



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Rafaela Lorenzoni

# Implementação de projeto multidisciplinar de cuidados em pacientes portadores de insuficiência cardíaca na Atenção Primária

Florianópolis, Março de 2023



Rafaela Lorenzoni

Implementação de projeto multidisciplinar de cuidados em  
pacientes portadores de insuficiência cardíaca na Atenção Primária

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Vanessa Borges Platt  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Rafaela Lorenzoni

## Implementação de projeto multidisciplinar de cuidados em pacientes portadores de insuficiência cardíaca na Atenção Primária

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Vanessa Borges Platt**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença bem conhecida e estudada em todo o mundo, tendo como base a alteração na função cardíaca, resultando em sinais de baixo débito ou congestão pulmonar ou sistêmica, em repouso ou aos esforços. Seu diagnóstico inicial e tratamento são cruciais para a diminuição da morbimortalidade. Para isso, mostra-se essencial o preparo da atenção primária em melhorar o manejo do paciente, auxiliando no combate dos fatores de risco, no controle do tratamento medicamentoso e em orientações sobre o autocuidado, por meio de programas multidisciplinares de cuidados.

**Objetivo:** Construir em parceria com a Equipe de Saúde da Família do município Cachoeiro de Itapemirim, um plano de ação multidisciplinar para manejo de pacientes com insuficiência cardíaca atendidos naquela unidade. **Metodologia:** Primeiramente deverá ser realizado uma capacitação com toda a equipe multidisciplinar incluindo profissionais da ESF e NASF. Seguindo da seleção dos pacientes pela equipe a partir dos critérios de elegibilidade do estudo. Após, será realizado consultas pré-agendadas para avaliação dos seguintes itens: funcionalidade, qualidade de vida, tratamento farmacológico, entre outros. Por fim serão analisados os dados coletados avaliando os desfechos, ou seja, menor número de internação hospitalar, controle pressórico adequado, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como autocuidado. **Resultados esperados:** espera-se que no final do projeto, ao analisar os dados, com base no número de consultas que cada paciente realizou com cada profissional de saúde, no número de abandono do estudo/descontinuidade, bem como com levantamento sobre as mortes e reinternações por IC, haja um decréscimo nesses dois últimos índices aferidos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde), Insuficiência Cardíaca



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	11
2.1	<b>Objetivo geral:</b> . . . . .	11
2.2	<b>Objetivos específicos:</b> . . . . .	11
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	13
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	17
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	23



# 1 Introdução

A comunidade do Novo Parque é um bairro situado no município de Cachoeiro de Itapemerim no Estado do Espírito Santo. A Unidade de Saúde local conta com duas equipes completas, sendo que na área de interesse deste estudo estão cadastrados 2741 usuários (Área 10), contemplados em sua maioria no perímetro urbano. A história do Novo Parque começa quando seus primeiros habitantes chegam no ano de 1867 e por conta própria começam a construção de estradas de terra para acesso às casas. Com o crescimento populacional advém a necessidade da construção de escola e de unidade básica de saúde. Nos dias de hoje a comunidade se caracteriza como um bairro residencial, com pouco comércio local, com associação de moradores e com infraestrutura mínima: estradas pavimentadas, transporte público, saneamento básico, energia elétrica na maioria das residências, supermercados, farmácias, uma escola de ensino infantil e fundamental e uma Igreja Católica. Geograficamente, por ser situada em montanha, possui pouco risco de alagamentos e enchentes, porém, há o risco de desabamento de casas.

Em relação às características sócio demográficas dos 2741 indivíduos cadastrados na Área 10 da Unidade Básica de Saúde do Novo Parque, 55,5% pertencem ao gênero feminino e 44,4% ao masculino, distribuídos nas seguintes faixas etárias: 10,9 % são crianças de zero a 10 anos, 13,0 % são adolescentes de 10 a 19 anos, 55,2 % são adultos de 20 a 59 anos e 20,7 % são idosos com mais de 60 anos. As famílias possuem uma renda média de dois a três salários mínimos, sendo que quase 50,0% da população tem ensino fundamental completo.

Objetivando conhecer os motivos dos atendimentos médicos, um levantamento realizado pela Estratégia de Informatização da Atenção Básica (e-SUS) na comunidade, entre novembro de 2019 e março de 2020, mostrou que de um total de 1452 consultas médicas, 30,5% foram relacionados à hipertensão, 27,0% a problemas de saúde mental e 11,5% a diabetes. As queixas mais comuns além das doenças crônicas são as afecções osteomusculares (como lombalgia crônica e síndrome do ombro doloroso) e as consultas periódicas para a realização de exames de rotina (como os laboratoriais, preventivos ginecológicos e mamografia). Dentro das comorbidades apontadas, a Insuficiência cardíaca foi pautada como importante doença entre a população da comunidade, atingindo principalmente idosos com risco cardiovascular elevado.

No estado do Espírito Santo um estudo mostrou que a insuficiência cardíaca foi elencada como a terceira causa de internação hospitalar por condições sensíveis à atenção primária no período de 2000 a 2014.

Assim, pode-se inferir que o aumento da cobertura das Estratégia da saúde da Família (ESF) atua diretamente com a queda desse índice, em vista a melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento precoce aos agravos, tanto agudos como crônicos, ocasionando

menos internações por essas doenças.

A insuficiência cardíaca é uma doença bem conhecida e estudada em todo o mundo apesar da complexidade da síndrome. Conceituada pela incapacidade do coração bombear o sangue para suprir a demanda metabólica dos tecidos ou fazer as custas de elevadas pressões de enchimento. É uma síndrome que tem como base a alteração na função cardíaca, resultando em sinais de baixo débito ou congestão pulmonar ou sistêmica, em repouso ou aos esforços. Para sua abordagem na atenção primária, é necessário uma anamnese e exame físico detalhados, utilizando exames complementares para o correto diagnóstico. O tratamento consiste no uso de fármacos e na criação de programas multidisciplinares de cuidados para educação do paciente.

É fato que os quadros descompensados se relacionam com aumento da morbimortalidade, o aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares. Para isso, mostra-se essencial o preparo da atenção primária em melhorar o manejo do paciente, auxiliando no combate dos fatores de risco, no controle do tratamento medicamentoso e em orientações sobre o autocuidado, por meio de programas multidisciplinares de cuidados.

Tais programas multidisciplinares podem ser desenvolvidos em ação conjunta com médico da família e enfermeiro, sendo também necessário a ajuda de outros profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como educadores físicos e nutricionistas.

Diante desse contexto, do aumento na prevalência da Insuficiência Cardíaca e da preocupação de entidades públicas para diminuir o número de internações hospitalares, bem como o de comorbidades por este agravo, este projeto objetiva construir, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município Cachoeiro de Itapemirim, um plano de ação multidisciplinar para manejo de pacientes com insuficiência cardíaca.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral:

- Construir em parceria com a Equipe de Saúde da Família do município Cachoeiro de Itapemerim, um plano de ação multidisciplinar para manejo de pacientes com insuficiência cardíaca atendidos naquela unidade.

### 2.2 Objetivos específicos:

- Propor juntamente com a equipe as ações para criação de programas multidisciplinares de cuidados;
- Realizar consultas programadas para manejo medicamentoso otimizado dos pacientes portadores de IC;
- Implementar palestras educativas para população tendo como alvo a abordagem da doença.



## 3 Revisão da Literatura

A insuficiência cardíaca (IC) é conceituada pela incapacidade do coração bombear o sangue para suprir a demanda metabólica dos tecidos ou fazer às custas de elevadas pressões de enchimento. É uma síndrome que tem como base a alteração na função cardíaca, resultando em sinais de baixo débito ou congestão pulmonar ou sistêmica, em repouso ou aos esforços. (CARDÍACA. et al., 2018)

De acordo com a Diretriz Brasileira de Cardiologia (2018) ela pode ser classificada em três diferentes categorias: de acordo com a fração de ejeção (preservada, intermediária/limítrofe ou reduzida), com a gravidade dos sintomas (classificação funcional da *New York Heart Association* - NYHA) e com o tempo de progressão da doença. (CARDÍACA. et al., 2018)

Os sintomas e os sinais clínicos observados na IC acarretam importantes repercussões no cotidiano das pessoas, especialmente nas esferas física e psicossocial. Na esfera física, dispneia e fadiga destacam-se entre as manifestações mais prevalentes para o paciente. Dentre os aspectos psicossociais, são enfatizadas ansiedade e depressão, levando à piora da qualidade de vida. (ALBUQUERQUE; NETO; BACAL, 2015)

A síndrome ainda se mantém como doença grave acometendo mais de 23 milhões de pessoas no mundo, sendo prevalente em idosos portadores de doença isquêmica. Em aproximadamente 35% dos casos a sobrevida em geral, após o diagnóstico, é de 5 anos. Na América Latina o baixo investimento na saúde, o inadequado acesso ao atendimento e o acompanhamento ineficiente nas atenções primária e terciária, são identificados como fatores de risco para a evolução fisiopatológica da IC. (CARDÍACA. et al., 2018)

Estudo realizado também na Suécia em 2018, analisando pacientes com IC com fração de ejeção maior ou igual a 40% na atenção primária e terciária, apontou como principais fatores de risco a presença do tabagismo, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica. Os autores apontam também como comorbidades a presença de fibrilação atrial, de hipertensão arterial e de doença cardíaca isquêmica. A taxa de mortalidade durante o *follow-up* de quatro anos foi maior na atenção primária do que na atenção terciária. Em relação ao tratamento farmacológico, foi observado que medicações como inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) e/ou betabloqueadores (BB) foram mais prescritas na atenção terciária do que na atenção primária. (ERIKSSON; WÄNDELL, 2018)

No Brasil, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, por ainda apresentarem controle inadequado, são fatores de risco para IC, além de doenças como febre reumática e Doença de Chagas. Como agravante associa-se a má adesão à terapêutica básica, incorrendo em aumento na taxa de mortalidade intra-hospitalar. (CARDÍACA. et al., 2018)

O Primeiro Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (Estudo BREATHE) aponta

para a alta taxa de mortalidade intra-hospitalar relacionada às baixas taxas de terapia baseadas em evidências prescritas ao longo da internação, assim como baixo percentual de orientações médicas na alta hospitalar de pacientes internados por IC aguda, em diferentes regiões do Brasil. Orienta que novas estratégias devam ser adotadas a fim de assegurar melhoria na qualidade do atendimento hospitalar desta doença. (ALBUQUERQUE; NETO; BACAL, 2015)

Para sua abordagem na atenção primária, é necessário a realização de anamnese e exame físico detalhados, bem como exames complementares para correto diagnóstico. O tratamento consiste no uso de fármacos, principalmente IECA ou de bloqueador do receptor da angiotensina (BRA) associado a BB e aos antagonistas mineralocorticoides. Como adjuvante ao tratamento farmacológico é fundamental a criação de programas multidisciplinares de cuidados (peso, atividade física, avaliação dietética, monitorização dos sinais e sintomas e avaliação funcional contínua) para educação do paciente. (CARDÍACA. et al., 2018)

Sobre este manejo não farmacológico e direcionado ao autocuidado, Guerra e Cuevas (2020) estudaram a criação, a implementação e a avaliação de uma intervenção de enfermagem na Colômbia, denominada "Tomada de decisões para o gerenciamento dos sintomas em adultos com insuficiência cardíaca", e observaram a fidelidade teórica e operacional, a factibilidade e a efetividade deste protocolo para melhorar o autocuidado em adultos com insuficiência cardíaca, com um grande tamanho de efeito desta intervenção. Os resultados do ensaio clínico randomizado destes autores mostraram que a intervenção tomada como complemento aos cuidados habituais é mais eficaz do que os cuidados habituais isoladamente, para melhorar o índice de manutenção do autocuidado e o índice de gerenciamento do autocuidado

A revisão sistemática com metanálise de Oyanguren, Garcia e Laguna (2016), avaliando 66 ensaios clínicos em 25 anos, demonstrou redução de internações no ano de 2014 por IC e por qualquer causa, confirmando a redução da mortalidade com programas multifatoriais (não incluídos o telemonitoramento). Identificou determinantes de readmissão e mortalidade de forma estatisticamente significativa: equipes multidisciplinares com enfermeiros e cardiologistas especializados; monitoramento de sinais e sintomas pelo paciente, alerta precoce e conhecimento do tratamento; educação de autocuidado protocolizada e avaliada; regime diurético flexível; atenção precoce às descompensações; intervenção psicossocial; coordenação de profissionais hospitalares e extra hospitalares, e acompanhamento após a alta na consulta e em casa com duração de mais de 6 meses. Apontou como fatores relacionados à redução de sinais de risco, mas sem atingir significância estatística: otimização farmacológica, ajuste posológico, administração de diuréticos intravenosos e monitoramento clínico e analítico. (Oyangurena, 2016)

Um estudo realizado na Suécia em 2017, analisando a aderência dos profissionais aos *guidelines* para o manejo da IC na atenção primária sugeriu que o comportamento de

autocuidado do paciente e a prática atual de diagnóstico e tratamento farmacológico na atenção primária à saúde são subótimas. Como exemplo das dificuldades enfrentadas no autocuidado citou o controle de peso e a prática de atividade física. Além disso, constatou que apenas uma pequena porcentagem de pacientes é tratada com doses-alvo de IECA e BB, sendo que para sua otimização, é importante a existência de um diagnóstico confirmado e da diferenciação, na prática clínica, entre insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) e preservada (ICFEP). (GIEZEMAN; ARNE; THEANDER, 2017)

No estado do Espírito Santo, a IC é apontada como terceira causa de internações por condições sensíveis à atenção primária. Nesse contexto, pode-se inferir que o aumento da cobertura das Estratégia da saúde da família (ESF) pode agir diretamente na queda desse índice, pois relaciona-se a melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento deste agravo, tanto agudo como crônico, ocasionando assim menos internações por essa doença. (PAZÓ; FRAUCHES; MOLINA, 2017)

Observa-se então que a IC é uma doença complexa, bem conhecida e estudada em todo o mundo e que o aumento na sua prevalência tem preocupado entidades públicas, principalmente decorrente ao maior número de internações hospitalares advindos deste agravo. É fato que os quadros descompensados se relacionam ao aumento da morbimortalidade, do tempo de internação hospitalar e dos custos hospitalares. Para isso, mostra-se essencial o preparo da atenção primária em melhorar o manejo do paciente: combatendo os fatores de risco, controlando o tratamento medicamentoso e instituindo orientações sobre o autocuidado e adesão aos mesmos, por meio de programas multidisciplinares de cuidados.



## 4 Metodologia

### **Metodologia**

Estudo de intervenção sobre o manejo da Insuficiência Cardíaca , na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Novo Parque, no município de Cachoeiro de Itapemirim no Estado do Espírito Santo aos paciente portadores de hipertensão arterial sistêmica realizado pela Equipe Multidisciplinar de Saúde da própria ESF, no ano de 2021.

Em relação à elegibilidade dos participantes, o projeto de intervenção para criação do programa multidisciplinar deve abranger os pacientes que foram diagnosticados com insuficiência cardíaca independente dos sintomas da classe funcional da New York Heart Association (NYHA).

Serão contemplados os pacientes que tiveram internação recente por insuficiência cardíaca (IC) aguda, crônica descompensada ou internamentos prévios. Serão excluídos os pacientes acamados ou aqueles que são totalmente dependente de cuidados de terceiros, visto que a avaliação funcional ficará prejudicada.

A seleção dos pacientes será feita conjuntamente pelo profissionais que atendem regularmente os pacientes da unidade (agentes de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médico da família).

#### Cronograma:

O projeto será aplicado na própria Unidade durante o ano de 2021, tendo em vista que no corrente ano, devido a pandemia pelo novo coronavírus, as consultas pré agendadas terem sido suspensas.

Nos meses de janeiro e fevereiro serão selecionados os participantes. Serão passíveis de entrar no estudo os pacientes que se enquadrarem nos critérios de inclusão, até o mês março.

Também neste período (janeiro e fevereiro/2021) será realizada capacitação à equipe multidisciplinar pelo médico, responsável pelo estudo, bem como a publicização do projeto, objetivando encaminhamento/ captação de possíveis participantes.

Será realizado um programa com consultas bimestrais (pré-agendadas), a partir de março/2021 com a Equipe Multidisciplinar, onde serão abordados distintos aspectos terapêuticos listados abaixo.

Em janeiro de 2022 será realizada a avaliação do programa, com devolutiva à coordenação e demais da UBS, bem como aos participantes da intervenção.

#### Recursos Necessários:

1. Equipe multiprofissional composta por: médico da família, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador físico, nutricionista e psicólogo;
2. Capacitação da equipe multiprofissional;

3. Consultas pré-agendadas: ocorrerão na própria UBS, onde serão abordadas os seguintes aspectos:

Avaliação funcional de acordo com a classificação de NYHA;

Avaliação da qualidade de vida por meio do Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (Anexo 1);

Avaliação antropométrica (balança e estadiômetro da sala de pesagem, adequadamente calibrados) e nutricional – por meio do cálculo do índice de massa corpórea;

Avaliação farmacológica com prescrição e otimização da terapia de acordo com os sintomas apresentados;

Avaliação para realização de exames complementares, quando cabível, caso o participante não tenha exame laboratorial e de imagem recentes, ou seja, do último ano (2020);

Qualificação do cuidador – o cuidador será orientado quanto a dieta com restrição hidrossalina, o auxílio com a administração correta das medicações e o incentivo ‘a prática de atividade física, a observação de sinais de congestão, como edema de membros inferiores e falta de ar;

Definição do plano de cuidados realizados principalmente pelo médico e enfermeiro.

Atribuições da Equipe:

O médico será responsável pela consulta inicial, abordagem farmacológica, avaliação funcional e solicitação de exames complementares;

O enfermeiro e técnico serão responsáveis pela avaliação antropométrica e medida da pressão arterial;

O educador físico\* guiará as práticas de atividade física de acordo com a funcionalidade do paciente;

O nutricionista\* orientará a dieta e o plano alimentar e

O psicólogo\* abordará a questão psicossocial do paciente e família (quando necessário, em conjunto com o profissional da assistência social).

Esses três últimos profissionais\* seriam disponibilizados pelo Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF).

Ressalta-se que a Unidade possui equipe completa e conta com boa infraestrutura para sua aplicabilidade, com consultórios distintos à cada profissional, instrumentos de aferição, auditório para realizar palestras educativas, sendo de fácil acesso à população, tornando o projeto coerente com a realidade da UBS.

### **ANEXO 1 - Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire**

Fonte da versão da língua portuguesa: Arq Bras Cardiol 2009;93(1):39-44

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria por quê?

	///	///	///	///	///	///	///
	Pré	6m	12m	18m	24m	36m	48m
1. Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2. Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3. Tomando sua caminhada e subida de escadas difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4. Tomando seu trabalho doméstico difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Tomando suas saídas de casa difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. Tomando difícil dormir bem a noite	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. Tomando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. Tomando seu trabalho para ganhar a vida difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9. Tomando seus passatempos, esportes e diversão difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Tomando sua atividade sexual difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. Fazendo você comer menos as comidas que você gosta	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12. Causando falta de ar	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. Obrigando você a ficar hospitalizado	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. Causando a você efeitos colaterais das medicações	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. Fazendo você sentir uma falta de auto controle na sua vida	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19. Fazendo você se preocupar	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20. Tomando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21. Fazendo você sentir-se deprimido	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

NÃO

MUITO  
POUCO

DEMAIS

0

1

2

3

4

5

Figura 1 –



## 5 Resultados Esperados

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome caracterizada pela incapacidade do coração bombear o sangue para suprir a demanda metabólica dos tecidos ou fazer as custas de elevadas pressões de enchimento. Os quadros descompensados se relacionam com aumento da morbimortalidade, o aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares. Para isso, mostra-se essencial o preparo da atenção primária em melhorar o manejo do paciente, auxiliando no combate dos fatores de risco, no controle do tratamento medicamentoso e em orientações sobre o autocuidado, por meio de programas multidisciplinares de cuidados.

O projeto tem como vantagens o baixo custo para execução e a facilidade de implantação nas rotinas da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Diante do projeto de intervenção proposto, espera-se que no final do ano de 2021, ao analisar os dados, avaliando o programa, com base no número de consultas que cada paciente realizou com cada profissional de saúde, no número de abandono do estudo/descontinuidade, bem como com levantamento sobre as mortes e reinternações por IC, haja um decréscimo nesses dois últimos índices aferidos.



## Referências

- ALBUQUERQUE, D. C. de; NETO, J. D. de S.; BACAL, F. I registro brasileiro de insuficiência cardíaca – aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 104, n. 6, p. 433–442, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- CARDÍACA., C. C. da Diretriz de I. et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol.*, v. 111, n. 3, p. 436–539, 2018. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- ERIKSSON, B.; WÄNDELL, P. Comorbidities, risk factors and outcomes in patients with heart failure and an ejection fraction of more than or equal to 40 in primary care- and hospital care-based outpatient clinics. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*, p. 207–215, 2018. Citado na página 13.
- GIEZEMAN, M.; ARNE, M.; THEANDER, K. Adherence to guidelines in patients with chronic heart failure in primary health care. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*, p. 336–343, 2017. Citado na página 15.
- GUERRA, E. del P. H.; CUEVAS, V. M. C. Tomada de decisões para o gerenciamento dos sintomas de insuficiência cardíaca: protocolo de intervenção. *Avances en Enfermería*, p. 9–17, 2020. Citado na página 14.
- OYANGUREN, J.; GARCÍA, P. M. L.; LAGUNA, J. T. Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revision sistematica y metanálisis. *Revista Española de Cardiología*, v. 69, p. 900–914, 2016. Citado na página 14.
- PAZÓ, R. G.; FRAUCHES, D. de O.; MOLINA, M. del C. B. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no espírito santo, brasil, 2000 a 2014. *REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE*, v. 12, p. 1–12, 2017. Citado na página 15.