes foram convidados a participar mediante contato formal através de carta-convite, via correio eletrônico, informando o objetivo da pesquisa e convidando a participar da mesma. Ao aceitar, o participante preencheu o Termo de Consentimento Livre a Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), através da assinatura digitalizada, por conta do preenchimento online, para autorização e anuência.

Os juízes receberam, através de e-mail, além do material de apoio educativo a ser avaliado em arquivo do tipo PDF, o link que continha os respectivos instrumentos de avaliação de conteúdo (APÊNDICE C) e o questionário de avaliação *Suitability Assessment Of Material* (SAM) (ANEXO E). Nesta etapa, os juízes avaliaram a exatidão científica, conteúdo, apresentação literária, ilustração, legibilidade e características da impressão, qualidade da informação de cada aspecto a ser avaliado[61]. Ambos os instrumentos de avaliação possuíam campo apropriado para redigir comentários e sugestões de aperfeiçoamento. Foi dado um prazo de 15 dias para que os mesmos realizassem a avaliação do material e reenviassem os instrumentos preenchidos.

A validade do conteúdo do material de apoio educativo para paciente com insuficiência cardíaca foi realizada através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do comitê de juízes, em relação ao instrumento de avaliação de conteúdo (APÊNDICE C), com o objetivo de verificar o nível de concordância dos juízes em relação à adequação dos itens avaliados[61]. Esse índice mede a proporção ou porcentagem de

juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens[61]. Permite, inicialmente, avaliar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. O IVC é calculado com a utilização de uma escala tipo Likert de 4 pontos ordinais. Para avaliar o material, os juízes escolheram as seguintes respostas: 1 = discordo totalmente; 2 = concordo parcialmente; 3 = concordo; 4 = concordo totalmente; N/A = não se aplica.

O cálculo do IVC foi feito a partir da somatória das respostas “3” e “4” de cada item do questionário, e divide-se esta soma pelo número de total de respostas[61]. A fórmula para avaliar cada item individualmente é demonstrada abaixo:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}}$$

A taxa de concordância entre juízes para avaliação dos itens individualmente deve ser superior a 0,80[61]. Para a verificação da validade de forma geral, deve haver uma concordância mínima de 0,80 e, preferencialmente, superior a 0,90[61]. As sugestões e opiniões dadas pelos juízes foram organizadas em Quadros.

2B. Avaliação da adequação por meio do Suitability Assessment of Material (SAM)

Após a validação do conteúdo através do IVC, foi aplicado outro instrumento para avaliação da adequação do material educativo, o *Suitability Assessment Of Material* (SAM) (ANEXO E). Este instrumento permite avaliar o material educativo quanto à sua adequação para o paciente. A necessidade de aplicação deste instrumento foi importante para este estudo, pois ele avaliou outros aspectos que não são contemplados pelo IVC como, por exemplo, a adequação cultural, abrangendo assim outros aspectos avaliados.

O SAM é um instrumento americano e consiste em uma listagem com seis categorias (conteúdo, exigência de alfabetização, ilustração, layout e apresentação, estimulação/motivação do aprendizado e adequação cultural) com 22 itens, numa escala de pontuação de zero a dois e deve ser aplicado após a leitura do texto[66-71]. As características que foram avaliadas no material educativo estão agrupadas conforme as seguintes categorias (Quadro 4):

Quadro 4. Características avaliadas pelo *Suitability Assessment Of Material* (SAM).

Conteúdo	O propósito está evidente
	O conteúdo trata de comportamentos
	O conteúdo está focado no propósito
	O conteúdo destaca os pontos principais
Exigência de alfabetização	Nível de leitura
	Usa escrita na voz ativa
	Usa vocabulário com palavras comuns no texto
	O contexto vem antes de novas informações
	O aprendizado é facilitado por tópicos
Ilustrações	O propósito da ilustração referente ao texto está claro
	Tipos de ilustrações
	As figuras/ilustrações são relevantes
	As listas, tabelas, etc. têm explicação
	As ilustrações têm legendas
Leiaute e apresentação	Característica do layout
	Tamanho e tipo de letra
	São utilizados subtítulos
Estimulação Motivação do aprendizado	Utiliza a interação
	As orientações são específicas e dão exemplos
	Motivação e autoeficácia
Adequação cultural	É semelhante a sua lógica, linguagem e experiência
	Imagem cultural e exemplos

Fonte: Readability, suitability, and writing for clients with limited literacy skills, 2018[71].

Na avaliação do material educativo, através do questionário de validação *Suitability Assessment Of Material* (SAM) (ANEXO E), os juízes avaliaram a dificuldade e conveniência do material educativo. Este questionário utilizou uma escala Likert de 3 pontos ordinais (0 = não adequado; 1 = adequado; 2 = superior (excelente); N/A = o fator não pode ser analisado)[68].

O cálculo foi realizado por meio do somatório total dos escores, dividido pelo total de itens do questionário. Deste modo, o material é globalmente classificado como "superior" (70-100%), "adequado" (40-60%) ou "não-adequado" (0-39%)[70,71].

Segundo os autores do instrumento, para que o material seja considerado adequado, o resultado do cálculo de percentagem de escores obtidos deve ser igual ou superior a 40%[67,69]. Para este estudo, foi considerado um índice de concordância de 70% entre os juízes, para a resposta "2 = superior" (excelente).

2C. Validação do material de apoio com a população-alvo (teste piloto)

A etapa seguinte corresponde à análise do material de apoio educativo pela população-alvo, por meio de um teste-piloto, com o objetivo de verificar se todos os

itens são compreensíveis para os membros da população à qual a publicação se destina[61,64,72,73]. A validação do material de apoio educativo junto aos indivíduos portadores de insuficiência cardíaca e seus familiares é uma atividade necessária, visto que os mesmos são o foco da atividade que se pretende realizar após a elaboração do material educativo[61,64,72,73]. Deste modo, trata-se de um momento importante, que possibilita verificar o que foi compreendido, o que deve ser acrescentado ou aperfeiçoado, além de se perceber algum distanciamento entre o que foi exposto e o que foi compreendido pela população-alvo[55].

Para esta etapa, foram escolhidos 5 pacientes, selecionados por amostra não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão dos participantes nesta etapa foram: possuir diagnóstico de IC, possuir idade superior a 18 anos e participar do PIC da instituição. Respeitando os princípios éticos, os participantes foram convidados e orientados sobre o objetivo da pesquisa e após aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, ficando uma via com o paciente. A validação do material de apoio educativo ocorreu de abril a maio de 2019.

O processo de avaliação junto aos pacientes foi realizado individualmente (paciente e familiar/cuidador), durante a internação hospitalar, por meio de uma visita da pesquisadora, na qual ocorreu a leitura do material e, após, preenchimento do instrumento avaliativo com auxílio da pesquisadora. O instrumento utilizado para validação junto à população-alvo (APÊNDICE E). O questionário aplicado contou com 10 perguntas objetivas, os pacientes opinaram acerca do conteúdo e aparência do material de apoio educativo.

Todas as sugestões relacionadas à falta de compreensão e modificações sugeridas foram avaliadas para posterior aperfeiçoamento do material de apoio educativo.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeita todas as exigências éticas e científicas, baseadas nas disposições da Resolução n° 466/2012, do Ministério da Saúde, acerca das diretrizes e normas para pesquisas, envolvendo seres humanos. Destaca-se que todos os participantes que aceitaram colaborar com a pesquisa foram informados dos objetivos de maneira clara e detalhada, sendo sanadas todas as dúvidas, além de

destacar a importância da realização desta. Aos participantes que aceitaram o convite, foi aplicado o TCLE em duas vias, para juízes (APÊNDICE B) e para os pacientes (APÊNDICE D).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital em questão, recebendo parecer favorável, sob o número 3.108.915 (APÊNDICE F). Desta forma, foi assegurado o cumprimento às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Assim, os juízes e os pacientes foram informados sobre a sua participação de forma voluntária, sendo garantidos total sigilo e anonimato, bem como a possibilidade de desistência da participação no estudo, se assim desejassem.

5 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO

Os resultados deste estudo estão apresentados em duas partes, de acordo com os métodos do estudo. Na primeira, apresentam-se os resultados relacionados ao processo de construção do material educativo e, a segunda parte refere-se à validação do conteúdo pelos juízes e população-alvo (teste-piloto).

5.1 CONSTRUÇÃO DO MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DO PIC

Revisão da literatura

Foram identificadas, inicialmente, 199.280 publicações nas bases de dados investigadas; após refinamento com cruzamento dos descritores, foi realizada a triagem, identificando-se 68 artigos que poderiam responder à questão de pesquisa. Destes, 15 estavam indisponíveis, 38 eram repetidos e 15 foram selecionados. O detalhamento da busca em base de dados está apresentado no Quadro 5.

Quadro 5. Síntese da busca de artigos em base de dados.

		PUBMED	WEB OF SCIENCE	CINAHL	SCIELO
IDENTIFICAÇÃO TRIAGEM	Heart failure	47.049	151.776	321	134
	Heart failure and education technology	145	114	0	2
	Heart failure and health education	1106	1151	1	21
	Heart failure and education technology and health education	92	79	0	1
ELEGIBILIDADE	Artigos selecionados que podem responder á questão de pesquisa	22	40	3	3
	Total de artigos selecionados				68
	Artigos repetidos				38
	Artigos indisponíveis				15
	Artigos Incluídos				15

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Para estabelecer quais informações seriam extraídas de cada publicação, ocorreu um processo extenso de leitura. Após, efetuou-se a triagem de conteúdo relacionado ao gerenciamento e autocuidado, às consequências e benefícios do engajamento do paciente no tratamento da IC.

O Quadro 6 apresenta a síntese dos estudos que serviram para subsidiar o conteúdo do material educativo.

Quadro 6. Relação dos estudos selecionados.

Ano	Autor	Título
2018	Jonathan P. et al.[74]	Patterns of heart failure symptoms are associated with self-care behaviors over 6 months
2018	Ana Mafalda et al. [75]	Gestão do autocuidado do doente com insuficiência cardíaca: intervenção enfermagem revisão integrativa
2017	Martin R. et al.[17]	The Optimize Heart Failure Care Program: Initial lessons from global implementation.
2017	Mauro et al. [76]	ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards.
2017	Cristina Silva et al.[15]	Efeito do grupo de orientação em pacientes com insuficiência cardíaca crônica: ensaio clínico randomizado.
2017	Mohammad Hossien et al. [77]	The Impact of a Hospital-Based Educational Program Based on the Health Belief Model on Self-Care Behaviors of Heart Failure Patients.
2017	Josiana Araujo et al. [78]	Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado.
2017	Susan et al.[79]	Evidence for Therapeutic Patient Education Interventions to Promote Cardiovascular Patient Self-Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association.
2017	Yih-Kai et al.[80]	Applying Heart Failure Management to Improve Health Outcomes: But WHICH One?
2016	Wan Xian et al.[81]	Transitional Care to Reduce Heart Failure Readmission Rates in South East Asia.
2015	Gholam Hassan et al.[82]	Evaluation of the effect of perceived social support on promoting self-care behaviors of heart failure patients referred to the Cardiovascular Research Center of Isfahan.
2015	Vanessa Monteiro et al.[20]	Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros.
2015	Sean et al.[83]	Early Management of Patients with Acute Heart Failure: State of the Art and Future Directions. A consensus document from the society for academic emergency medicine/heart failure society of America acute heart failure working group.
2013	Tiny et al.[84]	Practical guide on home health in heart failure patients.

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Verificou-se que a maioria dos estudos possuía o intuito de instruir sobre os riscos da insuficiência cardíaca não tratada adequadamente, assim como orientar os prejuízos que podem acarretar aos pacientes e aos serviços de saúde as readmissões frequentes. Além disso, a utilização de material educativo é uma iniciativa simples e

de baixo custo, aumenta a conscientização sobre a continuidade do tratamento da insuficiência cardíaca no domínio, educação e envolvimento do paciente na terapêutica.

Já as buscas na literatura cinzenta resultaram em 24 referências selecionadas. Para tanto, foi lido o título, seguido pelo objetivo, apresentação e/ou sumário do material. Foram selecionados 6 guidelines de organizações não governamentais, 11 cartilhas e/ou guias institucionais, 3 vídeos, 3 protocolos assistenciais e 1 tese de doutorado. Foram identificados fluxos e planos (linhas de cuidados) institucionais e estruturais da assistência e seguimento dos acompanhamentos pós-alta hospitalar que representam notada relevância antes de construir o material de apoio educativo a estes pacientes. Tais aspectos interferem diretamente na organização do autocuidado, na responsabilização e na educação do paciente e família, desde a inserção no PIC até a gestão de cuidado no domicílio.

A síntese do material selecionado na literatura cinzenta está apresentada no Quadro 7.

Quadro 7. Relação dos materiais de literatura cinza selecionados.

Ano	Categoria	Origem	Título
2018	Diretriz	Sociedade brasileira de cardiologia – Arquivos brasileiros de cardiologia	Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda
2018	Cartilha	University of Ottawa – Heart Institute	Heart Failure – A guide for patients and families
2018	Vídeo	British Heart Foundation	What is heart failure?
2018	Cartilha	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Insuficiência cardíaca – Orientação para pacientes e familiares
2017	Cartilha	British Heart Foundation	Heart Failure and how it changed my life
2017	Protocolo assistencial	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Protocolo assistencial de insuficiência cardíaca aguda
2017	Vídeo	American Heart Association	Heart Failure Warning Sings and Symptoms
2017	Cartilha	British Heart Foundation	An everyday guide to living with heart failure
2017	Cartilha	American Heart Association and Novartis pharmaceuticals	Healthier Living With Heart Failure – Managing Symptoms and Reducing Risk
2017	Diretriz	American Heart Association	2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America
2016	Diretriz	ESC Europan Society os Cardiology – Europan Heart Journal	Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with

Ano	Categoria	Origem	Título
			the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC
2016	Cartilha	CardioSmart - American College of Cardiology	A guide to improving your heart health
2016	Tese	Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Efetividade de um algoritmo de diurético e manejo não farmacológico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado
2015	Cartilha	Rise Above Heart Failure – American Heart Association	Heart Failure: Partnering in Your Treatment
2015	Protocolo assistencial	Hospital do Coração Hcor – Associação do Sanatório Sírio	HCor Programa de Cuidados Clínicos: Insuficiência cardíaca
2014	Cartilha	Servier indústria farmacêutica internacional	Passaporte – Minha Insuficiência Cardíaca
2013	Cartilha	HFSA Heart Failure Society of America and Novartis Pharmaceutica Corporation	A guide for patients – Living With Heart Failure
2013	Cartilha	British Heart Foundation	Cut Down on salt – It's important you and your family
2012	Vídeo	Johns Hopkins Medicine	Salt Shakedown — How to Avoid Hidden Sodium at the Grocery Store
2012	Diretriz	Sociedade brasileira de cardiologia/Arquivos brasileiros de cardiologia	Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda
2011	Diretriz	The Medical Journal os Australia	2011 Update to National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia, 2006
2011	Guia	Heart Foundation	Guidelines for the prevention, detection and manegement os chronic heart failure in Australia
2009	Cartilha	University of Ottawa – Heart Institute	Heart Failure: A guide for patients and families

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Verificou-se que os materiais educativos identificados na literatura cinzenta, predominantemente possuíam o objetivo de educação na prevenção da descompensação e identificação precoce dos sinais de descompensação. Vídeos, cartilhas e guias com informações de fácil compreensão, ilustrativas e interessantes ao leitor foram identificados como pontos-chave para motivar a leitura e interpretação das informações, uma vez que a população mais idosa e com baixa escolaridade apresenta algum grau de dificuldade de leitura[59]. Observou-se que os conteúdos do material, principalmente de instituições hospitalares, incentivam a educação e acompanhamento contínuo do paciente portador de IC, com o intuito de identificar precocemente os sinais de descompensação e educar o paciente e seus cuidadores para a busca precoce dos serviços de saúde.

Discussão com profissionais do Programa de Insuficiência Cardíaca

Após o levantamento da literatura e seleção do material, foi realizada uma revisão e discussão com profissionais pertencentes ao PIC, para que as características do material e principais assuntos fossem definidos. Além disso, foi necessário escolher as ideias centrais que fariam parte do material, para gerar uma experiência de aprendizado ao paciente e familiar/cuidador.

Para esta definição, ocorreram encontros presenciais com profissionais atuantes e coordenação do PIC. Além dos profissionais que compõem o PIC, foram convidados dois médicos cardiologistas que atuam como colaboradores do programa e solicitam regularmente o PIC para seus pacientes internados por IC descompensada. Optamos por incorporá-los nesta discussão, devido estarem diretamente ligados ao resultado das intervenções do PIC em seus pacientes. Além disso, suas experiências e vivências muito podem contribuir para adequação e sucesso deste material educativo.

Estes encontros ocorreram no período de agosto de 2018 a janeiro do 2019, com o objetivo de organizar o material selecionado, determinar a população-alvo e construir os tópicos essenciais que deveriam compor o material de apoio educativo. Desta forma, com base na discussão entre os profissionais, baseada na população-alvo, foram determinados os principais tópicos a constituir o material de apoio educativo.

O material educativo foi dividido em dez tópicos, cujos assuntos estão expostos na Figura 6.

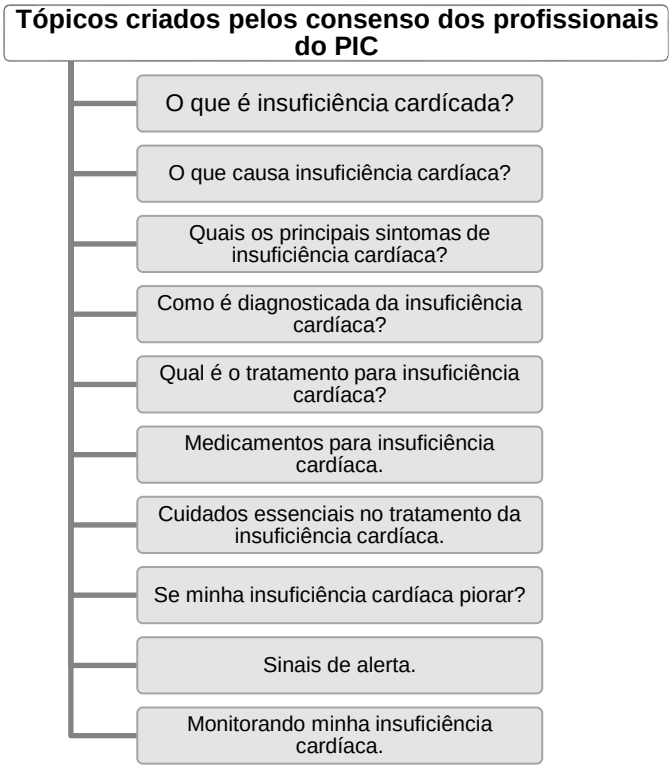


Figura 6. Tópicos criado pelo consenso de profissionais do Programa de IC.

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Elaboração do conteúdo para o material de apoio educativo (guia)

A partir da seleção do conteúdo, e sabendo a sequência dos assuntos (tópicos), iniciou-se a elaboração textual. Buscou-se coligar conteúdo rico em informações, porém objetivo, visto que materiais muito extensos se tornam cansativos, então é necessário que o material seja construído com linguagem acessível a todas as camadas sociais e níveis de instrução[50].

A linguagem utilizada deve ser coerente com a mensagem e com o público-alvo. Além disto, um material bem escrito ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita a autonomia, promove a adesão, também favorece a tomada de decisão e os torna capazes de entender como suas próprias ações influenciam seu padrão de saúde. Vale ressaltar que as pessoas com escolaridade e/ou habilidade de leitura reduzida podem desfrutar de vantagens do material educativo impresso, desde que sejam considerados mecanismos de redução de barreira de compreensão e interpretação e, assim, forneça a motivação pela leitura do material educativo

impresso[59].

Optou-se por apresentar o conteúdo do material educativo em tópicos, cujos conteúdos estão descritos a seguir:

O que é insuficiência cardíaca? Este capítulo abordou essencialmente o que é a insuficiência cardíaca, sua fisiopatologia e a resposta orgânica da doença. Teve como objetivo principal apresentar como o sistema cardiovascular responde à descompensação orgânica, informando aos pacientes de maneira clara e simples.

O que causa insuficiência cardíaca? O objetivo foi listar, com vocabulário coerente ao público-alvo, quais as causas de IC, esclarecendo, assim, potenciais origens da IC em cada paciente individualmente. Procurou-se não conceituar cada subtítulo, para que os pacientes não construíssem pré-julgamento em relação às causas da sua condição.

Quais os principais sintomas de insuficiência cardíaca? O propósito deste capítulo foi descrever, de maneira simples e objetiva, os sintomas que o paciente poderá apresentar, com o intuito de educá-lo para identificação de sinais e sintomas precoces de descompensação de IC, para que possam procurar auxílio especializado antes da deterioração orgânica severa. Isto é evidenciado no quadro de “lembrete” localizado no final da página, salientadando-se a importância do registro diário dos sintomas, para que a descompensação seja identificada antecipadamente.

Como é diagnosticada a insuficiência cardíaca? Neste capítulo foram listados alguns dos inúmeros exames disponíveis, realizados para diagnósticos da IC. Considerou-se utilizar uma descrição de exames em forma de lista e resumida, devido ao grande número de exames-diagnósticos disponíveis na atualidade. Além disto, os exames são considerados individualmente para o paciente, conforme a indicação clínica. Por esse motivo, cada paciente terá seu rol de exames-diagnósticos, conforme a etiologia da IC e sua condição da saúde atual.

Qual é o tratamento para insuficiência cardíaca? Este capitulo representa, de maneira breve, alguns tratamentos e procedimentos que podem ser utilizados para insuficiência cardíaca; no entanto, optou-se por não aprofundar os conceitos e indicações. Considerou-se de máxima importância a descrição das medicações comumente utilizadas, o que foi descrito na sequência. Observa-se o quadro de “lembretes” no final deste capítulo, contendo dicas sobre o uso adequado dos medicamentos, uma vez que isto representa uma estratégia eficaz na compreensão, pois tem capacidade de aumentar o conhecimento e a consciência quanto ao uso

correto do arsenal terapêutico.

Medicamentos para insuficiência cardíaca. Este capitulo abordou um conjunto de informações sobre as principais opções de tratamentos utilizados, favorecendo o uso dos medicamentos de forma consciente, adequada e segura. Procurou-se descrever de forma clara e compreensível os motivos da utilização de cada fármaco; por isso, para melhor entendimento, foram exemplificados alguns nomes comerciais comumente utilizados, para que o paciente possa correlacionar com a prescrição médica e a terapêutica utilizada.

Cuidados essenciais no tratamento da insuficiência cardíaca. Neste capitulo, o objetivo foi descrever como o paciente pode melhorar sua condição de vida, participando ativamente do seu tratamento. Por isso, as orientações de autocuidado foram listadas no início do capítulo e, após, foram detalhadas no decorrer do mesmo, com o intuito de ressaltar a importância destas atitudes diárias para equilíbrio da condição de saúde. No transcorrer do capítulo, foram acrescentados quadros de “lembretes/dicas” para fortalecer as orientações, no que se refere a atitudes fundamentais aos pacientes portadores de IC, tais como: pesar-se diariamente, controlar a ingesta hídrica, controlar regulamente a pressão arterial, reduzir a ingesta de sal, manter um peso corporal saudável, evitar o uso de cigarro e bebidas alcoólicas e manter-se ativo. Destaca-se que, nos subtítulos, foram incluídas dicas para do dia a dia, como ingredientes que indicam alto teor de sódio nos alimentos. Da mesma forma, foram abordados os temas relevantes para pacientes com insuficiência cardíaca, como: trabalho, atividade sexual, ansiedade, emoções, a indicação da vacina contra influenza e pneumonia.

Se minha insuficiência cardíaca piorar? Cuidados paliativos é um assunto pertinente em um material educativo sobre IC, pois a insuficiência cardíaca é uma doença crônica e progressiva. Por isso, os cuidados paliativos foram abordados de forma sutil, para que os pacientes tenham ciência e possam discutir com sua equipe de saúde. Além de conter informações e orientação para os cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca, orientando formas de cuidar sem que o paciente tenha privação da sua autonomia.

Sinais de alerta. Um dos principais desafios na educação dos pacientes com insuficiência cardíaca é capacitá-los para identificar precocemente os sinais de deterioração clínica. Neste quadro educativo, foram listados os principais sinais de alerta para descompensação da IC. Os itens estão divididos por nível de gravidade,

sendo classificados em “peça ajuda imediatamente”; “informe a equipe de saúde o mais rápido possível em caso de”; “discuta com sua equipe de saúde”.

Monitorando minha insuficiência cardíaca. Este capítulo foi construído para facilitar e estimular o acompanhamento diário ou regular dos parâmetros clínicos fundamentais para o monitoramento adequado da insuficiência cardíaca no domicílio. Procurou-se construir um layout simples para que os pacientes possam anotar seus parâmetros e compará-los ao longo de um período de tempo, e também utilizar como ficha de controle de sinais vitais para avaliação da equipe de saúde. Cabe ressaltar que, no esquema específico para descrever as medicações, as mesmas podem ser preenchidas pelo paciente com auxílio da equipe de saúde utilizando, assim, este momento oportuno para instrução sobre as medicações a serem utilizadas no domicílio após a alta hospitalar.

Construção do material de apoio educativo (guia)

A próxima etapa corresponde à construção e diagramação do material de apoio educativo, que corresponde à organização e formatação do material, sendo realizado pelo marketing da instituição em questão.

Para facilitar a utilização do material educativo, buscou-se sinalizar adequadamente os capítulos, usando recursos como negritos, alteração da fonte e estilo de letra para os subtítulos que sinalizassem o início de cada seção[48]. Como forma de não deixar o material educativo visualmente poluído, foram utilizadas as cores, logomarca, estilo de fonte, conforme padrão institucional da instituição em questão.

Para criação do layout do material de apoio educativo, foram realizados encontros entre o marketing e os membros do Programa de Insuficiência Cardíaca. Após a primeira versão construída, iniciou um processo de aperfeiçoamento, totalizando três versões, até a validação da versão final do material educativo. Durante este período, ocorreram sucessivos encontros e trocas de e-mail entre os membros do PIC e o marketing, com sugestões de aprimoramento do produto.

O material de apoio educativo final foi composto por 20 páginas (APÊNDICE G), a capa é composta pelo título “Insuficiência Cardíaca: Guia para pacientes e familiares” e o logotipo da instituição. Destaca-se que, nas primeiras páginas, constam informações sobre o Programa de Insuficiência Cardíaca e seu objetivo principal,

sumário e apresentação do material de apoio educativo. Na contracapa, foi impresso o logotipo de instituição e as referências ao serviço de cardiologia institucional, que contribuiu financeiramente para este projeto. A última página do material foi destinada às referências.



Figura 7. Layout da capa e contracapa do material educativo.

No que se refere às ilustrações presentes no material educativo, buscou-se uma maior proximidade com a realidade cultural da população abordada; assim, as ilustrações foram feitas conforme catálogo de imagens institucionais padronizadas e convenientes a cada objetivo do capítulo, para melhorar a compreensão do conteúdo exposto. Recursos visuais são essenciais para a transmissão de mensagem em saúde para os leitores, pois a utilização das ilustrações atrai a atenção e ajuda o leitor a focar no que é importante[59].

Como exemplo, a Figura 8 apresenta os tópicos do material educativo “Quais são os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca” e “Sinais de alerta”.

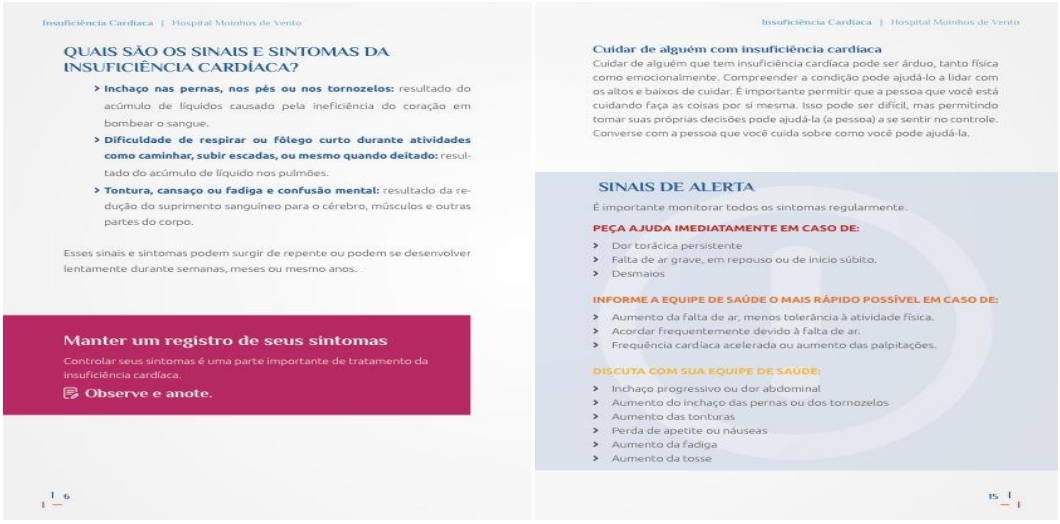


Figura 8. Layout de tópicos do material educativo “Quais são os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca” e “Sinais de alerta”.

5.2 VALIDAÇÃO DO MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DO PIC

Validação de conteúdo por juízes

Foram convidados 14 juízes para validação de conteúdo; entretanto, somente 8 aceitaram participar da pesquisa e responderam os instrumentos no prazo estipulado.

Os dados de categorização dos juízes participantes do estudo, de acordo com critérios de seleção pré-estabelecidos, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos juízes.

Variáveis	**n (%)**
Idade*	36,3 ± 5,1
Sexo	
Feminino	8 (100)
Profissão	
Enfermeiro	5 (62,5)
Professor (enfermeiro)	3 (37,5)
Tempo de experiência na assistência aos pacientes com insuficiência cardíaca* (anos)	7,5 ± 5,56
Publicações sobre a temática	6 (75)
Pós-graduação	
Mestrado	5 (62,5)
Doutorado	4 (50)
Área de atuação	
Qualidade e segurança	3 (42,8)
Paciente crítico (emergência e CTI)	2 (28,6)
Ensino	3 (37,5)

*Valores apresentados como média e desvio padrão. CTI: Centro de Terapia Intensiva.

Fonte: dados da pesquisa (2019).

A validação de conteúdo evidencia a relevância e alcance das observações apontadas pelos especialistas. Assim, também, o processo de validação foi realizado com participação de profissionais com diferentes atuações, representando aspecto bastante favorável, visto que foi possível reunir saberes especializados na temática abordada pelo material de apoio educativo[85]. Para tanto, a abordagem multiprofissional é preconizada, considerando a ampliação do conteúdo no material educativo em relação ao conhecimento e experiência dos diferentes profissionais envolvidos[86,87]. Cabe ressaltar que o processo de validação é essencial após a elaboração de materiais educativos, pois há a necessidade de que juízes com experiência no assunto possam avaliar o material e fazer sugestões para o seu aperfeitçoamente[64]. Para este estudo, procurou-se selecionar, como maioria, juízes que tivessem experiência na temática abordada.

Em relação ao processo de validação do material educativo quanto ao conteúdo e aparência, pelos juízes, estes responderam aos 30 itens do instrumento avaliativo do material, distribuídos em 6 domínios (exatidão científica, conteúdo, apresentação literária, ilustrações, legibilidade e características da impressão e qualidade da informação), assinalando uma escala tipo Likert. No final de cada domínio, possuía um canto com local apropriado para expressar suas opiniões referentes a cada domínio.

Cabe ressaltar que, quando os juízes assinalaram nos itens do instrumento a opção “discordo totalmente” em um dos aspectos avaliados, no enunciado foi solicitado que descrevesse o motivo pelo qual se considerou essa opção, para que as sugestões pudessem ser consideradas e analisadas. As sugestões e comentários estão apresentadas no Quadro 10 expõe os comentários dos juízes. Os resultados obtidos com o instrumento foram analisados e mantidos separadamente por domínios.

Quadro 8. Distribuição do índice de validade de conteúdo individual do material educativo por juízes.

Juiz	**IVC individual**
1	1,0
2	0,77
3	0,90
4	1,0
5	1,0
6	0,97
7	1,0

8	0,93
IVC TOTAL	**0,95**

Fonte: dados da pesquisa (2019).

O IVC do material educativo analisado pelos juízes foi de 0,95, considerado validado, de acordo com concordância mínima determinada para este estudo, que foi de 0,80, preferencialmente superior a 0,90[55,61]. O conteúdo avaliado expôs um alto valor do IVC, sugerindo que o material educativo é representativo do conteúdo a ser abordado sobre autogerenciamento da insuficiência cardíaca. Valores semelhantes de IVC foram encontrados em outros estudos sobre construção de material educativo[73,85,88-91].

Ainda sobre a validade do conteúdo, apresenta-se, no Quadro 9, os resultados por domínio e itens avaliativos.

Quadro 9. Distribuição do índice de validade de conteúdo do material educativo por domínios.

Domínios	Item examinado	IVC por item
Exatidão científica	Os conteúdos abordados estão de acordo com o conhecimento atual	1,00
	As orientações apresentadas são as necessárias e foram abordadas corretamente	1,00
	Os termos técnicos estão adequadamente definidos	1,00
Conteúdo	O objetivo é evidente, o que facilita a pronta compreensão do material	1,00
	As informações são satisfatórias quanto ao comportamento desejado	1,00
	Não existem informações desnecessárias	0,88
	Existe revisão dos pontos mais importantes	1,00
	As informações são atualizadas	1,00
Apresentação literária	O nível de leitura é adequado á compreensão do material	1,00
	O estilo de conversação facilita á compreensão do material	1,00
	O material encoraja a adesão	0,88
	A linguagem está adequada ao público alvo	1,00
	As ideias estão expressas concisamente	1,00
	O texto possibilita interação com a orientação entre profissional e público alvo	0,88
	O vocabulário utiliza palavras comuns	1,00
	O material é de leitura agradável	1,00
	O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo	0,75
Ilustrações	A capa chama a atenção do leitor e retrata o propósito do material	0,63
	As ilustrações são simples, apropriadas e de fácil compreensão	0,75

Domínios	Item examinado	IVC por item
	As ilustrações são relevantes	0,75
	Estão relacionadas com o texto (configuram o propósito desejado)	0,88
Legibilidade e características da impressão	O tamanho da letra é adequado	1,00
	A utilização de negrito a marcadores de texto chamam a atenção para pontos específicos ou conteúdo-chave	1,00
	Os subtítulos ou as entradas facilitam a leitura e memorização	1,00
	O formato do material está adequado	1,00
Qualidade da informação	Esta inserida na cultura local	1,00
	Está inserida na cultura atual	1,00
	O material habilita o público-alvo a realizar as ações desejadas	1,00
	O material ajuda a prevenir possíveis problemas	1,00
	O material permite obter máximo benefício possível	1,00

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Exatidão científica

Para análise do domínio “exatidão científica”, os resultados do IVC por conceito mostraram que houve consenso da maioria dos juízes no que se refere à exatidão científica. Isto é reconhecido pela pontuação estar distribuída nas respostas “concordo” e “concordo totalmente”, havendo um consenso de 95,8% de juízes que concordam totalmente. Desta forma, a avaliação dos juízes confirma a qualidade das informações incluídas no material educativo. Além disto, certifica a necessidade das informações utilizadas e a adequação dos termos técnicos inseridos.

Conteúdo

Na avaliação do domínio “conteúdo”, o Quadro 9 mostrou os itens que se referem ao conteúdo informativo do material, além de avaliar a forma pela qual o conteúdo é apresentado, no intuito de identificar a existência de informações desnecessárias e/ou desatualizadas. Neste domínio, houve um consenso de 80% dos juízes no que se refere ao objetivo do mesmo; isto é evidenciado através do percentual de juízes que assinalaram o item “concordo totalmente” no instrumento avaliativo. Cabe ressaltar que houve uma avaliação “concordo parcialmente”, no critério referente a “não existem informações desnecessárias”, este juiz justificou sua pontuação com

o seguinte comentário:

"O conteúdo está extenso, poderia ser mais objetivo em relação ao autocuidado e orientações de prevenção".

Ainda na avaliação deste domínio, houve outros comentários dos juízes, os quais estão listados na tabela de comentários a seguir, no Quadro 10.

Apresentação literária

No que se refere à apresentação literária, houve predominância dos juízes na pontuação dos critérios "concordo" e "concordo totalmente". Isto comprova que a apresentação literária do material educativo está de acordo com o esperado pelo objetivo da construção do mesmo, apoiar na educação e engajamento do paciente com insuficiência cardíaca. Dois juízes pontuaram itens distintos com o critério "concordo parcialmente", nos itens "O material encoraja a adesão" e "O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo", estas respostas foram justificadas pelos comentários descritos pelos juízes, os quais estão expostos no Quadro 10.

Legibilidade e características da impressão

Quanto à legibilidade e características da impressão, 81,2% dos juízes pontuaram o material educativo no critério "concordo totalmente". Logo, as respostas dos juízes concordam que o material é fácil de ler e atraente para o leitor. A apresentação textual deve ser coerente com a mensagem e com o público-alvo. Também deve ser convidativo, de fácil leitura e entendimento[46].

Qualidade da informação

O domínio qualidade da informação obteve 100% das respostas com pontuação 3 ou 4, ou seja, os juízes julgaram o material educativo apropriado com a adequação cultural e com grande possibilidade de proporcionar benefícios aos pacientes portadores de IC. Cabe ressaltar que a aplicação de uma linguagem simples, em que se pretenda eficácia e rapidez de compreensão, é um fator facilitador do aprendizado[46].

Ilustrações

Em ilustrações, um juiz apresentou discordância em dois conceitos: “As ilustrações são simples, apropriadas e de fácil compreensão” e “As ilustrações são relevantes”, esta resposta foi justificada pelo seguinte comentário:

> *“Não havia ilustrações, acho que um pouco de ilustração/imagens ajuda a leitura do público leigo”.*

Este domínio apresentou maior divergência nas respostas entre os juízes, apenas 28,3% das respostas corresponderam ao critério “concordo totalmente”. Observa-se que a maior parte dos juízes apontou o critério “concordo” no que se refere às ilustrações utilizadas no material educativo. Já o critério “concordo parcialmente” correspondeu em 18,7% das respostas. Estas respostas corroboram com o estudo prévio que indica que a utilização de ilustração deve permitir que as pessoas se identifiquem com as mesmas, tornando o material mais fácil de ler e atraente para o leitor[46]. Da mesma forma, o estudo prévio destacou que o objetivo das ilustrações é unicamente de aperfeiçoar a compreensão do leigo e não de servir como enfeite dentro do material[69].

O item “A capa chama a atenção do leitor e retrata o propósito do material” apresentou menor IVC, em comparação aos outros itens avaliados pelos juízes. Esta pontuação reforça as orientações dos *guidelines* e estudos prévios em relação à construção de material educativo[46,48-51], no qual indicam que a capa deve ter efeito atrativo, além de utilizar imagens, cores e textos atraentes, permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização. Entretanto, a instituição em questão adota padrões de layout para suas publicações; por isso, o material criado com a finalidade institucional deve seguir esta regulamentação. Por este motivo, a capa material de apoio educativo apresentou pontuação inferior e layout discordante com as recomendações de construção de material educativo em saúde.

Uma análise da distribuição do IVC por domínios, a Figura 9 demonstrou que o domínio “ilustrações” obteve IVC inferior ao valor determinado para este estudo (IVC = 0,80, preferencialmente superior a 0,90). Isto infere que, neste domínio, a construção do material educativo para paciente com insuficiência cardíaca obedeceu parcialmente aos critérios pré-estabelecidos pelas diretrizes *The CDC Clear Communication Index: a tool for developing and assessing CDC public communication*

products: user guide, Federal Plain Language Guidelines, Ten attributes of health literate health care organizations e *A guide to creating and Evaluating Patient Materials*[46-50,52]. Entretanto, a análise do IVC, que tem por objetivo medir a proporção de juízes que estão em concordância sobre os aspectos gerais do material e seus itens, apresentou um do IVC de 0,95, considerado IVC de alto valor e classificado como material representativo sobre tema abordado.

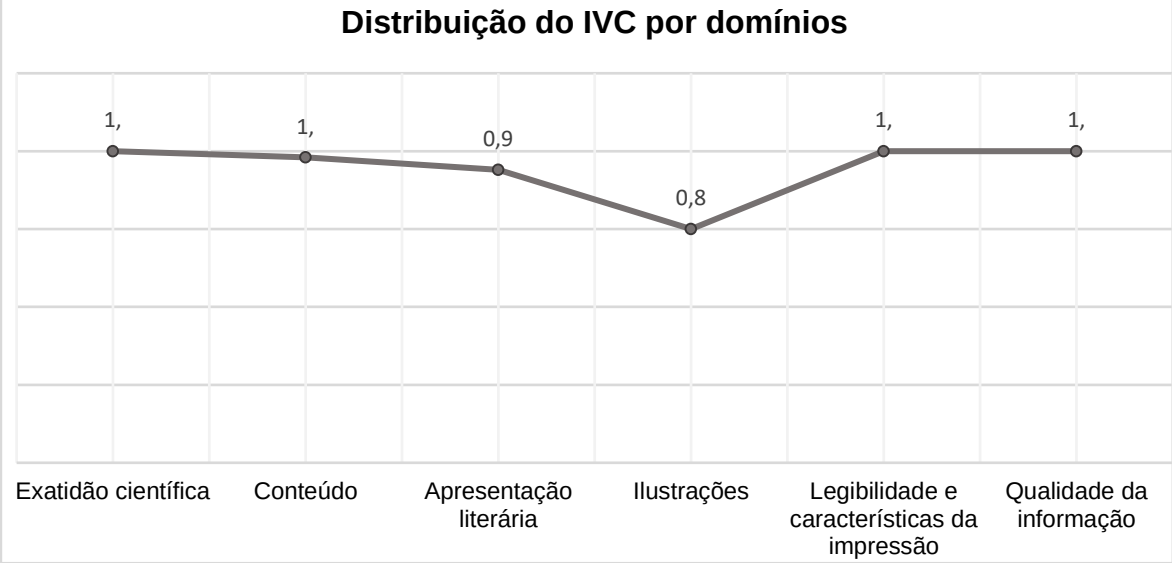


Figura 9. Distribuição do índice de validade de conteúdo do material educativo por domínios.

As sugestões e comentários realizados pelos juízes por domínios estão expostos no Quadro 10. As sugestões foram avaliadas para posterior modificação do material educativo.

Quadro 10. Sugestões e comentários realizados pelos juízes por domínios.

Domínio	Comentário dos juízes
Exatidão científica	*"Sugiro na página 5 seguir a mesma linha de colocar o nome técnico primeiro e dentro do parêntese explicar o termo. Por exemplo: Arritmia (ritmo anormal do coração)".*
	"Acho que faltou listar a ic periparto".
Conteúdo	*"Sobre o comportamento desejo, tem algumas imposições, por ex. pare de fumar, que já sabemos não funcionam, sobre informações desnecessárias, por ex. sexo, o texto poderia ser reduzido".*
	"Algumas informações estão repetidas".
Apresentação literária	*"A leitura é agradável e simples, porém extensa. Não colocaria orientação em relação a cada medicação com nomes e a finalidade do uso. Os pacientes no domicilio são criativos e isso pode favorecer a troca/suspensão de medicação sem uma orientação médica".*
	"O manual é ótimo, entretanto, a leitura é direcionada ao publico do HMV, onde se espera um nível educacional mais elevado dos clientes. Academicamente o material está perfeito, mas ele ainda não sensibiliza o

Domínio	Comentário dos juízes
	paciente para uma maior adesão, não sei exatamente em qual ponto não atinge isso. Senti falta de algumas ilustrações, talvez se torne cansativo ler somente textos".
	"Poderia ser um pouco mais sucinto".
	"Sobre interação com profissional: Em qual momento será entregue o manual? Se for na internação poderia ter um espaço para dúvidas".
Ilustrações	*"Minha sugestão é acrescentar uma imagem do coração, tanto na capa quanto nas orientações para tornar mais lúdico o material"*
	"Muito texto e pouco imagem ilustrativa, principalmente nas dicas".
	"Achei pouco ilustrado".
	"Imagino que a capa esteja seguindo o padrão HMV mas acho que pode ter alguma ilustração que chame a atenção de quem lê, algum coração... As ilustrações que têm estão adequadas ao conteúdo mas acho que pode haver mais desenhos, por exemplo, uma perna com cacifo, na parte da alimentação algo que mostre que tudo que ele consuma será contado como líquido, por ex, uma concha de feijão, uma xícara de café, a quantidade de sal adequada, etc".
Legibilidade e características da impressão	*"Minha sugestão seria em formato de cartilha e com mais ilustrações".*
	"O tópico de ingesta de líquidos ficou no rodapé e separado, tive que ler pela segunda vez para me chamar a atenção, acredito que por ser um ponto importante de controle deveria ficar junto todo o texto e mais pra cima pra chamar mais atenção, pois muitas vezes os pacientes não sabem que precisa controlar o volume de líquido ingerido".
	"Reforço a necessidade de mais ilustrações".
	"Tem subtítulos importantes que ficaram no final da página".
Qualidade da informação	*"Ilustrações auxiliaria nos cuidados e controles".*
	"Acredito que junto do controle do peso e PA poderia haver também um modelo de tabela para controle de ingestão de líquidos por dia. Manter também no título um espaço para o paciente preencher o volume de líquido recomendado pelo médico. Pois para cada caso é recomendado um volume específico".
	"Reforçar a adesão. Está inserida na cultura do HMV".

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Foram realizadas 19 sugestões e comentários feitos pelos juízes na avaliação de conteúdo. Importante destacar que o material educativo teve inúmeros aperfeiçoamentos no seu processo de construção, principalmente na etapa de discussão com profissionais do PIC, com o intuito de favorecer sua utilização pela população à qual se destina. Todos os comentários e sugestões dos juízes serão avaliados em conjunto com os demais profissionais do PIC, para posterior aprimoramento do material educativo.

Avaliação da adequação por meio do *Suitability Assessment Of Material* (SAM)

A finalidade do *Suitability Assessment Of Material* (SAM) é a avaliação da adequação de materiais e de instrumentos, pois oferece, de maneira objetiva e

sistemática, determinado grau de aplicabilidade para determinado público, funcionando como um manual para a adequação positiva de materiais impressos[69].

No Quadro 11, estão apresentados os resultados da aplicação do instrumento *Suitability Assessment Of Material* (SAM) por cada juiz.

Quadro 11. Distribuição do índice de adequação do material educativo por juiz e o total do percentual SAM.

Juiz	SAM individual (%)
1	59,5
2	40,5
3	90,5
4	81,0
5	100
6	61,9
7	92,9
8	50
SAM TOTAL (%)	**72**

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Em relação ao uso do questionário SAM, para avaliação da adequação do material educativo deste estudo, podemos verificar que 50% dos juízes classificaram o material educativo como “superior” (excelente), com porcentagem entre 70% a 100%; na mesma proporção, 50% dos juízes avaliaram o material como “adequado”, com os percentuais entre 40% a 69%. Portanto, os resultados encontrados neste estudo, de acordo com a classificação SAM total, o material caracteriza-se como “superior”, com escore de 72%. Resultado similares foram encontrados em estudos prévios que utilizaram o índice de adequação do material SAM para avaliar a adequação do material[70,85,92-94].

Em uma análise do SAM por categoria, observamos pontuação de 45% na categoria “ilustrações”; esta pontuação corrobora com a avaliação dos juízes no IVC, no qual o item “ilustração” também foi considerado com menor IVC. Entretanto, os valores de interpretação pelo questionário SAM representam a categoria “ilustrações” como adequada (percentual entre 40% a 69%). Consequentemente, o material educativo destinado aos pacientes com IC é representativo e oferece informações consistentes, permitindo aproveitamento de informações pelos pacientes, já que é importante que os pacientes entendam o propósito do material.

Entre os resultados, é importante destacar que a avaliação realizada acerca do “conteúdo” e “adequação cultural” obteve excelente pontuação pelos juízes, 87,5% e

75% respectivamente, com escores dentro do esperado para categorização de material superior pelo SAM (70% a 100%).

A Figura 10 representa a análise do SAM por categorias.

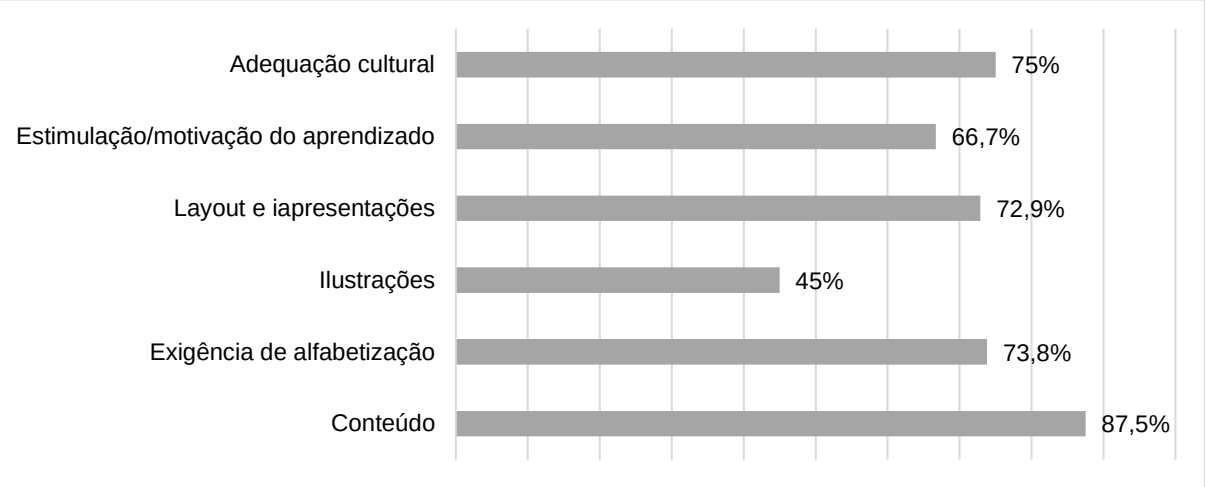


Figura 10. Distribuição do SAM por categoria.

Os resultados expostos revelam que a avaliação dos juízes classificou o material educativo como apropriado no que se refere à clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Além disso, o material educativo foi considerado “superior”, conforme classificação do SAM no que se refere ao conteúdo; exigência de alfabetização; layout e apresentação; e adequação cultural.

Todas as sugestões e comentários dos juízes foram analisados e expostos no Quadro 12. Os comentários e sugestões dos juízes serão avaliados em conjunto com os demais profissionais do PIC, para posterior aprimoramento do material educativo.

Quadro 12. Sugestões e comentários realizados pelos juízes na avaliação da adequação por meio do Suitability Assessment Of Material (SAM).

Comentário dos juízes sobre o material educativo
“Poderia ter ilustrações para facilitar o autocuidado e orientações sobre os perigos e complicações na não adesão ao tratamento e o que fazer em caso de piora. As tabelas, apesar de estar bem simples, precisam ter legenda de como preencher, muitos pacientes são bem leigos e não vão entender, por exemplo: M T N”.
“No meu ponto de vista poderiam ser incluídas outras ilustrações para atrair a leitura completa, principalmente para o público com menor escolaridade”.
“Ótima cartilha para utilização na prática clínica”.

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Validação do material de apoio com a população-alvo (teste piloto)

Após a validação realizada pelos juízes, realizou-se um teste-piloto que funcionou como uma validação de aparência pela população-alvo. O processo de validação confere maior credibilidade aos materiais educativos, no intuito de melhorar a qualidade. Neste sentido, reforça-se que, além da validação com juízes especialistas no assunto, também é importante a validação do material com pessoas leigas, visto que são elas que irão usufruir do material, além do que é importante conhecer a população à qual se destina o material[61]. A validação de materiais educativos com pessoas leigas, também foi realizada em outros estudos[72,73,88,91].

Desta forma, para avaliar a aparência, contou-se com 5 pacientes, captados durante a internação hospitalar, com diagnósticos de internação por insuficiência cardíaca descompensada e incluídos no PIC. A Tabela 2 apresenta o perfil da população-alvo participante do teste-piloto.

Tabela 2. Caracterização dos pacientes participantes do teste piloto

Variáveis	**n (%)**
Idade*	83 ± 6,32
Sexo	
Feminino	5 (100)
Ocupação atual	
Aposentada	5 (100)
Escolaridade	
Ensino fundamental	3 (60)
Ensino médio	2 (40)
Residência	
Porto Alegre	4 (80)
Cachoeirinha	1 (20)
Estado Civil	
Casada	3 (60)
Viúva	2 (20)
Reside com quem	
Sozinha e cuidadores	2 (40)
Familiares	3 (60)
Tempo de internação (dias)*	9,8 ± 8,49
Comorbidades associadas a IC	
Marcapasso	1 (20)
Fibrilação atrial (FA)	2 (40)
Cardiopatia isquêmica (CI)	2 (40)
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	2 (40)
Neoplasias	2 (40)
Diabetes Mellitus (DM)	3 (60)
Hipertensão (HAS)	4 (80)

* Valores apresentados como média e desvio padrão.

Fonte: dados da pesquisa (2019).

No que se refere ao sexo, os dados corroboram estudos prévios que avaliaram a morbimortalidade de pacientes com IC no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, os quais apontaram predominância da IC no sexo feminino em algumas regiões do Brasil. Isto se explica, uma vez que as pacientes do sexo feminino são únicas na medida em que tendem a ser mais velhas no momento dos diagnósticos iniciais e são mais propensas a ter IC com fração de ejeção preservada[95-97].

No que se refere à faixa etária, estudo prévio que avaliou pacientes com IC por faixa etária, apontou uma inversão da prevalência após a sétima década de vida, apresentando prevalência feminina. Este fato pode ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens[98]. O Ministério da Saúde atribuiu essa maior ocorrência de internação entre os homens, ao fato de serem mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica[21].

Em relação à escolaridade, a maioria das pacientes apresenta apenas o ensino fundamental, por isso apresentam menor nível de escolaridade. Dados similares foram encontrados em estudo prévio, no qual houve predomínio do ensino fundamental em 50,7% dos pacientes internados por IC[97]. Neste contexto, associados idade e escolaridade, esta combinação tem impacto na atenção, percepção, memória, linguagem oral e escrita dos pacientes[99]. Por isso, o envelhecimento e a escolaridade impactam na função cognitiva e de aprendizado dos pacientes, principalmente associados à complexidade da IC.

No que se refere ao tempo médio de internação, os resultados mostraram uma média de permanência hospitalar de 9,8 ± 8,49, oscilando entre 4 a 22 dias de internação hospitalar. Estes dados são similares à literatura, encontrando-se um tempo médio de permanência de 8 dias para serviços privados e 12,6 dias para serviços públicos[97]. Já outro estudo recente que avaliou a mortalidade de pacientes internados por IC descompensada, indicou uma média de permanência de 20,52 dias, sendo a mortalidade da amostra de 21,5%[100].

Com relação às doenças associadas à IC, a maioria das pacientes participantes do teste piloto tem, no mínimo, duas comorbidades associadas à insuficiência cardíaca. Estes dados corroboram com estudo prévio que apresentou predominância

da HAS, em 80,5% dos pacientes, seguido pelo DM em 51,2% por paciente com IC estudados[101]. Já o estudo BHEATHE apresentou porcentagem de 70,8% dos pacientes com HAS e 34% a DM1. Outros estudos apresentaram dados similares[97,102].

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes à opinião dos pacientes após a leitura do material de apoio educativo.

Tabela 3. Distribuição das respostas referentes à opinião dos pacientes após a leitura do material de apoio educativo.

Variáveis	**n (%)**
Quem leu o Guia	
Leu sozinho	-
Precisou de ajuda	5 (100)
O que você achou do Guia	
Bom	1 (20)
Ótimo	2 (40)
Excelente	2 (40)
Você acha que poderia ficar melhor	
Sim	-
Não	3 (60)
Talvez	2 (40)
Se sim, quais aspectos	
Letras	1 (20)
Figuras	1 (20)
Outros	-
Não soube responder	-
Você recomendaria este Guia à outra pessoa	
Sim	5 (100)
Não	-
Talvez	-
Se sim, quem	
Família	4 (80)
Cuidador	1 (20)
Por quê	
Tema importante	2 (40)
Leitura fácil	-
Informar cuidados	4 (80)
Outros	-
No seu entendimento, para que o Guia é importante?	
- Chamar a atenção sobre sinais e sintomas	3 (60)
- Orientar sobre sinais de descompensação	-
- Orientar sobre o que fazer quando não esta se sentindo bem	2 (40)
- Falar sobre cuidados importantes no domicílio	1 (20)
- Falar sobre seu problema de saúde	-

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Segundo os resultados, a maioria dos idosos necessitaram de ajuda para a leitura do material educativo, 5 pacientes (100%). Mesmo com auxílio para leitura, 80% dos pacientes classificaram o material educativo como ótimo e excelente; destes, 3 (60%) afirmam que não mudariam ou acrescentariam algo para melhorar o material educativo. Entretanto, 2 (40%) pacientes apontaram a letra e as figuras como

aspectos que poderiam melhorar.

Quanto à letra, a paciente verbalizou que apresentou dificuldade de ler, devido ao tamanho. Cabe ressaltar que a maioria dos idosos necessitou de ajuda na leitura e avaliação do material educativo, por queixas como dificuldades visuais ou por não terem agilidade na leitura. No que se refere às figuras, uma paciente verbalizou que prefere assistir vídeos no *You Tube* quando apresenta alguma dúvida sobre saúde ou doença. Justificou esta afirmação, por se tratar de uma ferramenta de fácil entendimento e com vídeos ilustrativos.

Todas as pacientes recomendariam o material educativo para outras pessoas; destes, a maioria para a família (80%) e 1 (20%) recomendaria para o cuidador, assim como 4 (80%) consideram o material importante para “informar aos cuidadores”, seguido de “tema importante” em 40% dos pacientes. Os pacientes consideraram que o material educativo é importante para “chamar a atenção sobre sinais e sintomas” em 60% das respostas e “orientar sobre o que fazer quando não está se sentindo bem” em 40% das opiniões dos pacientes.

No que se refere à aceitação da população-alvo, observou-se que todos os pacientes classificaram o “Guia para pacientes e familiares – insuficiência cardíaca”, como ótimo e excelente.

Por fim, os pacientes destacaram que o material educativo serviu para chamar a atenção sobre sinais e sintomas e orientar sobre condutas a serem seguidas no caso de sinais de descompensação.

6 PRODUTO

O produto final deste estudo consiste em um material didático, intitulado “Insuficiência Cardíaca: Guia para pacientes e familiares” (APÊNDICE G), recurso didático impresso, a ser utilizado como material de apoio/suporte na mediação do processo de ensino e aprendizagem, em contexto de educação em saúde, para uma determinada população.

Este material didático contém orientações sobre a patologia, fisiopatologia, sinais e sintomas, cuidados a serem realizados pelos pacientes ou cuidadores, orientações gerais, tais como: vacinação, cuidados paliativos, atividade física, controle de ingestão de sódio e líquidos, e também espaço para preenchimento diário dos controles de peso, pressão arterial, frequência cardíaca e das medicações em uso. O objetivo deste produto é contribuir nas ações realizadas pelo PIC, fortalecendo as orientações executadas durante a internação, para que o processo de transição de cuidado (hospital/domicílio) seja seguro e efetivo.

A construção e validação do produto “Insuficiência Cardíaca-Guia para pacientes a familiares” passou por um processo criterioso de desenvolvimento e avaliação por juízes e representantes da população-alvo, satisfazendo os requisitos de material educativo sobre insuficiência cardíaca, por meio de uma linguagem clara, objetiva e atraente aos pacientes e familiares.

Sabe-se que a IC demanda cuidados sistemáticos para uma melhor qualidade de vida. Por isso, a utilização deste produto associado às ações de educação verbal intra e extra-hospitalares, promove melhoria no processo de tomada decisão do paciente sobre sua saúde. Cabe ressaltar que medidas educativas são preconizadoras pelas principais diretrizes de manejo de tratamento de IC mundiais. A atualização da Diretriz Brasileira de IC[28] recomenda a atuação de equipe multidisciplinar e utilização de educação sistemática na educação do paciente nos serviços hospitalares e acompanhamento após a alta para o domicílio, incluindo material de apoio educativo impresso.

Espera-se que o presente material de apoio educativo seja de fato utilizado para a promoção da saúde dos pacientes portadores de IC, especialmente em intervenções educativas ainda no hospital. A revisão acerca do conteúdo e diagramação do material está prevista ao término do lote, inicialmente impresso como primeira versão.

Impacto para a prática

Em se tratando de educação do paciente com IC, enfrentam-se inúmeros desafios, desde a faixa etária predominantemente idosa, a complexa terapêutica medicamentosa, o acesso aos profissionais e serviços de saúde, até dificuldades cognitivas dos pacientes. Por isso, acredita-se que o uso do material de apoio educativo, desde a internação hospitalar até o domicílio, fortalecerá as orientações realizadas pelos profissionais de saúde, tendo em vista que se constitui em uma tecnologia educativa capaz de favorecer o diálogo entre os profissionais e a população-alvo, facilita a aquisição de conhecimento por parte destes, proporcionando o empoderamento dos pacientes quanto à sua condição de saúde.

As diretrizes nacionais e internacionais indicam que a educação do paciente com IC é fundamental para o sucesso da manutenção da saúde. Por isso, linhas de cuidados e programas construídos por instituições de saúde têm mostrado resultados favoráveis nos desfechos clínicos dos pacientes pertencentes a estes projetos. Associada a isso, a utilização do material não só educa quanto ao autogerenciamento, mas oportuniza uma reflexão sobre hábitos do dia-a-dia que possam ser prejudiciais à condição de saúde. Da mesma forma, são utilizados como reforço das orientações verbais oferecidas para pacientes, familiares e cuidadores.

Na perspectiva da preparação para alta hospitalar, o material de apoio educativo é considerado fundamental na transição de cuidados do hospital para o domicílio, para que o paciente possa estar munido de informações, considerado de maior vulnerabilidade, em que as medicações estão sendo ajustadas e o paciente voltará às suas atividades habituais, sem supervisão da equipe de saúde.

Dentro do propósito do PIC do HMV, está preparar o paciente para o melhor autogerenciamento, utilizar a internação hospitalar como ferramenta promotora de educação, como oportunidade de instrumentalizá-lo, de garantir que, no momento da alta hospitalar, o paciente tenha recursos para gerenciar seu tratamento e realizar as escolhas corretas para seu próprio benefício. Neste momento, o material de apoio educativo é o elo entre as instruções fornecidas no hospital e o paciente e sua família no domicílio. Por fim, o impacto deste produto na prática amplia as ações realizadas pelo PIC do HMV, agregando valor às intervenções realizadas por toda equipe de saúde durante a internação hospitalar, a fim de engajar o paciente e sua família na complexa manutenção da estabilidade IC.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Bernardez-Pereira S, Berwanger O. I Registro brasileiro de insuficiência cardíaca: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. Arq Bras Cardiol. 2015 Jun; 104(6): 433-42.

2. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, et al. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circul. 2017 Jul; 135(25): e1159-e1195.

3. Vellone E, Paturzo M, D'Agostino F, Petruzzo A, Masci S, Ausili D, et al. MOTIVATional intErviewing to improve self-care in Heart Failure patients (MOTIVATE-HF): Study protocol of a three-arm multicenter randomized controlled trial. Cont Clin Trials. 2017 Apr; 55: 34-8.

4. National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. Chronic Heart Failure Guidelines Expert Writing Panel. Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia. New Zealnd: NHF; 2011.

5. Fermann GJ, Levy PD, Pang P, Butler J, Ayaz SI, Char D, et al. Design and rationale of a randomized trial of a care transition strategy in patients with acute heart failure discharged from the emergency department: GUIDED-HF (get with the guidelines in emergency department patients with heart failure). Circ Heart Fail. 2017 Feb; 10(2): e003581.

6. Bocchi, EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica: 2012. Arq Bras Cardiol. 2012; 98(1 Supl. 1): 1-33.

7. Brunner L, Suddarth D. Tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

8. Storrow AB, Jenkins CA, Self WH, Alexander PT, Barrett TW, Han JH, et al. The burden of acute heart failure on U.S. emergency departments. JACC Heart Fail. 2014 Jun; 2(3): 269-77.

9. Pérez-Rodríguez G, Brito-Zurita OR, Sistos-Navarro E, Benítez-Aréchiga ZM, Sarmiento-Salazar GL, Vargas-Lizárraga JF. El seguimiento telemétrico disminuye la visita a la sala de urgencias y coste de atención en enfermos con insuficiencia cardíaca crónica. Cir Cirujanos. 2015 Jul./Ago; 83(4): 279-85.

10. Feijó MKEF. Efetividade de um algoritmo de diurético e manejo não farmacológico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. Tese [Doutorado em Cuidado em Enfermagem e Saúde]. Porto Alegr: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.

11. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016 Jul; 37(27): 2129-200.

12. Rosa ACM, Lamari NM. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. Arq Ciênc Saúde. 2017 Out; 24(3): 79-8.

13. Han WX, Lin W, Wong RCC. Transitional Care to Reduce Heart Failure Readmission Rates in South East Asia. Card Fail Rev. 2016 Nov; 2(2): 85-9.

14. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Francesco AA, Maria BF, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. Eur Heart J Suppl. 2017 May; 19(suppl_D): D244-D255.

15. Arruda CAS, Pereira JMV, Figueiredo LS, Scofano BC, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Efeito do grupo de orientação em pacientes com insuficiência cardíaca crônica: ensaio clínico randomizado. Rev Latino-Am Enferm. 2017; 25: e2982.

16. Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em cardiologia. 4. ed. São Paulo: Manole; 2000.

17. Cowie MR, Lopatin YM, Saldarriaga C, Fonseca C, Sim D, Magaña JA, et al. The optimize heart failure care program: initial lessons from global implementation. Int J Cardiol. 2017 Jun; 1(236): 340-4.

18. Machado RJW, Vieira MC, Marino, P. Tópicos sobre exercício físico e Insuficiência Cardíaca: Miopatia e Caquexia na origem da intolerância ao esforço. Rev DERC. 2017; 23(1): 12-5.

19. Collins S, Storrow AB, Albert NM, Butler J, Ezekowitz J, Felker GM, et al. Early management of patients with acute heart failure: state of the art and future directions. A consensus document from the society for academic emergency medicine/heart failure society of America acute heart failure working group. J Car Fail. 2015 Jan; 21(1): 27-43.

20. Monteiro MV, Brasil RK, Nogueira de Souza E, Mussi C, Rabelo-Silva, ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2015; 28(1): 41-7.

21. Nascimento WDO, Santos AMR, Ribeiro IP, Oliveira ADS. Perfil do idoso com insuficiência cardíaca internado em um hospital de urgência. Cogitare Enferm. 2016; 21(4): 01-10.

22. Dokainish H, Teo K, Zhu J, Roy A, Al Habib KF, El Sayed A, et al. Global mortality variations in patients with heart failure: results from the International Congestive Heart Failure (INTE R-CHF) prospective cohort study. Lancet Global Health. 2017 Jul; 5(7): e665-e672.

23. Greene SJ, Fonarow GC, Solomon SD, Subacius H, Maggioni AP, Böhm, M, et.al. Global variation in clinical profile, management, and post-discharge outcomes among patients hospitalized for worsening chronic heart failure: findings from the ASTRONAUT trial. Eur J Heart Fail. 2015 Jun; 17(6): 591-600.

24. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Col Cardiol. 2014 Apr; 63(12): 1123-33.

25. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circul. 2009 Sep; 120(12): 1141-63.

26. Rabelo ER, Aliti GB, Linch G FC, Sauer JM, Mello AMFS, Martins SM, et al. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico - EMBRACE. Acta Paul Enferm. 2012 Dez; 25(5): 660-5.

27. Bonin CDB, Santos RZD, Erkmann N, Souza VFD, Assis AVD, Benetti M. Conhecimento sobre a insuficiência cardíaca em participantes e não participantes de reabilitação. Int J Cardiovasc Sci. 2016; 29(6): 453-9.

28. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DCD, Rassi S, Barretto ACP. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3): 436-539.

29. Granger BB, Swedberg K, Ekman I, Granger CB, Olofsson B, Mc Murray JJ, et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. Lancet. 2005 Dec; 366(9502): 2005-11.

30. Rabelo-Silva ER, Saffi MAL, Aliti GB, Feijó MK, Linch GFC, Sauer JM, Martins SM. Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados à adesão ao tratamento: estudo multicêntrico EMBRACE. Rev Gaúcha Enferm. 2018; 39: e20170292.

31. Fonseca C, Brito D, Cernadas R, Ferreira J, Franco F, Rodrigues T, Morais J, Cardoso JS. Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal: documento de consenso. Rev Port Cardiol. 2017; 36(1): 1-8.

32. Wiefels CC, Nascimento EA, Alves CR, Ribeiro FB, Fernandes FA, Ribeiro ML, Mesquita CT. Uso do GATED-SPECT para avaliação do dissincronismo ventricular em pacientes com insuficiência cardíaca submetidos à terapia de ressincronização cardíaca. Inter J Cardiovasc Sci. 2018; 31(3): 264-73.

33. Rocha EA, Pereira FTM, Quidute FTM, Abreu JS, Lima JWO, Rodrigues Sobrinho CRM, Scanavacca MI. Quem são os super-respondedores à terapia de ressincronização cardíaca? Int J Cardiovasc Sci. 2017; 30(1): f-61.

34. Uçar FM, Yilmaztepe MA, Taylan G, Aktoz M. Episódios de taquicardia ventricular não sustentada predizem futura hospitalização em receptores de CDI com insuficiência csrdíaca. Arq Bras Cardiol. 2017; 109(4): 284-9.

35. Silva VV, Lima AMC, Costa ML, Gomes IP. Perfil dos pacientes chagásicos portadores de cardioversor-desfibrilador implantável (CDI). Int J Cardiovasc Sci. 2015; 28(1): 35-41.

36. Faria VS, Matos LN, Trotte LAC, Rey HCV, Guimarães TCF. Association between quality of life and prognosis of candidate patients for heart transplantation: a cross-sectional study. Rev Latino-Am Enferm. 2018; 26: e3054.

37. Mangini S, Alves BR, Silvestre OM, Pires PV, Pires LJT, Curiati MNC, Bacal F. Transplante cardíaco: revisão. Einstein. 2015; 13(2): 310-8.

38. Jaarsma T, Strömberg A, Larsen T. Practical guide on home health in heart failure patients. Int J Integr Care. 2013 Oct-Dec; 13: e043.

39. Amaral DR, Rossi MB, Lopes CT, Lopes JL. Intervenções não farmacológicas para melhor qualidade de vida na insuficiência cardíaca: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2017 Jan./Fev; 70(1): 198-209.

40. Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Vidan MT, Llopis García G, González Del Castillo J, et al. Representing the members of the OAK Register Investigators. Impact of Frailty and Disability on 30-Day Mortality in Older Patients With Acute Heart Failure. Am J Cardiol. 2017 Oct; 120(7): 1151-7.

41. Lee CS, Bidwell JT, Paturzo M, Alvaro R, Cocchieri A, Jaarsma T, et al. Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. Heart Lung. 2018 Jan./Feb; 47(1): 40-6.

42. Barnason S, White-Williams C, Rossi LP, Centeno M, Crabbe DL, Lee KS, et al. Evidence for therapeutic patient education interventions to promote cardiovascular patient self-management: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017 Jun; 10(6): e000025.

43. Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. Disab Rehabil. 2004; 26(9): 1166-73.

44. Sousa CS, Turrini RNT, Poveda VB. Translation and adaptation of the instrument" suitability assessment of materials"(sam) into portuguese. J Nurs UFPE. 2015; 9(5): 7854-61.

45. Callender T, Woodward M, Roth G, Farzadfar F, Lemarie JC, Gicquel, S, et al. Heart failure care in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2014; 11(8): e1001699.

46. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a

elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2003; 56(2): 184-8.

47. Hölzel LP, Ries Z, Dirmaier J, Zill JM, Kriston L, Klesse C, Bermejo I. Usefulness scale for patient information material (USE)-development and psychometric properties. BMC Med Inform Dec Making. 2015; 15(1): 34.

48. Centers for Disease Control and Prevention. The CDC clear communication index: a tool for developing and assessing CDC public communication products: user guide [Internet]. Atlanta: CDC; 2016 [aceso em 10 abr. 2019]. Disponível em: http://www.cdc.gov/ccindex/pdf/clear-communication-user-guide.pdf

49. Plain Language. Federal Plain Language Guidelines: March 2011 [Internet]. Revision 1, May 2011 [acesso em 10 abr. 2019]. Disponível em: http://www.plainlanguage.gov/howto/guidelines/FederalPLGuidelines/FederalPLGuidelines.pdf

50. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Dreyer B, Schyve P, Schillinger, D. Ten attributes of health literate health care organizations [Internet]. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2012: 1-25 [acesso em 10 abr. 2019]. Disponível em: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf

51. Negretto, G W, Almeida, S H O, Dal Pizzoli, T S (2011). Development and evaluation of printed educational material to improve the medication compliance of pediatric patients after hospital discharge. Revista HCPA, 31(4), 443-450.

52. Maine Health. A guide to creating and evaluating patient materials [Internet]. Maine Health; 2010 [acesso em 10 abr. 2019]. http://www.centralwestgippslandpcp.com/wp-content/uploads/2011/12/Module-3b_MH_Print-Guidelines_Intranet1.pdf

53. Martins MC, Ferreira ÁMV, Nascimento LA, Aires JS, Almeida PC, Ximenes L. B. Influência de uma estratégia educativa na promoção do uso de alimentos regionais. Rev Rede Enferm Nord. 2015; 16(2).

54. Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Linch, G. F. D. C., Sauer, J. M., Mello, A. M. F. S. D., Martins, S. M., & Biolo, A. (2012). Non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure: a multicenter study-EMBRACE. Acta Paulista de Enfermagem, 25(5), 660-665.

55. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2015.

56. Bonin CDB, Santos RD, Ghisi GLDM, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e validação do questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2014; 102(4): 364-73.

57. Oliveira JA, Cordeiro RG, Rocha RG, Guimarães TCF, Albuquerque DC. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. Acta Paul Enferm. 2017; 30(4): 333-42.

58. Koller SH, Couto MCPP, Von Hohendorff J. Manual de produção científica. Porto Alegre: Penso; 2014.

59. Moreira MDF, Nóbrega MML, Silva, MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2003; 56(2): 184-8.

60. Medeiros RKS, Ferreira Júnior MA, Pinto DPSR, Vitor AF, Santos VEP; Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. Rev Enferm Refer. 2015 Jan./Mar; (4): 127.

61. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(3): 925-36.

62. Torres HC. O empoderamento do pesquisador nas Ciências da Saúde. 1. ed. Belo Horizonte: Fale/UFMG; 2015. p. 1-19.

63. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. Toronto: Institute for Work & Health; 2007.

64. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3061-8.

65. Lynn, MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986 Nov-Dec; 35(6): 382-5.

66. Sousa CS, Turrini RNT, Poveda VB. Translation and adaptation of the instrument" suitability assessment of materials" (sam) into portuguese. J Nurs UFPE. 2015; 9(5): 7854-61.

67. Moura IH, Silva AFR, Rocha AESH, Lima LHO, Moreira TMM, Silva ARV. Construction and validation of educational materials for the prevention of metabolic syndrome in adolescents. Rev Latino-Am Enferm. 2017; 25: e2934.

68. Sousa CS, Turrini RNT, Poveda VB. Translation and adaptation of the instrument" suitability assessment of materials" (sam) into portuguese. J Nurs UFPE. 2015; 9(5): 7854-61.

69. Doak CC, Doak LG, Root J. 1996. Teaching patients with low literacy levels. Philadelphia: J.B Lippincott; 1996.

70. Koo W, Koh JC. A standardized assessment of the chinese renal nutrition patient education materials at providence health care. Vancouver: Providence Health Care; 2016.

71. Ames N. Readability, suitability, and writing for clients with limited literacy skills [Internet]. J Soc Work. 2018 Mar [acesso em 20 abr. 2019]. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468017318767091

72. Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação.Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1): 115-23.

73. Fernandes BSM, Reis IA, Pagano AS, Cecilio SG, Torres HC. Construção, validação e adequação cultural do protocolo COMPASSO: adesão ao autocuidado em diabetes. Acta Paul Enferm. 2016; 29(4): 421-9.

74. Auld JP, Mudd JO, Gelow JM, Lyons KS, Hiatt SO, Lee CS. Patterns of heart failure symptoms are associated with self-care behaviors over 6 months. Eur J Cardiovasc Nurs. 2018; 17(6): 543-51.

75. Balsas AM, Silveira S. Marques, MDCM. Gestão do autocuidado do doente com insuficiência cardíaca, intervenção de enfermagem: revisão integrativa. Rev Ibero-Am Saúde Desenvol. 2017; 3(2): 967-80.

76. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, Fattirolli F. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. Eur Heart J Suppl. 2017; 19(suppl_D): D244-D255.

77. Kaveh MH, Khoramaki Z, Kojouri J, Keshavarzi S. The Impact of a Hospital-Based Educational Program Based on the Health Belief Model on Self-Care Behaviors of Heart Failure Patients. Iranian Red Crescent Med J. 2017; 19(1).

78. Oliveira JA, Cordeiro RG, Rocha RG, Guimarães TCF, Albuquerque DC. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. Acta Paul Enferm. 2017; 30(4): 333-42.

79. Barnason S, White-Williams C, Rossi LP, Centeno M, Crabbe DL, Lee KS, Wood K. Evidence for therapeutic patient education interventions to promote cardiovascular patient self-management: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circul Cardiovasc Qual Out. 2017; 10(6): e000025.

80. Chan YK, David AM, Mainland C, Chen L, Stewart S. Applying Heart Failure Management to Improve Health Outcomes: But WHICH One? Cardiac Fail Review. 2017; 3(2): 113.

81. Chan WX, Lin W, Wong RCC. Transitional care to reduce heart failure readmission rates in South East Asia. Cardiac Fail Review. 2016; 2(2): 85.

82. Khaledi GH, Mostafavi F, Eslami AA, Afza HR, Mostafavi F, Akbar H. Evaluation of the effect of perceived social support on promoting self-care behaviors of heart failure patients referred to the Cardiovascular Research Center of Isfahan. Iranian Red Crescent Med J. 2015; 17(6).

83. Collins S, Storrow AB, Albert NM, Butler J, Ezekowitz J, Felker GM, Hollander JE. Early management of patients with acute heart failure: state of the art and future directions. A consensus document from the society for academic emergency

medicine/heart failure society of America acute heart failure working group. J Cardiac Fail. 2015; 21(1): 27-43.

84. Jaarsma T, Strömberg A. Larsen T. Practical guide on home health in heart failure patients. Int J Integ Care. 2013; 13(4).

85. Moura IH, Silva AFR, Holanda ADES, Lima LHO, Moreira TMM, Silva ARV. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. Rev Latino-Am Enferm. 2017; 25: e2934.

86. Martins MC, Ferreira ÁMV, Nascimento LA, Aires JS, Almeida PC, Ximenes L. B. Influência de uma estratégia educativa na promoção do uso de alimentos regionais. Rev Rede Enferm Nord. 2015; 16(2).

87. Fonseca C, Brito D, Cernadas R, Ferreira J, Franco F, Rodrigues T, Morais J, Cardoso JS. Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal: documento de consenso. Rev Port Cardiol. 2017; 36(1): 1-8.

88. De Sousa Gonçalves M, Celedônio R F, Targino M B, de Oliveira Albuquerque T, Flauzino P A, Bezerra A N, Lopes S C (2019). Construção e validação de cartilha educativa para promoção da alimentação saudável entre pacientes diabéticos. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 32.

89. Marinho PML, Campos MPA, Rodrigues EOL, Gois CFL, Barreto IDC. Construção e validação de instrumento de Avaliação do Uso de Tecnologias Leves em Unidades de Terapia Intensiva. Rev Latino-Am Enferm. 2016; 24: 1-8.

90. Bellucci Júnior JA, Misue Matsuda L. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Rev Bras Enferm. 2012; 65(5).

91. Galindo Neto NM, Áfio Caetano J, Barros LM, Silva TM, Vasconcelos EMR. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. Acta Paul Enferm. 2017; 30(1).

92. Corcoran N, Ahmad F. The readability and suitability of sexual health promotion leaflets. Pat Educ Couns. 2016; 99(2): 284-6.

93. Howe CJ, Barnes DM, Estrada GB, Godinez I. Readability and suitability of Spanish language hypertension and diabetes patient education materials. J Com Health Nurs. 2016; 33(4): 171-80.

94. Ames N. Readability, suitability, and writing for clients with limited literacy skills [Internet]. J Soc Work. 2018 Mar [acesso em 20 abr. 2019]. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468017318767091

95. Tavares LR, Victer H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC, et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA-Niterói. Arq Bras Cardiol. 2004; 82(2): 121-4.

96. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Col Cardiol. 2014; 63(12): 1123-33.

97. Rocha RC, Figueiredo LF. O perfil do paciente internado com insuficiência cadíaca no Hospital de Clínicas de Teresópolis. Rev Facul Med Teresópolis. 2019; 3(1): 69-83.

98. Kaufman R, Azevedo VMP, Xavier RMA, Geller M, Chaves RBM, Castier MB. Insuficiência cardíaca: análise de 12 anos da evolução em internações hospitalares e mortalidade. Int J Cardiovasc Sci. 2015; 28(4): 276-81.

99. Rodrigues JDC, Muller JDL, Esteves C, Fonseca RP, Parente MADMP, Salles JFD. Efeito de idade e escolaridade no instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN. Psico-USF. 2018; 23(2): 319-32.

100. Cardoso JN, Del Carlo CH, Oliveira Jr MT, Ochiai ME, Kalil Filho R, Barretto ACP. Infecção em pacientes com insuficiência cardiac descompensada: mortalidade hospitalat e evolução. Arq Bras Cardiol. 2018; 110(4): 364-70.

101. Faria TC, Giannini DT, Gasparini PVF, Rocha RM. Insuficiência Cardíaca: Relação entre Parâmetros Antropométricos, Composição Corporal e Integridade Celular. Int J Cardiovasc Sci. 2018; 31(3): 226-34.

102. Viana, PAS, Neto JDC, Novais CT, Guimarães IF, Lopes YS, Reis BC. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardiac descompensada. SANARE Rev Polit Públicas. 2018; 17(1).

APÊNDICE A – Instrumento para Fichamento dos Artigos

<table>
<tr><td colspan="3">Título do artigo:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Título do periódico:</td><td>Número:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Autores:</td></tr>
<tr><td>Base de dados:</td><td colspan="2">Data da publicação e origem:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Objetivo do estudo:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Tipo do estudo:</td></tr>
<tr><td>Amostra e sujeito:</td><td colspan="2">Cenário:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Principais resultados:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Conclusões</td></tr>
</table>

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Juízes

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DO PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

Você está sendo convidado a participar do projeto **"Desenvolvimento de material de apoio educativo para pacientes do Programa de Insuficiência Cardíaca de um hospital da região metropolitana de Porto Alegre"** que faz parte da dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Esse projeto tem como objetivo de desenvolver e validar um material de apoio educativo (guia) para paciente incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca.

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica, condição progressiva e permanente, que é tratada com mudança do estilo de vida e medicamentos para evitar episódios de descompensação. A IC é uma das principais causas de hospitalização em adultos no Brasil. Sabe-se que a identificação da presença de sinais e sintomas precoces de descompensação da IC, cria a possibilidade de intervenções que possam evitar tais episódios com internação ou visitas às emergências. Desta forma, o Programa de Insuficiência Cardíaca, visa tratar e monitorar os pacientes portadores de IC que procuram atendimento na instituição em questão, objetivando fornecer educação e envolver o paciente no esquema terapêutico para promover a sua compreensão e adesão ao plano.

A sua participação na pesquisa, consiste em avaliar o material de apoio educativo, por meio de um instrumento, no qual deverá de avaliado o formato, as instruções e interpretação, considerando a clareza e/ou pertinência de cada aspecto a ser avaliado.

Você não corre riscos ou desconfortos por participar dessa pesquisa e, caso você não se sinta a vontade para realizar o que é proposto, poderá abandoná-la a qualquer momento. Esse estudo não gera benefícios a curto prazo para sua participação, porém a implantação deste modelo de programa poderá beneficiar muitos pacientes uma vez que tem como foco melhorar a qualidade da assistência prestada àqueles que têm insuficiência cardíaca.

Não existem despesas relacionadas à participação nessa pesquisa e há

garantia de indenização por danos comprovadamente decorrentes dessa pesquisa. O termo é emitido em duas vias: você receberá uma via do termo assinada, ficando a outra com a pesquisadora responsável.

Os dados desse estudo serão utilizados para fins científicos, não podendo ser utilizados para outros fins além dos previstos nesse TCLE. Será mantido o sigilo em relação aos dados e somente os pesquisadores terão acesso às respostas fornecidas. Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, ou sobre os direitos que são resguardados a você, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Carolina Zenilda Nicolao, pelo telefone (51) 998203584 ou com a pesquisadora Emiliane Nogueira de Souza, pelo telefone (51) 99609-2518. Caso tenha dúvidas, você ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Moinhos de Vento, através do telefone (51) 3314-3537, ou diretamente na Rua Tiradentes, 333, Porto Alegre - RS.

Sua participação no estudo é voluntária.

Eu, _____ (participante do estudo), fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito e esclareci as minhas dúvidas. Sei que poderei solicitar novas informações a qualquer momento.

Declaro que recebi uma via do presente termo de consentimento.

Nome do participante:_____
Assinatura do participante:_____
Nome do pesquisador:_____
Assinatura do pesquisador:_____

Data: _____

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

APÊNDICE C – Instrumento para Análise de Validade de Conteúdo: Juízes

INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO MATERIAL

Para realizar a avaliação do conteúdo do instrumento **"Guia para pacientes com insuficiência cardíaca"**, descrevemos abaixo os conceitos envolvidos no estudo.

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica, condição progressiva e permanente, que é tratada com mudança do estilo de vida e medicamentos para evitar episódios de descompensação. A IC é uma das principais causas de hospitalização em adultos no Brasil. Sabe-se que a identificação da presença de sinais e sintomas precoces de descompensação da IC, cria a possibilidade de intervenções que possam evitar tais episódios com internação ou visitas às emergências. Desta forma, o Programa de Insuficiência Cardíaca, visa tratar e monitorar os pacientes portadores de IC que procuram atendimento na instituição em questão, objetivando fornecer educação e envolver o paciente no esquema terapêutico para promover a sua compreensão e adesão ao plano.

Pedimos que avaliem a exatidão científica, conteúdo, apresentação literária, ilustração, legibilidade e características da impressão, qualidade da informação, de cada aspecto a ser avaliado.

Utilize a escala de 1 a 4 para avaliar estes critérios, assinalando um X no campo correspondente. Abaixo de cada escala deixamos um espaço para que possa redigir sugestões ou fazer comentário, que também poderão ser feitos no próprio instrumento se preferir.

Avalie de acordo com a seguinte valorização:

1 = discordo totalmente; 2 = concordo parcialmente; 3 = concordo;
4 = concordo totalmente; N/A = não se aplica.

O prazo para avaliação e devolução do material é de 20 dias.

ATENÇÃO: Se marcar as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção, na linha destinada a comentários.

Identificação e questionário de qualificação dos Juízes:

Nome: _____ Idade: _____

Profissão:_____

Local de trabalho:_____

Área de atuação:_____

Experiência com insuficiência cardíaca (em anos):_____

Experiência anterior com validação de material educativo/escala:

( ) Sim ( ) Não

Publicação nas temáticas: insuficiência cardíaca e elaboração e validação de material educativo:

( ) Sim ( ) Não

Formação:_____Ano:_____

Especialização:_____Ano:_____

Mestrado em:_____Ano:_____

Doutorado em:_____Ano:_____

Outros:_____

Ocupação atual:_____

Instrumento e avaliação

1. Exatidão científica

Item a ser examinado	**1**	**2**	**3**	**4**	**N/A**
Os conteúdos abordados estão de acordo com o conhecimento atual					
As orientação apresentadas são as necessárias e foram abordadas corretamente					
Os termos técnicos estão adequadamente definidos					

2. Comentários:

_____

_____

_____

3. Conteúdo

Item a ser examinado	**1**	**2**	**3**	**4**	**N/A**
O objetivo é evidente, o que facilita a pronta compreensão do material					
As informações são satisfatórias quanto ao comportamento desejado					
Não existem informações desnecessárias					
Existe revisão dos pontos mais importantes					
As informações são atualizadas					

4. Comentários:

_____

_____

_____

5. Apresentação literária

Item a ser examinado	**1**	**2**	**3**	**4**	**N/A**
O nível de leitura é adequado á compreensão do material					
O estilo de conversação facilita o entendimento do texto					
O material encoraja a adesão					
A linguagem esta adequada ao público-alvo					
As ideias estão expressas concisamente					
O texto possibilita interação com orientação entre profissional e público alvo					
O vocabulário utiliza palavras comuns					
O material é de leitura agradável					
O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo					

6. Comentários:

_____

_____

_____

7. Ilustrações

Item a ser examinado	**1**	**2**	**3**	**4**	**N/A**
A capa chama a atenção do leitor e retrata o propósito do material					
As ilustrações são simples, apropriadas e de fácil compreensão					
As ilustrações são relevantes					
Estão relacionadas com o texto (configuram o propósito desejado)					

8. Comentários:

_____

_____

9. Legibilidade e características da impressão

Item a ser examinado	**1**	**2**	**3**	**4**	**N/A**
O tamanho da letra é adequado					
A utilização de negrito e marcadores de texto chamam a atenção para pontos específicos ou conteúdo-chave					
Os subtítulos ou as entradas facilitam a leitura e memorização					
O formato do material esta adequado					

10. Comentários:

_____

_____

11. Qualidade da informação

Item a ser examinado	**1**	**2**	**3**	**4**	**N/A**
Está inserida na cultura local					
Está inserida na cultura atual					
O material habilita o público-alvo a realizar as ações desejadas					
O material ajuda a prevenir possíveis problemas					
O material permite obter máximo benefício possível					

12. Comentários:

_____

_____

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado à JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: População alvo

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DO PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

Você está sendo convidado a participar do projeto **"Desenvolvimento de material de apoio educativo para pacientes do Programa de Insuficiência Cardíaca de um hospital da região metropolitana de Porto Alegre"** que faz parte da dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Esse projeto tem como objetivo de desenvolver e validar um material de apoio educativo (guia) para paciente incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca.

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica, condição progressiva e permanente, que é tratada com mudança do estilo de vida e medicamentos para evitar episódios de descompensação. A IC é uma das principais causas de hospitalização em adultos no Brasil. Sabe-se que a identificação da presença de sinais e sintomas precoces de descompensação da IC, cria a possibilidade de intervenções que possam evitar tais episódios com internação ou visitas às emergências. Desta forma, o Programa de Insuficiência Cardíaca, visa tratar e monitorar os pacientes portadores de IC que procuram atendimento na instituição em questão, objetivando fornecer educação e envolver o paciente no esquema terapêutico para promover a sua compreensão e adesão ao plano.

A sua participação na pesquisa, consiste em avaliar o material de apoio educativo, através de uma visita da pesquisadora, na qual será lido o material e posteriormente (com auxílio da mesma) deverá ser preenchido o instrumento avaliativo.

Você não corre riscos ou desconfortos por participar dessa pesquisa e, caso você não se sinta a vontade para realizar o que é proposto, poderá abandoná-la a qualquer momento. Esse estudo não gera benefícios a curto prazo para sua participação, porém, a implantação deste modelo de programa poderá beneficiar muitos pacientes uma vez que tem como foco melhorar a qualidade da assistência prestada àqueles que tem insuficiência cardíaca.

Não existem despesas relacionadas à participação nessa pesquisa e há garantia de indenização por danos comprovadamente decorrentes dessa pesquisa. O termo é emitido em duas vias: você receberá uma via do termo assinada, ficando a outra com a pesquisadora responsável.

Os dados desse estudo serão utilizados para fins científicos, não podendo ser utilizados para outros fins além dos previstos nesse TCLE. Será mantido o sigilo em relação aos dados e somente os pesquisadores terão acesso às respostas fornecidas. Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, ou sobre os direitos que são resguardados a você, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Carolina Zenilda Nicolao, pelo telefone (51) 998203584 ou com a pesquisadora Emiliane Nogueira de Souza, pelo telefone (51) 99609-2518. Caso tenha dúvidas, você ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Moinhos de Vento, através do telefone (51) 3314-3537, ou diretamente na Rua Tiradentes, 333, Porto Alegre - RS.

Sua participação no estudo é voluntária.

Eu, _____ (participante do estudo), fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito e esclareci as minhas dúvidas. Sei que poderei solicitar novas informações a qualquer momento.

Declaro que recebi uma via do presente termo de consentimento.

Nome do participante:_____
Assinatura do participante:_____
Nome do pesquisador:_____
Assinatura do pesquisador:_____

Data: _____

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

APÊNDICE E – Instrumento para Análise da População Alvo: Teste Piloto

Dados do paciente	
Data de nascimento:	Sexo:
Escolaridade:	
Estado civil:	
Profissão:	Ocupação atual:
Endereço:	
Reside com quem?	
Comorbidades relacionadas:	
Tempo de internação:	

Instrumento para análise da população alvo – Teste piloto
Possui conhecimento sobre a doença: ( ) sim ( ) não ( ) talvez
Possui dúvidas sobre a doença: ( ) sim ( ) não ( ) talvez
Quem leu o Guia para pacientes com insuficiência cardíaca? ( ) leu sozinho ( ) precisou de ajuda
O que você achou do Guia para pacientes com insuficiência cardíaca? ( ) bom ( ) ótimo ( ) excelente
Você acha que poderia ficar melhor? ( ) sim ( ) não ( ) talvez
Se sim, quais aspectos? ( ) letras ( ) figuras ( ) não sabe informar ( ) outros:_____
Você recomendaria este material para outra pessoa? ( ) sim ( ) não ( ) talvez
Se sim, quem?
Porque você recomendaria? ( ) tema importante ( ) leitura fácil ( ) informar ao cuidador ( ) outros:
Para você, para que o Guia é importante? ( ) chama a atenção sobre sinais e sintomas ( ) orienta sobre sinais de descompensação ( ) orienta sobre o que fazer quando não esta se sentindo bem ( ) fala sobre cuidados importantes no domicílio ( ) fala sobre problemas de saúde ( ) outros_____

APÊNDICE F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - HMV

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DE APOIO EDUCATIVO PARA PACIENTES DO PROGRAMA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Pesquisador: CAROLINA ZENILDA NICOLAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02901718.3.0000.5330

Instituição Proponente: Hospital Moinhos de Vento - HMV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.108.915

Apresentação do Projeto:

O manejo da IC tem sido aprimorado ao longo das últimas décadas por conta da otimização do tratamento farmacológico, dispositivos, melhor entendimento da progressão dessa síndrome, e principalmente, pela combinação de todo arsenal terapêutico somado às intervenções não farmacológicas nos diferentes cenários de cuidados. O envolvimento do paciente no gerenciamento de seus próprios cuidados aumenta a satisfação do paciente e produz efeitos positivos clínicos e econômicos. Objetivo: Desenvolver material de apoio educativo para paciente incluídos no

Programa de Insuficiência Cardíaca de um hospital privado da região metropolitana de Porto Alegre. Método: Trata-se de um projeto de com abordagem metodológica e estudo descritivo exploratório, com delineamento transversal, e desenvolvimento de material, que se caracteriza por ser integrado, sendo articulado em 3 etapas: identificação de padrão relacionado à admissão em emergência hospitalar por descompensação de

insuficiência cardíaca (1); construção e validação de um material de apoio (guia) para pacientes com IC (2); produção de conteúdo educativo para disponibilizar por meio de material digital (ebook). Este será desenvolvido em um hospital geral, privado em Porto Alegre (Hospital Moinhos de Vento). Resultados esperados: Espera-se que o material de apoio construído, seja utilizado como elemento de educação, para que os pacientes com IC possam melhorar a compreensão da doença, encorajar o envolvimento no autocuidado e adesão ao tratamento.

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo
Bairro: Floresta **CEP:** 90.560-030
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver material de apoio educativo para pacientes incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca de um hospital privado da região metropolitana de Porto Alegre.

Objetivo Secundário:

a) identificar os padrões relacionados à admissão em emergência hospitalar por descompensação de insuficiência cardíaca;

b) desenvolver e validar um material de apoio educativo (guia) para os pacientes incluídos no Programa de Insuficiência Cardíaca de um hospital privado de Porto Alegre;

c) gerar conteúdo para disponibilizar por meio digital (e-book) no site da instituição aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco é mínimo. Caso haja desconforto dos participantes, a pesquisa será interrompida para o mesmo sem qualquer outro incomodo. O participante tem o direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem que isto lhe provoque algum prejuízo ou dano.

Benefícios:

Os benefícios serão a construção de um produto educativo para os pacientes portadores de IC, uma vez que tem como foco melhorar a qualidade da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com tema relevante, e de potencial benefício para os pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências solicitadas anteriormente foram atendidas.

Sem mais nenhuma pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este projeto de pesquisa foi APROVADO na sua totalidade, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos que foram considerados para que esta decisão fosse tomada

constam no parecer. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/HMV, assim como relatórios semestrais e finais, notificação de eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1239563.pdf	10/12/2018 21:13:34		Aceito
Outros	Carta_esclarecimento.pdf	10/12/2018 21:12:52	CAROLINA ZENILDA NICOLAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_utilizacao_dados.pdf	10/12/2018 21:11:53	CAROLINA ZENILDA NICOLAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/12/2018 21:03:26	CAROLINA ZENILDA NICOLAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/12/2018 21:02:54	CAROLINA ZENILDA NICOLAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_responsabilidade.pdf	09/12/2018 22:00:00	CAROLINA ZENILDA NICOLAO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/10/2018 19:51:13	CAROLINA ZENILDA NICOLAO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_para_submissao.pdf	15/10/2018 21:30:06	CAROLINA ZENILDA NICOLAO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

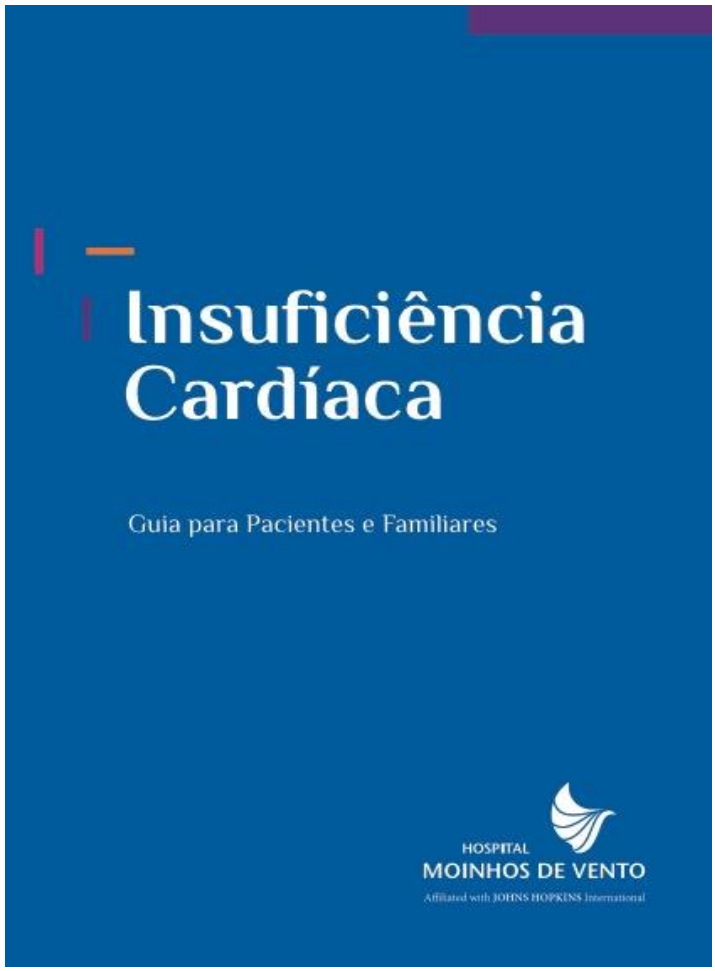
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 08 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Guilherme Alcides Flôres Soares Rollin
(Coordenador(a))

APÊNDICE G - Produto

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: Guia para pacientes e familiares



Cuide-se assumindo um papel ativo no seu tratamento. Mudanças no seu estilo de vida podem impactar positivamente na sua condição.

O que é o Programa de Insuficiência Cardíaca do Hospital Moinhos de Vento?

É um programa com objetivo de promover a qualidade de vida e independência, a partir de orientações, incentivo ao autocuidado, à adesão ao tratamento e conhecimento para gerir sua saúde.

Sobre este guia

- O que é insuficiência cardíaca?
- O que causa insuficiência cardíaca?
- Quais são os principais sintomas de insuficiência cardíaca?
- Como é diagnosticada a insuficiência cardíaca?
- Qual é o tratamento para insuficiência cardíaca?
- Medicamentos para insuficiência cardíaca
- Cuidados essenciais no tratamento da insuficiência cardíaca
- Sinais de alerta
- Monitorando minha insuficiência cardíaca

Este guia foi elaborado pela equipe multiprofissional que trabalha com pacientes portadores de insuficiência cardíaca. O objetivo é ajudar os pacientes e suas famílias a compreender melhor essa doença.

O QUE É INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

É uma condição extremamente comum, que acomete milhões de pessoas em todo mundo, sendo uma das principais causas de internação hospitalar. Ocorre devido ao enfraquecimento do músculo cardíaco; o coração encontra-se incapaz de bombear sangue para o corpo tão bem como deveria. Ou seja, seu coração não consegue levar oxigênio e nutrientes suficientes para permitir que o corpo funcione normalmente.

O QUE CAUSA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

Há muitas razões pelas quais a insuficiência cardíaca pode acontecer. As causas mais comuns são:

- **Infarto agudo do miocárdio**
- **Pressão arterial alta**
- **Problemas com as válvulas cardíacas e cardiomiopatia** (uma doença do músculo cardíaco)
- **Infecção viral que afeta o músculo cardíaco**
- **Problemas cardíacos congênitos** (problemas cardíacos que nascem com você)
- **Ritmo cardíaco anormal** (arritmia)
- **Anemia** (falta de hemoglobina transportadora de oxigênio ou glóbulos vermelhos no seu sangue)
- **Alguns tipos de quimioterapia.**
- **Consumo excessivo de bebidas alcoólicas.**

QUAIS SÃO OS SINAIS E SINTOMAS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

- **Inchaço nas pernas, nos pés ou nos tornozelos:** resultado do acúmulo de líquidos causado pela ineficiência do coração em bombear o sangue.
- **Dificuldade de respirar ou fôlego curto durante atividades como caminhar, subir escadas, ou mesmo quando deitado:** resultado do acúmulo de líquido nos pulmões.
- **Tontura, cansaço ou fadiga e confusão mental:** resultado da redução do suprimento sanguíneo para o cérebro, músculos e outras partes do corpo.

Esses sinais e sintomas podem surgir de repente ou podem se desenvolver lentamente durante semanas, meses ou mesmo anos.

Manter um registro de seus sintomas

Controlar seus sintomas é uma parte importante de tratamento da insuficiência cardíaca.

Observe e anote.

COMO A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA É DIAGNOSTICADA?

A análise do seu histórico de saúde, o exame clínico completo e alguns exames permitem que o diagnóstico seja realizado. Dentre os exames que poderão ser solicitados, estão:

- **Exames sanguíneos**
- **Radiografia de tórax para observar o tamanho do seu coração e ajudar a determinar se há líquido nos pulmões**
- **Ecocardiograma para observar a estrutura geral do coração**
- **Eletrocardiograma para analisar o ritmo cardíaco.**

QUAL É O TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

As opções de tratamento para insuficiência cardíaca incluem medicamentos, dispositivos eletrônicos implantáveis, modificação nos hábitos de vida e autocuidado.

MEDICAMENTOS

Tome seus medicamentos todos os dias, sempre no mesmo horário, o que proporciona melhor efeito e minimiza o risco de esquecimento.
Segue a lista dos medicamentos mais comuns para o tratamento da insuficiência cardíaca:

Diuréticos (furosemida, hidroclorotiazida)
São muito úteis para a eliminação do excesso de água. Com menos retenção de água, fica mais fácil respirar e há menos inchaço.

Antagonistas da aldosterona (espironolactona)
Esses medicamentos são diuréticos que não reduzem a quantidade de potássio em seu corpo.

Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) (captopril, enalapril, ramipril)
Esses medicamentos são chamados de vasodilatadores porque aumentam os vasos sanguíneos e, portanto, reduzem a pressão sanguínea, o que diminui a quantidade de trabalho que o coração precisa fazer para bombear o sangue.

Bloqueadores dos receptores da angiotensina II (ARAII) (losartana, valsartana)
Para pessoas que não toleram bem os inibidores da IECA, esse tipo de medicamento é frequentemente prescrito. É outro tipo de vasodilatador.

Sacubitril/valsartana (Entresto)
Este medicamento funciona ampliando os vasos sanguíneos, aumentando o fluxo sanguíneo e reduzindo a pressão arterial para diminuir a pressão sobre o coração. Não é adequado para todos pacientes com insuficiência cardíaca, mas sua equipe de saúde pode oferecer informações adicionais para você.

Betabloqueadores (carvedilol, metoprolol)
Esses medicamentos ajudam a diminuir a frequência cardíaca e reduzir a pressão arterial, e, às vezes, podem reverter alguns dos danos no coração causados pela insuficiência cardíaca sistólica.

Modulador do nó sinoatrial (ivabradina)
É utilizado com betabloqueadores quando eles não conseguem baixar a frequência cardíaca. Ajuda a reduzir a quantidade de oxigênio que seu coração precisa e a quantidade de trabalho que seu coração precisa fazer para bombear o sangue pelo corpo.

Digitálicos (digoxina)

Outro medicamento usado para tratar a insuficiência cardíaca sistólica, os digitálicos fortalecem as contrações musculares do coração e diminuem o ritmo cardíaco.

DICAS

- Mantenha uma lista dos nomes de cada medicamento, a dose, e horário que você precisa tomar.
- Usar uma caixa "organizadora de medicamentos" pode ajudá-lo a organizar seus medicamentos (a caixa possui compartimentos separados para armazenar seus comprimidos para cada dia da semana, e, às vezes, também para diferentes horários do dia).
- Não pare de tomar nenhum medicamento sem falar com seu médico. Parar de tomar seu remédio de repente pode piorar seus sintomas.

CUIDADOS ESSENCIAIS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

As pessoas podem gerenciar os sintomas da insuficiência cardíaca de forma eficaz e melhorar a qualidade de vida fazendo mudanças em seu **estilo de vida.**

Seguem algumas orientações que você pode fazer:

- Verifique seu peso regularmente.
- Observe a quantidade de líquido que você ingere a cada dia.

- Controle sua pressão arterial.
- Reduza o sal.
- Evite a ingesta de álcool.
- Mantenha um peso corporal saudável.
- Evite o uso de cigarro.
- Mantenha-se ativo.

A seguir, algumas informações sobre todas essas orientações.

Verifique seu peso regularmente

Um aumento súbito de peso pode significar que existe um acúmulo de líquido em seu corpo.

Se você ganhar mais de 2 quilos em três dias, não deixe de entrar em contato com sua equipe de saúde.

Pesar-se todas as manhãs usando estas dicas:

- Esvazie sua bexiga antes de pesar.
- Pesar-se na mesma quantidade de roupa.
- Pesar-se antes do café da manhã.
- Use a mesma balança.
- Registre seu peso diariamente.

Observe a quantidade de líquido que você ingere a cada dia

Mantenha um registro de sua ingestão de líquidos e lembre-se de incluir

líquidos como água, sucos, chimarrão, chás, cafés e sopas. Se você não tem certeza de quanto líquido você pode ingerir, ou se você precisa restringir a ingesta de líquidos, fale com seu médico.

Controle sua pressão arterial

A pressão arterial elevada pode aumentar o esforço do seu coração. Mantenha um peso saudável, mantendo-se ativo e tomando seus medicamentos. Essas medidas ajudam a controlar a pressão arterial e reduzir a carga de trabalho em seu coração.

Reduza o sal (sódio)

O sódio retém a água no corpo, o que pode fazer com que o coração trabalhe mais e contribua para o inchaço e a falta de ar.

DICAS

- Fique atento ao sal "oculto" em alimentos processados e preparados, os quais, geralmente, têm sal adicionado a eles (glutamato monossódico).
- Não adicione nenhum sal à sua comida na mesa.
- Evite comer alimentos que contenham muito sal como queijo, bacon, embutidos (presunto, mortadela), salsichas, conservas, batatas fritas, pizza e salgados industrializados ou de lanchonete.
- Evite temperos prontos como Sazon, Arisco, Maggi, ketchup, mostarda e maionese.
- Escolha alternativas ao cozinhar, use ervas e especiarias para adicionar sabor em vez do sal.

Ingredientes que indicam ALTO TEOR DE SÓDIO:

- Bicarbonato de sódio
- Glutamato monossódico
- Sal marinho
- Qualquer outro ingrediente com a palavra "sódio", como citrato de sódio, nitrato de sódio ou fosfato dissódico.

Evite o uso de bebidas alcoólicas

A ingestão de bebida alcoólica pode fazer os sintomas da insuficiência cardíaca piorarem, em alguns casos, pode ser a causa da insuficiência cardíaca. Então, evite o uso.

Se você fuma, pare!

Se você é fumante, pare de fumar!
Parar de fumar também reduzirá a carga de trabalho em seu coração e ajudará a melhorar seus sintomas. Converse abertamente com sua equipe de saúde sobre a dificuldade em parar de fumar. Atualmente, existem vários métodos que auxiliam na cessação do tabagismo.

Mantenha-se ativo

A atividade física é ótima para você, independentemente da sua condição de saúde. Ela ajuda você a gerenciar seu peso, reduzir o estresse e diminuir o risco de problemas graves de saúde, entre outros benefícios. No entanto, qualquer exercício deve ser orientado e realizado de forma gradual. Não faça nada sem conversar com sua equipe de saúde.

- Mantém um coração mais forte.
- Melhora circulação sanguínea.

- Melhora o humor e a autoestima.
- Promove o sono.

Trabalho

A maioria das pessoas com insuficiência cardíaca pode continuar a trabalhar, desde que seus sintomas estejam controlados.

Sexo

Pessoas com insuficiência cardíaca podem continuar a desfrutar do sexo. Como qualquer outra atividade física, ter relações sexuais pode aumentar a frequência cardíaca e a pressão arterial. Isso aumenta o trabalho do coração; em algumas pessoas com problemas cardíacos, pode levar à falta de ar. Contudo, o sexo é seguro como qualquer outra forma de atividade física.

Ansiedade e estresse

O estresse afeta pessoas de diferentes formas. É importante discutir suas preocupações com sua família, amigos ou equipe de saúde.

Emoções

É normal sentir-se triste de vez em quando. Compartilhe suas fragilidades e dificuldades com objetivo de buscar apoio emocional com profissionais da área da saúde mental. Converse com sua equipe de saúde, que será capaz de ajudá-lo.

Reações emocionais esperadas: sensação de perda do controle, medo, culpa, tristeza, ansiedade, frustração, vulnerabilidade e raiva.

Vacina contra influenza e pneumonia

Tanto a gripe como a pneumonia podem aumentar o risco de complicações para pessoas com insuficiência cardíaca. Então, é importante realizar as vacinas (Influenza e Pneumococo) para se proteger contra essas infecções.

O Hospital Moinhos de Vento disponibiliza a vacina contra Influenza e Pneumococo na sua unidade Iguatemi. O Núcleo de Vacinas do Hospital Moinhos de Vento é um espaço preparado para receber todas as demandas de imunização.

Agende a aplicação da vacina pelo telefone (51) 3327.7000

Horário das agendas de segunda a sábado, das 10h às 20h.

Localização:
Unidade Iguatemi - Av João Wallig, Portão 3. Shopping Iguatemi – 3°andar

SE A MINHA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PIORAR?

A insuficiência cardíaca é uma doença progressiva, de modo que pode chegar um momento em que seus sintomas podem se agravar. Mas lembre-se que você não está sozinho, o apoio e a ajuda estão disponíveis. Existem outros tratamentos terapêuticos que você pode discutir com sua equipe de saúde.

Cuidados Paliativos

Se a sua insuficiência cardíaca piorar, apesar de estar em tratamento, pode chegar um momento em que você precisa de cuidados paliativos. Esse é o termo usado para descrever o apoio e cuidados a pessoas cuja doença não pode ser curada.

Cuidar de alguém com insuficiência cardíaca

Cuidar de alguém que tem insuficiência cardíaca pode ser árduo, tanto física como emocionalmente. Compreender a condição pode ajudá-lo a lidar com os altos e baixos de cuidar. É importante permitir que a pessoa que você está cuidando faça as coisas por si mesma. Isso pode ser difícil, mas permitindo tomar suas próprias decisões pode ajudá-la (a pessoa) a se sentir no controle. Converse com a pessoa que você cuida sobre como você pode ajudá-la.

SINAIS DE ALERTA

É importante monitorar todos os sintomas regularmente.

PEÇA AJUDA IMEDIATAMENTE EM CASO DE:

- Dor torácica persistente
- Falta de ar grave, em repouso ou de início súbito.
- Desmaios

INFORME A EQUIPE DE SAÚDE O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL EM CASO DE:

- Aumento da falta de ar, menos tolerância à atividade física.
- Acordar frequentemente devido à falta de ar.
- Frequência cardíaca acelerada ou aumento das palpitações.

DISCUTA COM SUA EQUIPE DE SAÚDE:

- Inchaço progressivo ou dor abdominal
- Aumento do inchaço das pernas ou dos tornozelos
- Aumento das tonturas
- Perda de apetite ou náuseas
- Aumento da fadiga
- Aumento da tosse

LEMBRETES FINAIS:

- Lembre-se de se pesar todas as manhãs.
- Não pare nem troque medicamentos sem discutir com seus médicos primeiro.
- Lembre-se de evitar alimentos ricos em sal.
- Limite sua ingestão de líquidos por dia.
- Andar a pé é um dos melhores exercícios que você pode fazer para melhorar sua saúde.

Monitorando a minha insuficiência cardíaca

Tabela de controle diário.

Data	Peso	Pressão arterial
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____
__/__/____	Kg	_____ / _____

Monitorando a minha insuficiência cardíaca

Tabela de medicamentos

Medicamento	Dose	Quantidade	Frequência	M	T	N	Justificativa

Referências:

1. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, et al. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines.Circulation [Internet]. 2017 jul 11 [acesso em 06 mai. 2018];135(25). e1159-e1195. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28315732.

2. Heart Foundation. Guideline for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia. [Internet]. 2011 oct. [acesso em 06 mai. 2018]. Disponível em: https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/Chronic_Heart_Failure_Guidelines_2011.pdf

3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal [Internet]. 2016 maio [acesso em 14 jul 2016]; 37(27):2129–2200. Disponível em: https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921.

4. Rise above heart failure. Healtheir living with heart failure. Managing symptoms and reducing risk. 2017. http://ahaheartfailure.ksw-gtg.com/publication/?i=461880##{"issue_id":461880,"page":0}

5. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DCD, Rassi S, et al. 2018 Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 111(3), 436-539. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Rua Tiradentes 333, 3º Andar - Bloco B

51 3537.8601 | 51 3314.3434
(De segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, sábados das 7h às 14h)

www.hospitalmoinhos.org.br

HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO
Affiliated with JOHNS HOPKINS International

APÊNDICE H – Divulgação do Produto à Comunidade

Este produto caracteriza-se por material educativo para pacientes portadores de insuficiência cardíaca, intitulado “Insuficiência Cardíaca - Guia para pacientes a familiares”. Este material tem a finalidade de informar sobre a doença, suas causas, medicações e cuidados que os pacientes portadores devem realizar para manter sua qualidade de vida.

Este material foi construído com a finalidade de auxiliar na educação dos pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada de um Programa de Insuficiência Cardíaca. Programas de Insuficiência Cardíaca são projetos criados pelas instituições hospitalares para que pacientes portadoras de doenças crônicas sejam acompanhados, e com isto, mantenham uma condição de saúde melhor. Nestes programas, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos educam e auxiliam para que os pacientes consigam cuidar da sua saúde de forma eficaz.

ANEXO A – Questionário de Conhecimento da Insuficiência Cardíaca

1. A insuficiência cardíaca é um problema no qual:

a. existe excesso de sangue no organismo
b. o coração é fraco e não é capaz de bombear sangue suficiente
c. os vasos sanguíneos do coração estão obstruídos
d. não sabe

2. Complete com a resposta correta. É importante que pacientes com insuficiência cardíaca se pesem regularmente no mesmo horário, diariamente, e que anotem seu peso. Você deve procurar auxílio médico ou da equipe de enfermagem se aumentar mais do que _____ kg em 3 dias:

a. 2kg
b. 6kg
c. 10kg
d. não sabe

3. Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos usados por pacientes com insuficiência cardíaca. Esses medicamentos atuam:

a. na remoção do excesso de líquidos e sais do organismo
b. na dilatação dos vasos sanguíneos do organismo
c. promovendo bombeamento cardíaco mais forte
d. não sabe

4. Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos que podem gerar certos sinais ou sintomas chamados “efeitos colaterais”. Você deve avisar seu médico ou equipe de enfermagem se tiver os seguintes efeitos colaterais:

a. depressão ou tristeza
b. tremores ou calafrios
c. tosse
d. não sabe

5. Pessoas que apresentam insuficiência cardíaca tomam um remédio denominado digoxina, para que:

a. seus rins produzam mais urina
b. os vasos sanguíneos do organismo dilatem
c. o coração bata mais forte e controle os batimentos
d. não sabe

6. O acúmulo de digoxina no organismo leva ao surgimento de sinais e sintomas denominados "efeitos colaterais". Você deve informar seu médico ou equipe de enfermagem se aparecer qualquer desses efeitos colaterais. Na lista abaixo, assinale um efeito colateral comum da digoxina:

a. eritema (uma mancha avermelhada) nos braços e pernas
b. Náusea, vômitos e diarréia, perda de apetite ou gosto ruim na boca
c. feridas na boca
d. não sabe
e. não se aplica

7. A seguir estão listados possíveis sintomas devidos à insuficiência cardíaca. Qual sintoma não pertence a essa lista?

a. falta de ar – fôlego curto
b. inchaço dos pés, mãos ou abdômen
c. perda inesperada de peso
d. não sabe

8. Pessoas com insuficiência cardíaca usam diurético (lasix - furosemida) para que:

a. seus rins produzam maior quantidade de urina
b. os batimentos cardíacos sejam mais regulados
c. o coração bombeie mais fortemente
d. não sabe

9. Se você tem insuficiência cardíaca e consome bebidas alcoólicas, tais como cerveja, vinho ou destilados, deve parar de beber ou ingerir:

a. não mais do que 1 dose por dia
b. não mais do que 2 doses por dia
c. não mais do que 3 doses por dia
d. não sabe
e. não consome bebida alcoólica

10. Quais alimentos abaixo não contribuem na soma de líquidos ingeridos por dia?

a. melancia
b. pão
c. laranja
d. não sabe

11. Sabendo que a atividade física faz bem para a saúde, na sua condição de saúde, você:

a. pode praticar qualquer atividade física, sem restrições
b. pode praticar atividade física, se estiver com a doença estável, não se esforçando demasiadamente
c. não pode praticar exercícios físicos de forma alguma
d. não sabe

12. Visto que o sódio (sal) provoca retenção de líquidos no organismo, pessoas com insuficiência cardíaca precisam consumir menos sódio (sal). Assinale o alimento da lista, a seguir, que contém a menor quantidade de sal:

a. sopas prontas ou em saquinho
b. alimentos em conserva (exemplo: milho, ervilha, pepino, cenoura)
c. frutas e verduras frescas
d. não sabe

13. Comer menos sal ajuda seu coração a bater melhor. O que mais você pode fazer para melhorar sua insuficiência cardíaca? (assinale todas as alternativas que considerar corretas):

a. perder peso se estiver com excesso de peso
b. não fumar
c. tomar vacina contra a gripe e pneumonia
d. não sabe

14. Pessoas com insuficiência cardíaca podem se sentir melhor se seguirem o plano de tratamento recomendado pelo médico ou equipe de enfermagem. Manter esse programa de tratamento é a melhor maneira de evitar a hospitalização. Os motivos que levam os pacientes a apresentar sintomas de insuficiência cardíaca e voltarem a ser hospitalizados são (assinale a alternativa correta):

a. usar pouco sal na dieta
b. controlar o peso frequentemente
c. não tomar os medicamentos diariamente
d. não sabe

ANEXO B – Formulário de Admissão do Paciente no Programa de Insuficiência Cardíaca

Nome	Data de nascimento	Idade
Data da internação	Leito	Médico Assistente

Comorbidades prévias	
Cardiovascular:	Neoplasia:
Pulmonar/ Respiratório:	Obesidade:
Gastrointestinal:	Tabagismo:
Endócrino:	Etilismo:
Nefro:	Outros:

Alergias:	BNP: *Data:*

Cirurgias prévias	Ano

Internações prévias	Motivo	Data

Medicações no domicílio

Motivo da internação / HDA

Questões sociais	Cidade:	Principal cuidador se houver:	
	Quem controla a ingestão das medicações:		
Autocuidado	Peso diário:	Aferição da PA:	Controle da ingesta hídrica:
	Restrição de sódio:	Vacina da influenza: *Ano:*	Vacina pneumococo: *Ano:*

Apoio psicológico no domicílio?
Acompanhamento nutricional regular?
Acompanhamento do fisioterapeuta regular?

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL	ADMISSÃO TIME DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	Etiqueta

ANEXO C – Formulário de Contato Pós-Alta Hospitalar – "Guia para Monitoramento Pós-Alta Hospitalar"

PRIMEIRA ETAPA – PREENCHIMENTO DA FICHA TELEFÔNICA

Nome:_____Prontuário:_____
Telefone para contato:_____ Data:_____ Hora:_____
Quem forneceu as informações?_____ Ligação No_____
Meu nome é _____, sou enfermeira, e faço parte da equipe do Programa de insuficiência cardíaca do Hospital Moinhos de Vento. Gostaria de saber como está sua saúde no momento, e como o Sr./Sra. está se cuidando depois que recebeu orientações pela enfermagem. Por favor, me responda algumas perguntas:

Sua condição atual:	( ) Vivo	( ) Falecido
( ) vivo	Internado: ( ) sim ( ) não	
( ) falecido	Quando?	Onde?	Causa?

O Sr./Sra. foi hospitalizado e/ou procurou o serviço de emergência desde o acompanhamento pela equipe de enfermagem?		
( ) sim	Quantas vezes?	Onde?
( ) não	O que sentiu?	

O Sr./Sra. usou todos os medicamentos nos últimos 15 dias como o médico prescreveu?	
( ) sim	
( ) não	Dificuldade?

Houve alguma alteração no tipo, dose ou frequência das suas medicações nos últimos 15 dias?	
( ) sim	Qual?
( ) Não	

Com que frequência o Sr./Sra. se pesa por semana?
( ) _____ vezes por semana / horário:_____
( ) não controlo o um peso

O Sr./Sra. aumentou 2 quilos ou mais nesta última semana? (Somente quem controla o peso)	
( ) não	
( ) sim	Quantos?

O Sr./Sra. conseguiu ingerir a quantidade de líquidos de acordo com a instrução do seu médico e enfermeira (_____ml)?	
( ) sim	
( ) não	Por quê?

O Sr./Sra. considera o líquido das frutas na quantidade diária de _____ml, que foi recomendado?		
( ) sim		
( ) não	Que fruta costuma comer?	Frequência?

Como tem usado o sal nas suas refeições?			
( ) Uso o mínimo possível no preparo dos alimentos.	( ) A mesma quantidade que sempre usei.	( ) Uso o saleiro nas refeições.	( ) Não consigo controlar o sal.
Usa temperos prontos?			
( ) sim	Qual?	( ) caldo	( ) pó

( ) não		
O Sr./Sra. faz refeições ou come alimentos fora do lar com diminuição do sal?		
( ) sim	Quais alimento?	Frequência?
( ) não		

O Sr./Sra. atualmente tem sentido:			
( ) Falta de ar em repouso	( )para tomar banho, trocar de roupa	( ) Cansaço	( ) Dor no peito
( ) sim	O que faz para aliviar?		
( ) não			

O Sr./Sra. apresentou dificuldade para dormir ou acordou durante a noite angustiado? Precisou aumentar o número de travesseiros para dormir?	
( ) sim	Frequência?
( ) não	

O Sr./Sra. percebeu, nesta última semana, inchaço nas pernas, braços ou abdome?	
( ) sim	Onde?
( ) não	

O Sr./Sra. costuma fazer caminhada?		
( ) sim	Frequência?	Duração?
( ) não		

SEGUNDA ETAPA – ORIENTAÇÕES

A cada contato telefônico vou rever como o Sr./Sra. está se cuidando, e observando quais as dificuldades que está encontrando no seu dia a dia para lidar com a insuficiência cardíaca. E lembre-se:

• O Sr./Sra tem insuficiência cardíaca, que é uma doença em que o coração não consegue mais bombear sangue suficiente para o resto do corpo, causando acúmulo de líquido nos pulmões, fígado, braços e pernas. Por isso, falta oxigênio e nutrientes para os órgãos, podendo prejudicar sua capacidade de fazer as atividades do dia a dia. O Sr./Sra pode sentir falta de ar quando estiver dormindo, estiver fazendo alguma atividade, ou até mesmo quando estiver descansando. Pode sentir-se inchado nas pernas e barriga e sentir-se cansado também;

• De tomar seus remédios todos os dias, mesmo que esteja se sentindo bem ou não veja que está melhorando;

• De diminuir a quantidade de sal de todos os alimentos, evitando deixar o saleiro na mesa e de usar temperos prontos como os caldos, os temperos em pó;

• De não beber mais do que _____ ml (em 24 horas). Não esqueça que sucos, caldos, sopas, café, e as frutas como melancia, abacaxi e laranja contêm muito líquido e devem ser contadas;

• Que o Sr./Sra. deve se pesar todos os dias, se possível pela manhã após urinar e antes do café da manhã, observando se aumentou 2 Kg em dois dias, ou 3Kg em uma semana;

• Que o Sr./Sra. deve realizar atividade física do tipo caminhada em local planos. Comece aos poucos e vá aumentando o seu tempo conforme conseguir realizar, se sentir-se mal, pare a atividade e descanse. Utilize roupas leves, tênis confortável.

• O Sr./Sra ficou com alguma dúvida? Gostaria que eu repetisse alguma orientação?

Dificuldades identificadas/Intervenção de Enfermagem (Avaliar na próxima ligação).

ANEXO D – Formulário de Round e Acompanhamento da Internação do Programa de Insuficiência Cardíaca

Round do Time da Insuficiência Cardíaca			Data:
Peso:	BH:	CD:	NYHA:
Alteração de sinais vitais significativos nas últimas 24h			
Medicações em uso			
Betabloqueador		Diurético	
IECA		Anticoagulante	
Digoxina		Nitrato	
Antiarrítmico		ARA	
Estatinas			
Neurológico/ cognitivo		Pulmonar/ Respiratório	
Cardiovascular		Abdome	
Eliminações		Edema	
Gastrointestinal	Na admissão:		No dia do round:
	NPO	VO	ENTERAL
Fisioterapia	Mobilidade na admissão:		Mobilidade no dia do Round:
	Nº de sessões prescritas por dia:		
Acompanhamento psicológico durante a internação?			
Acompanhamento farmacológico	Profilaxia de TEV:		Orientações para uso de anticoagulantes:
Riscos	Risco para queda	Risco de lesão de pele	Avaliar necessidade de cateteres e dispositivos invasivos
Pendências	Exames:	Procedimentos:	Avaliações:

Exames	Ur	Creat	K	Na	BNP	Trop	CK	Lactato	PCR	Hb

Metas para o paciente	
Plano educacional	
Orientações para alta geral (retorno das consultas/ serviços para urgência/ medicações no domicílio)	Orientações para o autocuidado no domicílio
Orientações para manter-se ativo com atividades orientadas	Orientações para educação nutricional adequada a sua condição

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	ROUND DO TIME DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	Etiqueta

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

ANEXO E – "Suitability Assesment Materials" (SAM), Traduzido para o Português

Instruções:

Marcar segundo os valores abaixo:

2 pontos: superior (excelente)

1 ponto: adequado

0 ponto: não adequado

N/A: o fator não pode ser avaliado

ATENÇÃO: Se marcar 0 (não adequado), descrever questão e item bom como o motivo pela qual considerou essa opção, no espaço destinado ao final deste instrumento.

Fator a ser classificado	**Pontuação**
1. Conteúdo	-
(a) O propósito está evidente	
(b) O conteúdo trata de comportamentos	
(c) O conteúdo está focado no propósito	
(d) O conteúdo destaca os pontos principais	
2. Exigência de alfabetização	-
(a) Nível de leitura	
(b) Usa escrita na voz ativa	
(c) Usa vocabulário com palavras comuns no texto	
(d) O contexto vem antes de novas informações	
(e) O aprendizado é facilitado por tópicos	
3. Ilustrações	-
(a) O propósito da ilustração referente ao texto está claro	
(b) Tipos de ilustrações	
(c) As figuras/ilustrações são relevantes	
(d) As listas, tabelas, etc. têm explicação	
(e) As figuras têm legenda	
4. Leiaute* e apresentação	-

(a) Características do leiaute	
(b) Tamanho e tipo de letra	
(c) São utilizados subtítulos	
5. Estimulação/Motivação do aprendizado	-
(a) Utiliza a interação	
(b) As orientações são específicas e dão exemplos	
(c) Motivação e autoeficiência	
6. Adequação cultural	-
(a) É semelhante a sua lógica, linguagem e experiência	
(b) Imagem cultura e exemplos	

Reservado ao pesquisador:

S = Pontuação total SAM (soma de todos os fatores)

M = Pontuação máxima total = 44

N = Número de respostas N/As acima = ____ x2 = _____

T = Pontuação máxima total ajustada = (M-N)

Percentual de pontuação = S/T

Interpretação da pontuação (superior, adequada, não aceitável)

Comentários: (Indique a página e caracterize o aspecto a modificar)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

---

*A palavra encontra-se escrita assim como se lê do inglês “layout”, da forma como traz o instrumento original.