



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

Eficácia de palestras na sala de espera na produção de conhecimento em pacientes portadores de insuficiência cardíaca

Rodrigo Rêgo Martins

Salvador (Bahia)

2012

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
UNIVERSITÁRIA DE SAÚDE, SIBI - UFBA.**

M379e Martins, Rodrigo Rêgo

Eficácia de palestras na sala de espera na produção de conhecimento em pacientes portadores de insuficiência cardíaca / Rodrigo Rêgo Martins. – Salvador, RR Martins, 2012.

27 f. il.

Orientador.: Roque Aras Júnior

Coorientador.: André Maurício Souza Fernandes

Monografia (Medicina), Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2012.

Palavras-chave: 1. Conhecimento; 2. Palestras; 3. Sala de espera 4. Insuficiência cardíaca; 5. Título.

CDU 616.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Eficácia de palestras na sala de espera na produção de conhecimento em pacientes portadores de insuficiência cardíaca

Rodrigo Rêgo Martins

Professor-orientador: **Roque Aras Júnior**

Professor-coorientador: **André Maurício Souza Fernandes**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60, e como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia), 2012

Monografia: Eficácia de palestras na sala de espera na produção de conhecimento em pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Rodrigo Rêgo Martins

Professor-orientador: Roque Aras Júnior

Professor-coorientador: André Maurício Souza Fernandes

COMISSÃO EXAMINADORA

Membros Titulares:

- Roque Aras Júnior, Professor do DEPMD, FMB-UFBA.
- Edmundo José Nassri Câmara, Professor do DEPMD, FMB-UFBA.
- José Alberto Martins da Matta, Professor do DEPMD, FMB-UFBA.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia aprovada pela Comissão, e julgada apta à apresentação pública no III Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do registro final do conceito apto, pela coordenação do Núcleo de Formação Científica. Chefia do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia), 2012

DEDICATÓRIA

À minha família, amigos,
professores e pacientes, os quais em
muito contribuíram tanto para minha
formação acadêmica quanto para o
meu caráter.

Equipe

- Roque Aras Júnior, diretor médico do Hospital Ana Nery e professor do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da FMB-UFBA.
- André Maurício Souza Fernandes, chefe do ambulatório de insuficiência cardíaca do Hospital Ana Nery.
- Francisco José Farias Borges dos Reis, diretor geral do Hospital Ana Nery.
- Viviane Sahade Souza, chefe do serviço de nutrição do Hospital Ana Nery.
- Rodrigo Rêgo Martins, acadêmico de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- Igor Carmo Borges, acadêmico de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- Dafne Carvalho Andrade , acadêmica de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- Felipe Amoedo Luedy, acadêmico de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB-UFBA)

HOSPITAL ANA NERY - BAHIA

- Ambulatório de Insuficiência Cardíaca

FONTES DE FINANCIAMENTO

Fonte de Financiamento:

1. Recursos do próprio pesquisador

AGRADECIMENTOS

Agradeço a André Maurício Souza Fernandes e Roque Aras Júnior pelo conhecimento, apoio e orientação que me foram oferecidos. Agradeço aos colegas Igor Borges, Dafne Carvalho e Felipe Amoedo pelas suas participações em todas as etapas do processo científico, sem os quais esse trabalho não seria possível. Agradeço ao Hospital Ana Nery pela oportunidade de produzir conhecimento em possível benefício aos médicos e pacientes.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS | 2 |
| I. RESUMO | 3 |
| II. OBJETIVOS | 4 |
| III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 5 |
| IV. METODOLOGIA | 6 |
| 1. Tipo de Estudo..... | 6 |
| 2. População de Estudo | 6 |
| 3. Protocolo de Estudo..... | 6 |
| 4. Aspectos Éticos | 7 |
| 5. Análise Estatística | 7 |
| V. RESULTADOS | 8 |
| 1. Dados clínicos e sociodemográficos..... | 8 |
| 2. Questionários..... | 9 |
| 3. Uso de medicamentos..... | 10 |
| VI. DISCUSSÃO | 11 |
| VII. CONCLUSÕES | 13 |
| VIII. SUMMARY | 14 |
| IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 15 |
| X. ANEXOS | 17 |

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

TABELA 1 - Resumo do conteúdo das questões abordadas nos questionários6

TABELA 2 - Dados clínicos e sociodemográficos8

TABELA 3 - Número de acertos em cada questão9

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Quantidade de pacientes conforme o número de medicamentos usado por paciente10

I. RESUMO

EFICÁCIA DE PALESTRAS NA SALA DE ESPERA NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC), por se tratar de uma doença crônica e com tratamento complexo, permite que estratégias de educação em saúde tenham importante impacto no manejo desses pacientes. **Objetivos:** Avaliar a eficácia de uma palestra realizada na sala de espera de um ambulatório para pacientes com IC. **Métodos:** Enquanto aguardavam o atendimento, pacientes com IC participaram de uma palestra educativa com duração média de 40 minutos. Antes e após a palestra os pacientes responderam ao mesmo questionário, constituído de 10 perguntas objetivas, concernentes à IC. Dados sociodemográficos foram coletados na ocasião do preenchimento do questionário e os dados clínicos durante a consulta. **Resultados:** 187 pacientes responderam o questionário inicial e 114 o questionário final. Foi encontrada uma melhora significativa no desempenho dos pacientes após a palestra (79,3% vs 92,8%, $p < 0,001$). **Conclusões:** Palestras constituem uma importante estratégia educacional de simples execução, que apresentam impacto imediato e significativo no conhecimento dos pacientes sobre a IC.

Palavras-chave: Conhecimento, palestras, sala de espera, insuficiência cardíaca

II. OBJETIVOS

PRIMÁRIO

Avaliar a eficácia imediata de palestras na sala de espera como uma estratégia educacional capaz de melhorar a compreensão dos pacientes sobre a insuficiência cardíaca.

SECUNDÁRIO

Avaliar a associação entre o conhecimento prévio dos pacientes sobre IC e os diversos fatores a ela relacionados.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Insuficiência Cardíaca (IC) é um problema clínico com elevadas taxas de mortalidade e hospitalização. Em 2007, as doenças cardiovasculares foram a terceira causa de internação no Sistema Único de Saúde, e a IC apareceu como a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular. A média de permanência hospitalar associada à IC é de 6 a 7 dias, representando mais de 3% do total de gastos com internações no Brasil¹.

Por se tratar de uma condição crônica e potencialmente irreversível, os pacientes com insuficiência cardíaca deverão lidar com sua doença por um longo período de tempo. O tratamento inclui não somente uma grande variedade de medicamentos, mas também mudanças significativas no estilo de vida, com ênfase na prática de exercícios e na alimentação. A complexidade do manejo da doença, associada à falta de conhecimento dos pacientes sobre o assunto, pode prejudicar a compreensão do tratamento e, por consequência, diminuir a adesão ao mesmo. Logo, um melhor entendimento sobre a IC, seu plano educacional e os medicamentos utilizados podem facilitar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, diminuindo assim a morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida^{2,3}.

A utilização de palestras sobre a IC na sala de espera pode dirimir diversas dúvidas, facilitar o seguimento da terapêutica e melhorar a percepção do paciente em relação à gravidade de sua doença. O presente estudo visa avaliar a eficácia imediata de palestras na sala de espera como uma estratégia educacional capaz de melhorar a compreensão do paciente sobre a insuficiência cardíaca.

IV. METODOLOGIA

Tipo de estudo: trata-se de uma investigação de corte transversal.

População do estudo: a população foi constituída por pacientes atendidos no ambulatório de IC de um hospital de referência em cardiologia no estado da Bahia para o acompanhamento de indivíduos com esta patologia. Foram admitidos pacientes com idade igual ou maior a 18 anos com diagnóstico clínico e ecocardiográfico de IC que compareceram ao ambulatório no período de janeiro a dezembro de 2011.

Protocolo do estudo: Enquanto aguardavam na sala de espera para o atendimento ambulatorial, os pacientes que preencheram de forma satisfatória os critérios de inclusão foram apresentados ao projeto. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (**ANEXO 1**).

Os participantes inicialmente responderam um questionário constituído de 10 questões objetivas, as quais avaliavam o conhecimento sobre a IC e os aspectos relacionados a essa doença, gerando um escore de 0 a 10 pontos (**TABELA 1**). Constavam ainda no questionário questões referentes à idade, sexo, escolaridade e renda familiar. As duas últimas sendo estratificadas em 6 e 4 categorias, respectivamente. Após o recolhimento do primeiro questionário, dava-se início a palestra, a qual durava aproximadamente 40 minutos. Essa atividade era ministrada por dois estudantes de medicina e uma nutricionista. Os temas abordados eram os mesmos presentes no questionário.

TABELA 1 - Resumo do conteúdo das questões abordadas no questionário

| | |
|------------|---|
| Questão 1 | Principal órgão afetado na IC |
| Questão 2 | Sintomas da IC |
| Questão 3 | Sinais da IC |
| Questão 4 | Alimentos ricos em sódio que devem ter ingestão reduzida na IC |
| Questão 5 | Alimentos ricos em gordura saturada e trans que devem ser reduzidos na IC |
| Questão 6 | Possibilidade de uma pessoa com IC realizar atividade física |
| Questão 7 | Ação do Captopril |
| Questão 8 | Ação da Furosemida |
| Questão 9 | Importância do cumprimento da prescrição médica |
| Questão 10 | Possibilidade de ingerir mais de um medicamento ao mesmo tempo |

Após a apresentação, abria-se um espaço para discussões, nas quais os pacientes tinham a oportunidade de esclarecer outras dúvidas referentes à IC. Em seqüência, ocorria a entrega do segundo questionário, o qual continha as mesmas perguntas do primeiro.

Durante a consulta médica, eram colhidos dados como: etiologia da IC, classe funcional (de acordo com os critérios da New York Heart Association), medicamentos em uso, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e diâmetros cavitários segundo ecocardiograma realizado em até 6 meses antes da consulta.

Aspectos éticos: O presente estudo foi submetido a análise no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Nery, por tratar-se de um estudo que envolve seres humanos o qual foi aprovado no processo N° 47/2011 (**ANEXO 2**). Através desse documento ficou permitido a coleta de dados, após os pacientes consentirem através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, onde os pacientes autorizavam a divulgação dos dados em meio científico, sabendo que os pesquisadores teriam o compromisso em não divulgar dados pessoais que identificassem os pacientes, além da possibilidade de se recusar a participar do estudo a qualquer momento, sem precisar se justificar e não sofrendo qualquer prejuízo à assistência médica.

Análise estatística: Variáveis contínuas foram expressas por média \pm desvio-padrão e variáveis categóricas expressas pela frequência e porcentagem de pacientes em cada grupo. As variáveis foram comparadas usando os seguintes testes: qui-quadrado ou teste exato de Fisher quando ambas variáveis eram categóricas, teste *t* de student e teste U de Mann-Whitney para comparar variáveis intervalares de grupos diferentes com e sem distribuição normal, respectivamente. O teste *t* pareado e teste pareado de Wilcoxon foram usados para comparar variáveis intervalares da mesma população, com e sem distribuição normal, respectivamente. Foi usada regressão linear múltipla (pelo método stepwise) e regressão logística simples (quando variáveis independentes dicotômicas) para examinar fatores determinantes de desempenho no questionário e em questões específicas, respectivamente. Nestes casos, as variáveis dependentes foram os dados clínicos e sociodemográficos e as variáveis independentes, o número de acertos no questionário. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada utilizando o software Stata (versão 11, StataCorp., College Station, Texas, USA).

V. RESULTADOS

Dados clínicos e sociodemográficos: Os dados clínicos e sócio-demográficos da população podem ser verificados na **TABELA 2**.

TABELA 2 - Dados clínicos e sociodemográficos

| VARIÁVEIS | VALORES |
|---|------------------|
| Idade (anos) | 51,57 ± 14,81 |
| Sexo | |
| Masculino | 96(51,34%) |
| Feminino | 91(48,67%) |
| Escolaridade | |
| Analfabeto | 14(7,49%) |
| 1° incompleto | 73(39,04%) |
| 1° completo | 27(14,44%) |
| 2° incompleto | 24(12,83%) |
| 2° completo | 46(24,60%) |
| Ensino superior | 4(2,14%) |
| Renda Familiar* | |
| <1 SM | 24(12,83%) |
| 1 SM | 97(51,87%) |
| >1 e ≤5 SM | 64(34,22%) |
| >5 SM | 2(1,07%) |
| Etiologias Identificadas† | |
| Doença de Chagas | 24(32,00%) |
| Doença arterial coronariana | 19(25,33%) |
| Febre reumática | 14(18,67%) |
| Hipertensão arterial sistêmica | 7(9,33%) |
| Outros | 11(14,67%) |
| Classe Funcional‡ | |
| I | 44(31,88%) |
| II | 62(44,93%) |
| III | 29(21,02%) |
| IV | 3(2,17%) |
| Fração de ejeção (%)§ | 48 ± 17,05% |
| Diâmetro diastólico (mm) // | 62,51 ± 11,98 mm |
| Diâmetro sistólico (mm) // | 47,07 ± 14,47 mm |
| Medicamentos usados¶ | |
| β-bloqueador | 105(63,25%) |
| Furosemda | 101(60,84%) |
| Inibidor da enzima conversora da angiotensina | 101(60,84%) |
| Espironolactona | 84(50,60%) |
| Digitálico | 81(48,80%) |
| Antiagregante | 66(39,76%) |
| Estatina | 54(32,53%) |
| Bloqueador do receptor da angiotensina | 52(31,33%) |
| Tiazídicos | 23(13,86%) |
| Anticoagulante | 27(16,27%) |
| Bloqueador de canal de cálcio | 19(11,45%) |
| Nitrito | 16(9,64%) |
| Hidralazina | 14(8,43%) |
| Antidiabético oral | 8(4,82%) |
| Amiodarona | 8(4,82%) |
| Penicilina | 7(4,22%) |
| Clonidina | 6(3,61%) |
| Insulina | 4(2,41%) |
| Antiepiléptico | 2(1,20%) |
| Minoxidil | 1(0,60%) |

Valores expressos como n(%) ou média ± desvio padrão; *SM – Salário mínimo; †Dados referentes a 75 pacientes; ‡Dados referentes 138 pacientes; §Dados referentes a 77 pacientes; //Dados referentes a 57 pacientes; ¶Dados referentes a 166 pacientes.

A renda familiar foi de 1 salário mínimo em 97 (51,87%) pacientes, 73 (39,04%) pacientes tinham 1º grau incompleto e 14 (7,49%) eram analfabetos. Com relação à etiologia da IC, 24 (32%) eram de origem chagásica e 19 (25,33%) isquêmica.

Questionários: 187 pacientes responderam o questionário antes da palestra e 114 (61%) após. A frequência de acertos por questão encontra-se na **TABELA 3**. A diferença entre o número de acertos no questionário antes (79,3%) e após (92,8%) a palestra foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Ao final da atividade educativa, observou-se que 80 indivíduos (70,18%) aumentaram o número de acertos, 31 (27,19%) mantiveram o mesmo resultado inicial e 3 (2,63%) obtiveram piora do resultado após a palestra. Destes 114 pacientes, 22 (19,30%) haviam acertado todas as questões antes da palestra, e 74 (65,91%) acertaram todo o questionário após a dinâmica.

TABELA 3 - Número de acertos em cada questão

| Assunto abordados na questão | Quantidade de acertos antes da palestra (n=187) | Quantidade de acertos antes da palestra (n=114)* | Quantidade de acertos depois da palestra (n=114) | P† |
|---|--|---|---|--------|
| Q1- Fisiopatologia da IC | 78,1% | 82,5% | 93,9% | 0,0005 |
| Q2- Sintomas da IC | 86,6% | 93,9% | 99,1% | 0,0196 |
| Q3- Sinais da IC | 73,3% | 80,7% | 92,1% | 0,0010 |
| Q4- Alimentação na IC | 89,3% | 93,0% | 98,2% | 0,0082 |
| Q5- Alimentação na IC | 85,6% | 85,1% | 96,5% | 0,0016 |
| Q6- Atividade física na IC | 80,8% | 82,5% | 92,1% | 0,0105 |
| Q7- Função do captopril | 75,9% | 79,8% | 93,9% | 0,0002 |
| Q8- Função da furosemida | 59,4% | 60,5% | 84,2% | 0,0000 |
| Q9- Importância da adesão medicamentosa | 88,8% | 89,5% | 97,4% | 0,0039 |
| Q10- Administração concomitante de medicações | 47,1% | 50,9% | 80,7% | 0,0000 |
| Média total | 76,5% | 79,3% | 92,80% | 0,0000 |

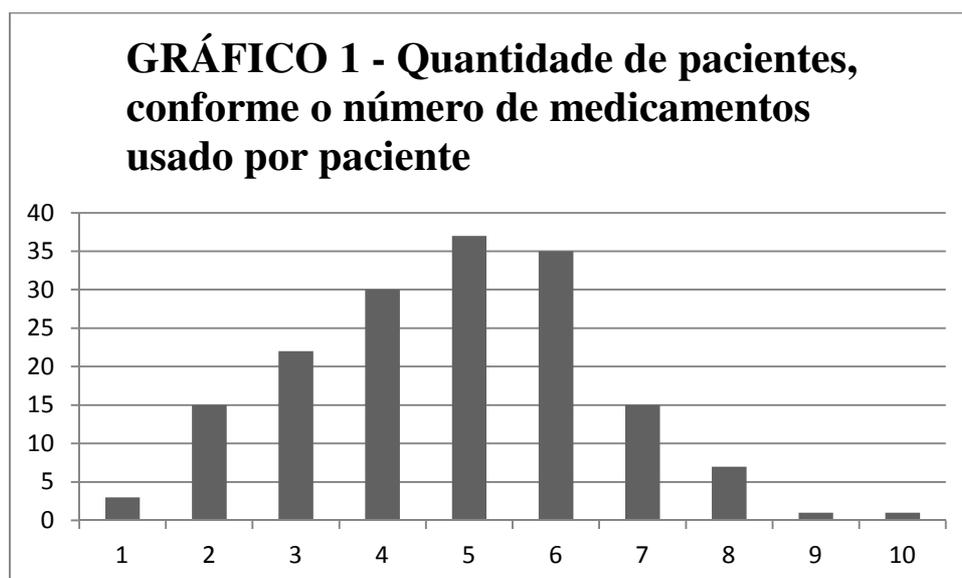
*Resultados de antes da palestra dos mesmos 114 pacientes que também responderam ao questionário após a palestra; †Comparação entre “Quantidade de acertos antes (114)” e “Quantidade de acertos depois (114)”.

Nota-se que as questões relativas à terapia medicamentosa foram as que apresentaram a maior porcentagem de erro no momento inicial. Quando perguntados se poderiam tomar mais de uma medicação ao mesmo tempo ao receberem prescrição médica para fazerem uso de múltiplos medicamentos no mesmo horário (questão nº10), 15 (8%) responderam “Não, o efeito de um remédio vai atrapalhar o do outro”, 35 (19%) “Não, devo esperar pelo menos uma hora entre um remédio e outro”, 49 (26%) “Sim, mas só posso tomar, no máximo, dois remédios diferentes ao mesmo tempo” e 88 (47%) “Sim, todos os da manhã podem ser tomados juntos pela manhã, por exemplo,”, sendo esta última opção considerada a correta.

Os dados sociodemográficos e clínicos dos 114 pacientes foram representativos dos dados da totalidade dos 187 pacientes. Não foi encontrada diferença estatística entre o

resultado do questionário prévio à palestra entre os grupos de 114 e 187 pacientes. A análise dos fatores sociodemográficos que poderiam determinar o desempenho no questionário demonstrou associação entre o nível de escolaridade e o resultado do questionário para a população de 187 pacientes antes da palestra (Beta= 0,27, $p < 0,001$; $F = 14,6$, $p < 0,001$). Não foi demonstrada associação estatisticamente significativa entre renda familiar (Beta= 0,09, $p = 0,24$) ou idade (Beta= -0,5, $p = 0,54$) e o resultado do questionário para a população de 187 pacientes antes da palestra. Tal associação também não foi verificada para o grupo de 114 pacientes antes ou após a dinâmica. Não foi observada nenhuma associação entre os dados clínicos e as variáveis analisadas no questionário. Não foi demonstrada relação entre a diferença dos resultados antes e após a palestra com dados sociodemográficos ou clínicos.

Uso de medicamentos: O número máximo de classes de medicamentos utilizados por paciente foi de 10 e a mediana das frequências foi igual a 4 medicamentos, sendo que 167 (89%) pacientes faziam uso de 3 ou mais medicamentos (**GRÁFICO 1**). Os grupos de medicamentos utilizados podem ser observados na (**TABELA 2**). Foi encontrada associação entre o número de medicamentos utilizados por paciente (menor ou maior/igual a 3 medicamentos) e o nível de acerto da questão 10 previamente à palestra ($p=0,027$). Tal relação não foi demonstrada para o subgrupo de 114 pacientes que responderam ambos os questionários. Não foi observada correlação entre o uso de captopril e furosemida e o acerto das questões relativas a estes medicamentos.



VI. DISCUSSÃO

O presente trabalho avalia o conhecimento de pacientes com IC sobre os aspectos clínicos, alimentares e medicamentosos após a realização de uma palestra na sala de espera de um ambulatório especializado. Há evidência de que intervenções multidisciplinares (abordagem por uma equipe multiprofissional com foco educacional) no manejo clínico de pacientes com IC têm impacto importante sobre a evolução da doença, com melhora da morbimortalidade, número de internamentos, auto-cuidado e adesão medicamentosa⁴⁻¹⁵. Além disso, o acompanhamento ambulatorial de pacientes com IC por equipe multiprofissional apresenta relação custo-benefício favorável¹⁶. No entanto, os estudos que mostram esses resultados de modo geral apresentam estratégias complexas, muitas vezes com acompanhamento da população estudada por telefone, técnicas de televídeo ou visitas domiciliares. Deste modo, embora estas abordagens sejam comprovadamente efetivas, nem sempre elas são compatíveis com a realidade dos serviços de saúde oferecidos.

Uma meta-análise realizada em 2004 estudando o efeito de medidas multidisciplinares efetuadas na alta de internações por descompensações da IC e no seguimento desses pacientes, concluiu que não há suporte à ideia implícita de que quanto mais intensivo for o acompanhamento dos pacientes maior será a eficácia dessas intervenções em diminuir a morbimortalidade¹⁷. Portanto, medidas simples de estratégias de educação em saúde também devem ser valorizadas nesse contexto. A realização de palestras e discussões em grupo no ambiente ambulatorial apresenta-se como uma alternativa simples, efetiva e de baixo custo para facilitar o entendimento dos diversos aspectos da insuficiência cardíaca pelo paciente.

É importante ressaltar que essa medida coletiva não substitui programas educacionais realizados com pacientes individualmente, que permitem aconselhamento personalizado, principalmente quando envolvendo equipes multidisciplinares. No entanto, existem poucos estudos na literatura sobre o impacto de modalidades educacionais em grupo fazendo parte de um programa educacional mais amplo, especialmente em um ambiente ambulatorial, onde se pode atingir um maior número de pacientes e através de contínuos encontros. Assim, os pacientes e seus acompanhantes podem dirimir suas dúvidas não respondidas na consulta médica e há a formação de um conhecimento conjunto¹⁸, o que é perfeitamente aplicável para intervenções que ocorram na sala de espera. O fato de que esses pacientes necessitam de

acompanhamento ambulatorial constante ainda possibilita que tal população seja continuamente exposta a essa intervenção, contribuindo para a consolidação do conhecimento adquirido.

Nesse estudo, a população de menor nível educacional obteve pior desempenho nos questionários. Esse achado pode estar relacionado a um menor conteúdo prévio de conhecimentos básicos por este grupo, diminuindo tanto a compreensão das perguntas do questionário como as explicações prévias sobre a sua doença. Esse fator é importante no contexto do serviço de saúde onde o estudo foi realizado, pois foi encontrado um número expressivo de pessoas com baixa escolaridade. Como baixo nível educacional em pacientes com IC já tem sido relacionado a piores indicadores de qualidade de vida^{19,20} e maior propensão a reinternamentos²¹, evidencia-se a necessidade de estratégias educacionais que atinjam essa população. Ao contrário de estudos que avaliaram o conhecimento de pacientes com IC sobre sua doença realizados previamente^{22,23}, não foi encontrada nenhuma associação entre a idade do paciente e o desempenho no questionário. Essa diferença pode ser devido ao fato de que tais estudos apresentavam uma menor amostra populacional ou por conta de diferenças entre o método de avaliação do conhecimento.

As questões relacionadas aos medicamentos usados no manejo da IC apresentaram pior desempenho no questionário antes e o maior aumento no número de acertos depois da dinâmica educacional quando comparadas às outras questões. Como o conhecimento sobre a terapia medicamentosa pode ser um importante fator relacionado à adesão desta, evidencia-se a preconização da abordagem de aspectos relacionados à terapêutica nas atividades educacionais direcionadas a esses pacientes.

Dentre as limitações deste estudo, encontra-se a não realização do acompanhamento dos pacientes, de modo a demonstrar o impacto em longo prazo da intervenção sobre o conhecimento assimilado e suas consequências na evolução clínica e qualidade de vida dos mesmos. O reduzido número de questões e o baixo grau de dificuldade do questionário aplicado podem também ter comprometido a avaliação do conhecimento dos pacientes; tal fato é evidenciado pelo alto grau de acerto no questionário anterior a palestra. O fato de que apenas uma parcela da população que respondeu o questionário prévio à palestra também respondeu o questionário após a intervenção diminuiu o poder de associação entre as variáveis clínicas e sociodemográficas com o desempenho no questionário.

VII. CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo demonstram que a realização de palestras na sala de espera de um ambulatório especializado para IC é efetiva para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre sua doença. Foi também evidenciado que o conhecimento dos pacientes sobre o tema está vinculado ao seu nível de escolaridade, sendo que pacientes de menor nível educacional apresentaram desempenho mais baixo. Outro aspecto a ser ressaltado é a carência de informações relativas à terapia medicamentosa e a eficácia da intervenção adotada para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre esse assunto.

VIII. SUMMARY

EFFECTIVENESS OF LECTURES ON THE WAITING ROOM IN THE PRODUCTION OF KNOWLEDGE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE.

Background: Heart failure (HF), because it is a chronic disease and complex treatment, allows health education strategies have important impact on the management of these patients. **Objectives:** Evaluate the efficacy of educational activities on the waiting room of a specialized clinic for HF patients. **Methods:** While waiting for their appointments at the clinic, the HF patients took part on an educational activity with main duration of 40 minutes. They answered questionnaire (consisting of 10 questions) both before and after the lectures about HF. Sociodemographic data were collected during the questionnaire application and the clinical data during the medical appointment. **Results:** 187 patients answered the initial questionnaire and 114 answered both of them. There was a significant improvement of the questionnaire's results after the lectures (79.3% vs 92.8%, $p < 0.001$). **Conclusions:** Lectures performed at the waiting room of a specialized clinic represent an important educational strategy of simple execution and with a significant immediate impact on the patient's knowledge about HF.

Key words: Knowledge, lectures, waiting room, heart failure

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bocchi, E.A., *et al.* [III Brazilian Guidelines on Chronic Heart Failure]. *Arq Bras Cardiol* 93, 3-70 (2009).
2. Aliti, G.B., Rabelo, E.R., Domingues, F.B. & Clausell, N. Educational settings in the management of patients with heart failure. *Rev Lat Am Enfermagem* 15, 344-349 (2007).
3. van der Wal, M.H., *et al.* Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 27, 434-440 (2006).
4. Bouvy, M.L., *et al.* Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients: a randomized controlled study. *J Card Fail* 9, 404-411 (2003).
5. Azevedo, A., *et al.* Effect of a heart failure clinic on survival and hospital readmission in patients discharged from acute hospital care. *Eur J Heart Fail* 4, 353-359 (2002).
6. Domingues, F.B., Clausell, N., Aliti, G.B., Dominguez, D.R. & Rabelo, E.R. [Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial.]. *Arq Bras Cardiol*.
7. Doughty, R.N., *et al.* Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur Heart J* 23, 139-146 (2002).
8. Fonarow, G.C., *et al.* Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol* 30, 725-732 (1997).
9. Galbreath, A.D., *et al.* Long-term healthcare and cost outcomes of disease management in a large, randomized, community-based population with heart failure. *Circulation* 110, 3518-3526 (2004).
10. Holland, R., *et al.* Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart* 91, 899-906 (2005).
11. Koelling, T.M., Johnson, M.L., Cody, R.J. & Aaronson, K.D. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 111, 179-185 (2005).

12. McAlister, F.A., Stewart, S., Ferrua, S. & McMurray, J.J. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 44, 810-819 (2004).
13. Rich, M.W., *et al.* A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 333, 1190-1195 (1995).
14. Rich, M.W., Gray, D.B., Beckham, V., Wittenberg, C. & Luther, P. Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. *Am J Med* 101, 270-276 (1996).
15. Whellan, D.J., *et al.* The benefit of implementing a heart failure disease management program. *Arch Intern Med* 161, 2223-2228 (2001).
16. Capomolla, S., *et al.* Cost/utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. *J Am Coll Cardiol* 40, 1259-1266 (2002).
17. Phillips, C.O., *et al.* Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 291, 1358-1367 (2004).
18. Ni, H., *et al.* Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med* 159, 1613-1619 (1999).
19. Barbareschi, G., Sanderman, R., Leegte, I.L., van Veldhuisen, D.J. & Jaarsma, T. Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *J Card Fail* 17, 47-53.
20. Riedinger, M.S., Dracup, K.A. & Brecht, M.L. Predictors of quality of life in women with heart failure. SOLVD Investigators. Studies of Left Ventricular Dysfunction. *J Heart Lung Transplant* 19, 598-608 (2000).
21. Sui, X., Gheorghide, M., Zannad, F., Young, J.B. & Ahmed, A. A propensity matched study of the association of education and outcomes in chronic heart failure. *Int J Cardiol* 129, 93-99 (2008).
22. Artinian, N.T., Magnan, M., Christian, W. & Lange, M.P. What do patients know about their heart failure? *Appl Nurs Res* 15, 200-208 (2002).
23. Roncalli, J., *et al.* Improvement of Young and Elderly Patient's Knowledge of Heart Failure After an Educational Session. *Clin Med Cardiol* 3, 45-52 (2009).

X. ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo em participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Impacto de uma palestra sobre insuficiência cardíaca em um ambulatório de referência – uma experiência na sala de espera”, respondendo ao questionário que me será entregue. Autorizo a divulgação dos dados em meio científico, sabendo que existe compromisso dos pesquisadores em não divulgar dados pessoais ou que identifiquem os participantes.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo a qualquer momento, sem precisar justificar, não sofrendo qualquer prejuízo à assistência médica.

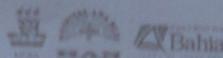
Foi garantido que terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais necessários.

Salvador, ____ de _____ de ____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico Pesquisador

ANEXO 2 - Parecer final do comitê de ética em pesquisa



Salvador, 29 de julho 2011.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / HAN /UFBA

Ofício N° 47/2011

Ref. Projeto de Pesquisa - n.º 47/2011

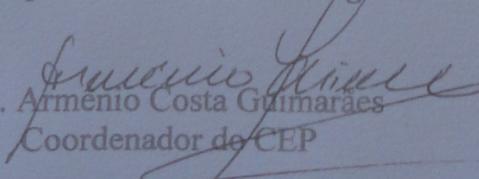
TITULO DO PROJETO: “ Eficácia de Uma Palestra sobre Insuficiência Cardíaca em um Ambulatório de Referência Uma Experiência na Sala de Espera ”

Pesquisador: Dr. André Mauricio Fernandes

Orientador: Dr. André Mauricio Fernandes

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri, após análise do processo de nº 47/2011 acima citado considera que o mesmo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP CNS –MS). Diante do exposto julga o processo **APROVADO.**

Lembramos à necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.


Dr. Armênio Costa Guimarães
Coordenador de CEP

Dr. Armênio Guimarães
Coord. Comitê de Ética em Pesquisa

Ilm.º. Pesquisador: : **Dr. André Mauricio Fernandes**

Nesta