

Desafios para o cuidado da insuficiência cardíaca: pesquisa exploratória com enfermeiras em Ontario

Challenges for the heart failure care: exploratory research with nurses in Ontario

Desafíos para el cuidado de la insuficiencia cardíaca: investigación exploratoria con las enfermeras en Ontario

Dayse Mary da Silva Correia¹, Evandro Tinoco Mesquita², Mina Singh³, Maria Elena Puigbonet⁴, Maria Luiza Garcia Rosa⁵

Agência de financiamento: O presente estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior (PSDE), sob o nº BEX: 5933/13-7.

Como citar este artigo:

Correia DMS; Mesquita ET; Singh M, et al. Desafios para o cuidado da insuficiência cardíaca: pesquisa exploratória com enfermeiras em Ontario. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):5150-5155. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5150-5155>

ABSTRACT

Objectives: to observe the implementation of Canadian protocols for patients with heart failure, and identify with nurses, health education aspects. **Method:** exploratory research in the period from August to December 2013, where the data collection was carried out by observation during the Shadow Experience and interview of Canadian nurses. For data analysis, we used descriptive statistics. **Results:** 28 patients were observed in the Shadow Experience strategy at different levels of care, and 13 nurses interviewed. In health education, interpersonal contact was the most used strategy (69.23%), treatment was the priority share (76.92%), followed by prevention (30.77%). There are challenges with respect to harmful lifestyle habits, and self-care considered ineffective (38.46%). **Conclusion:** interpersonal interaction, which involved professionals and Canadian individuals at different levels of care, helped to identify in their implementation, basic actions and challenges for heart failure.

Descriptors: nursing; heart failure; primary care; international educational exchange.

¹ Professor Adjunto do Departamento de Fundamentos de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense

² Professor Associado do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal Fluminense.

³ Professor associado na Faculty of Health em York University.

⁴ Mestre pela Sadlon Center for Health and Wellness em Georgian College.

⁵ Professor Associado do Instituto de Epidemiologia e Bioestatística da Universidade Federal Fluminense

RESUMO

Objetivos: observar a implementação de protocolos canadenses aos pacientes com insuficiência cardíaca, assim como identificar junto às enfermeiras, aspectos de educação em saúde. **Método:** pesquisa exploratória no período de agosto a dezembro de 2013, onde a coleta de dados deu-se por observação durante a *Shadow Experience*, e por entrevista de enfermeiras canadenses. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva. **Resultados:** 28 pacientes foram observados na estratégia *Shadow Experience* em diferentes níveis de atendimento, e 13 enfermeiras entrevistadas. Em Educação em Saúde, o contato interpessoal foi a estratégia mais utilizada (69,23%), o tratamento foi a ação prioritária (76,92%), seguida da prevenção (30,77%). Há desafios com relação aos hábitos de vida prejudiciais, e para o autocuidado considerado pouco eficaz (38,46%). **Conclusão:** A interação interpessoal, a qual envolveu profissionais e indivíduos canadenses em diferentes níveis de atendimento, contribuiu para identificar em sua implementação, ações básicas e desafios para insuficiência cardíaca.

Descritores: enfermagem; insuficiência cardíaca; atenção primária; intercâmbio educacional internacional.

RESUMEN

Objetivos: Observar la implementación de protocolos canadienses para los pacientes con insuficiencia cardíaca, y se identifican con las enfermeras, los aspectos de educación sanitaria. **Método:** investigación exploratoria en el período de agosto a diciembre de 2013, donde la recogida de datos se llevó a cabo mediante la observación durante la experiencia de la sombra y la entrevista de las enfermeras canadienses. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva. **Resultados:** Se observaron 28 pacientes en la estrategia de la experiencia de la sombra a diferentes niveles de atención, y 13 enfermeras entrevistadas. En la educación sanitaria, el contacto interpersonal fue la estrategia más utilizada (69,23%), el tratamiento fue la cuota de prioridad (76,92%), seguido de la prevención (30,77%). Hay desafíos con respecto a los hábitos de vida nocivos, y el autocuidado considerados ineficaces (38,46%). **Conclusión:** la interacción interpersonal, que involucró a profesionales y particulares canadienses en diferentes niveles de atención, ayudó a identificar en su aplicación, las acciones básicas y los desafíos para la insuficiencia cardíaca.

Descriptor: enfermería; insuficiencia cardíaca; atención primaria; intercambio educativo internacional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, dentre as doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) é responsável por 31,0% das internações e, aproximadamente, por 4% de todas as internações no SUS. Apresenta alta mortalidade hospitalar, que varia entre 5,6% e 6,0%, com um período médio de internação de 5,8 dias¹, e uma estimativa de 2 milhões de brasileiros acometidos.² No mundo, a prevalência estimada de indivíduos com IC é de 23 milhões, com 2 milhões de casos diagnosticados por ano², dentre estes, aproximadamente, 50 mil no Canadá³ e 240 mil casos novos no Brasil.² O seu custo anual no Brasil está estimado em mais de 200 milhões de reais, enquanto no Canadá o custo anual com doenças cardiovasculares é de aproximadamente 3 bilhões de dólares.³

A IC é uma síndrome de caráter sistêmico e disfunção cardíaca, baseada em um *continuum* cardiovascular que tem início com a presença de múltiplos fatores de risco, seguido de mudanças na estrutura e na função cardíacas, de modo assintomático, evoluindo para o estágio final.⁴ É mais prevalente a partir dos 65 anos⁵ e vem se tornando um problema de saúde pública, com escassez de dados epidemiológicos, clínicos e terapêuticos, resultando em dificuldade na elaboração de estratégias para o enfrentamento da doença.

O Canadá tem uma forte tradição no cuidado ao paciente portador de insuficiência cardíaca, que abrange aspectos físicos e psíquicos, com importantes publicações a partir dos anos 1980⁶, constituindo um país de referência em serviços clínicos de qualidade na atenção primária.⁷ Estudos canadenses têm demonstrado que a atuação da enfermagem na equipe multidisciplinar é fundamental ao cuidado do paciente com IC⁸⁻⁹, o que foi também evidenciado em outros países.¹⁰⁻¹¹ E que os programas de cuidado de enfermagem para o manejo da insuficiência cardíaca podem reduzir internações, melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes.¹²

Dentre as atribuições do cuidado de enfermagem ao paciente com IC na atenção primária, destacam-se a educação em saúde, principalmente com foco no autocuidado.¹³ Já em 1998, no Canadá, a necessidade de aprendizagem pelo paciente sobre a doença foi enfatizada como um componente vital do cuidado de enfermagem, com o objetivo de minimizar sintomas, reduzir internações, tempo de hospitalização e melhorar a qualidade de vida.¹⁴⁻¹⁵

Nessa perspectiva, a busca de experiências internacionais em centros de pesquisa e assistência, através do intercâmbio internacional, apoiado pelo interesse de internacionalização dos cursos de pós-graduação no Brasil, torna-se fundamental para o aprofundamento, aprendizado e vivência do cuidado- principalmente multidisciplinar- ao indivíduo em diferentes estágios de IC.

Assim, os objetivos deste estudo foram observar a implementação de protocolos canadenses aos pacientes com insuficiência cardíaca, assim como identificar junto às enfermeiras aspectos de educação em saúde.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, tipo *Survey*, realizado no período de setembro a dezembro de 2013 na província de Ontario, Canadá. E para o qual foram utilizadas duas estratégias para coleta de dados: *Shadow Experience*, a qual consistiu no acompanhamento de uma enfermeira (*nurse practitioner*) durante o atendimento aos pacientes com IC em diferentes locais, com registro livre das observações; e a realização de uma **entrevista** a partir de um questionário semi-estruturado para identificação sobre perfil demográfico e profissional dos enfermeiros, e aspectos sobre educação em saúde, com foco no autocuidado.

Como critério de inclusão, para a amostra do tipo intencional, não probabilística, foram convidados 40 (quarenta) enfermeiros(as) com experiência profissional em atendimento ao paciente com IC, da Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner. Contudo, houve a adesão de 05 enfermeiras para *Shadow Experience*, 13 enfermeiros(as) para entrevista.

Para realização deste estudo, o protocolo de pesquisa *Observation and collection of data from the primary care provided by nurses in Canada to subjects bearing the risk of chronic cardiovascular dysfunctions* foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da York University (*Human Participants Review Sub-Committee - HPRSC*) sob o nº 243/13.

RESULTADOS

Durante a *Shadow Experience*, foram observados 28 (vinte e oito) pacientes, onde as visitas foram previamente agendadas em níveis diferentes de atendimento: atenção primária (*Walk in Clinic, Private Clinic with Family doctor e nurse practitioner*); atenção ambulatorial (*Royal Victoria Hospital e St Michael's Hospital*); atenção hospitalar (*Memorial Hospital Sunnybrook Health Sciences Centre e Soldier's Memorial Hospital*).

Na atenção primária, a observação de 06 pacientes deu-se em sala de espera, na qual havia atendimento prévio da *nurse practitioner*.

Na atenção ambulatorial, no *Royal Victory Hospital*, pelo acompanhamento de quatro semanas consecutivas, foi possível observar consulta a 16 pacientes, e a aplicação dos protocolos estabelecidos no Canadá para a gestão do atendimento ao paciente com IC. No *St Michael's Hospital*, foram observados quatro pacientes com IC e as ações de educação em saúde e interação multiprofissional.

E por fim, na atenção hospitalar, o *Sunnybrook Health Sciences Centre*, proporcionou a observação do cuidado de dois pacientes internados, e o processo de enfermagem individualizado, onde havia um enfermeiro para cada um destes pacientes.

Quanto à segunda estratégia, na análise dos questionários, observa-se que dos enfermeiros entrevistados (n=13), todos do sexo feminino, distribuindo-se de maneira uniforme pelas faixas etárias 46 (15%) tinham até cinco anos de experiência profissional com o paciente de IC; 84,62% eram bacharéis, sendo que a *Shadow Experience* foi desenvolvida com quatro enfermeiros(as) com mais de 11 anos de experiência (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra estudada. Ontario-CA, 2013.

Perfil sociodemográfico	n (%)
Faixa etária	
< 30 anos	4 (30,77)
30 - 39 anos	2 (15,38)
40 - 49 anos	3 (23,77)
> 50 anos	4 (30,77)
Nível de escolaridade	
Bacharel	11 (84,62)
Mestre	2 (15,38)
Tempo de experiência profissional com pacientes com IC	
1 - 5 anos	6 (46,15)
6 - 10 anos	3 (23,08)
11 - 16 anos	3 (23,08)
> 20 anos	1 (7,69)

Para o tema Educação em Saúde, a estratégia mais utilizada pelos enfermeiros foi a conversa direta (69,23%), enquanto a internet foi pouco utilizada (7,69%). O uso de filmes e telefone abrangeu 38,46% e 23,08% das respostas, respectivamente. O principal objetivo considerado da educação em saúde foi o tratamento (76,92%), seguido da prevenção (30,77%), envolvimento da família (23,08%) e intervenção (15,38%). (Tabela 2).

Tabela 2 - Educação em Saúde e Autocuidado: ações de enfermagem para o paciente com insuficiência cardíaca (IC). Ontario/CA, 2013

Educação em Saúde	n (%)
Estratégia empregada	
Conversa direta	9 (69,23)
Monitorização telefônica	3 (23,08)
Filmes ou outras mídias	5 (38,46)
Internet	1 (7,69)
Outros	2 (15,38)
Objetivo	
Prevenção	4 (30,77)
Tratamento	10 (76,92)
Envolvimento familiar	3 (23,08)
Intervenção	2 (15,38)
Problemas para prevenção da IC	
Baixo nível educacional	4 (30,77)
Hábitos de vida prejudiciais	7 (53,85)
Adesão do indivíduo e da família ao tratamento	3 (23,08)
Falta de acesso a recursos	5 (38,46)
Outros	1 (7,69)
Classificação de resultados com ES na região de atuação	
Excelente	1 (7,69)
Bom	6 (46,15)
Ruim	6 (46,15)
Classificação da eficácia do autocuidado	
Altamente eficaz	1 (7,69)
Suficientemente eficaz	3 (23,08)
Pouco eficaz	5 (38,46)
Não eficaz	2 (15,38)

Esta questão destacou os hábitos de vida prejudiciais, falta de acesso a recursos, baixo nível educacional e adesão do indivíduo e da família ao tratamento. Para os resultados obtidos com a educação em saúde, os enfermeiros indicaram ser bom (46,15%). E para o autocuidado, os enfermeiros o consideraram pouco eficaz (38,46%), suficientemente eficaz (23,08%), não eficaz (15,38%), e altamente eficaz (7,69%). (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A *Shadow Experience* foi uma grande oportunidade de interação com enfermeiras canadenses, a qual proporcionou uma observação direta da aplicação de protocolos aos pacientes e seus familiares, bem como o trabalho da equipe multidisciplinar. Além disso, o registro das ações durante às consultas, a revisão dos protocolos, e discussão pós-consulta, englobando assuntos relacionados proporcionaram atualização e identificação de desafios enfrentados.

Os principais pontos desta interação foram direcionados às informações contidas no manual para o paciente, adesão à terapia farmacológica, relato do paciente sobre efeitos colaterais da mesma, dificuldades do controle do peso corporal, presença e envolvimento da família no tratamento e o autocuidado.

Na entrevista, o contato interpessoal foi apontado de maneira predominante nas ações de educação em saúde. Essa conduta foi avaliada por Fredericks et al.¹⁶, ao realizarem revisão sistemática que envolveu 1.865 participantes em 64 estudos, e concluíram que a mesma é mais eficaz quando o cuidado é individualizado. No contato interpessoal é essencial que haja uma interação/aproximação da enfermeira-paciente efetiva e de qualidade, apoiada em diversas habilidades desenvolvidas pelo profissional de saúde, capazes de possibilitar o planejamento de atividades baseado nas necessidades e expectativas do indivíduo.¹⁷

Para demais estratégias, como utilização de filmes, a utilização foi baixa, assim como o contato telefônico, o qual tem demonstrado eficácia na redução de internações para insuficiência cardíaca.¹⁸⁻¹⁹ Foi considerado muito baixo o uso da internet como estratégia para educação em saúde, a qual vem encontrando barreiras na adesão do paciente²⁰, porém sendo considerada uma promissora ferramenta para o futuro.²¹

Para educação em insuficiência cardíaca e sua descompensação, que baseia um importante propósito da educação em saúde, as enfermeiras a identificaram como um grande desafio. Entretanto, o tratamento foi priorizado por 75% dos enfermeiros(as), logo seguido da prevenção e do envolvimento da família no tratamento.

A IC é uma doença de difícil prevenção, pois agrega várias doenças e fatores de risco, exigindo um conjunto de ações e estratégias para sua prevenção. Além disso, na forma assintomática²², existe grande risco pela presença de fatores de risco como diabetes, hipertensão, tabagismo e doença coronariana. No Brasil, as dificuldades são semelhantes,

entretanto o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), considerando-se tanto as medidas mais antigas quanto as mais recentes, determina o desafio, visto que as DCNT foram responsáveis por 71,0% de todas as mortes no país em 2011.²³

Desse modo, em se tratando das doenças cardiovasculares, que pertencem ao grupo de DCNT, a prevenção ou promoção da saúde, a baixa educação e a baixa adesão, principalmente ao tratamento farmacológico, apontado pelos enfermeiros nos pacientes com IC, têm impacto na evolução da doença.²⁴⁻²⁵

Estudos brasileiros concordam com este resultado, principalmente em relação ao aspecto da baixa adesão ao tratamento farmacológico, por ser uma importante causa de re-hospitalização.²⁶⁻²⁸ Portanto, no acompanhamento ao paciente com IC permanece a necessidade de intervenções capazes de serem efetivas para melhorar a adesão, bem como o autocuidado. Devido à alta prevalência da doença em adultos acima de 65 anos, muitas vezes torna-se necessária a presença de um cuidador, para maior eficácia³, além do envolvimento da família.

Quanto ao autocuidado para indivíduos com IC ou com risco de desenvolvê-la, é uma ação essencial em educação em saúde. A efetividade do autocuidado, desenvolvido ao longo do tratamento de IC pode ser mensurado²⁹, para que ações sejam aperfeiçoadas. Importante ressaltar que a presença de outras doenças influencia no autocuidado. Conforme Hwang et al.²⁹, os quais identificaram em 612 pacientes com IC, que o tratamento da depressão e da ansiedade melhoraram a adesão ao autocuidado.

De fato, é abrangente a gestão de cuidado de uma doença crônica. Os protocolos canadenses reúnem informações sobre os elementos fundamentais dessa gestão: recursos e políticas para a comunidade, organização do serviço de saúde, apoio para o autocuidado, equipe multidisciplinar e sistema integrado de informações³, possibilitando um planejamento amplo.

No Brasil, não há protocolos específicos evidentes em literatura de assistência para IC em diferentes níveis de atenção à saúde, com aplicação em todo território nacional. Atualmente, há serviços públicos especializados em nível secundário, referenciados a universidades, como: Clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS), Clínica de Insuficiência Cardíaca do Instituto do Coração (USP), Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), nos quais o papel do enfermeiro e suas intervenções, como membro de uma equipe multidisciplinar, vêm buscando como resultado, principalmente, a melhora na qualidade de vida do indivíduo, proposta pela diretriz brasileira.⁴

Na atenção primária, ainda não há estudos que deem visibilidade da atuação do enfermeiro aos indivíduos com diagnóstico de IC com a equipe multidisciplinar, pois aqui

a atuação está focada nos fatores de risco, obviamente importantes como causalidade para o seu desenvolvimento. No entanto, há fragilidade no estreitamento dos diferentes níveis, capaz de acompanhar o indivíduo em suas demandas.

A linha de observação do atendimento em diferentes níveis, desenvolvida no Canadá, destaca a gestão do processo, no qual o indivíduo é encaminhado aos centros especializados, acompanhado durante o período de internação e da continuidade de tratamento em seu retorno para casa.

Atualmente o mundo está diante de uma doença crônica que vai se tornando cada vez mais limitadora da qualidade de vida³⁰, que passa a exigir e incorporar mais cuidados paliativos ao paciente.³¹ E se torna vital, que pesquisas sejam desenvolvidas e implementadas para sobretudo melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A amostra é pequena quando comparada ao número de enfermeiros(as) no Sistema de Saúde Canadense, pois para alguns enfermeiros(as), a justificativa para participação necessitaria da aprovação do Comitê de Ética das respectivas instituições. Tal exigência tornou-se inviável devido ao tempo destinado à pesquisa.

Contudo, a implementação de protocolos específicos possibilitam inferir que da forma como estão implementados, que pacientes portadores de IC possam estar recebendo um tratamento de qualidade e semelhante nas demais províncias do Canadá.

CONCLUSÃO

A interação interpessoal e profissional com enfermeiras em Ontario possibilitou a observação do cuidado e a revisão dos protocolos. Tal oportunidade, a qual envolveu profissionais e indivíduos canadenses em diferentes níveis de atendimento, contribuiu para identificar em sua implementação, ações básicas e desafios para insuficiência cardíaca.

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida pelo Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior (PSDE).

À Pró-reitoria de Pesquisa e Inovação (PROPPi) da Universidade Federal Fluminense pelo apoio institucional.

À Prof. Dra Mina Singh pela oportunidade de estudo na York University.

Pelo apoio dos profissionais envolvidos do *Sadlon Center for Health and Wellness at Georgian College, Sunnybrook Health Sciences Centre, Soldier's Memorial Hospital e St Michael's Hospital*.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Vinculação Acadêmica

Este artigo representa parte do período sanduíche do Doutorado de Dayse Mary da Silva Correia em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense.

REFERÊNCIAS

1. Andrade JP, Mattos LAP, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(3):203-11. [acesso em 2015 ago. 1]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n3/v100n3a01.pdf>
2. Rossi Neto JM. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca do Brasil e do mundo. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2004;14(1):1-10
3. Cardiac Care Network of Ontario. [Internet]. Strategy for community management of heart failure in Ontario. 2014. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: http://www.ccn.on.ca/ccn_public/uploadfiles/files/Strategy_for_Community_Mgmt_in_HF_in_ON.pdf
4. Ammar KA, Jacobsen SJ, Mahoney DW, Kors JA, Redfield MM, Burnett JC Jr, et al. Prevalence and prognostic significance of heart failure stages: application of the American College of Cardiology/American Heart Association heart failure staging criteria in the community. *Circulation*. 2007;115(12):1563-70. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/115/12/1563.full.pdf+html>
5. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz As, Albuquerque D, Rodrigues D, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica-2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1 supl. 1):1-33. [acesso em 2015 ago. 1]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cr%C3%B4nica.pdf>
6. Rideout E, Montemuro M. Hope, morale and adaptation in patients with chronic heart failure. *J Adv Nurs*. 1986;11(4):429-38. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01270.x/abstract>
7. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011;20(4):867-74. [acesso em 2015 ago. 1]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29723/31600>
8. Thompson TL, Dykeman M. Nurse practitioners in Canadian heart failure clinics: evidence to support their presence on healthcare teams. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2007;20(2):80-93. [acesso em 2015 Dez]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17619598>
9. Rich MW. Multidisciplinary heart failure clinics: are they effective in Canada? *CMAJ*. 2005;173(1):53-4. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1167813/pdf/20050705s00028p53.pdf>
10. Bekelman DB, Plomondon ME, Carey EP, Sullivan MD, Nelson KM, Hattler B, et al. Primary results of the patients-centered disease management (PCDM) for heart failure study: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):725-32. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718720/pdf/1471-2261-13-49.pdf>
11. Kinugasa Y, Kato M, Sugihara S, Yanagihara K, Yamada K, Hirai M, et al. Multidisciplinary intensive education in the hospital improves outcomes for hospitalized heart failure patients in a Japanese rural setting. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:351. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/351>
12. Bdeir B, Conboy T, Mukhtar A, Omer H, Odeh R, Farah I, et al. Impact of a nurse-led heart failure program on all-cause mortality. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(2):E7-14. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://journals.lww.com/jcnjournal/pages/results.aspx?txtkeywords=12.%09Bdeir+B%2c+Conboy+T%2c+Mukhtar+A%2c+Omer+H%2c+Odeh+R%2c+Farah+I%2c+et+al.+Impact+of+a+nurse-led+heart+failure+program+on+all-cause+mortality>

13. Masterson Creber R, Patey M, Dickson VV, DeCesaris M, Riegel B. Motivacional interviewing tailored interventions for heart failure (MITI-HF): study design and methods. *Contemp Clin Trials*. 2015;41:62-8. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25559913>
14. Frattini E, Lindsay P, Kerr E, Park YJ. Learning needs of congestive heart failure patients. *Prog Cardiovasc Nurs*. 1998;13(2):11-6. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=14.%09Frattini+E%2C+Lindsay+P%2C+Kerr+E%2C+Park+YJ,+Learning+needs+of+congestive+heart+failure+patients>
15. Chan AD, Reid GJ, Farvolden P, Deane ML, Bisailon S. Learning needs of patients with congestive heart failure. *Can J Cardiol*. 2003;19(4):413-7. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22978802>
16. Fredericks S, Beanlands H, Spalding K, Da Silva M. Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nur*. 2010;9(1):30-7. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://cnu.sagepub.com/content/9/1/30.abstract>
17. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial ao cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):312-8. [acesso em 2015 ago. 1]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
18. Schmidt S, Schuchert A, Krieg T, Oeff M. Home telemonitoring in patients with chronic heart failure: a chance to improve patient care? *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(8):131-8. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=67896>
19. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ*. 2005;331(7514):425. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188105/pdf/bmj33100425.pdf>
20. Urowitz S, Wiljer D, Dupak K, Kuehner Z, Leonard K, Lovrics E, et al. Improving diabetes management with a patient portal: a qualitative study of diabetes self-management portal. *J Med Internet Res*. 2012;14(6):e158. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.jmir.org/2012/6/e158>
21. Wangberg SC, Bergmo TS, Johnsen JA. Adherence in Internet-based interventions. *Patient Prefer Adherence*. 2008;2:57-65. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770402/pdf/ppa-2-57.pdf>
22. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. *Am Heart J*. 1991;121(4 Pt 1):1244-63. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: [http://www.ahjonline.com/article/0002-8703\(91\)90694-D/pdf](http://www.ahjonline.com/article/0002-8703(91)90694-D/pdf)
23. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: http://www.sbh.org.br/pdf/lancet_collection.pdf
24. Tra J, Engel J, van der Wulp I, de Bruijne MC, Wagner C. Monitoring guideline adherence in the management of acute coronary syndrome in hospitals: design of a multicentre study. *Neth Heart J*. 2014;22(7-8):346-53. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4099437/pdf/12471_2014_Article_574.pdf
25. Murphy GK, McAlister FA, Eurich DT. Cardiovascular medication utilization and adherence among heart failure patients in rural and urban areas: a retrospective cohort study. *Can J Cardiol*. 2015;31(3):341-7. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(14\)01613-4/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(14)01613-4/pdf)
26. Barreto AC, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(5):335-41. [acesso em 2015 ago. 1]. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2008/9105/pdf/9105009.pdf>
27. Montovani VM, Ruschel KB, Souza EN, Mussi C, Rabelo-Silva, ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(1):41-7. [acesso 2015 ago. 1]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0041.pdf>
28. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm (Online)*. 2010;31(2):225-31. [acesso em 2015 ago. 1]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n2/04.pdf>
29. Hwang B, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychol*. 2014;33(7):588-96. [acesso em 2015 Aug 1]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090087/pdf/nihms597646.pdf>
30. Santos AS, Espírito Santo FA. Qualidade de vida de idosos com insuficiência cardíaca. *Rev Pesq Cuid Fund*. 2010; 2(Suppl): 568-571. [acesso em 2016 May 10]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1027/pdf_241
31. Mesquita ET, Queluci GC, orgs. *Abordagem multidisciplinar ao paciente com insuficiência cardíaca*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2013.

Recebido em: 18/06/2016
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 22/06/2016
Publicado em: 01/10/2016

Endereço para correspondência:
R. Miguel de Frias, 9 - Icaraí, Niterói - RJ