

# **Conhecimento e adesão ao tratamento de insuficiência cardíaca: análise de pacientes em hospital de ensino**

Janaína Silva da Costa<sup>1</sup>

Andrezza Ozela de Vilhena<sup>2</sup>

Camila da Costa Nahum<sup>3</sup>

Jéssica Cardoso Cascais<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em saúde cardiovascular e Unidade de Terapia Intensiva, Universidade Estadual do Pará (UEPA). Belém, Pará. Email: janahhsilva@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual do Pará (UEPA). Belém, Pará. Email: aozelav@oi.com.br

<sup>3</sup>Enfermeira. Pós-graduada em Atenção à saúde cardiovascular pela Universidade Estadual do Pará (UEPA). Belém, Pará. Email: camila-nahum@hotmail.com

<sup>4</sup>Enfermeira. Especialista em urgência e emergência e em saúde cardiovascular, Universidade Estadual do Pará (UEPA). Belém, Pará. Email: enfajessica@gmail.com

## **RESUMO**

Objetivou-se identificar a relação entre o conhecimento sobre a doença e a adesão ao tratamento, a partir da caracterização sociodemográfica e clínica além da avaliação do autoconhecimento acerca da doença e nível de adesão. É um estudo do tipo relato de experiência sendo utilizada a pesquisa quantitativa de natureza exploratória e descritiva. Do total dos 14 pacientes, a maioria do sexo masculino, com faixa etária de adultos jovens, com baixa renda e baixo nível de escolaridade, casados. O nível de conhecimento sobre IC foi regular, os não aderentes apresentaram maior quantidade de acertos e apenas uma questão sobre conhecimento da doença apresentou associação significativa com a adesão terapêutica. Pode-se concluir que é preciso estabelecer mecanismos que possam subsidiar programas que estimulem a promoção e prevenção de IC, além de incorporar à população o autocuidado e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Adesão à medicação; Conhecimento; Insuficiência Cardíaca.

## **Introdução**

Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica originada de outras doenças diversas, que pode comprometer o bem estar, limita as atividades diárias e compromete a qualidade de vida do paciente portador. É conhecida como uma síndrome clínica complexa e multifatorial, caracterizada pelo prejuízo da ejeção ou enchimento do ventrículo esquerdo. Isso pode ocorrer tanto em função de anormalidades estruturais como funcionais<sup>(1)</sup>.

Estima-se que, no mundo, aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras de IC e 2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano <sup>(2)</sup>.

Considerada, atualmente, um desafio para a equipe de saúde, a IC é uma das principais causas de hospitalização no cenário mundial<sup>(3)</sup>. Os gastos na saúde pública são estimados

em torno de 232 milhões de reais anuais para o tratamento da doença e de suas complicações<sup>(4)</sup>.

O desconhecimento das medidas não farmacológicas, a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso e a incapacidade dos pacientes para identificar os sinais e sintomas preditivos de descompensação da doença são alguns fatores que influenciam nos índices de hospitalizações<sup>(5)</sup>.

A falta de conhecimento dos pacientes contribui para piora da qualidade de vida, isolamento social, aumento das comorbidades, falta de autocuidado, desconhecimento de sinais e sintomas, e falta de adesão ao tratamento<sup>(6)</sup>.

Contudo, é válido mencionar que para ocorrer a adesão ao tratamento é necessário levar em conta vários fatores. Alguns estudos ressaltam o nível socioeconômico do paciente e/ou cuidador, presença ou ausência de déficits motores e cognitivos, conhecimento a respeito da doença e boa relação médico-paciente<sup>(7,8)</sup>.

Diante dos dados quanto aos elevados gastos e ao elevado índice de reinternação por agravamento do quadro clínico, é importante discutir sobre o perfil desse paciente e analisar a adesão ao tratamento, uma vez que o tratamento em si é fundamental para o estabelecimento de segurança e estabilidade clínica. Perante tal contexto, o objetivo desse estudo foi identificar a relação entre o conhecimento acerca da patologia e o nível de adesão ao tratamento de pacientes internados por Insuficiência Cardíaca descompensada.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência sendo utilizada a pesquisa quantitativa de natureza exploratória e descritiva, realizada no município de Belém em um hospital de referência em cardiologia, com um grupo de pacientes internados com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada entre abril e novembro de 2015. O grupo foi selecionado conforme a demanda de internações como critério de inclusão: além do diagnóstico de Insuficiência Cardíaca no prontuário, possuir idade igual ou superior a 18 anos e concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos indivíduos com sequelas neurológicas e cognitivas que prejudiquem o entendimento do instrumento. Com base nestes critérios, obtiveram-se quatorze sujeitos.

Para obtenção dos dados foram utilizados três instrumentos: um formulário contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, religião, escolaridade, situação de trabalho) e clínicas (com relação ao diagnóstico, doenças associadas, medicamentos associados, dados ecocardiográficos, antecedentes familiares, história de internação, comorbidades); um questionário de variáveis qualitativas para avaliar o conhecimento do

paciente quanto a adesão e tratamento através de dez questões, com respostas: certo, errado e não sabe, sendo consideradas corretas apenas as questões com respostas certas e como erradas as questões com respostas erradas e não sabe.

Foi utilizado também o Teste de Morisky e Green (TMG), composta por quatro perguntas para avaliar a adesão ou não adesão frente à tomada de remédios. O TMG é um dos mais estudados e utilizados em pesquisa para avaliação do comportamento de adesão, é considerado aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos<sup>(9)</sup>.

O primeiro instrumento foi utilizado para traçar e identificar o perfil dos pesquisados, os dados foram digitados no Microsoft Office Excel 2010 sendo gerados tabelas e relatórios. A análise das variáveis consistiu na análise descritiva das características quantitativas: média (M), desvio padrão (DP), e número de casos (N). Para verificar a relação entre adesão ao tratamento e o conhecimento sobre IC foi realizado o teste de Fisher. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de protocolo com parecer 1.007.662 e todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466/12.

## **Resultados**

O grupo estudado foi composto por 14 pacientes, sendo 11 (78,57%) do sexo masculino e 3 (21,43%) do sexo feminino. Idade variou entre 33 a 71 anos sendo que 10 (71,43%) da população estudada se encontravam na faixa de 30 a 60 anos e apenas 4 (28,57%) acima de 60 anos. Quanto à escolaridade, 9 (64,28%) tinham o ensino fundamental, 3 (21,43%) tinham o ensino médio e 2 (14,29%) tinham o nível superior completo. Com relação a situação de trabalho 8 (57,14%) estavam recebendo licença ou benefício e aposentados, 3 (28,57%) trabalhavam atualmente e 2 (14,29%) desempregados. Constatou-se que 8 (57,13%) é casada, 2 (14,29%) divorciados, 2 (14,29%) viúvos e 2 (14,29%) solteiros.

A Tabela 1 apresenta as doenças que as doenças que os pacientes possuem associadas. As doenças que mais acometem os participantes da pesquisa foram: hipertensão arterial sistêmica (64,29%), miocardiopatia (50%) e diabetes mellitus (21,43%). Em seguida menos frequentes: valvulopatias, arritmias cardíacas e insuficiência renal crônica. Com menos frequência, nessa população encontramos hepatopatia, hipotireoidismo e hipertensão pulmonar.

**Tabela 1.** - Rank e Percentual de Doenças Associadas dos Pacientes.

<u>Doenças</u>	<u>Quantidade</u>	<u>%</u>
----------------	-------------------	----------

Hipertensão Arterial Sistêmica	9	64,29
Miocardiopatia	7	50,00
Diabetes Mellitus	3	21,43
Valvulopatia	2	14,29
Arritmia	2	14,29
IRC	2	14,29
Hepatopatia	1	7,14
Hipotireoidismo	1	7,14
Hipertensão Pulmonar	1	7,14

Na tabela 2. constam medicações prescritas que os participantes faziam uso no domicílio antes da internação, sendo que os principais medicamentos eram: diuréticos (100%), betabloqueadores (85,71%) e digitálicos (78,57%).

**Tabela 2.** - Rank e Percentual de Medições em uso em Domicílio dos Pacientes.

Medicações	Quantidade	%
Diurético	14	100,00
Beta Bloqueador	12	85,71
Digitálico	11	78,57
Hipotensor	6	42,86
Antiagregante Plaquetário	6	42,86
IECA	4	28,57
Antilipêmico	2	14,29
Medicamentos para Diabetes	1	7,14
Outros	1	7,14

Os hábitos de vida dos pacientes estão apresentados na Tabela 3, a maioria deixou de fumar (64,29%) e ingerir álcool (64,29%), ambos considerados aspectos positivos no tratamento por fazerem parte da categoria Mudança de Estilo de Vida. Contudo com relação a prática de atividade física 9 pacientes (64,29%) afirmaram que já praticaram mas que atualmente não o fazem mais.

**Tabela 3.** – Relação dos hábitos de vida dos pacientes

Hábitos de vida	Quantidade	%
<b>Tabagismo</b>		
Ex-Tabagista	9	64,29
Nunca fumou	5	35,71
<b>Etilismo</b>		
Ex-etilista	9	64,29
Nunca bebeu	4	28,57
Etilista social	1	7,14
<b>Atividade Física</b>		
Não pratica atualmente	9	64,29
Nunca praticou	5	35,71

Dentre os 14 pacientes citados, 11 (78,57%) já foi internada mais de uma vez, importante mencionar que todos os pesquisados já realizavam tratamento prévio para tal problema.

Após analisados o questionário de autoconhecimento sobre IC e avaliado o score de adesão através da Escala de Morisky, houve a separação de dois grupos: aderentes e não aderentes, e assim analisado nível de conhecimento de ambos separadamente, como pode ser visto na tabela 4.

**Tabela 4** - Quantidade e Percentual de Pacientes, por Autoconhecimento sobre a Doença e Avaliação da Adesão.

Autoconhecimento	Avaliação da Adesão				P-valor
	Aderência (n=7)		Não Aderência (n=7)		
	n	%	N	%	
A IC é a dificuldade do coração em ejetar sangue para os tecidos	6	85,7	6	85,7	1,000
A IC não tem cura	1	14,2	3	42,8	0,559
A IC é a fase final da maioria das doenças relacionadas ao coração	0	0,00	2	28,5	0,462
Sintomas como cansaço aos esforços e dificuldades para respirar estão relacionadas à doença	4	57,1	4	57,1	1,000
A dieta pode ser um fator de piora da doença	3	42,8	7	100,0	0,007
A ingesta de sal e hídrica em excesso podem agravar os sintomas e piora da condição clínica	6	85,7	5	71,4	1,000
Para tratamento da IC basta apenas tomar as medicações recomendadas pelo médico	4	57,1	5	71,4	1,000
São permitidas atividades físicas conforme a necessidade individual do portador e mediante avaliação médica	3	42,8	2	28,5	1,000
A IC não prejudica apenas o coração	6	85,7	5	71,4	1,000
O tratamento é para a vida toda	4	57,1	7	100,0	0,192

A média de acertos e erros sobre o conhecimento da doença para os pacientes de não aderência com média maior de acertos de cinco questões, já os pacientes de aderência três questões, sendo que as outras duas questões tiveram a margem de acertos iguais.

Em apenas três questões, o percentual das respostas verdadeiras foi inferior a 50%, [A IC não tem cura], [A IC é a fase final da maioria das doenças relacionadas ao coração] e [São permitidas atividades físicas conforme a necessidade individual do portador e mediante avaliação médica].

Pode-se verificar que somente uma questão sobre autoconhecimento da doença - [A dieta pode ser um fator de piora da doença] - apresentou associação significativa com a adesão ao tratamento.

## Discussão

O perfil da população estudada foi o mesmo encontrado em outros estudos<sup>(10,11,12)</sup>.

A prevalência do sexo masculino corresponde ao esperado uma vez que a população masculina está relacionada aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, classificada como fator não modificável<sup>(13)</sup>.

Contudo pode-se dizer que de um modo geral homens e mulheres se possuem algum fator de risco ou ainda outra doença a nível cardiovascular estão propensos a IC futuramente, e a partir desse diagnóstico pode haver para ambos os sexos dificuldades ou não em seguir o tratamento, pois se trata de um indivíduo que tem um papel a exercer na sociedade. O enfrentamento e seguimento com o tratamento vão variar conforme as características individuais e sociais do paciente.

A idade elevada também é considerada um fator não modificável, porém encontraram-se estudos que já apontam adultos jovens portadores da doença<sup>(12)</sup>, faixa ainda considerada ativa e compatível ao presente estudo. Vale mencionar que com o diagnóstico de IC pacientes considerados ativos deixam de desempenhar certas atividades e, para alguns, isso pode contribuir negativamente na adaptação da doença.

Baixo grau de escolaridade e baixa renda familiar são características que podem contribuir tanto para o desenvolvimento da IC como para agravamento e reinternações frequentes, já que estão diretamente ligadas ao nível de conhecimento e conseqüentemente ao autocuidado e até mesmo manter a nível financeiro dos recursos necessário para o tratamento.

Fatores como a baixa escolaridade tem uma tendência negativa para o conhecimento e qualidade de vida do indivíduo portador de IC, pois interfere na leitura de receitas médicas, bulas e fracionamentos de medicamentos quando necessários<sup>(11)</sup>.

A renda pode influenciar mais fortemente no acesso aos serviços do que a escolaridade<sup>(14)</sup>. Pode-se dizer, portanto que quanto menor a renda maior será a dificuldade em manter o tratamento. Nos estudos do mesmo observou-se que a renda influenciou o uso de medicamentos de forma mais importante do que a escolaridade.

Apoio familiar não só notável pela resposta encontrada no questionário socioeconômico, mas também durante relatos e a presença do acompanhante durante a internação é considerado positivo na recuperação e tratamento desse paciente. O mesmo pode-se dizer com relação à questão religiosa.

A relação adesão e família estão intimamente ligadas. Esse resultado foi encontrado em uma das pesquisas<sup>(15)</sup>, após a entrevista feita com grupo de pacientes identificou-se que independentemente do apoio ou não a família possui papel importante na terapêutica anti-hipertensiva por incentivar a adoção de práticas de autocuidado, como a realização de exercícios físicos e uso de alimentação apropriada, e por acompanhar seu itinerário terapêutico. Dessa forma considerada como agente facilitador da adesão ao tratamento.

Por essa razão é importante que a equipe possa identificar não só sintomas de agravo clínico, mas as condições sociais, dentre elas a família para que assim seja possível estabelecer estratégias de intervenção e inserir a família dentro de papel de cuidador, se sentir responsável pelas atividades do paciente relacionados a terapêutica do tratamento.

Achados esses semelhantes a outro estudo no qual os índices de hipertensão arterial e diabetes mellitus 62,5% e 37,5% da amostra, respectivamente<sup>(10)</sup>.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças dentre essas a insuficiência cardíaca<sup>(13)</sup>.

As medicações prescritas aos pacientes nesse estudo são segundo a última diretriz sobre IC, as mais indicadas otimizando o tratamento e sobrevida do portador<sup>(13)</sup>.

No entanto foi observado que a maioria dos pacientes não sabia informar todas as medicações nem ao menos dosagem, apresentando à pesquisadora a prescrição médica quando questionados sobre os medicamentos, ou ainda quando presente, o familiar que o acompanhava fornecia informações a respeito. O mesmo foi identificado em outro estudo<sup>(12)</sup>.

Resultados favoráveis foram encontrados com relação ao etilismo e tabagismo. Cerca de 50% das mortes evitáveis entre indivíduos fumantes poderiam ser evitadas se esse vício fosse abolido, sendo a maioria por doenças cardiovasculares<sup>(13)</sup>. É essencial prevenir o tabagismo para tanto a presença de uma equipe multidisciplinar e intersetorial de forma contínua e simultânea.

Da mesma forma é válido para o consumo de álcool. Em grandes quantidades o álcool tem efeitos maléficos no sistema cardiovascular, pois ele reduz a contratilidade do miocárdio e causa arritmias. Por essa razão seu uso deve ser desencorajado pela equipe<sup>(16)</sup>.

Em geral durante a internação nesta instituição a equipe multiprofissional adverte qualquer tipo de esforço físico dos pacientes com IC, devido à instabilidade do quadro clínico. No momento da alta essas informações são dadas apenas pelo médico e ainda assim de modo generalizado, sem se focar as condições daquele indivíduo. Ou seja, falta um direcionamento da equipe nas orientações para o pós-internação por descompensação da IC conforme a realidade do paciente.

Os estudos mais recentes<sup>(13)</sup> apontam os benefícios de uma reabilitação ou atividade física programada na melhora a qualidade de vida, capacidade para exercício, contudo os resultados para sobrevida e hospitalizações são conflitantes.

A adesão ao tratamento tanto farmacológico quanto não farmacológico para IC são essenciais para evitar as crises e consequentes internações e reinternações. Nos prontuários dos pacientes constam a descompensação por IC, mas sem maiores informações quanto a adesão medicamentosa e mudança de hábitos quanto a dieta e

ingesta hídrica, o que inviabiliza em parte o atendimento pela equipe e traz questionamentos quanto a necessidade de enfatizar a educação em saúde. É essencial o preenchimento de informações como essa no prontuário, para que assim a equipe atenda conforme a necessidade do paciente e reforce informações a respeito da importância da adesão e mudança de hábitos<sup>(10,17,18)</sup>.

Houve certa dificuldade na abordagem aos grupos, pois nenhum dos pacientes conhece o nome da patologia, então ao questioná-lo sobre ser portador de Insuficiência Cardíaca eles negavam. Mas referiam outros nomes tais como: "coração grande" ou "coração fraco", ou ainda "problema sério do coração". Vale informar que todos já tinham esse histórico há meses até anos. Dificuldade essa não diferente do que o encontrado na literatura<sup>(12)</sup>.

Outro ponto observado foi o fato de que os pacientes que conhecem um pouco mais da doença são aqueles que segundo a Escala de Morisky têm menor adesão ao tratamento, no entanto fatores como a condição socioeconômica foram mencionados durante a aplicação do questionário.

Por outro lado aqueles que aderiam ao tratamento pouco conhecem a doença, principalmente com relação à restrição hídrica, pois no geral os mesmos só atribuem o sal como maléfico ao coração.

As reinternações como grande maioria bem como baixa adesão do paciente em contraste com satisfatório nível de conhecimento sobre a doença nos leva a deduzir que há um importante déficit no autocuidado desses pacientes.

O autocuidado é definido como "processo de tomada de decisão naturalista, envolvendo a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado)"<sup>(19)</sup>.

Para garantir o autocuidado na IC é preciso a adoção de medidas saudáveis com relação à dieta, especialmente restrição de sal e líquidos, abandono do tabagismo e do etilismo, prática de exercício físico regular e controle do estresse. Contudo foi observado em uma das pesquisas<sup>(20)</sup> que vários aspectos clínicos, físicos, psicológicos, situacionais e sociais podem afetar o manejo do autocuidado, exigindo do indivíduo alterações no seu comportamento para lidar com a doença e o tratamento.

Portanto para reduzir internações e agravos é necessária uma terapêutica que possa abranger o conhecimento da doença e dos medicamentos, assim como o tratamento não farmacológico. Para tal deve-se definir e estabelecer estratégias de acordo com as peculiaridades de cada paciente, nesse contexto se incorpora o enfermeiro.



O enfermeiro pode ter subsídios para um para um entendimento melhor da complexidade dos indivíduos com IC descompensada e permitir que ações de incentivo à educação para o autocuidado sejam desenvolvidas<sup>(19)</sup>.

### **Limitação**

Após o início da coleta de dados observou-se uma mudança no perfil dos pacientes atendidos na instituição. O índice de pacientes infartados ou ainda pacientes graves que não sejam do perfil da instituição, ou seja, sem acometimento a nível cardiológico, renal ou mental tem superlotado o serviço de urgência. Por essa razão pacientes acometido por IC descompensada em condições de serem estabilizados em 24h ou menos tempo não eram mais internados. Caso houvesse algum paciente com quadro clínico mais acometido este seria transferido para outra instituição. Portanto no momento das buscas nas clínicas era bem mais remoto encontrar algum paciente portador de IC.

### **Conclusão**

Apesar das dificuldades quanto a captação de participantes, com esse estudo foi possível identificar o perfil dos pacientes portadores de IC que dão entrada na instituição pesquisada referência em cardiologia. Observou-se que os dados encontrados nesse estudo coincidem em grande parte com o cenário nacional de acordo com o que foi exposto da literatura, ou seja, as reinternações por descompensação da IC é um motivo de preocupação e conseqüentemente um problema de saúde pública.

Necessita-se da união e articulação de todos os integrantes da equipe na elaboração de mecanismos que possam subsidiar programas na promoção e prevenção de IC, não só aos portadores, mas aqueles que possuem fatores de risco, minimizando riscos e outros agravos, além de incorporar à população o autocuidado e qualidade de vida. Também é importante que os profissionais reconheçam a rede de saúde e direcionem o paciente ao acompanhamento contínuo a outros níveis da atenção.

### **REFERÊNCIAS**

1. Braunwald E, editores. Braunwald: Tratado de Medicina Cardiovascular. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
2. Gauri EN, Klein CH, Oliveira G. Mortalidade por insuficiência cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2010. [acesso em: 02 jan 2016];94(1):55-61. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/PDFS/2010/9401/9401010.PDF>

3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, *et al.* Heart disease and stroke statistics - 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2013. [acesso em: 03 jan 2016].127(1):e6-e245. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/127/1/e6.full.pdf+html>
4. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saude (BR) [acesso em: 09 dez 2015]. Informações de Saúde (TABNET). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
5. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(1):18-24.
6. Jeon Y, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualities studies. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010. [acesso em: 03 jan 2016].10:77. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-77>
7. Cooney D, Pascuzzi K. Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. *Clinics in Geriatric Medicine* [Internet]. 2009. [acesso em: 03 dez 2015]. 25(20):221-33. Disponível em: [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(09\)00006-8/fulltext](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(09)00006-8/fulltext)
8. Santa-helena ET, Nemes MIB, Eluf-neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2010. [acesso em: 23 dez 2015]. 26(12):2389-98. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0111/pdfs/IS31\(1\)014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0111/pdfs/IS31(1)014.pdf)
9. Ben AJ. Confiabilidade e análise de desempenho de dois questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire [dissertação]. [Porto Alegre]: Faculdade de Medicina/UFRS; 2011.108p.
10. Mantovani VM, Ruschel KB, Souza EM, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em: 22 dez 2015]; 28(1):41-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0041.pdf>
11. Lamarca FRRS. Convivendo com a Insuficiência cardíaca: uma análise do conhecimento como fator relevante para a qualidade de vida [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2015, 86p.
12. Freitas MTS, Püschel VAA. Insuficiência Cardíaca: expressão do conhecimento das pessoas sobre a doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(4):922-9.
13. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet]. 2013 [acesso em: 22 dez 2015]; 101(6Supl.2): 1-63. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz\\_Prevencao\\_Cardiovascular.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf)
14. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(4):815-826.
15. Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso em: 20 dez 2015];23(1): 38-46. Available from: <http://www.index-f.com/textocontexto/2014/23-038.php>
16. Sahade V, Montera VSP. Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista de nutrição* [Internet]. 2009 [acesso em: 20 dez 2015]; 22(3): 399-408. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732009000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000300010)

17. Aliti, GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2015 dez 15];32(3):590-5. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18582>
18. Reis MB, Dias MG, Bibanco MS, Lopes CT, Gea GN. Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca em um hospital de ensino. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2015 [cited 2015 dez 12];48(2): 138-42. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n2/AO2-Readmissao-hospitalar-por-insuficiencia-cardiaca-em-um-hospital-de-ensino.pdf>
19. Ferreira VMP, Silva LN, Furuya RK, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015; 49(3):388-394.
20. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self-care with chronic heart failure. Nature Reviews Cardiology [Internet].2011 [acesso em: 12 dez 2015];8(11):644-54. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/129/3/e293.full>

