

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES
PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: subsídios
para redução das readmissões hospitalares**

Érika Lívia Ribeiro Reis

BELO HORIZONTE
2011

Érika Livia Ribeiro Reis

**ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES
PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: subsídios
para redução das readmissões hospitalares**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular.

Orientadora: Prof. Dr.^a Selme Silqueira de Matos

BELO HORIZONTE
2011

*Aos meus pais, pelo
incentivo e carinho imensuráveis.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo maior presente, a vida.

À minha orientadora, Professora Dr^a Selme Silqueira de Matos, que tornou possível a realização deste trabalho.

Aos amigos e colegas que fiz durante este ano de curso, pela troca de experiência, pela paciência e pelo carinho.

RESUMO

Os pacientes com Insuficiência Cardíaca apresentam altos índices de re-internações, cerca de 30% dos pacientes que necessitaram ser hospitalizados para a compensação necessitam ser re-internados no primeiro ano de seguimento. Com isto, é necessária a atuação dos profissionais de saúde, sempre centradas na educação e capacitação do paciente e família para cuidá-lo no ambiente extra-hospitalar e o enfermeiro, incluso dentre esses profissionais, tem como competência a educação e capacitação destes pacientes. Diante disto, o objetivo desta revisão integrativa da literatura foi relatar quais as ações de enfermagem para a assistência de enfermagem aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para redução das readmissões hospitalares. O estudo teve como conclusão que as ações de Enfermagem são puramente educacionais e podem ser realizadas durante a internação, no momento da alta do paciente e no ambiente extra-hospitalar, sendo esta última a mais encontrada.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Insuficiência cardíaca. Readmissões hospitalares.

ABSTRACT

Patients with heart failure have high rates of re-admissions, about 30% of patients who needed to be hospitalized for compensation need to be re-admitted in the first year of follow up. With this, you need the performance of health professionals, always focused on education and train the patient and family to look after it in the environment outside the hospital and the nurse, included among these professionals, has the competence education and training of these patients. Hence, the purpose of this integrative literature review was to report what actions of nursing for the nursing care to patients with heart failure, contributing to reduction in hospital readmissions. The study was concluding that nursing actions are purely educational and can be performed during hospitalization, at discharge the patient and the environment outside hospitals, the latter being the most common finding.

Keywords: Nursing care. Heart failure. Hospital readmissions.

LISTA DE SIGLAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

HNV - Home Nurses Visit

IC - Insuficiência Cardíaca

NTM - Nurse Telemanagement

PBE - Prática Baseada em Evidências

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	12
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	13
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	16
4.1 Referencial teórico-metodológico.....	16
4.2 Métodos.....	17
4.3 População e amostra.....	17
4.4 Critérios de inclusão.....	19
4.5 Variáveis de estudo.....	19
4.6 Instrumento de coleta de dados.....	19
4.7 Análise de dados.....	20
5 RESULTADOS.....	21
5.1 Características dos autores das publicações que fizeram parte do estudo....	21
5.2 Características das publicações que fizeram parte do estudo.....	22
5.3 Ações de Enfermagem para assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para a redução das readmissões hospitalares.....	23
5.4 Discussão.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE A.....	35

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas devido à alta morbimortalidade. Uma destas doenças, a Insuficiência Cardíaca (IC), é causa de preocupação crescente em todo o mundo, frente a sua prevalência e incidência progressivas, além de sua repercussão socio-econômica. (MARTINS; CESARINO, 2005).

Insuficiência Cardíaca é uma síndrome clínica complexa, classicamente definida como falência do coração em propiciar suprimento adequado de sangue, em relação ao retorno venoso e às necessidades metabólicas tissulares, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento, tendo como consequência resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Na maioria das formas de IC, a inapropriada perfusão tecidual é conseqüente à redução do débito cardíaco (IC com baixo débito). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1999).

A primeira manifestação de comprometimento do débito cardíaco se dá durante o exercício. Com a progressão do quadro, há maior queda relativa do débito cardíaco durante esforço e, finalmente, redução do débito cardíaco em repouso. Há situações, entretanto, nas quais o débito cardíaco é normal ou mesmo aumentado, como em condições de pós-carga reduzida e/ou hipermetabolismo, mas inadequado à demanda metabólica dos tecidos, caracterizando a chamada IC com alto débito. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1999).

O mecanismo responsável pelos sintomas e sinais clínicos da IC pode ser a disfunção sistólica, a diastólica, ou ambas, de um ou dos dois ventrículos. A IC em adultos está geralmente relacionada à disfunção ventricular esquerda sistólica, mas cerca de 30% dos adultos com IC clínica tem disfunção diastólica isolada do ventrículo esquerdo, caracterizando a IC diastólica: manifestações clínicas de IC decorrentes de dificuldades no enchimento ventricular, com fração de ejeção ventricular normal. À medida que a função sistólica se deteriora, há declínio paralelo do enchimento ventricular rápido. A importância da disfunção diastólica deve ser considerada na avaliação dos sintomas e na esquematização terapêutica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1999).

A IC representa a principal causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos 65 anos de idade. De acordo com o DATASUS, banco de dados do Sistema Único de Saúde, ocorreram 340.000 admissões por IC no Brasil em 2004, responsáveis por 28% de

todas as hospitalizações por doenças cardiovasculares e 3% das causas totais (ARAÚJO *et al.*, 2005; LATADO *et al.*, 2006).

Ao lado da alta mortalidade, os pacientes com IC apresentam altos índices de re-internações, e, de modo geral, cerca de 30% dos pacientes que necessitaram ser hospitalizados para a compensação necessitam ser re-internados no primeiro ano de seguimento. Fato este, comprovado por um estudo realizado, entre vários outros, em um hospital do estado de São Paulo, no qual entre as doenças do aparelho circulatório, o diagnóstico mais freqüente de readmissões foi a IC. (ALVARENGA; MENDES, 2003; BARRETO *et al.*, 2008)

Os altos índices de readmissões foram verificados também em um estudo feito por Valera e Turrini (2008), que destacam a urgência em estabelecer intervenções para a sua prevenção, de modo a melhorar a qualidade da assistência. A atuação dos profissionais de saúde nesse sentido deve se iniciar durante a hospitalização para o preparo da alta e com acompanhamento domiciliar, se necessário, sempre centradas na educação e capacitação do paciente e seus familiares para o cuidado no ambiente extra-hospitalar.

O enfermeiro, incluso dentre esses profissionais, tem como competência a educação e capacitação destes pacientes.

O impacto e a interferência negativa da IC na vida das pessoas são notáveis, sendo assim, o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência de forma a atender, não somente às necessidades biológicas dos pacientes, mas também as necessidades psicossociais, levando-os a superar limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento. (SOARES *et al.*, 2008).

Durante a assistência de enfermagem aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, em uma instituição de grande porte de Belo Horizonte, presenciei um número considerável destes mesmos pacientes em readmissão hospitalar e, além disso, durante a reinternação, solicitações de informações diversas como: orientações sobre cuidados básicos, informações sobre a medicação prescrita para uso em domicílio, demonstrando insegurança em relação à doença e o que fazer em casos graves. Da mesma forma, neste cenário, observei que os familiares demonstravam a mesma insegurança. Por estes fatos, interessei-me pela temática.

Diante disto e do grande número de reinternações existem por IC, com o intuito de contribuir com os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, é importante ressaltar através de uma revisão integrativa da literatura, quais as ações de enfermagem que contribuem para redução das readmissões hospitalares de pacientes com Insuficiência Cardíaca.

Uma caracterização precisa das ações de enfermagem que diminuem efetivamente as readmissões hospitalares é essencial para a implantação de ações educativas e protocolos de intervenção que aperfeiçoem a aplicação dos recursos existentes.

Neste contexto, como o profissional de enfermagem tem o papel de atuar na educação e assistência aos pacientes, este trabalho se torna relevante no cenário da enfermagem, pois nos dá oportunidade de conhecer e atuar na prevenção de readmissões hospitalares por IC.

2. OBJETIVO

Identificar as ações de Enfermagem que contribuem para a redução das readmissões hospitalares de paciente com Insuficiência Cardíaca.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Existem três milhões de atendimentos ambulatoriais e de visitas do departamento de emergência, como enfatiza Burt e Schappert (2004), citado por Riegel (2009) e mais de um milhão de hospitalizações por IC nos Estados Unidos anualmente, segundo Koelling et al. (2005) também citado por Riegel (2009), o que contribui para os custos exorbitantes associados à IC. Já no Brasil, segundo dados do DATASUS, no ano de 2009, ocorreram 271.936 internações por IC. (BRASIL, 2010)

Foram realizadas cerca de 11,5 milhões de internações no ano de 2004, sendo as doenças do aparelho cardiovascular responsáveis por mais de 1,2 milhões destas. A insuficiência cardíaca foi a causa cardiovascular mais freqüente, determinando 339.770 hospitalizações. (RIEGEL *et al.* 2009).

A fim de evitar estes problemas às nações, um dos objetivos do tratamento da IC consiste em alcançar e manter a estabilidade clínica dos pacientes. Desta forma, a avaliação, o acompanhamento e a prevenção de fatores precipitantes de descompensação são importantes objetivos do cuidado e manejo destes pacientes. (STEWART; HOROWITZ, 2002; GHALI *et al.*, 1988; OPASICH *et al.*, 1996; PHILBIN; DI SALVO, 1993 *In* RABELO *et al.*, 2004).

Para o alcance do objetivo do cuidado, a adesão às orientações de um processo contínuo de educação para o tratamento correto depende do conhecimento e compreensão, por parte dos pacientes e de seus familiares. (JAARSMA *et al.*, 1999; LINNÉ; LIEDHOLM; ISRAELSSON; 1999; COLONNA; SORINO; D'AGOSTINO *et al.*, 2003 *In* RABELO *et al.*, 2004).

Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), como tratamento da IC existem medidas não-farmacológicas, farmacológicas e cirúrgicas, dependendo do estágio da síndrome.

Embora existam evidências de que medidas não farmacológicas tragam benefícios clínicos consistentes para portadores de IC, estas não estão totalmente incorporadas na prática clínica. (KRUMHOLZ *et al.*, 2002; e D'ALTO; PACILEO; CALABRÓ, 2003 *In* RABELO *et al.*, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

O conjunto de todas as ações que devem ser realizadas com o paciente são denominadas de auto-cuidado, que pode ser definido como um processo cognitivo ativo ao qual o paciente é submetido para manter ou manejar a doença e os quadros de descompensação é um processo complexo que requer habilidade e empenho por parte dos

pacientes e/ou de seus cuidadores, incluindo também enfermeiros que desempenham papel fundamental no processo de educação e acompanhamento dos pacientes. (STRÖMBERG, 2002; RIEGEL; CARLSON; GLASER, 2000 *In* RABELO *et al.*, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), o manuseio não farmacológico da IC deve envolver:

- Identificação da etiologia e remoção das causas subjacentes.
- Eliminação ou correção de fatores agravantes.
- Medidas não farmacológicas e aconselhamentos sobre a doença (auto-cuidado).
- Exercício físico.
- Vacinação para vírus da gripe.

Rabelo *et al.* (2004) citam o que os enfermeiros devem ensinar aos pacientes para melhorar a aderência ao tratamento. Entre estes ensinamentos estão: a educação sobre a doença, monitorização do peso e identificação dos sinais e sintomas de descompensação, educação para o uso de medicações, atividades físicas e repouso, dieta e atividades sociais. E dizem também que quando os pacientes ainda se encontram no ambiente hospitalar, é que se constitui em momento ideal para iniciar o processo de educação e treinamento destes e de seus cuidadores.

Em um estudo de Ashton *et al.* (1995) citado por Moreira (2010) os autores descobriram que as readmissões por IC foram estatisticamente mais prováveis quando os cuidados eram prestados abaixo do padrão esperado, respondendo por uma em cada cinco readmissões por IC.

O cuidado deve ser implantado de maneira eficaz para que este problema não ocorra e pode ser abordado durante a internação do paciente, durante a alta e na assistência pós-alta, ou seja, extra-hospitalar.

Uma estratégia alternativa, incluída na assistência extra-hospitalar para a promoção da auto-gestão da IC é o uso da monitorização residencial eletrônica, em que intervenções médico-gerência de enfermagem são prestados a indivíduos em uma certa distância do prestador de cuidados de saúde. Mas em um estudo de Schwars, *et al.* (2008) esta intervenção não reduziu as taxas de internação.

Outra estratégia extra-hospitalar é o Home Health Care com a assistência domiciliar ou internação domiciliar, como forma organizada de cuidado e talvez tenha começado no final

do século XIX, em Boston, onde um grupo de enfermeiras foi montado especificamente para desenvolver ações de saúde em domicílio. (TOVOLARES; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Nos Estados Unidos, existem cerca de 20.000 empresas de Home Health Care. No sistema norte-americano, a maioria dos atendimentos é composta exclusivamente por cuidados de enfermagem em pacientes de baixa complexidade, com pouca participação médica devido ao receio de processos judiciais. É um sistema financiado basicamente pelo Medicare e Medicaid, onde predominavam pacientes de indicação clínica questionável (geralmente social), com permanência muito longa. (TOVOLARES; FERNANDES; MEDINA, 2000).

A assistência domiciliar brasileira tem dois grupos distintos de empresas ou instituições. O primeiro grupo compõe-se de empresas que prestam serviços segmentares, por exemplo, só atendimento de enfermagem ou fisioterapia. O segundo engloba as empresas onde o atendimento é multiprofissional, tratando o doente de forma integral e holística. (TOVOLARES; FERNANDES; MEDINA, 2000).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Referencial teórico-metodológico

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado (MELNYK, 2003 *In* MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A realização da PBE se dá através da definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Com isto, encoraja a assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetivo (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

A evidência é caracterizada como alguma coisa que fornece provas para a tomada de decisão, abrange resultados de pesquisas, bem como consenso de especialistas reconhecidos (STETLER *et al.*, 1998 *In* GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Quanto à sua força, a evidência pode ser dividida em cinco níveis: nível 1, evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados, controlados, bem delineados; nível 2, evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado, controlado, de delineamento apropriado e tamanho adequado; nível 3, evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado; nível 4, evidência de estudos bem delineados não experimentais, realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas; nível 5, opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (MUIR, 1997 *In* GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002)

No movimento da PBE há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, dentre estes se destacam a revisão sistemática e a revisão integrativa (WHITMORE; GNALF, 2005 *In* MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2 Métodos

No presente estudo, optou-se por uma revisão integrativa da literatura, visto que ela tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, além de permitir a incorporação das evidências na prática clínica (ROMAM; FRIEDLANDER, 1998 *In* MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde, fato este, importante para a enfermagem, pois, um indicador de qualificação da assistência é a utilização de resultados de pesquisa e, por outro lado, a instituição de saúde também é beneficiada pela otimização dos recursos humanos e materiais.

4.3 População e amostra

A população deste estudo constituiu-se de buscas nas bases de dados SCIELO, MEDLINE E LILACS da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para definição da população nas bases de dados SCIELO, MEDLINE E LILACS foi utilizado o formulário básico.

As buscas foram realizadas conforme quadro abaixo, que inclui as estratégias das mesmas. Não foram excluídos da população os artigos repetidos nas bases de dados, uma vez que foram excluídos na amostra, posteriormente.

Não foram realizadas buscas reversas.

A amostra se constituiu de toda produção científica, encontrada nas bases de dados que atenderam aos critérios de inclusão definidos para realização do estudo.

FONTE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	POPULAÇÃO	AMOSTRA
LILACS	"INSUFICIENCIA cardiaca" [Descritor de assunto] and "ENFERMAGEM" or "assistencia de ENFERMAGEM" or "atendimento de ENFERMAGEM" or "cuidados basicos de ENFERMAGEM" or "cuidados de ENFERMAGEM" or "educacao em ENFERMAGEM" or "equipe de ENFERMAGEM" or "papel do profissional de ENFERMAGEM" or "plano de assistencia de ENFERMAGEM" or "plano de cuidados de ENFERMAGEM" [Descritor de assunto] or "READMISSAO" or "READMISSAO DO PACIENTE" or "READMISSAO HOSPITALAR" [Descritor de assunto]	40	01
MEDLINE (1997-2010)	"enfermagem" or "assistencia de enfermagem" or "cuidados basicos de enfermagem" or "cuidados de enfermagem" or "educacao em enfermagem" or "equipe de enfermagem" or "papel do profissional de enfermagem" or "plano de assistencia de enfermagem" or "plano de cuidados de enfermagem" or "servico hospitalar de enfermagem" [Descritor de assunto] and "insuficiencia cardiaca" or "insuficiencia cardiaca" or "insuficiencia cardiaca congestiva" [Descritor de assunto] and "readmissao do paciente" or "readmissao hospitalar" [Descritor de assunto]	23	-
MEDLINE	insuficiencia and cardiaca and enfermagem and readmissao	50	05
MEDLINE (1966-1996)	"enfermagem" or "assistencia de enfermagem" or "cuidados basicos de enfermagem" or "cuidados de enfermagem" or "educacao em enfermagem" or "equipe de enfermagem" or "papel do profissional de enfermagem" or "plano de assistencia de enfermagem" or "plano de cuidados de enfermagem" or "servico hospitalar de enfermagem" [Descritor de assunto] and "insuficiencia cardiaca" or "insuficiencia cardiaca" or "insuficiencia cardiaca congestiva" [Descritor de assunto] and "readmissao do paciente" or "readmissao hospitalar" [Descritor de assunto]	01	01
SCIELO	INSUFICIENCIA CARDIACA [Palavras Chave] and ENFERMAGEM or ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM or EDUCACAO EM ENFERMAGEM or CUIDADOS DE ENFERMAGEM [Palavras Chave] or READMISSAO or READMISSAO DO PACIENTE or READMISSAO HOSPITALAR or REINTERNACOES [Palavras Chave]	15	-
	INSUFICIENCIA CARDIACA [Palavras Chave] and ENFERMAGEM or ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM or EDUCACAO EM ENFERMAGEM or CUIDADOS DE ENFERMAGEM [Palavras Chave]	04	01
	INSUFICIENCIA CARDIACA [Todos os índices] and ENFERMAGEM or ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM or EDUCACAO EM ENFERMAGEM or CUIDADOS DE ENFERMAGEM [Todos os índices] or READMISSAO or READMISSAO DO PACIENTE or READMISSAO HOSPITALAR or REINTERNACOES [Todos os índices]	33	-
TOTAL		165	08

QUADRO 1 – Estratégia de busca, população e amostra

4.4 Critérios de inclusão

Foram encontradas um total de 165 referências e destas foram incluídas na amostra 08 publicações.

Para a amostra, foram lidos todos os resumos encontrados e foram classificados os estudos que responderam à pergunta da presente revisão de literatura, publicados em português, inglês e espanhol, quaisquer datas e delineamentos e que se encontravam em biblioteca nacional.

Posteriormente, foi feita uma leitura minuciosa de todos os materiais selecionados a fim de expandir as informações referentes às ações de Enfermagem para assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para a redução das readmissões hospitalares.

4.5 Variáveis de estudo

Após a leitura dos trabalhos científicos foram contruídos quadros com o intuito de organização, demonstrando as principais características de cada um:

- Autor: profissão, área de atuação e qualificação;
- Publicação: fonte, delineamento e tipo de publicação;
- Variável de interesse da revisão: as ações de enfermagem para a assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para redução das readmissões hospitalares.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados de estudo foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A) com o objetivo de facilitar o processo e análise dos dados. Este instrumento contém questões relativas a todas as variáveis relacionadas ao estudo.

O preenchimento deste instrumento se deu após a leitura crítica dos artigos selecionados para a amostra.

4.7 Análise de dados

Inicialmente foi realizada a leitura crítica da literatura que fez parte da amostra e após, preenchidos os instrumentos de coleta de dados e, construídos os quadros sinópticos relacionados à análise dos dados coletados. Posteriormente, esta análise foi detalhada por meio de uma síntese mostrando concordância e discordâncias entre os autores sobre a pergunta deste estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características dos autores das publicações que fizeram parte do estudo

Foram selecionados oito trabalhos científicos para esta revisão de literatura. As características dos autores e das publicações encontram-se a seguir.

LITERATURA	PROFISSÃO	QUALIFICAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
DELGADO-PASSLER; MCCAFFREY (2006)	2 Enfermeiros(as)	1 Pós-Mestrado 1 Especialista	1 Enfermagem Cardiovascular 1 Não identificado
GORSKI; JOHNSON (2003)	2 Enfermeiros(as)	1 Mestre 1 Bacharel	Não identificados
ALITI <i>et al.</i> (2007)	2 Médicos(as) 2 Enfermeiros(as)	2 Doutores 1 Mestre 1 Mestrando	1 Fisiologia 3 Cardiologia / Cardiovascular
RABELO <i>et al.</i> (2007)	4 Enfermeiros(as)	1 Doutor 2 Especialistas 1 Mestrando	1 Fisiologia 3 Cardiovascular
PAUL (2008)	Enfermeiro(a)	Mestre	Não identificado
RICH <i>et al.</i> (1995)	2 Enfermeiros(as) 3 Médicos(as) 1 Não identificado	3 Doutores 1 Mestre 2 Especialistas	3 Cardiologia e Geriatria 2 Psiquiatria 1 Economia
MARTENS; MELLOR (1997)	2 Enfermeiros (as)	1 Doutor 1 Bacharel	2 Home Care
CASE <i>et al.</i> (2010)	3 Enfermeiros(as) 1 Não identificado	2 Mestres 2 Doutores	Não identificados

QUADRO 2 – Características dos autores das publicações que fizeram parte do estudo

Encontramos são 25 autores entre os oito trabalhos científicos selecionados. Destes 25, 18 são Profissionais de Enfermagem, sendo três com qualificação de Doutorado, sete com Mestrado, dois Mestrandos, quatro Especialistas e dois Bacharéis. Também encontramos

cinco Profissionais de Medicina, entre os quais todos são Doutores e dois autores não tiveram suas profissões identificadas por falta de informações.

Em relação às áreas de atuação dos autores, encontramos que 10 destes atuam na área de Cardiologia/Cardiovascular, dentre eles médicos e enfermeiros; dois médicos atuam na área de Fisiologia, dois na área de Psiquiatria e três na área de Geriatria, área na qual também foi entrado enfermeiro; e dois dos autores enfermeiros atuam em Home Care. Quatro profissionais não tiveram suas áreas de atuação definidas por falta de informação.

5.2 Características das publicações que fizeram parte do estudo

Entre as características das publicações, todos os trabalhos selecionados são artigos. Destes, seis foram encontrados no MEDLINE, dos quais três são estudos secundários, sendo duas revisões sistemáticas e uma revisão integrativa e três são estudos primários, um retrospectivo, exploratório e descritivo e dois ensaios clínicos, sendo um prospectivo e randomizado

No LILACS e SCIELO encontramos apenas um artigo em cada, sendo que os dois são revisão integrativa da literatura, ou seja, estudos secundários.

LITERATURA	FONTE	DELINEAMENTO	TIPO DE PUBLICAÇÃO
DELGADO-PASSLER; MCCAFFREY (2006)	MEDLINE	Estudo secundário: revisão sistemática	Artigo
GORSKI; JOHNSON (2003)	MEDLINE	Estudo primário: ensaio clínico	Artigo
ALITI <i>et al.</i> (2007)	LILACS	Estudo secundário: revisão integrativa	Artigo
RABELO <i>et al.</i> (2007)	SCIELO	Estudo secundário: revisão integrativa	Artigo
PAUL (2008)	MEDLINE	Estudo secundário: revisão integrativa	Artigo

RICH <i>et al.</i> (1995)	MEDLINE	Estudo primário: ensaio clínico prospectivo e randomizado	Artigo
MARTENS; MELLOR (1997)	MEDLINE	Estudo primário: retrospectivo, exploratório e descritivo	Artigo
CASE <i>et al.</i> (2010)	MEDLINE	Estudo secundário: revisão sistemática	Artigo

QUADRO 3 – Características das publicações que fizeram parte do estudo

5.3 Ações de Enfermagem para assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para a redução das readmissões hospitalares

LITERATURA	Ações de Enfermagem para assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para a redução das readmissões hospitalares
DELGADO-PASSLER; MCCAFFREY (2006)	• Em um ensaio clínico controlado de Riegel <i>et al.</i> (2002), foram fornecidos por uma enfermeira licenciada, telefonemas guiados por um programa de software. Este permitiu ao enfermeiro promover educação sobre alimentação, medicamentos e modificação do estilo de vida aos pacientes, bem como para determinar quando o paciente deve ser visto por um médico assistente. • Em um estudo de Dahl e Penque (2000) os participantes de um grupo de Práticas Avançadas de Enfermagem (APN), durante a internação, foram seguidos por enfermeiras especializadas, que realizaram avaliações do doente, consultaram outros profissionais de saúde, conforme necessário, e foram responsáveis pela educação e as necessidades do paciente também após a alta. A sessão educacional foi direcionada para pacientes com IC e seus familiares. Os tópicos discutidos foram a definição e a causa da IC, uso de medicamentos e conformidade, incluindo parâmetros de pesagem diária, adesão a uma dieta de 2g de sódio, orientações para a atividade e relato de sintomas. • Em um estudo conduzido por Benatar <i>et al.</i> (2003), O grupo que participou da telegestão/telemonitorização por enfermeiro (NTM - Nurse Telemanagement) utilizou dispositivos de monitoramento transtelefônico em casa para medir seu peso, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. O dispositivo transtelefônico automaticamente avisa aos pacientes quando verificar os sinais vitais e transmite os dados via linha telefônica para um servidor central online. O servidor manualmente transmite alarmes fisiológicos, juntamente com a data e a hora do alarme e o telefone do paciente para uma página alfanumérica realizada pelo enfermeiro. O modelo incorpora um enfermeiro especializado, que avalia os dados objetivos transmitidos a partir do paciente, realiza avaliações pelo telefone, titula medicamentos, e realiza a educação do paciente quando necessário.

- Em um programa de atendimento domiciliar o papel da enfermeira na gestão dos pacientes com IC inclui: identificação do paciente através de análise de créditos, avaliação de riscos à saúde ou referências dos gerentes de utilização, assessores jurídicos, médicos e pacientes; avaliação dos pacientes através de uma revisão do sistema múltiplo dos sistemas de saúde física e comportamental, auto-gestão, e as questões de qualidade de vida; a estratificação da gravidade da doença, segundo o New York Heart Association (NYHA) classificação funcional; intervenção através da educação (telefonemas, e-mails), a coordenação e promoção dos cuidados de saúde interdisciplinar, que utiliza os recursos da comunidade, newsletters, e encaminhamento para o programa de saúde em casa.
- GORSKI;
JOHNSON
(2003)
- No estudo de Blue *et al.* (2001) a enfermeira especialista entrevistou com educação sobre ICC e seu tratamento (medicação, dieta, exercícios e detecção precoce de descompensação) apenas durante a internação hospitalar teve como resultado a redução das admissões, quando comparado ao grupo controle.
 - Na investigação de Krumholz *et al.* (2002) a intervenção de enfermagem foi puramente educacional durante a internação do paciente e intensificada após a alta.
- ALITI *et al.*
(2007)
- Em um estudo de Campolla, *et al.* (2002), foi realizada a educação e o aconselhamento por enfermeiras em um hospital-dia.
 - No ensaio clínico de Gracelli *et al.* (2003) os enfermeiros conduziram uma central telefônica intervindo na melhora da adesão à dieta e ao tratamento medicamentoso, monitorizarão dos sintomas de dispnéia e de fadiga, controle dos sinais de sobrecarga hídrica por meio da verificação do peso e do edema e a realização de atividade física.
 - Os enfermeiros devem ter habilidades para avaliar as necessidades individuais dos pacientes e encaminhar o processo de educação baseado no nível de percepção prévio do paciente sobre sua doença, no nível de escolaridade e também sua função cognitiva (VAN DER WAL, JEARAMA E VAN VALDHULSEN, 2005; NL *et al.*, 1999).
 - Os pacientes são aconselhados a se pesarem diariamente e, em caso de aumento súbito de peso, a entrarem em contato com a equipe. (MUELLER, VUCKOVIC E KNOX, 2002).
- As intervenções de enfermagem devem ser focadas na educação dos pacientes e familiares para o reconhecimento precoce dos sinais de descompensação.
- RABELO *et al.*
(2007)
- O regime medicamentoso deve ser revisado junto ao paciente e apresentado de forma esquemática, dando ênfase aos nomes das medicações, suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos colaterais. (SILVER, CIANCI E PISANO; 2004).
 - Os pacientes devem ser orientados a não colocar sal adicional nos alimentos já preparados, evitar alimentos enlatados e industrializados que são ricos em sódio (VAN DER WAL, JEARAMA E VAN VALDHULSEN, 2005).
 - O uso excessivo de bebidas alcoólicas e fumo devem ser desencorajados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002; AMERICAN HEART ASSOCIATION; 2001).
- Em um estudo de Anderson *et al.* (2005) foi feito o planejamento da alta juntamente com materiais escritos coordenado por os enfermeiros. Em casa, reforçou-se as recomendações dadas no hospital, contato telefônico na rotina pós-alta, visitas domiciliares de enfermeiros treinados em gestão de insuficiência cardíaca.
- PAUL (2008)
- Em outro estudo de Anderson *et al.* (2005) a enfermeira realizou educação durante a alta com planejamento global e reforço ambulatorial imediato.
 - Em um ensaio de Koelling *et al.* (2005) os paciente receberam uma hora de sessões de educação e materiais de leitura fácil.

RICH <i>et al.</i> (1995)	Educação intensiva usando um livreto de ensino sobre pacientes geriátricos com IC, avaliação dietética individualizada com a ajuda de um nutricionista. Acompanhamento intensivo pós-alta para reforço da educação do paciente e garantir a conformidade com medicamentos, dieta e identificar sintomas recorrentes passíveis de tratamento em regime ambulatorial.
MARTENS; MELLOR (1997)	Enfermeiros de Home Care ajudam seus pacientes a terem uma alta o mais suave possível e ajudam a gerenciar doenças agudas ou crônicas. Dão instruções e avaliam a nutrição, medicamentos, realizam o manejo de doenças e conservação de energia.
CASE <i>et al.</i> (2010)	Enfermeiros realizaram telefonemas periódicos para avaliação do estado dos pacientes, bem como visitas. Ajustes dos diuréticos, sessões de educação com pacientes e familiares quanto à dieta, exercício físico e monitorização dos sintomas.

QUADRO 4 – Ações de Enfermagem para assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para a redução das readmissões hospitalares

Dentre as ações de Enfermagem para assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para a redução das readmissões hospitalares encontramos assistências durante a internação do paciente, durante a alta e pós-alta.

Aliti *et al.* (2007), citam Blue *et. al.* (2001) e Krumhols *et al.* (2002) que em estudo colocam ações de enfermagem para a assistência durante a internação do paciente, como educação da doença e seu tratamento: medicação, dieta, exercícios e detecção precoce de descompensação, ou seja, intervenções puramente educacionais.

A assistência de enfermagem na alta do paciente é encontrada em Paul (2008) quando cita Anderson *et al.* (2005) que tem como ação o planejamento de alta com materiais escritos e reforço ambulatorial imediato e também quando cita Koelling *et al.* (2005) que coloca uma hora de sessão educação para os pacientes durante a alta e também materiais de fácil leitura.

Temos também a presença de uma educação intensiva durante a alta com o uso de livretos de ensino e avaliação dietética individualizada (RICH *et al.*, 1995).

Já a assistência pós-alta é encontrada na maior parte da literatura selecionada. As ações foram realizadas por telefonemas guiados/telemonitorização, programas de saúde em casa, que também são chamados de cuidados domiciliares de enfermagem ou sistema de Home Care e as ações realizadas muitas vezes foram posteriores à assistência dada durante a alta hospitalar, dando sequência a esta.

Segundo Reigel *et al.* (2002) citado por Delgado-Passler e McCaffrey (2006), destaca-se a assistência via telefone, no qual as enfermeiras forneceram telefonemas guiados por um software e promoveram educação sobre alimentação, medicamentos e modificação do estilo de vida e também determinaram quando deveriam procurar um médico. Um resultado

parecido foi achado no ensaio clínico de Gracelli *et al.* (2003) citado por Aliti *et al.* (2007), no qual enfermeiros conduziram uma central telefônica intervindo na melhora da adesão à dieta e ao tratamento medicamentoso, monitorização dos sinais de descompensação, sobrecarga hídrica e realização de atividades físicas.

Outro achado foi um estudo conduzido por Benatar *et al.* (2003) em Delgado-Passler e McCaffrey (2006), em que um sistema de telemonitorização transmitia ao enfermeiro os dados coletados pelo paciente, como os sinais vitais, e após avaliação dos dados, o enfermeiro entrava em contato com o paciente para avaliações por telefone e realização de educações.

Verificamos também que a assistência pós-alta realizada por telefonemas foram realizadas juntamente com visitas domiciliares e tiveram também papel importante na redução das readmissões hospitalares, no qual enfermeiros realizaram telefonemas periódicos para avaliação do estado dos pacientes, bem como visitas domiciliares para sessões de educação com os pacientes e seus familiares quanto à dieta, exercício físico e monitorização dos sintomas (CASE *et al.*, 2010). Em Gorski e Johnson (2003) temos a mesma situação, pois em um programa de atendimento domiciliar uma das intervenções de enfermagem era através de educações por telefone.

Em Martens e Mellor (1997) identificamos o as ações de assistência pós-alta em Home Care, pelo qual os enfermeiros dão instruções e avaliam a nutrição, os medicamentos e realizam o manejo de doenças e conservação de energia.

Encontramos também, na assistência pós-alta, enfermeiras que conduziram sessões educacionais direcionadas para os pacientes com IC e seus familiares, abordando o uso de medicações e conformidade, incluindo parâmetros de pesagem diária, adesão a uma dieta de 2g de sódio, orientações para a atividade, relato de sintomas e definição e causa da IC. Isto dando sequência à educação dada durante a internação do paciente (DAHL; PENQUE, 2000 in DELGADO-PASSLER; MACCAFFREY, 2006)

Dentre todas as publicações utilizadas, identifica-se um estudo que cita ações de enfermagem que reduzem as readmissões hospitalares em geral, mas sem colocar quando as ações são realizadas. Neste, van der Wal, Jearama, van Valdhulsen (2005) e Ni *et al.* (1999) citados por Rabelo *et al.* (2007) encontramos que os enfermeiros devem ter habilidades para avaliar as necessidades individuais dos pacientes e encaminhar o processo de educação baseado no nível de percepção prévio do paciente sobre sua doença, no nível de escolaridade e também sua função cognitiva e também devem ser orientados a não colocar sal adicional nos alimentos já preparados, evitar alimentos enlatados e industrializados que são ricos em sódio; Mueller, Vuckovic e Knox (2002) também em Rabelo *et al.* (2007) diz que os

pacientes devem ser aconselhados a se pesarem diariamente e, em caso de aumento súbito de peso, a entrarem em contato com a equipe. As intervenções de enfermagem devem ser focadas na educação dos pacientes e familiares para o reconhecimento precoce dos sinais de descompensação.

Silver, Ciance e Pisano (2004), ainda no estudo de Rabelo *et al.* dizem que o regime medicamentoso deve ser revisado junto ao paciente e apresentado de forma esquemática, dando ênfase aos nomes das medicações, suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos colaterais e por último temos que o uso excessivo de bebidas alcoólicas e fumo deve ser desencorajado. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2001 *In* RABELO *et al.*, 2007).

5.4 Discussão

Existem três abordagens de assistência de enfermagem ao paciente com IC que contribuem para a redução das readmissões hospitalares, são elas: durante a internação, no momento da alta do paciente e no ambiente extra-hospitalar. Mas todas com o objeto de manter a estabilidade e o manejo do auto-cuidado para o paciente, com medidas não-farmacológicas, nas quais os enfermeiros desempenham papel fundamental no processo de educação e acompanhamento dos pacientes.

Como coloca Rabelo *et al.* 2004 para esse objetivo, deve-se ensinar aos pacientes a educação sobre a doença, monitorização do peso e identificação dos sinais e sintomas de descompensação, educação para o uso de medicações, atividades físicas e repouso, dieta e atividades sociais. E todas essas medidas são encontradas nos estudos selecionados nesta revisão de literatura.

Temos um estudo que cita ações de enfermagem que reduzem as readmissões hospitalares em geral, sem colocar quando as ações são realizadas. Neste, van der Wal, Jearama e van Valdhulsen, (2005); Nl *et al.* (1999) citados por Rabelo *et al.* (2007) encontramos que os enfermeiros devem ter habilidades para avaliar as necessidades individuais dos pacientes e encaminhar o processo de educação baseado no nível de percepção prévio do paciente sobre sua doença, no nível de escolaridade, sua função cognitiva e também devem ser orientados a não colocar sal adicional nos alimentos já preparados, evitar alimentos enlatados e industrializados que são ricos em sódio; Mueller, Vuckovic e Knox (2002)

também em Rabelo *et al.* (2007) diz que os pacientes devem ser aconselhados a se pesarem diariamente e, em caso de aumento súbito de peso, a entrarem em contato com a equipe. As intervenções de enfermagem devem ser focadas na educação dos pacientes e familiares para o reconhecimento precoce dos sinais de descompensação.

Rabelo *et al.* diz que quando os pacientes ainda se encontram no ambiente hospitalar, é que se constitui o momento ideal para iniciar o processo de educação e treinamento destes e de seus cuidadores, mas entre a literatura selecionada a assistência durante a internação foi a menos encontrada, assim como a assistência durante a alta do paciente, o que não quer dizer que não são eficazes.

Em Aliti *et al.* (2007), que citam Blue *et al.* (2001) e Krumhols *et al.* (2002), temos as ações de enfermagem para a assistência durante a internação do paciente, como educação sobre a Insuficiência Cardíaca e seu tratamento: medicação, dieta, exercícios e detecção precoce de descompensação, ou seja, intervenções puramente educacionais.

Em Paul (2008) a assistência de enfermagem na alta do paciente é encontrada, que traz como ação o planejamento de alta com materiais escritos de fácil leitura, reforço ambulatorial imediato e uma hora de sessão de educação. Em um estudo de Anderson *et al.*, (2005) citado por Paul (2008) um grupo de intervenção (n = 44) recebeu educação a partir de uma enfermeira cardiovascular, uma nutricionista e um fisioterapeuta, juntamente com os correspondentes materiais escritos. Os pacientes do grupo controle receberam apenas "cuidados habituais" sem acesso ao educador. As taxas de readmissões hospitalares foi quatro vezes maior no grupo de pacientes que receberam tratamento habitual (n = 77) do que em pacientes no grupo de intervenção. Além disso, os pacientes do grupo controle necessários quase 50% mais consultas de enfermagem qualificados e cuidados mais do dobro de muitos casa. Este estudo comprova a eficácia da assistência durante a alta e as ações específicas de enfermagem.

Mesmo com resultados positivos na assistência durante a internação e na alta, preseciamos um grande enfoque em assistência extra-hospitalar com Telemonitorização e/ou Home Health Care, que no Brasil são acessíveis apenas para pacientes com condições financeiras para estes serviços. E, apesar de em um estudo de Schwars, *et al.* (2008) a intervenção de Telemonitorização não reduzir as taxas de internação, as assistências extra-hospitalares dão um maior número de resultados eficazes.

Em Delgado-Passler e McCaffrey (2006) foi citado um estudo conduzido por Benatar *et al.* (2003), no qual os pesquisadores estudaram métodos de atendimento que consistiam em visitas domiciliares de enfermagem (HNV - Home Nurses Visit) ou

telegestão/telemonitorização por enfermeiro (NTM - Nurse Telemanagement). O grupo HNV recebeu cuidados de enfermagem especializados que seguiram um sistema de telemonitorização que transmitia ao enfermeiro os dados coletados pelo paciente, como os sinais vitais, e após avaliação dos dados, o enfermeiro entrava em contato com o paciente para avaliações por telefone e realização de educações. A amostra incluiu um total de 216 pacientes no estudo e randomizados para o grupo HNV ou o grupo NTM ($n = 108$ em cada grupo) e acompanhados por 3 meses após a alta. O estudo constatou que as visitas domiciliares de uma enfermeira especializada cardíacos foram menos eficazes na redução de readmissões, quando comparado a um programa de telegestão. Teve como resultado 13 readmissões no grupo NTM e 24 no grupo HNV.

Podemos ver também que, quando o Home Health Care é associado à ações de Telemonitorização também temos resultados positivos como em Gorski e Johnson (2003) que 74 pacientes foram encaminhados para o programa de atendimento domiciliar no manejo da IC de outubro de 2000 a dezembro de 2001. Os prontuários foram revistos e analisados e os resultados concluídos na Primavera de 2002. Dos 74 pacientes, 23 não completaram todo o programa. Os pacientes são acompanhados pela agência de Home Care por 2-6 meses, com base em sua classe funcional de acordo com a NYHA, resultados esperados, tempo de permanência e frequência de encontros com os pacientes (ou seja, visitas domiciliares e telefonemas) foram desenvolvidos. Como resultado, as internações hospitalares de todos os pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca diminuiu. Nove meses após o início do programa, a organização da gestão do cuidado encontrou uma diminuição nas re-hospitalizações para pacientes com IC de 22,6 a 14,6 por 1.000 inscritos, um decréscimo de 35%.

Estas intervenções extra-hospitalares são menos vistas na saúde pública no Brasil, o que podemos ver como visita domiciliar é a atenção básica, o Programa de Saúde da Família (PSF), no qual as enfermeiras fazem visitas periódicas aos pacientes em domicílio, mas não existe um programa de IC ainda implantado. Vemos também atendimento ambulatorial em alguns hospitais públicos, onde os enfermeiros são atuantes com paciente portadores de IC.

Já nos Estados Unidos, país no qual foi encontrada a maior parte da literatura selecionada existe cerca de 20.000 empresas de Home Health Care. No sistema norteamericano, a maioria dos atendimentos é composta exclusivamente por cuidados de enfermagem em pacientes de baixa complexidade, com pouca participação médica devido ao receio de processos judiciais. É um sistema financiado basicamente pelo Medicare e

Medicaid, onde predominavam pacientes de indicação clínica questionável (geralmente social), com permanência muito longa. (TOVOLARES, FERNANDES E MEDINA, 2000).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância deste estudo, ressalta-se que as ações de Enfermagem que contribuem para a redução das readmissões hospitalares de pacientes com Insuficiência Cardíaca, são puramente educacionais e podem ser realizadas durante a internação, no momento da alta do paciente e no ambiente extra-hospitalar.

Ações são basicamente as mesmas nos três ambientes e são elas: sessões educacionais direcionadas aos pacientes com IC e seus familiares, avaliar as necessidades individuais dos pacientes e encaminhar o processo de educação baseado no nível de percepção prévio do paciente sobre sua doença, no nível de escolaridade e também sua função cognitiva, educação sobre alimentação, medicamentos e modificação do estilo de vida aos pacientes, incluindo parâmetros de pesagem diária, adesão a uma dieta de 2g de sódio, desencorajar o uso excessivo de bebidas alcoólicas e fumo, orientações para a atividade e relato de sintomas, bem como para determinar quando o paciente deve ser visto por um médico assistente.

O grande desafio é a realização da educação extra-hospitalar no Brasil, devido ao pouco desenvolvimento e a inexistência de cuidados de Home Care nos serviços de saúde pública a exemplo dos Estados Unidos, além da monitorização telefônica.

Tendo em vista essa revisão, cabe ressaltar também, que poucos estudos são brasileiros, o que evidencia uma necessidade de realização de um maior número de levantamentos sobre o assunto, já que o Brasil é um país em desenvolvimento e possui grande número de internações por IC.

Assim, seria interessante a realização de estudos futuros que englobem as ações de enfermagem que contribuem para a redução das readmissões hospitalares por Insuficiência Cardíaca no Brasil e quais são as ações de educação extra-hospitalar de enfermagem eficazes e existentes no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALITI, G. B. *et al.* Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.334-349, mar./abr. 2007.

ALVARENGA, M. R. M.; MENDES; M. M. R. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 305-311, mai/jun. 2003.

ARAÚJO, D. V. *et al.* Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 422-427, mai. 2005.

BARRETO A. C. P. *et. al.* Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca - índices ainda alarmantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 5, p. 335-341, jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>> Acesso em: set. de 2010.

CASE, R. *et al.* Evidence-based nursing: the role of the advanced practice registered nurse in the management of heart failure patients in the outpatient setting. **Dimensions of Critical Care Nursing**, [S.l.] v. 29, n. 2, p. 57-62, mar./apr. 2010.

DELGADO-PASSLER, P.; MCCAFFREY, R. The influences of postdischarge management by nurse practitioners on hospital readmission for heart failure. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 154-160, apr. 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-50, dez. 2003.

GALVÃO, C. M., SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, set./out. 2002.

GORSKI, L. A.; JOHNSON, K. A disease management program for heart failure: collaboration between a home care agency and a care management organization. **Home Healthcare Nurse**, [S.l.], v. 21, n. 11, p. 734-144, nov. 2003.

LATADO, A. L. *et al.* Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Salvador, v. 87, n. 2, p. 185-192, ago. 2006.

MARTENS K. H.; MELLOR; S. D. A study of the relationship between home care services and hospital readmission of patients with congestive heart failure. **Home Health Nurse**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 123-129, feb. 1997.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, set./out. 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MOREIRA, M. L. **Readmissões nos sistemas hospitalares do Brasil**. 2010. 174f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo.

PAUL, S. Hospital discharge education for patients with heart failure what heart failure: what really works and what is the evidence? **Critical Care Nurse**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 66-82, apr. 2008.

RABELO, E. R. *et al.* Educação para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: das evidências da literatura às intervenções de enfermagem na prática. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, Ano 13, nº 03, set./out./nov./dez. 2004. 5 p.

RABELO, E. R. *et al.* Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Porto alegre, v. 87, n. 3, p. 352-358, set. 2006.

RABELO, E. J. *et al.* O que ensinar aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 15, n.1, jan./fev. 2007.

RICH, M. W., *et al.* A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 333, n. 18, p. 1190-1195, nov. 1995.

RIEGEL, B. *et al.* State of the Science: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation Journal of the American Hearth Association**, [S.l.], v. 120, p. 1141-1163, sep. 2009.

SHWARZ, K. A. *et al.* Telemonitoring of heart failure patients and their caregivers: a pilot randomized controlled trial. **Progress in Cardiovascular Nursing**, [S.l.], p. 18-26, mar./june./sept./dec. 2008.

SOARES, D. A.; *et al.* Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 243-248, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Salvador, v. 72, supl. I, 1999. 30 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Revisão das II diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, supl. IV, 2002. 30 p.

VALERA, R. B., TURRINI R. N. T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência In Caracterização dos pacientes readmitidos em um Serviço de Emergência. **Ciencia y Enfermeria**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 87-95, out. 2008.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, out./dez, 2000.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fonte _____ Ano _____

Profissão do autor: _____

Área de atuação: _____

País de origem: _____

Qualificação: _____

Periódico: _____

Tipo de publicação: _____

Delineamento do estudo: _____

População alvo: _____ Tamanho da amostra (“n”): _____

Variáveis analisadas no estudo:

Objetivo do estudo:

Resultados:

Variável de interesse da revisão: as ações de enfermagem para a assistência aos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, que contribuem para redução das reinternações hospitalares.

