







EFEITO DO PROGRAMA DE TRANSIÇÃO NO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco¹ 
Bruna Lins Rocha de Padua² 
Beatriz Paiva e Silva de Souza² 
Tereza Cristina Felipe Guimarães³ 
Evandro Tinoco Mesquita¹ 
Ana Carla Dantas Cavalcanti¹ 

¹Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

³Instituto Nacional de Cardiologia. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar o efeito do cuidado de transição no autocuidado, qualidade de vida e conhecimento da doença de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca.

Método: ensaio clínico randomizado cego com 74 pacientes com insuficiência cardíaca em dois hospitais quaternários do Rio de Janeiro-RJ, entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2020. O grupo intervenção recebeu cuidados de transição com gerenciamento educativo por enfermeira, à beira do leito, desde a admissão até a alta hospitalar e consulta telefônica por 30 dias após a alta. O grupo controle recebeu acompanhamento usual. Os desfechos primários incluíram habilidades de manutenção, manejo e confiança no autocuidado, e os desfechos secundários, qualidade de vida e conhecimento da doença. Ambos foram avaliados por questionários validados para uso no Brasil. Os dados foram analisados pelo ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: o grupo intervenção apresentou maiores escores para manutenção (74,3 vs44,2; $p<0,001$) e confiança do autocuidado (79,3 vs56,4; $p<0,001$) e conhecimento da doença (41,3 vs27,5; $p<0,001$) e menores escores de qualidade de vida (42,1 vs64,5; $p<0,001$) em 30 dias após a alta.

Conclusão: o cuidado de transição foi efetivo na melhora da qualidade de vida, conhecimento da doença, manutenção e confiança no autocuidado. Estudo registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, sob o número RBR-2dpc6b.

DESCRITORES: Insuficiência cardíaca. Enfermagem. Cuidado transicional. Autocuidado. Qualidade de vida. Conhecimento. Ensaio clínico.

COMO CITAR: Tinoco JMVP, Padua BLR, Souza BPS, Guimarães TCF, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Efeito do programa de transição no autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2024 [acesso MÊS ANO DIA];33:e20230213. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0213pt>

EFFECT OF THE TRANSITION PROGRAM ON SELF-CARE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

ABSTRACT

Objective: analyze the effect of transitional care on self-care, quality of life and knowledge of disease of patients admitted with heart failure.

Method: this is a blind randomized clinical trial with 74 patients with heart failure in two quaternary hospitals in Rio de Janeiro-RJ between December 2017 and February 2020. The intervention group received transitional care with educational management by a nurse at the bedside from admission until hospital discharge and telephone consultation for 30 days after discharge. The control group received usual follow-up. The primary outcomes included maintenance skills, management and confidence in self-care, and the secondary outcomes included quality of life and knowledge of disease. Both were assessed using questionnaires validated for use in Brazil. Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

Results: the intervention group had higher scores for maintenance (74.3 vs 44.2; $p < 0.001$) and self-care confidence (79.3 vs 56.4; $p < 0.001$) and knowledge of disease (41.3 vs 27.5; $p < 0.001$) and lower quality of life scores (42.1 vs 64.5; $p < 0.001$) 30 days after discharge.

Conclusion: transitional care was effective in improving quality of life, knowledge of disease, maintenance and confidence in self-care. This study was registered in the Brazilian Clinical Trials Registry, under RBR-2dpc6b.

DESCRIPTORS: Heart failure. Nursing. Transitionalcare. Selfcare. Qualityoflife. Knowledge. Clinical trial.

EFEECTO DEL PROGRAMA DE TRANSICIÓN EN EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

RESUMEN

Objetivo: analizar el efecto de los cuidados transicionales sobre el autocuidado, la calidad de vida e y el conocimiento de la enfermedad de pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca.

Método: ensayo clínico aleatorio ciego con 74 pacientes con insuficiencia cardíaca en dos hospitales cuaternarios de Río de Janeiro-RJ entre diciembre de 2017 y febrero de 2020. El grupo de intervención recibió cuidados de transición con manejo educativo por parte de una enfermera al lado de la cama desde el ingreso hasta el alta hospitalaria y Consulta telefónica durante 30 días después del alta. El grupo de control recibió el seguimiento habitual. Los resultados primarios incluyeron habilidades de mantenimiento, gestión y confianza en el autocuidado, y los resultados secundarios incluyeron calidad de vida y conocimiento de la enfermedad. Ambos fueron evaluados mediante cuestionarios validados para su uso en Brasil. Los datos fueron analizados mediante ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: el grupo de intervención tuvo puntuaciones más altas en mantenimiento (74,3 vs 44,2; $p < 0,001$) y confianza en el autocuidado (79,3 vs 56,4; $p < 0,001$) y conocimiento de la enfermedad (41,3 vs 27,5; $p < 0,001$) y puntuaciones de calidad de vida más bajas (42,1 frente a 64,5; $p < 0,001$) 30 días después del alta.

Conclusión: la atención de transición fue eficaz para mejorar la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad, el mantenimiento y la confianza en el autocuidado. Estudio inscrito en el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos, con el número RBR-2dpc6b.

DESCRIPTORES: Insuficiencia cardíaca. Enfermería. Cuidado de transición. Autocuidado. Calidad de vida. Conocimiento. Ensayo clínico.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica e complexa, frequentemente fatal, considerada uma epidemia emergente¹⁻². Dentre os fatores mais prevalentes para descompensação e consequente hospitalização, a principal causa continua sendo o baixo autocuidado dos indivíduos, que é difícil e complexo por envolver polifarmácia e exigir mudanças de hábitos de vida diários³. O baixo autocuidado está associado a novos episódios de descompensação e reinternações em até 30 dias pós-alta (23%), com mortalidade em até um ano (27%)⁴.

O autocuidado compreende a tomada de decisão e manutenção de hábitos de vida saudáveis e gerenciamento de sintomas⁵⁻⁶. Envolve o desenvolvimento de habilidades pelo indivíduo para atividades como mensuração do peso e de edemas; atividade física; assiduidade às consultas; dieta; medicamentos; reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e manejo dos sinais e sintomas e confiança para tomadas de decisões frente à IC⁵⁻⁶.

Pacientes com IC que apresentam um autocuidado mais eficaz comprovadamente têm melhor qualidade de vida e menores taxas de readmissão e mortalidade⁴⁻⁵. Apesar disso, já foi evidenciado que apenas entre 7% e 18% das pessoas com IC referem comportamentos adequados de autocuidado⁷.

As diretrizes nacionais e internacionais de tratamento da IC atualmente reconhecem o papel crítico da promoção do autocuidado na diminuição de readmissões hospitalares não planejadas e para melhorar a qualidade de vida em pessoas com IC³⁻⁵. Dentre as estratégias recomendadas, estão intervenções ligadas ao cuidado de transição, que é definido como a realização de práticas coordenadas por enfermeiros para garantir a continuidade dos cuidados na transferência de um paciente internado para a alta hospitalar⁸.

No sistema de saúde brasileiro, o enfermeiro possui a função de realizar cuidados de transição em diversas áreas de redes de atenção à saúde, sobretudo na transição hospital-rede de atenção ambulatorial⁹. Esta prática tem se justificado pela necessidade de ampliação do acesso aos cuidados de pessoas no gerenciamento de doenças crônicas⁹. Estudos têm utilizado como referencial teórico para subsidiar a prática clínica de enfermeiros nos cuidados de transição o modelo de cuidados baseados nas forças, que fortalece a participação do enfermeiro no gerenciamento de doenças crônicas, como a IC⁹. Este modelo de prática é centrado no indivíduo ou família e trabalha o desenvolvimento do autocuidado de acordo com o contexto que o paciente vivencia⁸. No referido contexto, tais práticas vão ao encontro de princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como preservação da autonomia, integralidade da assistência, direito à informação e hierarquização da rede em serviços de saúde⁸⁻⁹.

Revisões sistemáticas com metanálise já apontaram que estratégias combinadas de programas de cuidados de transição a partir de gerenciamento educativo por enfermeiros são eficazes para melhorar o autocuidado na IC¹⁰⁻¹¹. Apesar disso, no Brasil, intervenções implementadas por enfermeiros à beira leito ainda não foram testadas para mensurar o autocuidado de pacientes com IC. Na região Sul do país, um estudo prévio avaliou o efeito de uma estratégia composta por visita domiciliar com consulta telefônica por enfermeiros, com melhora do autocuidado e conhecimento da doença em pacientes com IC; porém, o cuidado foi implementado após a alta hospitalar¹².

Este estudo apresenta um programa de cuidado de transição com ações combinadas de gerenciamento educativo por enfermeiro à beira do leito, durante a hospitalização e por consulta telefônica após a alta, desenvolvido a partir das melhores evidências, para pacientes com IC hospitalizados.

Existe ainda uma lacuna no que tange ao processo de alta hospitalar, que é pouco otimizado para o preparo adequado dos pacientes com IC, para que estes realizem adequadamente seu autocuidado em casa. Desse modo, o presente ensaio clínico trouxe uma proposta de modelo baseado em literatura internacional que possibilita inovar a assistência de enfermagem ao paciente com IC, desde a hospitalização até 30 dias pós-alta.

Portanto, teve como hipótese que a efetividade deste programa melhora habilidades de autocuidado em até 30 dias pós-alta. Ainda, oportunamente, foram avaliados o conhecimento

da doença e a qualidade de vida como desfechos secundários, por influenciarem diretamente na avaliação do autocuidado³⁻⁵.

O objetivo do estudo foi analisar o efeito do cuidado de transição no autocuidado, qualidade de vida e conhecimento da doença de pacientes hospitalizados com IC.

MÉTODO

Ensaio clínico randomizado realizado em dois grupos paralelos distintos: grupo controle (GC), constituído de pacientes que receberam acompanhamento hospitalar usual, conforme o protocolo institucional; grupo intervenção (GI), constituído de pacientes que receberam, além do acompanhamento hospitalar usual, o cuidado de transição com ações combinadas de gerenciamento educativo por enfermeiro à beira do leito, durante a hospitalização e por consulta telefônica após a alta. O estudo tem o código RBR-2dpc6b no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos e foi redigido conforme as recomendações do *Consort*¹³.

Neste estudo, foram incluídos pacientes hospitalizados de acordo com os seguintes critérios: idade a partir de 18 anos; com diagnóstico médico de IC prévio independentemente da etiologia; internados com IC descompensada (CID I50), com fração de ejeção normal ou reduzida. Foram excluídos pacientes com instabilidade hemodinâmica; com comprometimento neurológico e/ou cognitivo relatados em prontuário; que estivessem em estudos com intervenções educativas; em período perioperatório; transferidos para outra instituição hospitalar; em preparo para transplante cardíaco.

A pesquisa foi realizada em dois centros no estado do Rio de Janeiro, entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2020. Ambos são hospitais quaternários que atendem de modo referenciado a população deste estado e seguem a Diretriz Brasileira de IC⁵.

O protocolo do estudo foi conduzido por equipes independentes para recrutamento, intervenção e seguimento e obedeceu às seguintes etapas:

1) Captação-uma vez que o paciente foi internado por diagnóstico médico de IC descompensada, houve consulta ao seu prontuário. Aguardou-se um período de 72 a 96 horas para verificar a evolução clínica e a adequação aos critérios de elegibilidade. O paciente que concordou em participar do estudo assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

2) Avaliação inicial – foram coletados dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes a partir de um instrumento criado pelos autores, com as seguintes informações: idade, sexo, cor autodeclarada, estado civil, fonte de renda, tempo de estudo, tempo de internação (dias), presença de cuidador, tempo de doença e tratamento, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), internação prévia por IC nos últimos três meses, motivo da descompensação da IC, classe funcional da *New York Heart Association* (NYHA), etiologias da IC, comorbidades, tabagismo, etilismo, situação vacinal e medicamentos em uso.

Além disso, nesta etapa houve aplicação de questionários para avaliação dos desfechos estudados, sendo eles: autocuidado (manutenção, manejo e confiança), considerados os desfechos primários¹³; qualidade de vida e conhecimento da doença¹⁴⁻¹⁵, definidos como secundários.

O autocuidado foi avaliado pela versão traduzida e validada para o Brasil do questionário *Self-care of Heart Failure Index* (SCHFI) versão 6.2, que possui 22 questões divididas em três escalas: Manutenção do autocuidado (10 itens), Manejo do autocuidado (6 itens) e Confiança no autocuidado (6 itens)¹⁴. Os escores totais para cada subescala foram calculados separadamente, podendo cada uma variar de 0 a 100 pontos; a pontuação a partir de 70 é considerada como um autocuidado adequado. Para o cálculo do escore de manutenção, o item 8 é revertido, sendo o único que tem uma resposta negativa¹⁴.

A qualidade de vida, definida como percepção que o indivíduo tem da sua vida e a discrepância entre a expectativa e a realidade vivida, foi avaliada pela versão traduzida e validada no Brasil do questionário *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ)¹⁵. Este é composto por vinte

e uma (21) questões relativas às limitações apresentadas por pacientes com IC. O último mês deve ser o considerado para responder aos questionamentos. A escala de respostas para cada questão varia de 0 a 5, onde 0 (zero) é “não” e 5 (cinco) é “demais”. Quanto maior é a pontuação, por meio de somatório, pior é a qualidade de vida. De acordo com o valor deste escore, a QV é classificada como boa (< 24 pontos); moderada (entre 24 e 45 pontos) e ruim (> 45 pontos)¹⁵.

O conhecimento da doença, que está relacionado às necessidades de informações sobre o que realmente o paciente sabe sobre sua síndrome, foi avaliado pelo Questionário de Conhecimentos da Doença para Pacientes com Insuficiência Cardíaca, construído e validado no Brasil¹⁶. Este é composto por dezenove (19) perguntas, que apresentam quatro alternativas de múltipla escolha, sendo uma resposta correta (3 pontos); uma incompleta (1 ponto); uma errada (0 ponto) e uma “não sei” (0 ponto). O escore final é calculado pela soma de todos os itens e apresenta a seguinte estratificação: conhecimento insuficiente (abaixo de 17 pontos), pouco conhecimento (entre 17 e 28 pontos), aceitável (entre 29 e 39 pontos), bom (entre 40 e 50 pontos) e ótimo (entre 51 e 57 pontos)¹⁶.

3) Randomização para o GC ou GI – para implementar a sequência de alocação aleatória simples, foi utilizado o site <http://randomization.com>. Foi realizada uma randomização separada para cada centro. Os pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade foram recrutados para o estudo. A alocação entre grupos atendeu à proporção de 1:1. Em caso de instabilidade clínica e/ou morte após a alocação, os pacientes foram descontinuados.

4) Intervenção – os pacientes randomizados para o GI foram encaminhados para a equipe de intervenção, que iniciou o protocolo do programa de cuidados de transição. Os pacientes encaminhados para o GC receberam acompanhamento conforme rotina institucional. Esta etapa é detalhada no próximo subtópico. A equipe de intervenção não teve acesso às informações sobre as etapas de captação e avaliação.

5) Reavaliação dos desfechos – finalizado o seguimento de 30 dias pós-alta, houve reavaliação dos questionários preconizados para os desfechos já descritos.

Nos dois centros do estudo, pacientes do GC e do GI receberam acompanhamento hospitalar usual. Os pacientes internados foram avaliados por equipe multidisciplinar. Os pacientes foram diariamente pesados em jejum ao acordar e receberam medição da circunferência abdominal. A discussão sobre a evolução clínica aconteceu por meio de *rounds* diários, em que cada membro da equipe apresentou a história de saúde do paciente.

Além disso, a prescrição de restrição hidrossalina foi realizada pelo cardiologista assistente. O controle hídrico ocorreu durante as refeições, com limitação de fornecimento de copos de água mineral por dia pela equipe da copa. O controle salino foi feito por fornecimento de sachês de 1g de sal nas refeições principais, almoço e jantar. Ambos os serviços foram coordenados pelo Serviço de Nutrição institucional.

No momento da alta hospitalar, os pacientes foram referenciados para ambulatórios de IC e convidados a participar de grupos de orientação.

Os pacientes alocados no GI, além de terem recebido o acompanhamento usual descrito acima, participaram do programa de cuidado de transição, composto por duas etapas: A) gerenciamento educativo por enfermeira especialista em IC à beira do leito, que ocorreu durante a hospitalização; B) consulta telefônica de enfermagem, realizada após a alta hospitalar.

As bases teóricas do protocolo da intervenção foram: Diretriz Brasileira de IC; as intervenções de enfermagem “Plano de Alta” e “Consulta por Telefone” preconizadas pela NIC (*Nursing Interventions Classification*)^{5,17}.

A etapa A da intervenção do cuidado de transição foi o gerenciamento educativo à beira do leito, que ocorreu em cinco encontros, logo após a randomização, com intervalos de 48 horas entre eles. Estes encontros foram previamente agendados entre o paciente internado e a enfermeira responsável pela intervenção. A duração dos encontros foi de 40 minutos a 1 hora (25 minutos de

orientação + 15 minutos para esclarecimento de dúvidas) e a participação de familiares aconteceu mediante autorização prévia do paciente.

Para viabilizar o número de encontros nesta intervenção, foi considerado um estudo prévio que demonstrou um tempo médio de permanência hospitalar de 21 dias em leitos de internação no SUS¹⁸.

Os temas abordados no gerenciamento educativo foram definição de IC, etiologias, principais sinais e sintomas e as limitações impostas nas atividades diárias, tratamento não farmacológico; modo de controle da ingestão de líquidos e sal; pesagem em jejum; reconhecimento de sinais e sintomas da IC; limites impostos pela IC; higiene do sono; prevenção contra doenças que podem descompensar o quadro de IC; atualização da caderneta de vacinação; assiduidade no comparecimento às consultas; condutas em caso de descompensação da síndrome; organização de documentos do paciente e o papel da família/cuidador no processo do manejo da IC.

Foi utilizado como recurso didático um *kit* educativo que foi disponibilizado ao paciente no primeiro dia de intervenção. O *kit* foi composto de um copo graduado, acompanhamento da ingestão de líquidos, formulário de registro de peso diário, sinais vitais, sinais e sintomas, balança graduada e cartilha educativa.

Ressalta-se que o grupo controle não recebeu o *kit*, por tratar-se de um material que fazia parte da intervenção do gerenciamento educativo. No último encontro, no dia da alta hospitalar, um plano de alta foi fornecido ao paciente. O paciente também recebeu os números telefônicos (fixo e móvel) da enfermeira para esclarecer dúvidas por meio de ligação e de mensagens de texto via SMS (*short message service*).

A etapa B da intervenção do cuidado de transição consistiu em consulta telefônica de enfermagem. No período de 72 horas após a alta hospitalar, os pacientes receberam a primeira consulta. As demais consultas foram realizadas a cada sete dias durante quatro semanas. As consultas tinham a duração de 30 minutos e foram guiadas por um instrumento com 14 tópicos que versavam sobre a manutenção e o manejo do autocuidado.

O tamanho amostral do estudo foi calculado a partir de um ensaio clínico randomizado prévio que utilizou o mesmo instrumento de avaliação para o desfecho de autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca¹⁹. Escolheu-se a variável “escore final de manutenção do autocuidado” para o cálculo da amostra, cujos valores finais apresentados no estudo foram GI (69,0±13,9) e GC (56,9±17,2). Tal desfecho apresentou o maior valor amostral para condução do presente estudo quando comparado aos desfechos de manejo e confiança do autocuidado. Considerou-se um nível de confiança de 95% e poder de 90%.

O tamanho amostral foi determinado utilizando o aplicativo disponível no site <http://www.openepi.com>. Concluiu-se que, para detectar uma diferença significativa entre as médias, foi necessária uma amostra mínima de trinta e quatro pacientes em cada grupo.

O resumo da seleção dos participantes do estudo foi descrito de acordo com o diagrama *Consort*¹³ (Figura 1). Os dados foram tabulados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram descritas em relação à amostra total e também de acordo com o GI e GC (Tabela 1). As variáveis categóricas foram expressas através de distribuições de frequências absolutas e percentuais. As variáveis contínuas foram resumidas por média e intervalo de 95% de confiança. Na ausência de distribuição normal pelo teste de *Shapiro Wilk*, as variáveis foram apresentadas em valores medianos com intervalo interquartil. Não houve análises adicionais.

Os desfechos foram apresentados em gráficos, com combinações entre as duas categorias do tempo (internação vs 30 dias após alta) e as duas categorias do grupo (intervenção vs controle). Utilizou-se a distribuição Normal para representação dos desfechos. A distribuição de Gamma foi utilizada em caso de dados assimétricos para convergência destes para distribuição normal.

Os escores de manutenção, manejo e confiança do autocuidado (desfechos primários), qualidade de vida e conhecimento da doença (desfechos secundários) foram analisados e comparados por Modelos Lineares Generalizados (MLG) para medidas repetidas, para verificar os efeitos de interação, tempo e grupo no estudo (ANOVA de medidas repetidas). Adotou-se o MLG com análise em mais de um momento do tempo. Havendo resultados significativos, seria aplicado pós-teste (*Post Hoc*) utilizando a correção via *Bonferroni*, a fim de comparar quais médias diferem entre si entre os grupos intervenção e controle nos seguimentos de internação e 30 dias pós-alta (Figura 2).

O valor de *p* bivariado < 0,05 foi considerado estatisticamente significativo para todas as análises. Não houve análises ajustadas.

Conforme orienta a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa garantiu a manutenção do sigilo, confidencialidade e privacidade dos dados dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o diagrama *Consort* de seleção dos participantes do estudo¹³. De 173 pacientes elegíveis no período de coleta de dados, foram excluídos 89. Deste modo, foram randomizados 84 pacientes. Destes, 42 pacientes foram alocados para o grupo intervenção e 42 para o grupo controle. Houve perda de seguimento de cinco pacientes por grupo, devido a óbito, totalizando 10 perdas. Ao final do estudo, foram analisados 37 pacientes por grupo, totalizando 74 participantes.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e clínica inicial dos pacientes hospitalizados com IC, bem como os desfechos medidos no momento inicial (n=84). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos controle e intervenção. Os grupos eram homogêneos quanto às variáveis clínicas e sociodemográficas.

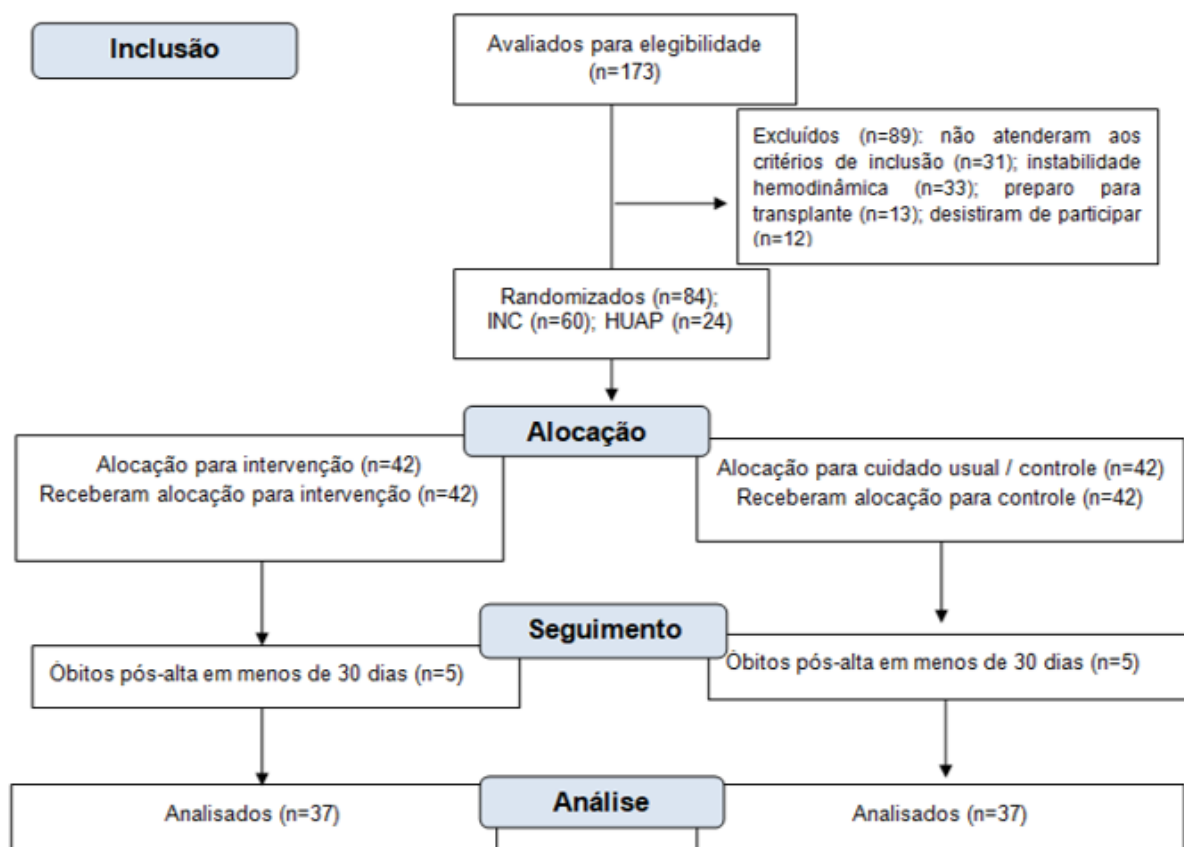


Figura 1 – Diagrama *Consort*. Niterói, RJ, Brasil, 2020.

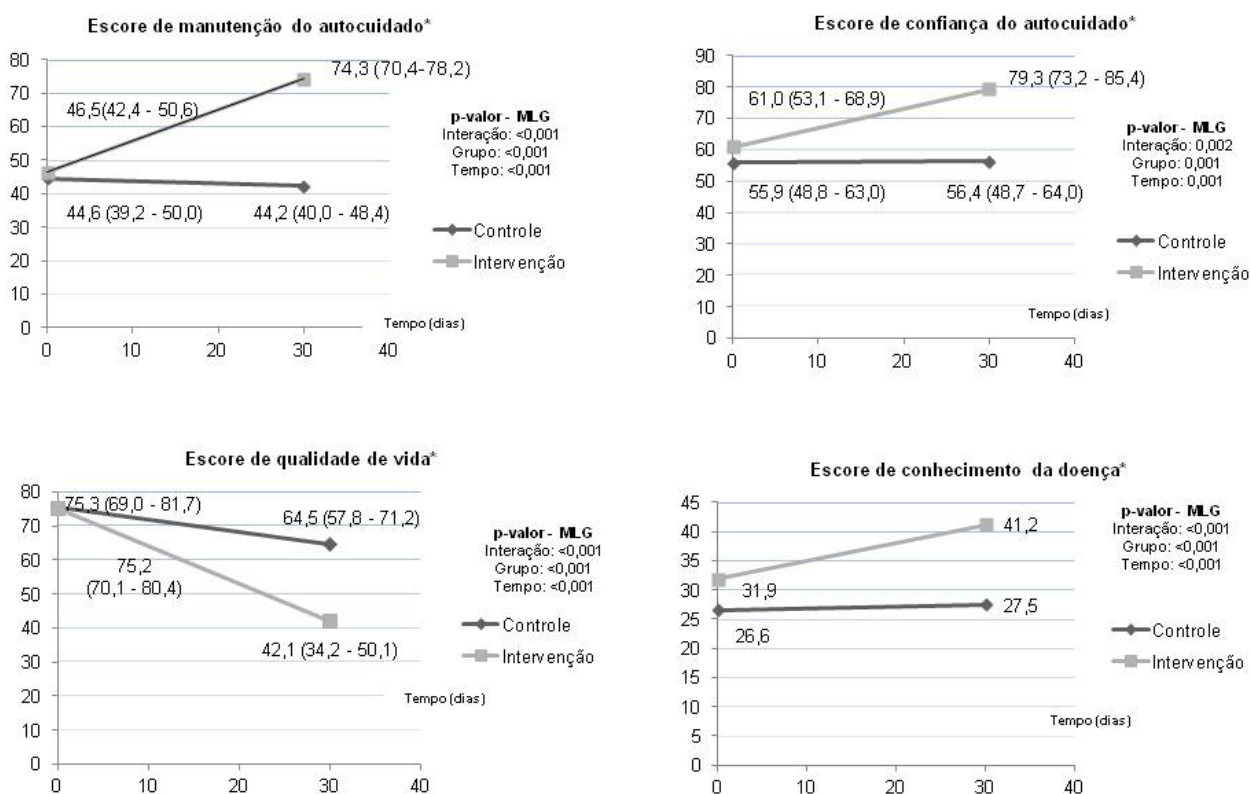
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes hospitalizados com Insuficiência Cardíaca. Niterói, RJ, Brasil, 2020. (n=84).

Variáveis	Grupo controle (GC; N=42)	Grupo intervenção (GI; N=42)	GrupoTotal (N=84)	p-valor
Idade (anos)*	54,2 (50,9-57,3)	52,6 (48,5-58,6)	53,4(50,8-56,1)	0,568
Sexo, masculino [†]	28 (66,7)	25 (59,5)	53 (63,1)	0,326 [§]
Cor autodeclarada, parda [†]	25 (59,5)	21 (50,0)	46 (54,8)	0,51 [§]
Estado civil, casado/amasiado [†]	24 (57,1)	22 (52,4)	46 (54,8)	0,827 [§]
Fonte de renda, inativo [†]	23 (54,7)	25 (59,6)	48 (57,1)	0,706 [§]
Tempo de estudo (anos)*	9,4(8,5-10,3)	9,0(7,9-10,1)	9,2 (8,5-9,9)	0,591
Presença de cuidador [†]	23 (54,8)	29 (69,0)	52 (61,9)	0,594 [§]
Tempo de doença (anos) ‡	4,0 (2,0-10,5)	5,0 (15,0-7,5)	4,0 (2,0-8,0)	0,471 [¶]
Tempo de tratamento (anos)‡	5,0 (2,0-10,5)	2,0 (1,0-6,5)	4,0 (1,0-7,0)	0,074 [¶]
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo(%)‡	31,0 (22,2-47,0)	30,0 (22,0-42,0)	30,0 (22,5-45,0)	0,731 [¶]
Tempo de internação (dias) *	19,5 (9,7-24,5)	15,0 (11,5-21,5)	17,0 (10,0-23,0)	0,224
Motivo de descompensação da IC, má adesão hidrossalina [†]	31 (73,8)	37 (88,1)	68 (81,0)	0,095 [§]
Etiologias da IC, não isquêmica [†]	24 (57,1)	25 (59,5)	49 (58,3)	0,825
Comorbidade mais prevalente				
Hipertensão arterial sistêmica [†]	33 (78,6)	26 (61,9)	59 (70,2)	0,095 [§]
Tabagismo [†]	7 (16,7)	5 (11,9)	12 (14,3)	0,533 [§]
Etilismo [†]	4 (9,5)	8 (19,0)	12 (14,3)	0,247 [§]
Não vacinou para influenza †	27 (64,3)	23 (54,8)	50 (59,5)	0,302 [§]
Não vacinou para pneumococo [†]	36 (85,7)	34 (81,0)	70 (83,3)	0,39 [§]
Medicamento em uso †				
Furosemida	22 (52,4)	31 (73,8)	53 (63,1)	0,948 [§]
Betabloqueador	21 (50,0)	29 (69,0)	50 (59,5)	0,81 [§]
Espironolactona	17 (40,5)	21 (50,0)	38 (45,2)	0,474 [§]
Inibidor da enzima conversora de angiotensina / Bloqueador do receptor de angiotensina II	15 (35,7)	21 (50,0)	36 (42,8)	0,051 [§]
Escores iniciais de Autocuidado				
Manutenção [†]	46,0 (40,9-59,9)	46,7 (42,0-51,4)	46,3 (42,8-49,6)	0,836
Manejo [†]	49,8(42,8 – 56,9)	50,2 (43,3-57,0)	50,0 (45,2-54,8)	0,941
Confiança [‡]	61,1 (44,8-73,6)	66,7 (48,6-83,4)	61,1(45,8-77,8)	0,383 [¶]
Conhecimento da doença [‡]	30,0 (15,7-40,2)	32,5(22,5-41,2)	31,5(20,2-40,7)	0,827 [¶]
Qualidade de vida [‡]	81,0 (65,0-87,2)	73,0 (66,0-85,5)	74,5 (66,0-86,0)	0,275 [¶]

Legenda: *média (IC 95%); †n(n%); ‡ mediana (intervalo interquartil); § teste qui-quadrado; || teste T-Student; ¶ teste Mann-Whitney.

O método MLG com medidas repetidas verificou a existência de efeito de grupo e tempo. Houve efeito de interação nos escores de manutenção (p<0,001) e confiança do autocuidado (p=0,002), qualidade de vida (p<0,001) e conhecimento da doença (p=0,003). Em relação aos escores de manejo do autocuidado, houve apenas o efeito isolado do tempo (p<0,001), sem diferença significativa no efeito isolado do grupo (p=0,172) e no fator interação grupo e tempo (p=0,061).

A Figura 2 apresenta os resultados do teste *Post Hoc*, demonstrando que o GI, em comparação ao GC, no período de 30 dias pós-alta, apresentou maiores médias de manutenção (74,3 vs 44,2; p<0,001) e confiança do autocuidado (79,3 vs 56,4; p<0,001) e conhecimento da doença (41,3 vs 27,5; p<0,001). O GI também evidenciou menores escores de qualidade de vida em relação ao controle (42,1 vs 64,5; p<0,001). O GI apresentou maiores médias de escores no período de 30 dias pós-alta em comparação ao momento da internação para os escores de manutenção (74,3 vs 46,5; p<0,001) e confiança do autocuidado (79,3 vs 61,0; p<0,001) e conhecimento da doença (41,3 vs 31,9; p<0,0001). E o escore de qualidade de vida reduziu (42,1 vs 75,2; p<0,0001).



**Post-Hoc*: Interação vs 30 dias pós alta no grupo intervenção (p-valor<0,001); Controle vs Intervenção em 30 dias após alta (p-valor<0,001)

Figura 2 – Médias dos escores de manutenção e confiança do autocuidado, qualidade de vida e conhecimento da doença em relação ao grupo e tempo e resumo dos testes *Post Hoc*. Niterói, RJ, Brasil, 2020. (n=74).

DISCUSSÃO

O cuidado de transição com ações combinadas de gerenciamento educativo por enfermeiro à beira do leito, durante a hospitalização e por consulta telefônica após a alta, melhorou as habilidades de manutenção e confiança do autocuidado em pacientes com IC no grupo intervenção, em comparação ao GC. Também houve efeito na qualidade de vida e conhecimento da doença.

Corroborando esses resultados, ensaios clínicos mais recentes em cuidados transicionais na IC conduzidos por enfermeiros evidenciaram melhora do autocuidado. Nesses estudos, o acompanhamento do paciente ocorreu após a alta, com seções educativas no ambulatório ou domicílio e telemonitoramento²⁰⁻²². Os escores de manutenção do autocuidado tiveram valores aproximados, porém maiores do que os nossos pacientes (89 ± 11 ; $79,11\pm 11,8$, respectivamente)²⁰⁻²².

Quando o paciente internado está de alta hospitalar, ele se depara com mudanças importantes no regime medicamentoso e deve seguir recomendações para evitar novos episódios de descompensação.

Dentre os fatores que influenciam o baixo autocuidado, a realidade brasileira mostra que os pacientes com IC atendidos no SUS apresentam nível escolar majoritariamente como fundamental incompleto e têm menor acesso ao sistema de saúde, bem como a médicos e enfermeiros especialistas⁴.

Considerando que a baixa escolaridade é um fator que prejudica o entendimento das orientações sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico da IC, implementar o cuidado de transição ainda na internação permite melhorar o aprendizado do paciente e a ter maior confiança em realizar o autocuidado em casa²³.

A hospitalização é uma oportunidade valiosa de investimento no cuidado de transição com gerenciamento educativo pelo enfermeiro. O seguimento internação-alta hospitalar é um grande momento de vulnerabilidade do paciente, que está superando uma fase de descompensação da doença, mas que ainda é suscetível a eventos cardiovasculares de descompensação da IC nos próximos seis meses⁴⁻⁵.

Nesse contexto, as diretrizes brasileiras de IC orientam que os pacientes com IC devem receber cuidados de equipes multidisciplinares para facilitar a implementação da abordagem do autocuidado, principalmente neste momento da internação a fim de reduzir precocemente o risco de reinternação e melhorar a sobrevida⁵.

Em relação à qualidade de vida, houve redução dos escores avaliativos no GC e GI no seguimento de 30 dias pós-alta em comparação à avaliação inicial. Considerou-se que, neste caso, houve influência da melhora clínica dos pacientes após a internação. No entanto, pacientes do GI tiveram melhora deste desfecho *versus* o GC, com níveis de QV classificados como moderados, de acordo com o questionário MLHFQ^{15,24}.

Comparativamente a esta pesquisa, ensaios clínicos internacionais estudaram o desfecho de QV mediante intervenções em pacientes com IC no momento pós-alta e com tempo de seguimento maior²⁵⁻²⁶.

Um estudo realizado nos EUA com 89 pacientes em pós-alta hospitalar por IC evidenciou que o aconselhamento educativo semanal por chamadas de vídeo e monitorização diária de sinais vitais apresentou efeito benéfico na QV em seis meses (GI=39,5 vs GC= 45,2; $p=0,02$). O instrumento de avaliação da QV foi o MLHFQ²⁵.

Outro ensaio clínico, um estudo chinês, realizado em 84 pacientes, evidenciou o efeito da consulta telefônica associada à visita domiciliar na melhora da QV ao final dos seguimentos de 30 dias e 12 semanas pós-alta (GI=7,87 vs GC= 6,84). O instrumento de avaliação utilizado foi o *McGill Quality of Life Questionnaire-Hong Kong*²⁶.

O diferencial do presente ensaio clínico em relação aos estudos prévios envolvendo a QV está no contexto da internação como momento propício para iniciar a estratégia do cuidado de transição à beira-leito, com promoção precoce do autocuidado antes da alta hospitalar.

Sobre o desfecho de conhecimento da doença, o GI apresentou melhor média em comparação ao GC ao final do seguimento. Este resultado é corroborado por resultados de pesquisas internacionais recentes, que apresentaram intervenções conduzidas por enfermeiros, porém em cenário ambulatorial e no momento pós-alta²⁷⁻²⁹. Além disso, o perfil etário das amostras era mais velho (entre 65 e 70 anos) e com melhor escolaridade do que os pacientes do presente estudo²⁷⁻²⁹.

Dois ensaios clínicos tiveram como estratégias de cuidados de transição o telemonitoramento e o programa multidisciplinar em clínica de IC²⁷⁻²⁸. Os recursos didáticos utilizados foram cartilhas educativas baseadas nas diretrizes de IC²⁷⁻²⁸. Um dos estudos utilizou *tablet* como ferramenta educativa²⁷. Apenas uma pesquisa quase experimental se assemelhou ao presente estudo, que realizou um programa estruturado de educação em saúde por enfermeiro à beira-leito durante a internação²⁹.

O presente estudo trouxe como um recurso didático diferencial no cuidado de transição um *kit* de internação, que teve como proposta promover o mais precocemente possível o conhecimento sobre autocuidado a ser desenvolvido em domicílio. O *kit* incluiu ensino sobre a pesagem adequada, contagem de líquidos ingeridos com o uso do copo graduado e um diário com anotações de acompanhamento de sintomas, sinais vitais e ingestão hídrica.

Esse recurso, composto de tecnologias leves e de baixo custo, pode ser considerado para melhorar o conhecimento da IC durante o cuidado de transição, aliado à consulta telefônica no pós-alta.

Este ensaio clínico avaliou desfechos que se inter-relacionam no contexto de vida do paciente com IC hospitalizado. O baixo conhecimento da doença aliado à pior qualidade de vida devido à progressão da doença prejudica o autocuidado e adesão ao tratamento, causando readmissões em curto prazo³⁰.

A implementação de um programa de cuidados de transição com gerenciamento educativo pelo enfermeiro iniciado desde a internação valoriza a trajetória do paciente e evidencia fatores colaborativos para a descompensação da IC. Além disso, proporciona uma relação de confiança e vínculo entre enfermeiro/paciente, fundamental para a promoção do autocuidado centrado no indivíduo. O cuidado de transição auxilia o enfrentamento da síndrome após a alta e a manutenção do equilíbrio da saúde, possibilitando melhor qualidade de vida.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de pesquisas que consolidem o efeito do cuidado de transição no autocuidado de pacientes com IC, por se tratar de uma intervenção incipiente no Brasil.

Ressalta-se ainda que, apesar de a pesquisa ter sido conduzida no estado do Rio de Janeiro, teve o protocolo de intervenção baseado em diretrizes e literaturas internacionais, conforme a NIC. Além disso, os participantes do presente estudo apresentaram um perfil semelhante ao de estudos internacionais quanto à avaliação das habilidades do autocuidado, possibilitando a replicabilidade dos resultados em pesquisas futuras²⁰⁻²².

A limitação desta pesquisa foi curto tempo de seguimento, que pode ter influenciado a ausência de efeito no desfecho de manejo do autocuidado.

CONCLUSÃO

O programa de cuidados de transição aplicado em pacientes internados com insuficiência cardíaca evidenciou efeito nas habilidades de manutenção e confiança do autocuidado, bem como nos escores de conhecimento da doença e de qualidade de vida. Não houve efeito sobre as habilidades de manejo do autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Cestari VRF, Garces TS, Sousa GJB, Maranhão TA, Souza Neto JD, Pereira MLD, et al. Spatial Distribution of Mortality for Heart Failure in Brazil, 1996–2017. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Abr 17];118:41-51. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201325>
2. Ferreira JP, Kraus S, Mitchell S, Perel P, Piñeiro D, Chioncel O, et al. World Heart Federation Roadmap for Heart Failure. *Glob Heart* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Dez 15];14:197-214. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2019.07.004>
3. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HPB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 13];23:157-174. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Baumbach A, Böhm M, Burri H, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 30];42:3599-3726. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
5. Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Emerging topics update of the brazilian heart failure guideline – 2021. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 15];116:1174-1212. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210367>
6. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2009 [acesso 2022 Out 10];24:485-497. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>
7. Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, Conte G, Magon, A., Caruso, R., 2018. Paradox of selfcare gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. *BMJ Open* [acesso 2022 Out 7];8(9):e021966. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021966>
8. Aued GK, Bernardino E, Silva OBM da, Martins MM, Peres AM, Lima LS de. Liaison nurse competences at hospital discharge. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Mar 6];42(Spe):e20200211. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>
9. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Nursing actions for continuity of care in primary health care: a validation study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Set 26];32:e20230058. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0058pt>
10. Li Y, Fu MR, Luo B, Li M, Zheng H, Fang J. The effectiveness of transitional care interventions on health care utilization in patients discharged from the hospital with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 14];22:621-629. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.019>
11. Tinoco J de MVP, Figueiredo L da S, Flores PVP, Padua BLR de, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 15];29:e3389. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4281.3389>
12. de Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-Da-silva L, Biolo A, et al. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: The HELEN-II clinical trial. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2014 [acesso 2022 Ago 31];16:1002-1008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejhf.125>
13. Moher D, Kenney F, Schulz DGA. The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* [Internet]. 2001 [acesso 2022 Ago 15];357:1191-1194. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04337-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04337-3)

14. Ávila CW, Riegel BSCP, Comey S, Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013 [acesso 2022 Set 15];2013:178976. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2013/178976>
15. Behloul H, Feldman DE, Ducharme A, Frenette M, Giannetti N, Grondin F, *et al.* Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the minnesota living with heart failure questionnaire. [Internet]. 2009 Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, Minneapolis (US): IEEE; 2009 [acesso 2022 Set 30]; p. 6242-6246. Disponível em: <https://doi.org/10.1109/IEMBS.2009.5334659>
16. Bonin CDB, dos Santos RZ, Ghisi GL de M, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e validação do questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [acesso 2022 Ago 31];102:364-373. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20140032>
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
18. Pereira J de MV, Flores PVP, Figueiredo L da S, Arruda CS, Cassiano KM, Vieira GCA, *et al.* Nursing diagnoses of hospitalized patients with heart failure: A longitudinal study. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2022 Dez 15];50:929-936. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000700008>
19. Flores PVP, Rocha PA, da Silva Figueiredo L, Guimarães TML, Velasco NS, Cavalcanti ACD. Effect of motivational interviewing on self-care of people with heart failure: A randomized clinical trial. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Ago 31];54:e03634. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013703634>
20. Chew HSJ, Sim KLD, Choi KC, Chair SY. Effectiveness of a nurse-led temporal self-regulation theory-based program on heart failure self-care: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 31];115:103872. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103872>
21. Dianati M, Asmaroud SR, Shafaghi S, Naghashzadeh F. Effects of an empowerment program on self-care behaviors and readmission of patients with heart failure: A randomized clinical trial. *Tanaffos* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Ago 10];19:312-321. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8088137/>
22. Jiang Y, Koh KWL, Ramachandran HJ, Nguyen HD, Lim DS, Tay YK, *et al.* The effectiveness of a nurse-led home-based heart failure self-management programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure: A three-arm stratified randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 10];122:104026. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104026>
23. Lee SJ, Kim BH. Development of core educational content for heart failure patients in transition from hospital to home care: A delphi study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Fev 10];19(11):6550. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116550>
24. Hsu TW, Chang HC, Huang CH, Chou MC, Yu YT, Lin LY. Identifying cut-off scores for interpretation of the Heart Failure Impact Questionnaire. *Nurs Open* [Internet]. 2018[cited 2024 Apr 18];16;5(4):575-582. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.168>.
25. Nouryan CN, Morahan S, Pecinka K, Akerman M, Lesser M, Chaikin D, *et al.* Home telemonitoring of community-dwelling heart failure patients after home care discharge. *Telemed e-Health* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Fev 20];25:447-454. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0099>
26. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life, symptom burden, satisfaction and caregiver burden: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom*

Manage [Internet]. 2018 [acesso 2023 Fev 20];55:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.047>

27. Rasmussen AA, Larsen SH, Jensen M, Berg SK, Rasmussen TB, Borregaard B, et al. Prognostic impact of self-reported health on clinical outcomes in patients with heart failure. *Eur Heart J – Qual Care Clin Outcomes* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 20];7:397-406. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcaa026>
28. Melin M, Hägglund E, Ullman B, Persson H, Hagerman I. Effects of a tablet computer on self-care, quality of life, and knowledge: A randomized clinical trial. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Mar 20];33:336-343. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000462>
29. Awoke MS, Baptiste DL, Davidson P, Roberts A, Dennison-Himmelfarb C. A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. *Contemp Nurse* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 20];55(1):15-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1568198>
30. Róin T, Á Lakjuni K, Kyhl K, Thomsen J, Veyhe AS, Róin Á, et al. Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- a prospective cohort study from the Faroe Islands. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 20];78(1):1653139. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1653139>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Programa de cuidados de transição para pacientes com insuficiência cardíaca e internação recente melhora autocuidado, qualidade de vida e conhecimento da doença: experiência de um centro público no Brasil, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares, da Universidade Federal Fluminense, em 2020.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Tinoco JMV, Cavalcanti ACD, Mesquita ET, Guimarães TCF.

Coleta de dados: Tinoco JMV, Padua BLR, Souza BPS.

Análise e interpretação dos dados: Cavalcanti ACD.

Discussão dos resultados: Tinoco JMV; Cavalcanti ACD, Mesquita ET.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Tinoco JMV, Padua BLR, Souza BPS, Guimarães TCF.

Revisão e aprovação final da versão final: Cavalcanti ACD.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, parecer nº 1.934.792, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 54359815.4.0000.5243.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Clemente Neves de Sousa, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 23 de agosto de 2023.

Aprovado: 07 de novembro de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco.

melojuliana@id.uff.br