

Eficácia de uma intervenção personalizada de aconselhamento em enfermagem, presencial e telefônica, para fatores de risco cardiovascular: ensaio clínico controlado¹

Vivian Vélchez Barboza²
Tatiana Paravic Kljijn³
Alide Salazar Molina⁴
Katia Lorena Sáez Carrillo⁵

Objetivo: avaliar o efeito e as diferenças por sexo de uma intervenção inovadora: o aconselhamento personalizado e por telefone em enfermagem, visando o controle de fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, dislipidemia e sobrepeso) e a melhora na qualidade de vida relacionada à saúde, fortalecendo a autoeficácia e o apoio social a pessoas que usam o programa de saúde cardiovascular de Centros Municipais de Saúde. Método: ensaio clínico controlado e randomizado, participantes randomizados, grupo de intervenção: consulta tradicional mais aconselhamento personalizado e por telefone em enfermagem por 7 meses (n = 53); e grupo de controle (n = 56); seguindo a declaração *Consolidated Standards of Reporting Trials Statement*. Resultados: mulheres do grupo intervenção apresentaram um aumento significativo, em relação ao grupo controle, nos componentes de saúde mental e física, com diminuição do peso, circunferência abdominal, colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baixa densidade e índice aterogênico. Em homens do grupo intervenção, os efeitos atribuíveis à intervenção foram: aumentos nos papéis físicos e emocionais, com diminuições na pressão sistólica e diastólica, circunferência abdominal, colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baixa densidade, índice aterogênico, fator de risco cardiovascular e risco coronariano em 10 anos. Conclusão: essa intervenção é uma estratégia eficaz para o controle dos três fatores de risco cardiovascular e a melhora da qualidade de vida relacionada à saúde.

Descritores: Ensaio Clínico; Fatores de Risco; Enfermagem Cardiovascular; Qualidade de Vida; Aconselhamento Diretivo.

¹ Apoio financeiro da Universidad de Costa Rica, Costa Rica, y de la Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Concepción. Dirección de Postgrado, Universidad de Concepción. Convenio de Desempeño UCO1201, Universidad de Concepción. INNOVA-BIO BIO: Línea para apoyar la realización de Tesis de Postgrado y 11ava Convocatoria Innovación Emprendedora. Trabajo derivado de tesis doctoral del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

² PhD, Professor, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, Montes de Oca, San José.

³ PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁴ PhD, Professor Asociado, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁵ PhD, Professor Asociado, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Estadística, Universidad de Concepción, Chile.

Como citar este artigo

Vélchez-Barboza V, Paravic Kljijn T, Salazar A, Sáez Carrillo K. Eficácia de uma intervenção personalizada de aconselhamento em enfermagem, presencial e telefônica, para fatores de risco cardiovascular: ensaio clínico controlado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2747. [Access

↑	↑	↑
mes	día	año

]; Available in:

↑
URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0626.2747>

Introdução

A Organização Mundial da Saúde considera as doenças não transmissíveis (DNTs) a principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo, estando as doenças cardiovasculares entre as principais DNTs⁽¹⁾. No Chile, doenças cardiovasculares (cardiopatias isquêmicas e doença vascular cerebral) são a principal causa de mortalidade⁽²⁾, mas também são uma das principais causas de incapacidade e de redução da qualidade de vida, tendo como fatores de risco comuns a hipertensão e a dislipidemia, além dos fatores correspondentes ao estilo de vida. Enquanto no Chile o Programa de Saúde Cardiovascular (*Programa de Salud Cardiovascular - PSCV*) contribuiu para o aumento na cobertura das pessoas com hipertensão arterial e para um maior controle da pressão arterial (PA) e dos níveis de colesterol total⁽³⁾, as doenças cardiovasculares ainda prevalecem e os fatores de risco cardiovascular continuam a aumentar⁽⁴⁾. Isso provavelmente se deve à forma com que a provisão do cuidado é apresentada.

As pesquisas concordam ao indicar que as doenças cardiovasculares estão fortemente relacionadas ao estilo de vida e a fatores de risco biológicos⁽⁵⁾. É por essa razão que estudos de intervenção medem os fatores de risco cardiovascular através de níveis de colesterol, pressão sistólica, índice de massa corporal (IMC), dieta e níveis de atividade física, além da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), autoeficácia e apoio social⁽⁶⁾. Além disso, a atenção à saúde para essas doenças deve reconhecer as peculiaridades biológicas de cada sexo em relação às diferenças nos fatores de risco cardiovascular tanto em sua prevalência quanto na forma com que são apresentados por mecanismos fisiopatológicos distintos em homens e mulheres⁽⁷⁾, que afetam a percepção da QVRS que eles têm.

As evidências apontam para a eficácia de intervenções de enfermagem que combinam a metodologia presencial com a telefônica⁽⁸⁾. Além disso, os estudos mostram a responsabilidade do enfermeiro na implementação de estratégias que contribuem para o controle dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares⁽⁹⁾ e para as melhorias significativas que ocorrem nos grupos de intervenção em indicadores de PA, colesterol, IMC, atividade física e alimentação⁽¹⁰⁾.

No Chile, uma intervenção recente realizada por enfermeiros implementou e avaliou um modelo de apoio telefônico para o autogerenciamento de doenças crônicas (*apoyo telefónico para el auto-manejo de enfermedad crónica - ATAS*), articulado em centros

públicos de atenção primária para pessoas com diabetes mellitus tipo 2⁽¹¹⁾. Os resultados mostraram que o grupo de intervenção melhorou a assistência aos controles do PSCV, estabilizou os níveis de hemoglobina glicada, diminuiu a ingestão de alimentos não saudáveis e aumentou a percepção de autoeficácia.

Objetivo

Avaliar o efeito e as diferenças por sexo de uma intervenção inovadora: aconselhamento presencial e telefônico em enfermagem, visando o controle de fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, dislipidemia e sobrepeso) e a melhora da QVRS, fortalecendo a autoeficácia e o apoio social a pessoas usuárias do programa de saúde cardiovascular dos Centros de Saúde Municipais de Concepción.

Métodos

Delineamento e tipo de estudo: um ensaio clínico controlado e randomizado, seguindo a Declaração *Consolidated Standards of Reporting Trials*. População: Em Concepción, existem 8 centros de saúde. Seis são de dependência municipal e servem 72% da população beneficiária do Fundo Nacional de Saúde (*Fondo Nacional de Salud- FONASA*), e os outros 2 dependem do Serviço de Saúde e servem 28%. Os seis centros que dividem a mesma dependência foram considerados para o presente estudo. A população de homens e mulheres entre 35 e 64 anos de idade inscrita e validada nos Centros de Saúde da Família municipais (*Centro de Salud Familiar - CESFAM*) e no PSCV em Concepción com três fatores de risco (hipertensão, sobrepeso e dislipidemia) foi de 640.

A população foi selecionada a partir dos registros eletrônicos dos arquivos clínicos de cada um dos 6 CESFAMs e posteriormente os indivíduos foram contatados para verificar sua disposição em participar da pesquisa. No total, 224 indivíduos atenderam aos critérios de inclusão, razão pela qual não foi feita amostragem. Desses, 120 concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento informado.

Critérios de inclusão: ter entre 35 e 64 anos de idade, ser portador de três fatores de risco cardiovascular e morar no setor em que está inscrito. Os seguintes critérios

de exclusão foram definidos considerando que se tratava de uma intervenção direcionada à prevenção primária e à prevenção do desenvolvimento de diabetes e/ou síndrome metabólica: pessoas que não tinham os três fatores de risco descritos; pessoas com: cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral com sequelas, doença pulmonar obstrutiva crônica, qualquer doença mental ou demência, alcoolismo, doenças terminais, imobilização, doença da tireoide, câncer, vírus da imunodeficiência humana/AIDS e doença reumática grave.

Em seguida, foi feita a medição pré-teste. Randomização: para formar grupos a partir das 120 pessoas, foi feita uma análise de agrupamento hierárquico utilizando a distância de Mahalanobis e o algoritmo de Ward, por sexo (feminino n = 82, masculino, n = 38), considerando as variáveis iniciais de homologação (PA,

IMC, sexo, QVRS, autoeficácia geral e percepção de apoio social). Dentro de cada grupo, 60 indivíduos foram selecionados aleatoriamente para o grupo controle e 60 para intervenção. Ao aplicar os testes respectivos, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos controle e intervenção. Ao final do estudo, o grupo intervenção era constituído por 53 pessoas, 13 homens e 40 mulheres, que completaram todas as sessões de aconselhamento em enfermagem durante os 7 meses e a medição pós-teste. No grupo controle, 56 pessoas, 20 homens e 36 mulheres, completaram a medição pós-teste. Ambos os grupos continuaram a receber a atenção tradicional, fornecida pelo PSCV do Centro de Saúde. A Figura 1 apresenta o fluxograma da pesquisa.

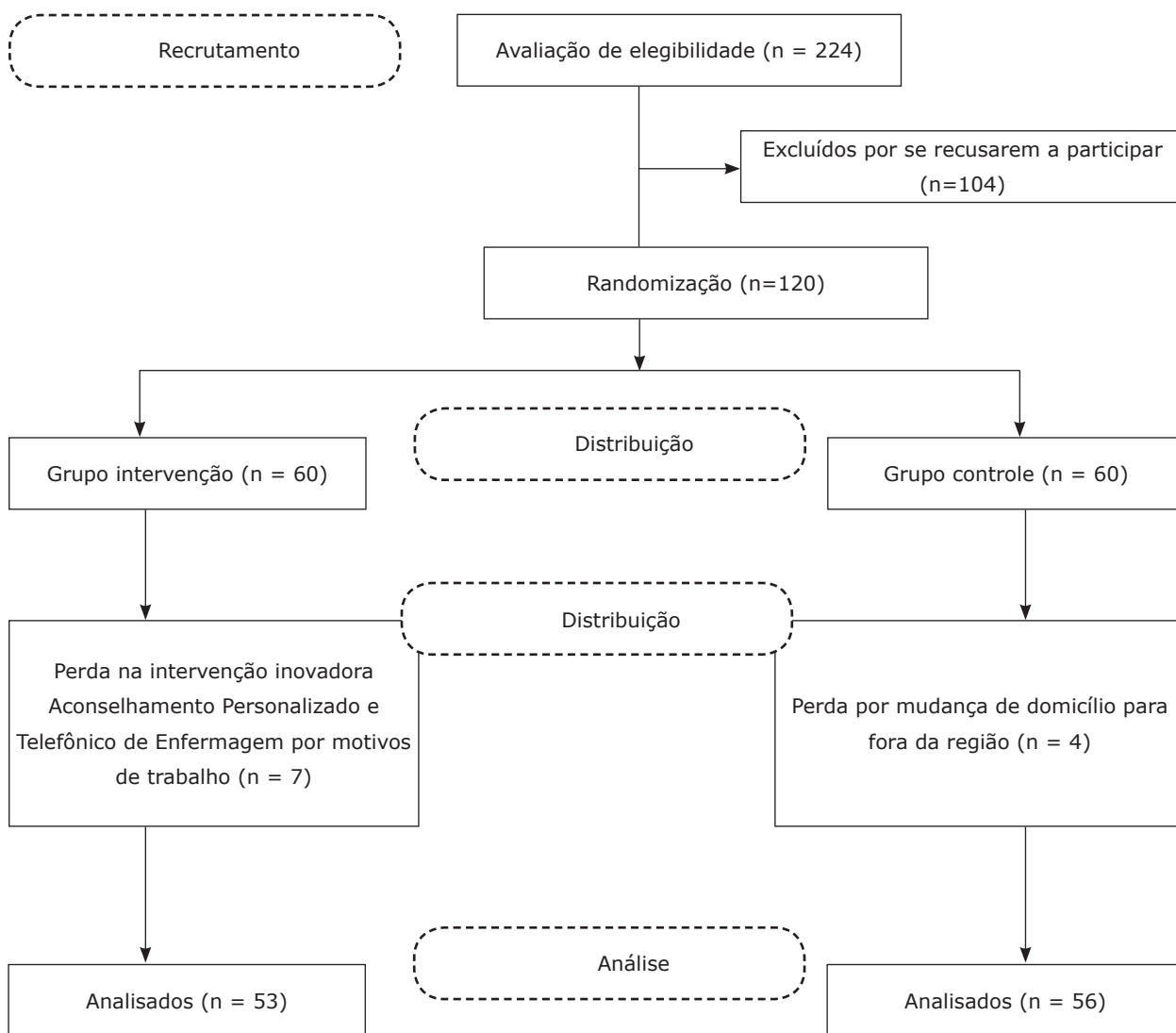


Figura 1 – Fluxograma da pesquisa

Instrumentos: o questionário de dados biossociodemográficos compilado pelos pesquisadores, Questionário genérico SF-36 da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde⁽¹²⁾, contém 36 questões agrupadas em 8 dimensões da saúde, que por sua vez estão agregadas em duas medidas sintéticas: o componente de Saúde Física (CSF) e o Componente de Saúde Mental (CSM). A pontuação varia de 0 a 100, onde 0 é o pior resultado e 100 é o melhor. A adaptação sintática e semântica do instrumento para o país foi feita no Chile em 2006, aplicada a uma amostra representativa da população adulta (> 15 anos de idade) de beneficiários dos sistemas público e privado de saúde do Chile, com um alfa de Cronbach de 0,7⁽¹³⁾. A Escala Geral de Autoeficácia⁽¹⁴⁾ é composta de 10 itens e as respostas são do tipo Likert: falso (1 ponto), em parte verdadeiro (2 pontos), em grande parte verdadeiro (3 pontos) ou verdadeiro (4 pontos), com uma pontuação mínima de 10 pontos e máxima de 40 pontos. Uma pontuação maior indica maior autoeficácia geral. Seu uso no Chile foi publicado em 2010⁽¹⁵⁾, indicando que a escala é confiável e válida para medir o construto autoeficácia percebido na população Chilena, com um alfa de Cronbach de 0,84. A Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS)⁽¹⁶⁾ é composta de 12 itens de resposta do tipo Likert, com 4 alternativas para cada (1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = frequentemente, 4 = sempre ou quase sempre). Uma pontuação mais alta indica a presença de maior apoio social. Ela foi validada para os 12 itens na região de La Araucanía por Ortiz & Baeza⁽¹⁷⁾. O coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach foi de 0,87.

O Índice de Massa Corporal⁽¹⁸⁾ foi medido com uma balança e um estadiômetro. A pressão arterial⁽¹⁹⁾ foi medida com um esfigmomanômetro e um estetoscópio. A circunferência abdominal foi medida usando uma fita métrica com pinças⁽¹⁸⁾ e o perfil lipídico*, através de bioquímica do sangue em um laboratório clínico, que incluiu: colesterol total (Col-Total), lipoproteínas de alta densidade (Col-HDL), lipoproteínas de baixa densidade (Col-LDL), triglicerídeos, índice aterogênico (LDL/HDL) e fator de risco cardiovascular (TC/HDL). O risco coronariano em 10 anos foi calculado com base nas Tabelas de Framingham, adaptadas às características da população chilena seguindo um procedimento padrão⁽²⁰⁾. Os dados correspondentes à aplicação dos instrumentos foram coletados por um voluntário da área da saúde e um estudante do último ano após passarem por um treinamento dado pelos pesquisadores. As medidas

antropométricas, PA e o cálculo do fator de risco cardiovascular em 10 anos foram feitos pelo estudante de enfermagem. Análise estatística: análise de dados usando o SAS OnlineDoc[®] versão 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, EUA, 2003), com estatística descritiva e inferencial. Os dados foram submetidos à análise de distribuição utilizando o teste Shapiro-Wilk. As variáveis que apresentaram distribuição normal foram analisadas utilizando o teste t de Student e aquelas que não apresentaram distribuição normal foram analisadas usando o teste Mann-Whitney U. Para a comparação dos grupos pareados, foram utilizados o teste de Wilcoxon e o teste t para grupos pareados, de acordo com o tipo de distribuição. Para distinguir a associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (quando os valores de frequências esperadas menores do que 5 eram mais de 25% das células). O nível de significância utilizado foi $\alpha = 0,05$.

Intervenção

Entende-se por aconselhamento em enfermagem um processo existencial que se concentra nos significados das experiências de vida relacionadas à saúde das pessoas e que se torna um processo de intercâmbio⁽²¹⁾ baseado em comunicação efetiva e apoio face a face, onde se exploram e expressam sentimentos, pensamentos e atitudes para esclarecer os comportamentos ou condutas relacionados a uma determinada situação de saúde e assim orientar a tomada de decisões⁽²¹⁾. O aconselhamento tem como eixo central a QVRS. Ele foi desenvolvido com base nas necessidades de saúde da população-alvo e incorpora a autoeficácia e o apoio social. Para implementá-lo, foi feita uma revisão bibliográfica integrativa do período entre 1994 e 2013. As bases de dados revisadas foram: Web of Science, ScienceDirect, PubMed, MEDLINE, SciELO, LILACS e ainda periódicos impressos na Biblioteca da Escola de Medicina da Universidade de Concepción e da Biblioteca de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Chile. As pesquisas revisadas concordam ao mencionar que as doenças cardiovasculares são fortemente relacionadas à inatividade física, sobrepeso/obesidade, fumo, altos níveis de colesterol, hipertensão e diabetes⁽⁵⁾, deixando claro que os fatores de risco são características ou comportamentos de indivíduos que aumentam

* * Teste conduzido pelo bioquímico Dr. Eduardo Torrejón, Dr. Gustavo Torrejón, Laboratório Clínico, Concepción, Chile

a probabilidade de doenças cardiovasculares⁽³⁾. Os resultados ressaltam que as intervenções, programas e serviços de saúde gerenciados e executados por enfermeiros são eficazes na atenção primária à saúde porque oferecem uma resposta adequada às necessidades da população; portanto, é necessário realizar mais pesquisas direcionadas ao impacto do processo saúde-doença na pessoa usuária e à influência em sua qualidade de vida⁽²²⁾. Além disso, os princípios da teoria *Humanbecoming* foram contemplados para o desenvolvimento desta intervenção⁽²³⁾.

Foram propostas 15 sessões: 10 sessões presenciais com duração máxima de uma hora e 5 sessões telefônicas de 15 minutos cada, desenvolvidas pelos pesquisadores⁽²⁴⁾, que tinham acesso aos dados após

a conclusão do estudo. As sessões telefônicas foram atribuídas como modo de reforço sobre esses temas, já que os usuários tinham recebido alguma educação sobre eles no PSCV. Os temas trabalhados nas sessões de aconselhamento foram os mesmos para homens e mulheres; o que mudou foi a ordem em que os temas foram abordados, que dependeu das expectativas de mudança que cada participante mencionou. Por exemplo, as mulheres priorizam questões emocionais e, homens, temas físicos. Outra diferença foi a duração média, em minutos, das sessões, as quais foram de aproximadamente 40 minutos para os homens e de 60 minutos para as mulheres. A distribuição das sessões é mostrada na Figura 2:

Data	Sessão	P*	T†	Atividade	Objetivo geral da sessão
Abril	---			PRÉ-TESTE	
7 Maio	1	X		Saúde, QVRS‡ e expectativas de mudança	O participante será capaz de observar a realização de estratégias em benefício de sua QVRS‡.
28 Maio	2	X		Menos risco, mais saúde	O participante será capaz de: Compreender e identificar os fatores de risco cardiovascular. Identificar os fatores de proteção e as estratégias para fortalecê-los.
17 Junho	3	X		Hipertensão	O participante será capaz de compreender e identificar os aspectos relacionados à hipertensão e reconhecê-la como uma doença que deve ser tratada. Reforçar a rede de apoio entre o usuário e o profissional de enfermagem.
1 Julho	4		X		
24 Junho	5		X		
8 Julho	6		X	Dislipidemia	O participante será capaz de compreender e identificar os aspectos relacionados à dislipidemia e reconhecê-la como uma doença que deve ser tratada. Reforçar a rede de apoio entre o usuário e o profissional de enfermagem.
15 Julho	7		X		
22 Julho	8		X		
29 Julho	9	X		Alimentação saudável	O participante será capaz de controlar sua alimentação e ser um consumidor mais inteligente reforçando sua capacidade de fazer decisões para obter uma alimentação mais saudável.
19 Agosto	10	X			
9 Setembro	11	X		Saúde Oral	O participante aprenderá a importância de uma saúde oral adequada como parte integral de uma alimentação saudável e da QVRS‡.
30 Setembro	12	X		Movimento	O participante aprenderá estratégias para aumentar a atividade física.
21 Outubro	13	X		Gerenciamento do estresse	O participante aprenderá estratégias para o manejo adequado do estresse.
11 Novembro	14	X		Estou bem!	O participante conhecerá as ferramentas para o fortalecimento de uma autoestima adequada e a influência positiva sobre sua QVRS‡ e o controle dos FRCV§.
18 Novembro	15	X		Fazendo um tour pelas sessões recebidas e o impacto sobre o QVRS‡	O participante observará os efeitos que vivenciou em sua qualidade de vida relacionada à saúde.
2 Dezembro	---			PÓS-TESTE	

*P: Personalizado, †T: Telefônica, ‡QVRS: Qualidade de vida relacionada à saúde, §FRCV: Fator de risco cardiovascular.

Figura 2 - Sessões realizadas na intervenção inovadora

Pode-se garantir que os resultados da intervenção são fidedignos, já que os grupos podem ser comparados, pois são similares em relação às variáveis selecionadas. Para isso, utilizou-se randomização e homologação da população. Ainda, nenhum dos participantes mudou de tratamento médico ou CESFAM nos meses do estudo, diminuindo assim os possíveis fatores que poderiam causar confusão ou modificação do efeito. Além disso, foram utilizados os mesmos métodos de monitoramento e medição para todos os participantes do estudo para obter a comparabilidade das informações. O estudo foi cego para os participantes e não houve uma perda diferencial importante de participantes.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Bioética da Escola de Medicina da Universidade de Concepción, Chile (registro DIFM 042/2012) e autorizada pela Diretoria de Administração de Saúde de Concepción. Foram considerados os requisitos éticos de E. Emmanuel,

que incluem a assinatura do termo de consentimento informado. O estudo foi realizado na Unidade de Prevenção de Obesidade e Sobrepeso (*Unidad de Prevención de la Obesidad y el Sobrepeso - UPOS*), que é parte da Universidade de Concepción.

Resultados

A Tabela 1 reúne a descrição das características de 109 pessoas com três fatores de risco cardiovascular, pertencentes a um PSCV de um dos seis CESFAMs municipais de Concepción e que responderam o instrumento de coleta de dados no pré-teste para o grupo controle e o grupo intervenção. A tabela mostra que ambos os grupos são formados por uma porcentagem mais alta de mulheres, sendo que a maioria delas se encontra na faixa etária de 60-64 anos, tem ensino médio e é casada; a família nuclear foi predominante.

Tabela 1- Características biossociodemográficas dos participantes. Concepción, Chile 2013

Variável	Grupo				Total		Estadígrafo	gl	Valor de p	
	Controle n=56		Intervenção n=53		n=109					
	F	%	F	%	F	%				
Sexo										
Feminino	36	64,3	40	75,5	76	69,7	1,61*	1	0,2039	
Masculino	20	35,7	13	24,5	33	30,3				
Idade em anos completos										
Faixa etária	35-44 anos	1	1,8	2	3,8	3	2,8	2,160†	2	0,354
	45-54 anos	23	41,1	14	26,6	37	33,9			
	55-64 anos	32	57,2	37	69,8	69	63,3			
Último nível de escolaridade frequentado/concluído										
Ensino básico	10	17,9	10	18,8	20	18,3	7,62*	8	0,4713	
Ensino médio	29	51,8	28	52,8	57	52,3				
Ensino técnico	8	14,3	11	20,8	19	17,4				
Ensino universitário	9	16	4	7,6	13	11,9				
Estado civil atual										
Solteiro	20		22		42		0,386*	1	0,534	
Morando com parceiro	36		31		67					
Tipo de família										
Unitária	3	5,4	6	11,3	9	8,3	1,29†	2	0,583	
Nuclear	34	60,7	31	58,5	65	59,6				
Estendida	19	33,9	16	30,2	35	32,1				
Situação ocupacional atual										
Empregado	31		27		58		0,213*	1	0,644	
Desempregado inativo	25		26		51					

* Teste do qui-quadrado, † Teste exato de Fisher

Como mostrado nas Tabelas 2 e 3, na maioria das variáveis, ambas estratégias (tanto a consulta tradicional pelo PSCV, quanto o aconselhamento em enfermagem dado no estudo) mostraram progresso. No entanto, o grupo intervenção foi o que obteve mudanças significativas. A Tabela 2 mostra que as mulheres no grupo intervenção apresentaram melhoras significativas com relação ao grupo controle em: peso, circunferência abdominal, Col-Total, Col-LDL e LDL/HDL, nas duas medidas sumárias da QVRS, os componentes de saúde física e mental, assim como nas dimensões de dor corporal, função social e dimensões da vitalidade entre as medidas pré e pós-teste. Além disso, na Tabela 2, pode ser visto que as mulheres do grupo experimental apresentaram um maior aumento nas pontuações de autoeficácia geral e apoio social percebido em comparação ao grupo controle. No entanto, essa mudança não foi suficiente para ser significativa.

A Tabela 3 mostra que os homens no grupo intervenção apresentaram mudanças significativas em comparação ao grupo controle em: circunferência abdominal, Col-Total, Col-LDL, TC/HDL, LDL/HDL, risco coronariano em 10 anos, pressão sistólica e diastólica, assim como a dimensão do papel físico do componente de saúde física e a dimensão do papel emocional do componente de saúde mental entre medidas pré e pós-tratamento. No grupo intervenção, houve uma melhora altamente significativa na circunferência abdominal, quando comparada ao grupo controle, entre as medições pré e pós-teste. Em relação à autoeficácia e o apoio percebido em homens, pode ser observado que no grupo experimental, houve um maior aumento nas pontuações de ambas variáveis em comparação ao grupo controle. No entanto, essa mudança, assim como em mulheres, não obteve significância.

Tabela 2 - Efeito da intervenção inovadora: aconselhamento personalizado e telefônico em enfermagem para fatores de risco cardiovasculares em mulheres no grupo controle e no grupo intervenção. Concepción, Chile 2013

MULHERES	Grupo controle			Grupo intervenção			Efeito da intervenção (Intervalo de Confiança 95%)	Estadígrafo	Valor de p
	Variáveis	Pré-teste	Pós-teste	Diferença entre pré e pós-teste	Pré-teste	Pós-teste			
Indicadores de saúde física									
Col-Total	178,2	176	2,22	201,1	178,7	22,4	-20,18 (-36,42; -3,94)	2,48*	0,0156†
Col-HDL	51,8	52,3	-0,5	52,5	50,6	1,93	-2,43 (-4,52; -0,33)	2,31*	0,0237‡
Col-LDL	105,3	104,1	1,19	123,4	103,1	20,24	-19,05 (-33,48; -4,61)	2,63*	0,0104†
LDL/HDL	2	2	0,04	126	2,4	2,1	-0,25 (-0,5; 0,00)	1,97*	0,0527‡
Triglicérides	105,7	98,1	7,67	126	124,7	1,23	6,44 (-17,47; 30,35)	1384§	0,9834
CT/HDL	3,5	3,4	0,09	3,9	0,7	0,35	-0,26 (-0,56; 0,03)	1260§	0,1899
Risco coronariano em 10 anos	2,4	0,8	0,81	2,7	0,8	0,88	-0,07 (-0,49; 0,35)	1361,5§	0,7848
Pressão sistólica	129,2	133,4	-4,28	133,2	131,6	1,63	-5,9 (-12,16; 0,35)	-1,88	0,0641
Pressão diastólica	89,6	77,1	12,47	91,5	78,9	12,63	-0,15 (-5,14; 4,84)	-0,06	0,9515
Peso	65,4	65,3	0,08	67,3	66,4	0,94	-0,85 (-1,7; -0,01)	1192§	0,0435‡
Circunferência abdominal	93,1	92,3	0,84	95,8	91,5	4,35	-3,51 (-5,27; -1,75)	1001,5§	0,0001†
Índice de massa corporal	27,6	27,6	0,05	28,1	27,7	0,38	-0,33 (-0,69; 0,02)	1204§	0,0583
Qualidade de vida relacionada à saúde									
Componente de saúde física	77,1	81	-3,93	79,7	88,9	-9,2	5,27 (0,16; 10,38)	2,06*	0,0433‡
Dor corporal	56,9	60,3	-3,34	60,8	77	-16,25	12,92 (2,52; 23,31)	2,48*	0,0155†
Função física	86,3	90,5	-4,16	89,6	94,3	-4,67	0,5 (-3,01; 4,01)	1439,5§	0,5739

(continua...)

Tabela 2 - (continuação)

MULHERES	Grupo controle			Grupo intervenção			Efeito da intervenção (Intervalo de Confiança 95%)	Estadígrafo	Valor de p
	Pré-teste	Pós-teste	Diferença entre pré e pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Diferença entre pré e pós-teste			
Papel físico	93,1	94,8	-1,73	94,4	98,4	-4,06	2,33 (-5,11; 9,77)	1466,5§	0,3152
Saúde geral	72	78,5	-6,48	73,9	85,8	-11,83	5,35 (-2,91; 13,61)	1520§	0,1624
Componente de saúde mental	68,5	73,3	-4,82	66,9	78,9	-11,95	7,14 (1,21; 13,06)	2,40*	0,0189†
Função social	82,5	86,7	-4,17	80,3	95	-14,75	10,58 (0,96; 20,2)	1582§	0,0349‡
Papel emocional	54,3	57,2	-2,96	52	58,7	-6,67	3,7 (-1,54; 8,95)	1495,5§	0,2074
Saúde mental	70,8	78,3	-7,55	70,5	84,9	-14,4	6,84 (-2,27; 15,96)	1,50*	0,1386
Vitalidade	66,4	71	-4,58	65	77	-12	7,42 (0,17; 14,67)	2,04*	0,0451‡
Autoeficácia geral	34,3	36,8	-2,5	36	38,4	-2,37	-0,13 (-2,3; 2,05)	0,11*	0,9091
Apoio social percebido	36,5	38,1	-1,58	35,9	39,7	-3,8	2,22 (-6,5; 1,9)	1472,5§	0,3660

* Teste t para grupos pareados, † $p \leq 0,01$, ‡ $p \leq 0,05$, § Teste de Wilcoxon

Tabela 3- Efeito da intervenção inovadora: aconselhamento personalizado e telefônico em enfermagem para fatores de risco cardiovasculares em homens no grupo controle e no grupo intervenção. Concepción, Chile 2013

HOMENS	Grupo controle			Grupo intervenção			Efeito da intervenção (Intervalo de Confiança 95%)	Estadígrafo	Valor de p
	Pré-teste	Pós-teste	Diferença entre pré e pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Diferença entre pré e pós-teste			
Indicadores de saúde física									
Col-Total	175,7	177,1	-1,4	190,5	157,3	33,23	-34,63 (-59,89; -9,38)	2,80*	0,0088†
Col-HDL	43,3	43,3	0	43,6	41,2	2,38	-2,38 (-5,48; 0,71)	1,57*	0,1258
Col-LDL	107,7	109,7	-2,03	113,5	87,3	26,25	-28,28 (-48,45; -8,11)	2,86*	0,0075†
LDL/HDL	2,5	2,6	-0,13	2,6	2,1	0,49	-0,63 (-1,05; -0,21)	298§	0,0045†
Triglicerídeos	123,6	120,9	2,65	167	144	23	-20,35 (-59,02; 18,32)	1,07*	0,2919
CT/HDL	4,1	4	0,05	4,4	3,8	0,54	-0,49 (-0,94; -0,04)	2,23*	0,0033‡
Risco coronariano em 10 anos	3,5	3,2	0,3	4,7	3,1	1,62	-1,32 (-2,6; -0,03)	271,5§	0,0546‡
Pressão sistólica	135,1	139,7	-4,55	141,9	132,2	9,77	-14,32 (-24,78; -3,85)	-2,79	0,0089†
Pressão diastólica	91,8	83,6	8,20*	99	81,1	17,92	-9,72 (-18,00; -1,44)	-2,4	0,0228‡
Peso	78,3	78,2	0,05	81,5	80,4	1,06	-1,02 (-2,68; 0,65)	244§	0,3966
Circunferência abdominal	96,6	96,8	-0,23	101,5	97	4,50	-4,73 (-7,03; -2,42)	4,17*	0,0002†
Índice de massa corporal	27,5	27,5	0,03	28,4	28,1	0,37	-0,34 (-0,92; 0,25)	243§	0,4176
Qualidade de vida relacionada à saúde									
Componente de saúde física	80,5	86,5	-6,03	84,4	90,3	-5,85	-0,18 (-5,63; 5,27)	0,07*	0,9462
Dor corporal	60	78,5	-18,5	73,1	77,7	-4,62	-13,88 (-31,96; 4,19)	268§	0,0735
Função física	92,7	96	-3,33	89,2	95,9	-6,67	3,33 (-3,35; 10,02)	183§	0,1531
Papel físico	94,4	92,5	2,88	97,1	100	-2,88	5,77 (-2,88; 14,42)	189§	0,0546‡
Saúde geral	75	79,2	-4,17	78,2	87,4	-9,23	5,06 (-4,39; 14,51)	1,09*	0,2832

(continua...)

Tabela 3 - (continuação)

HOMENS	Grupo controle			Grupo intervenção			Efeito da intervenção (Intervalo de Confiança 95%)	Estadígrafo	Valor de p
	Pré-teste	Pós-teste	Diferença entre pré e pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Diferença entre pré e pós-teste			
Componente de saúde mental	72	77,3	-5,26	78,7	81,3	-2,57	-2,69 (-8,63; 3,26)	0,92*	0,3638
Função social	85,5	91	-5,5	99,2	95,4	3,85	-9,35 (-18,53; -0,16)	264,5§	0,0791
Papel emocional	49,7	58	-8,33	59	58	1,03	-9,36 (-16,68; -2,03)	277,5§	0,0131†
Saúde mental	78,2	83,4	-5,2	82,5	91,1	-8,62	3,42 (-6,29; 13,12)	0,72*	0,4784
Vitalidade	74,8	76,8	-2	74,2	80,8	-6,54	4,54 (-4,86; 13,94)	0,98*	0,3324
Autoeficácia geral	36	37,7	-1,65	37,5	39	-1,46	-0,19 (-3,18; 2,8)	238§	0,5227
Apoio social percebido	37	38,7	-1,7	38,7	41,7	-3	1,3 (-4,67; 7,27)	0,44*	0,6602

* Teste t para grupos pareados, † $p \leq 0,01$, ‡ $p \leq 0,05$, § Teste de Wilcoxon

Discussão

Os dados do presente estudo mostram uma predominância do sexo feminino. Isso é consistente com os resultados obtidos em uma pesquisa espanhola⁽²⁵⁾ que mostra que as diferenças entre os sexos em relação aos fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial e dislipidemia, são maiores em mulheres, nas quais a classe social tem influência, e se acentuam com a idade. Ao categorizar em faixas etárias a variável idade, em anos completos, foi observada uma maior porcentagem nos grupos de pessoas entre 55 e 64 anos e entre 45 e 54 anos. É nessas faixas que o maior número de pessoas com hipertensão estão localizadas⁽²⁵⁾. Reporta-se que a prevalência de doenças cardiovasculares aumenta com a idade e que, no caso de mulheres, o perfil de risco é maior do que em homens⁽²⁶⁾. A intervenção de aconselhamento teve um efeito significativo sobre o aumento da QVRS em mulheres do grupo intervenção. Isso pode ser atribuído à capacitação e ao fortalecimento de redes de suporte e ao próprio enfermeiro, durante o desenvolvimento do aconselhamento. Em contrapartida, nos homens que participaram do estudo, os achados de QVRS não foram significativos. Isso é consistente com o que foi reportado por um estudo sobre a eficácia de um programa de intervenção para o controle do peso em pessoas com hipertensão, onde foi observado que a QVRS melhorou nos membros do grupo intervenção, mas não houve diferenças significativas⁽²⁷⁾. Quanto à autoeficácia geral e o apoio social percebido, a intervenção de enfermagem não teve efeito significativo sobre essas variáveis nem nas mulheres e nem nos homens, embora tenha havido um aumento nas pontuações do grupo

intervenção em comparação ao grupo controle. Esse aumento poderia ser explicado pelas características das doenças estudadas ou pelo instrumento de medição, já que a medida da escala dos resultados gerais de autoeficácia mostra uma contradição entre as altas pontuações na medição basal e o vivenciado pelos participantes durante o desenvolvimento do aconselhamento, já que as mudanças no processo experimental não são refletidas na medição pós-test. Nas mulheres, o peso e a circunferência abdominal diminuíram significativamente, e nos homens, somente a circunferência abdominal diminuiu. O efeito obtido nas medidas antropométricas pode ter sido motivado pelo uso de um podômetro no aconselhamento. Já foi reportado que o uso de um podômetro em intervenções em atenção primária leva a um aumento na atividade física dos usuários combinado ao apoio social fornecido pelo profissional de saúde⁽²⁸⁾. Os resultados obtidos em níveis de PA de mulheres que participaram desta pesquisa mostram a necessidade de prolongar a intervenção de enfermagem, já que já foi reportado que após 18 meses, mudanças significativas são obtidas nessas variáveis⁽²⁹⁾. Diferentemente das mulheres, os homens mostraram uma diminuição significativa da pressão sistólica e da pressão diastólica. Isso é consistente com uma intervenção realizada por 6 meses, direcionada a pessoas com excesso de peso e hipertensão, onde a diminuição da PA foi significativa em homens⁽³⁰⁾. Esse achado pode ser analisado desde a função social porque homens recebem apoio familiar, sobretudo de suas parceiras, que começam a modificar a maneira de cozinhar e os padrões alimentares, enquanto que mulheres têm que cozinhar de maneira diferente do que estão cozinhando para o resto de suas famílias, porque os membros da

família dizem que não querem seguir a sua dieta. Em relação ao perfil lipídico, foi obtida uma diminuição significativa como efeito atribuível à intervenção, tanto em homens quanto em mulheres. Isso pode ter sido devido à incorporação de uma alimentação saudável e de um aumento na atividade física ao estilo de vida dos participantes. Além disso, o presente estudo mostrou um efeito sobre a redução do risco coronariano em 10 anos somente em homens. Os níveis de triglicerídeos não mostraram alterações significativas em nenhum dos dois grupos, e as evidências indicam que após 12 meses de intervenção, os triglicerídeos não mostraram significância estatística⁽²⁹⁾. Os resultados que foram obtidos no presente estudo mostram que a implementação de aconselhamento telefônico em enfermagem sobre a saúde cardiovascular pode ser a base para intervenções preventivas para doenças cardiovasculares e para a promoção da saúde. Apesar do efeito positivo produzido por essa intervenção de enfermagem, é recomendado ter um tempo maior do que sete meses para desenvolver essa modalidade de intervenção e estabelecer esse tipo de cuidado diferenciado de enfermagem de acordo com o sexo como um processo contínuo com o passar do tempo, já que foi mencionado que um ano é um tempo curto para alcançar mudanças de longo prazo e para avaliar resultados⁽³¹⁾. No entanto, foram obtidas mudanças significativas, tanto em homens quanto em mulheres, que auguram maiores efeitos com o desenvolvimento contínuo dessa intervenção. A intervenção foi feita de maneira personalizada, pessoalmente e pelo telefone, respondendo à chamada feita pela enfermagem como disciplina para realizar esforços inovadores para contribuir para o desafio de deter as doenças cardiovasculares através de intervenções que desenvolvem modelos interativos e culturalmente relevantes e para incorporar os contextos específicos de cada indivíduo para obter mudanças comportamentais em pessoas com doenças crônicas⁽³²⁾.

A limitação do estudo é o fato que os instrumentos utilizados não quantificam o apoio social fornecido pelo enfermeiro, e nem a autoeficácia do gerenciamento da doença crônica. A aterosclerose é reconhecida como um fator de risco, assim como fatores de risco emergentes, mas devido à falta de tempo e recursos econômicos, esses não foram medidos neste estudo. Apesar dessas limitações, os resultados encontrados são válidos, já que comparam mudanças entre mulheres e homens do grupo controle com o grupo intervenção, o que evidencia que esse tipo de aconselhamento em enfermagem favorece o controle e a redução de fatores de risco cardiovascular, assim como melhora a

qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com hipertensão, sobrepeso e dislipidemia.

Conclusão

A intervenção inovadora, aconselhamento pessoal e telefônico em enfermagem, direcionada ao controle de fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, dislipidemia e sobrepeso) e à melhora da QVRS, fortalecendo a autoeficácia e o apoio social, evidenciou em mulheres e em homens uma diminuição significativa na circunferência abdominal (CA), Col-Total, Col-LDL e TC/HDL. Somente as mulheres tiveram uma diminuição significativa no peso e um aumento da QVRS. Os homens diminuíram significativamente a pressão sistólica (PS) e a pressão diastólica (PD), LDL/HDL, e o risco coronariano em 10 anos. As mulheres e os homens no grupo controle não apresentavam mudanças significativas.

O serviço de aconselhamento confirmou a necessidade de dedicar entre 30 e 40 minutos a homens e entre 45 a 60 minutos a mulheres para a consulta de enfermagem para esclarecer todas as dúvidas e verificar o entendimento dos pacientes a respeito de seus problemas relacionados ao seu estado de saúde. Além disso, foi provada a importância em se estabelecer uma consulta interativa, onde haja um vínculo de confiança e escuta ativa com o usuário para que mesmo sinta o suporte do profissional de enfermagem em seu processo de saúde. Por fim, conclui-se que esse tipo de intervenção de enfermagem do tipo acompanhamento personalizado provou ser eficaz no controle do risco cardiovascular e no aumento da qualidade de vida relacionada à saúde em homens e mulheres com hipertensão, sobrepeso e dislipidemia.

Referências

1. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(9):724-30.

2. Navarrete C, Cartes-Velásquez R. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en comunidades pehuenches, Chile. *Rev Med Electrón.* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 16]; 36(1):34-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000100005&lng=es.
3. Garrido J, Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, López N, Oyarzún E, et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol.* 2013;32(2):85-96.
4. Lira MT. Impacto de la Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Rev Med Clin. CONDES.* 2015;26(2):156-63.
5. Blokstra A, van Dis I, Verschuren M. Efficacy of multifactorial lifestyle interventions in patients with established cardiovascular diseases and high risk groups. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010;11(1):1-8.
6. Stolic S, Mitchell M, Wollin J. Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: A review of the research literature. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010;9(4):203-17.
7. Rigo F, Frontera G, Sempere I, Tur S, Guillaumet J. Prevención secundaria en enfermedad cardiovascular. *FMC.* 2010;17(Supl 5):5-41.
8. Weber S, Wilbur J, Miskovich L, Gerard P. An Office-Based Health Promotion Intervention for Overweight and Obese Uninsured Adults. *J Cardiovasc Nurs.* 2012;27(1):68-75.
9. Jarl J, Toentino J, James K, Clark M, Ryan M. Supporting cardiovascular risk reduction in overweight and obese hypertensive patients through DASH diet and lifestyle education by primary care nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2014;26(9):498-503.
10. Best Practice Information. Intervenciones dirigidas por enfermeras para disminuir los factores de riesgo cardíaco. *Enferm Clin.* 2010;20(5):317-9.
11. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A, et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Rev Med Chile.* 2010;138(6):729-37.
12. McHorney C, Ware J, Raczek A. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health. *Med Care.* 1993;31(3):247-63.
13. Olivares-Tirado P. Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004 -2005. Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo, Gobierno de Chile Superintendencia de Isapres; 2006. 40 p.
14. Bäßler J, Schwarzer R, Jerusalem M. Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Auto-Eficacia Generalizada [Internet]. Berlín (AL): Freie Universität Berlin, Departamento de Psicología de la Salud; 1993 [actualizado 26 diciembre 1997; citado 20 mayo 2012]. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>
15. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile.* 2010;138:551-7.
16. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41.
17. Ortiz M, Baeza MJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Univ Psychol.* 2011;10(1):189-96.
18. Yu Y, Wang L, Liu H, Zhang S, Walker S, Bartell T et al. Body Mass Index and Waist Circumference Rather Than Body Adiposity Index Are Better Surrogates for Body Adiposity in a Chinese Population. *Nutr Clin Pract.* 2015;30(2):274-82.
19. Valero R, García A. Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial. *Enferm Glob.* [Internet]. 2009 [citado 2015 Jun 16]; (15): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100012&lng=es.
20. Kunstmann S, Lira Mt, Icaza G, Núñez L, De Grazia R. Estratificación de Riesgo Cardiovascular en la Población Chilena. *Rev Med Clin CONDES.* 2012;23(6):657-65.
21. Rodríguez Y, Rubio MA. Bases conceptuales de la consejería en Enfermería. In *Crescendo.* 2010;1(2):319-23.
22. Torres-Ricarte M, Crusat-Abello E, Peñuelas-Rodríguez S, Zabaleta-del-Olmo E. El Nurse-Led en la Atención Primaria de la Salud: una oportuna y prometedora innovación organizativa. *Enferm Clin.* 2015;25(12):87-91.
23. Vílchez-Barboza V, Paravic T, Salazar A. La Escuela de Pensamiento Humanbecoming: Una Alternativa para la Práctica de la Enfermería. *Cienc Enferm.* 2013;19(2):23-34.
24. Vílchez-Barboza V, Paravic T, Salazar A, Sáez K. Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria. *Rev Chil Cardiol.* 2015;34:36-44.
25. López-González A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A, Tomás-Salvá M, Yáñez A. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. *Gac Sanit.* 2015;29(1):27-36.
26. Gijón-Conde T, Banegas JR. Enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial: diferencias por género a partir de 100.000 historias clínicas. *Rev Clin Esp.* 2012;212(2):55-62.

27. Norris C, Murray J, Triplett L, Hegadoren K. Gender Roles in Persistent Sex Differences in Health-Related Quality-of-Life Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease. *Gender Med.* 2010;7(4):330-9.
28. Harris T, Kerry SM, Victor CR, Shah SM, Iliffe S, Ussher M et al. PACE-UP (Pedometer and consultation evaluation -UP) - a pedometer-based walking intervention with and without practice nurse support in primary care patients aged 45-75 years: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2013;14(1):418-36.
29. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(6):833-43.
30. Lumertz MA, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(5):436-43.
31. Sol B, van der Graaf Y, Brouwer B, Hickox S, Visseren F. The Effect of a Self-Management Intervention to Reduce Vascular Risk Factors in Patients with Manifestations of Vascular Diseases. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010;9(2):132-9.
32. Berra K, Fletcher B, Hayman LL, Miller NH. Global Cardiovascular Disease Prevention A Call to Action for Nursing Executive Summary. *J Cardiovasc Nurs.* 2013;28(6):505-13.

Recebido: 19.2.2015

Aceito: 20.9.2015

Correspondencia:

Vivian Vilchez Barboza
Universidad de Costa Rica
Escuela de Enfermería
Sabanilla, San José, Costa Rica
E-mail: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.