

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO CLIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UTILIZAÇÃO DA TEORIA DE ADAPTAÇÃO ¹

RESUMO: A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma patologia que acomete um grande número da população e apesar dos avanços no seu tratamento a maioria dos casos torna-se progressiva e permanente, refletindo em inúmeras internações que ocasionam um alto custo. Assim a uma necessidade dos profissionais de saúde identificar os cuidados de enfermagem ao paciente com ICC, utilizando como base teórica a teoria de Adaptação de Callista Roy que adota fatores essenciais para manutenção da vida, saúde e bem estar. Na teoria do autocuidado, Orem (GEORGE, 1993) descreve a possibilidade de prevenção dos fatores de risco para doenças através de ações de saúde. Essas ações de saúde são atividades executadas por indivíduos, os quais são orientados pelo enfermeiro em seu próprio benefício para manutenção da vida, saúde e bem estar. É uma conduta que por meio da utilização de um programa efetivo, vai possibilitando escolhas de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para melhorar a qualidade de vida e aderência ao tratamento através de educação em saúde. Considerando que a maior dificuldade é desenvolver condutas de adaptações dos pacientes com ICC, e então planejar os cuidados de enfermagem para resolver os problemas e diminuir as complicações; além de melhorar a qualidade de vida. É importante salientar que o uso das teorias de enfermagem orienta as ações de enfermagem e essa aplicação da teoria à prática é discutida através do processo de enfermagem. Tal processo é constituído das seguintes etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (ROCHA, 2009).

PALAVRAS-CHAVE: Callista Roy. Teoria de Adaptação. Insuficiência Cardíaca.

ABSTRACT: Congestive Heart Failure (CHF) is a condition that affects a large number of the population and despite advances in treatment most cases becomes progressive and permanent, reflected in numerous admissions that cause a high cost. Thus a need for health professionals to identify the nursing care of the patient with CHF, using as a theoretical basis to Callista Roy Adaptation theory that adopts essential factors for sustaining life, health and wellness. On the theory, Orem (GEORGE, 1993) describes the possibility of preventing risk factors for diseases through health actions. These health

¹ Pesquisa científica apresentada a Comissão do PIC do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis;

² FERREIRA, P.C.N. Graduanda do curso de enfermagem voluntária no programa de Iniciação Científica e autora da pesquisa;

³ PINCERATI, C.L.A. Docente do curso de enfermagem da FEMA e orientadora da pesquisa..

activities are activities performed by individuals, which are guided by nurses for their own benefit to maintain life, health and well estar.É conduct that through the use of an effective program, allowing pharmacological interventions will choices and nonpharmacological to improve the quality of life and adherence to treatment through health education. Considering that the greatest difficulty is to develop pipelines adaptations of patients with CHF, and then plan the nursing care to solve the problems and reduce complications; Besides improving the quality of life. Importantly, the use of nursing theories guides nursing actions and that application of theory to practice is discussed through the nursing process. This process consists of the following steps: nursing history, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation (ROCHA, 2009).

KEYWORDS: Callista Roy. Teoria adaptation. Heart failure.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente às necessidades de oxigênio e nutrientes dos tecidos (CAMBÃO, 2009). No passado Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), termo utilizado para descrever um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da falência de bomba, ocasionava muitos casos de congestão pulmonar ou periférica, já na atualidade ocorre doença do miocárdio por disfunção sistólica ou disfunção diastólica, podendo ou não causar a congestão pulmonar ou periférica. Pode ocorrer de afetar apenas um lado, direito – insuficiência cardíaca direita e esquerdo – insuficiência cardíaca esquerda, que nos termos atuais explica essas alterações como insuficiência cardíaca sistólica que é a incapacidade do coração ejetar sangue de maneira suficiente, em virtude de uma alteração na contração do coração, e insuficiência cardíaca diastólica quando à uma rigidez do musculo, impedindo o enchimento do coração (VARUGHESE, 2007).

A maioria dos casos a IC é progressiva e permanente, então deve ser tratada com mudanças no estilo de vida e medicamentos para evitar a insuficiência cardíaca descompensada aguda que é a exacerbação dos sintomas, diminuição do DC e pela baixa perfusão sistêmica.

A Insuficiência Cardíaca se constitui em um dos principais problemas de saúde pública no mundo inteiro, apresentando uma prevalência de 1 a 2% da população, apesar do avanço clínico e tecnológico nesta área, nas últimas décadas. Em consequência, verifica-se um alto índice de internações, que ocasionam alto custo, bem como o aumento de re-internações, que têm sido atribuídas a não adesão ao tratamento farmacológico e às medidas não-farmacológicas (DATA-SUS, 2009; RABELO, 2007).

Somente no Brasil, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS) houve o registro de aproximadamente 398 mil internações por insuficiência cardíaca no ano de 2000 com 26 mil mortes, que correspondem a 30% de internações (DATA-SUS, 2009).

Na teoria do autocuidado, Orem (GEORGE, 1993) descreve a possibilidade de prevenção dos fatores de risco para doenças através de ações de saúde. Essas ações de saúde são atividades executadas por indivíduos, os quais são orientados pelo enfermeiro em seu próprio benefício para manutenção da vida, saúde e bem estar.

É importante salientar que o uso das teorias de enfermagem orienta as ações de enfermagem e essa aplicação da teoria à prática é discutida através do processo de enfermagem. Tal processo é constituído das seguintes etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (ROCHA, 2009).

A utilização da SAE desenvolve o pensamento crítico na prática de enfermagem e gera autonomia técnica, gerenciamento, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado através da promoção do cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo, despertando nos enfermeiros o interesse contínuo de reavaliar suas atividades e decidir qual a melhor maneira de desempenhá-las (ALFARO, 2005).

Recentes avanços e um conhecimento mais amplo sobre tratamento e prevenção da IC permitiram uma redução da mortalidade, considerada ainda insatisfatória, pois, em alguns países, desde 1975, atinge 24 a 28%, apresentando um maior declínio a partir de 1990 (KUULASMAAK, 2000).

Aproximadamente 45% dessa redução é atribuída a terapêuticas médicas para doença coronariana; os restantes 55% são atribuídos à redução de fatores de risco (FR), particularmente o que se refere ao declínio do tabagismo e ao tratamento da hipertensão (MCGOVERN, 2001).

Um programa de intervenção de enfermagem na prevenção e redução dos FR para a DAC, com baixo custo, é o objetivo deste estudo, que visa analisar o aumento da efetividade e do benefício na redução dos FR para IC, através de ações educativas utilizando a teoria de adaptação.

A insuficiência cardíaca, também chamada de insuficiência cardíaca congestiva é uma afecção muito limitante. Entretanto, é importante ressaltar, que em suas formas iniciais esta evolução não é tão ruim, mas já salientamos que a doença

apresenta uma grande exacerbação dos sintomas e uma alta mortalidade nas formas avançadas, assim compromete a qualidade de vida do indivíduo (BARRETTO& RAMIRES, 1998).

O processo de cuidar ao paciente com insuficiência cardíaca permeia a identificação e compreensão das respostas dos pacientes com insuficiência cardíaca aos problemas de saúde reais e potenciais facilitando a escolha de intervenções de enfermagem. Estimula, assim, medidas farmacológicas e não-farmacológicas que se propõem a melhorar a qualidade de vida e aderência ao tratamento através de educação em saúde.

Assim, percebeu-se a necessidade de desenvolver um estudo com foco nos problemas de adaptação dos pacientes com IC e, a partir de então, planejar as intervenções de enfermagem para resolver problemas, diminuir complicações com risco de vida, além de melhorar a qualidade de vida.

O presente estudo teve como objetivo identificar os cuidados de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca utilizando como base teórica a Teoria de Adaptação de Callista Roy, desenvolvendo o processo de enfermagem a estes pacientes.

CONCEITO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A IC por ter o bombeamento do coração prejudicado, o sangue pode retornar para o resto do corpo, causando acúmulo de líquidos em muitos órgãos e conseqüentemente a uma falta de oxigênio para os órgãos prejudicando a capacidade de trabalhar adequadamente.

Suas causas se da geralmente pela doença arterial coronária, cardiomiopatia, ataque cardíaco, doenças das válvulas cardíacas, arritmias e doenças de chagas. Também pode causar ou contribuir para o seu surgimento doenças como enfisema, anemia severa, hiper e hipotireoidismo, diabetes de mellitus, insuficiência renal e abuso de álcool e cocaína, pois todas essas condições exigem um aumento do DC prejudicando seu funcionamento (VARUGHESE, 2007).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A fisiopatologia da IC: Uma diminuição no débito cardíaco ativa múltiplos mecanismos neuro-hormonais que por fim resultam nos sinais e sintomas da patologia.

As manifestações clínicas irão depender de cada tipo de insuficiência cardíaca. Elas são semelhantes e não auxiliam na diferenciação dos tipos.

Conforme BRUNNER e SUDDARTH (2011), os sinais e sintomas de ICC são Classificados:

- ✓ Gerais: fadiga, tolerância diminuída à atividade, edema dependente e ganho de peso;
- ✓ Cardiovasculares: terceira bulha cardíaca (B3), impulso apical aumentado e deslocamento lateral esquerdo, palidez, cianose e distensão venosa jugular (DVJ);
- ✓ Respiratórias: dispneia aos esforços, estertores pulmonares que não limpam com a tosse, ortopneia, dispneia paroxística noturna (DPN) e tosse aos esforços ou em decúbito dorsal;
- ✓ Vasculares Cerebrais: confusão inexplicada ou alteração do estado mental e tonturas;
- ✓ Renais: oligúria e frequência diminuída durante o dia e nictúria;
- ✓ Gastrointestinais: anorexia e náuseas, aumento do fígado, ascite e refluxo hepatojugular.

Mas vale ressaltar que devemos relacionar os sinais e sintomas com o ventrículo afetado, pois à IC esquerda causa manifestação diferente da direita. Na ICE o paciente vai apresentar os sintomas de: disfunção sistólica do VE, DC diminuído, volume sanguíneo diastólico final aumentado do ventrículo esquerdo aumenta a pressão diastólica final ventricular esquerda, causa a diminuição do fluxo sanguíneo do átrio esquerdo (AE) para o ventrículo esquerdo (VE) durante a diástole, volume sanguíneo e pressão atrial esquerdo aumentam, diminuindo o fluxo sanguíneo dos vasos pulmonares, volume sanguíneo e a pressão venosa pulmonar aumentam, forçam o líquido dos capilares pulmonares para dentro dos tecidos pulmonares e alvéolos que consequentemente causa edema intersticial pulmonar e comprometimento da troca gasosa. As manifestações clínicas da congestão pulmonar consistem em dispneia aos esforços (mínima a moderada), dispneia ao repouso, dispneia paroxística noturna (DPN), ortopneia, sons respiratórios adventícios: estertores, tosse – inicial (seca improdutiva) e depois (úmida, escarros espumosos e rosado). Outras manifestações são a perfusão tecidual diminuída, que consiste na presença de oligúria- DC (menor fluxo sanguíneo renal), alteração na digestão, nictúria (alguns casos), pele pálida, acinzentada, fria, pegajosa, taquicardia, fadiga pulsos filiformes e fracos, vertigens tonturas, confusão, inquietação, ansiedade devido à oxigenação e fluxo sanguíneo diminuído. Já a

ICD vai haver disfunção ventricular direita, congestão nos tecidos periféricos e vísceras, que vai apresentar as seguintes manifestações como: edema nos membros inferiores, no abdômen conforme a um aumento da circunferência abdominal e na região sacral em pacientes que estão acamados. Também ocorre hepatomegalia, anorexia, náuseas, fraqueza e ganho de peso devido à retenção de líquido.

A ICC pode se manifestar de duas formas, na forma aguda que é o surgimento súbito dos sinais e sintomas ou uma descompensação de uma insuficiência cardíaca crônica, que terá necessidade de um atendimento imediato.

ICC aguda pode ocorrer devido diversos fatores como ingestão excessiva de sal e água, falta de aderência ao tratamento e/ou falta de acesso ao medicamento, fibrilação atrial aguda ou outras taquiarritmias, bradiarritmias, fatores relacionados ao médico (prescrição inadequada ou em doses insuficientes, falta de treinamento em manuseio de pacientes com IC, falta de orientação adequada ao paciente em relação à dieta e atividade física, sobrecarga de volume não detectada, sobrecarga de líquidos intravenosos durante internação.), hipertensão arterial sistêmica, tromboembolismo pulmonar, isquemia miocárdica, infecções (especialmente pneumonia), anemia e carências nutricionais, fístula AV, disfunção tireoidiana, diabetes descompensado, consumo excessivo de álcool, insuficiência renal, gravidez, depressão e/ou fatores sociais (abandono, isolamento social), uso de drogas ilícitas (cocaina, crack, ecstasy, entre outros), fatores relacionados a fármacos: intoxicação digitalica; drogas que retem água ou inibem as prostaglandinas: AINE, esteroides, estrógenos, andrógenos, clorpropamida, minoxidil, glitazonas; drogas inotrópicas negativas: antiarrítmicos do grupo I, antagonistas de cálcio (exceto anlodipino), antidepressivos tricíclicos; drogas cardiotoxícas: citostáticos, como a adriamicina > 400 Mg/M², Trastuzumab (Herceptin); automedicação, terapias alternativas. Que causam as seguintes manifestações: quando baixa perfusão - pressão de pulso reduzida, sonolento e obnubilado, sódio sérico baixo, queda na PA com IECA, disfunção renal, extremidades frias; e quando por aumento na congestão - ortopneia, dispneia paroxística noturna, turgência da jugular, edema de membros inferiores, aumento na pressão arterial pulmonar (II DIRETRIZ, 2009).

A outra forma é a crônica, que pode ser resultado de um evento agudo ou por uma deterioração gradual, de longo prazo, que por sua vez, conduzem a uma

deterioração progressiva do coração e morte prematura dos cardiomiócitos. O organismo dispõe de mecanismos compensatórios para atenuar o deficiente bombeamento de sangue, que no seu conjunto definem uma resposta neuro-humoral. Esta compreende três elementos fundamentais, de acordo com CAMBÃO & MOREIRA, 2009:

1) reacção hemodinâmica de defesa (visa manter a pressão de perfusão de órgãos nobres e o débito cardíaco, através da retenção hidrossalina, vasoconstrição arteriolar e aumento da estimulação cardíaca), mediada por cascatas de sinalização, controladas por mensageiros extracelulares que não actuam apenas no coração;

2) resposta inflamatória (o coração e outros órgãos parecem actuar como se estivessem a reagir a agentes estranhos; destaca-se o papel das citocinas pró-inflamatórias, quer na circulação sistémica, quer localmente no miocárdio; do stress oxidativo e dos radicais livres de oxigénio);

3) resposta hipertrófica com remodelagem ventricular, a qual inclui alterações da biologia e estrutura dos cardiomiócitos e na geometria da câmara ventricular.

Os mecanismos neuro-humorais classificam-se em “reguladores” (com propriedades vasoconstritoras, antinatriuréticas, inotrópicas e proliferativas) e “contrarreguladores” (efeitos diametralmente opostos). Afiguram-se como deletérios a longo-prazo, contribuindo para a instalação e cronicidade da IC.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é de fundamental importância para um serviço de saúde, pois proporciona uma assistência planejada e organizada, refletindo na melhoria da saúde dos pacientes, com base na integralidade da atenção. É uma atividade que possibilita ao enfermeiro a utilização de métodos e estratégias que os permitem identificar as situações de saúde/doença, gerando subsídios para ações na promoção prevenção e reabilitação da saúde do indivíduo, sua família e da comunidade na qual se insere.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) engloba etapas que devem ser seguidas para garantir a qualidade da assistência. No caso da assistência ao paciente portador de ICC é de crucial importância que nenhuma etapa da SAE seja realizada de maneira errônea. A primeira é a anamnese

que reuni o conjunto de todas as informações prestadas pelo paciente durante a entrevista. É extremamente necessário que todas as queixas do paciente sejam anotadas para um diagnóstico de enfermagem correto. A segunda etapa é o exame físico, parte integrante do processo de diagnóstico de ICC. No exame físico é onde detectam as evidências que levam a determinação da doença, que será fundamental o conhecimento da evolução dos portadores da IC, para se fazer a melhor escolha de tratamento. A próxima etapa dentro da SAE é o diagnóstico de enfermagem de acordo com a classificação internacional da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Seguem-se após o diagnóstico, a intervenção em cima de cada diagnóstico. Por último o resultado esperado dentro de cada intervenção realizada.

TEORIA DE CALLISTA ROY

Segundo artigo publicado no portal da educação 2012, Callista Roy, enfermeira formada em 1963, com Doutorado em Sociologia em 1977, desenvolveu um modelo de adaptação que foi a base de seu trabalho de graduação, sob orientação de Dorothy E. Johnson, pioneira da proposição da enfermagem como ciência e arte e que desenvolveu o modelo de sistemas comportamentais.

Sob esta influência, apresenta determinadas áreas de fundamental importância para a prática da enfermagem, quais sejam:

- A pessoa que é receptora do atendimento de enfermagem;
- O conceito de ambiente;
- O conceito de saúde;
- A enfermagem.

O receptor do cuidado de enfermagem pode ser o indivíduo, a família, a comunidade ou a sociedade, cada qual com uma abordagem holística de adaptação. Os aspectos individuais compõem um ser unificado e as pessoas sempre estão interagindo com o ambiente, com permanente troca de informações, estímulos e respostas, constituindo um sistema em que existem entradas, saídas, controles e retroalimentação, ainda segundo conteúdo apresentado pelo artigo disposto no portal da educação, 2012. Esse sistema apresenta entradas na forma de estímulos e nível de adaptação, e saídas com respostas comportamentais, que poderão ser retroalimentadoras e determinantes de processos de controles (mecanismos de enfrentamento). Essas entradas podem ter origem no meio externo à pessoa ou em si próprio, e

os estímulos poderão ter características classificadas como focal, contextual e residual. O estímulo focal é o que mais impacto causa na pessoa, determinando mudanças.

Metodologia

Pesquisa de revisão literária abordagem qualitativa, que segundo Rodrigues (2007), a pesquisa bibliográfica recupera o conhecimento científico acumulado sobre um problema.

O método qualitativo permitiu que os dados obtidos fossem analisados indutivamente, e as interpretações dos fenômenos e a atribuição de significados que são mecanismos básicos no processo de pesquisa.

Para contextualização do tema foram utilizados artigos publicados no banco de dados LILACS, SCIELO e BDENF no período de 200 a 2014, publicados em português e que o assunto atendesse o problema de pesquisa.

Também foram utilizados livros internacionais sobre a teoria em questão.

Como descritores para a pesquisa: Teoria de adaptação, Insuficiência cardíaca e Enfermagem.

Resultados e Discussão

Roy vê o indivíduo como algo que funciona com partes independentes que atuam em unidade para um determinado objetivo. Um indivíduo, como sistema, tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente. A capacidade de resposta positiva e essas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa - um ponto de mudança influenciado pelas exigências da situação e os recursos internos que incluem capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações e tudo o que faz a pessoa movimentar-se constantemente em direção ao domínio (BRAGA, 2014; p. 39)

As etapas do Processo de enfermagem, de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, são:

1. Avaliação do comportamental;
2. Avaliação do Estimulo;
3. Diagnostico de Enfermagem;
4. Estabelecimento do Objetivo;
5. Intervenções;

6. Avaliação.

Abaixo serão exibido tabelas dos cuidados de enfermagem seguindo o modelo de Roy.

MODO ADAPTATIVO FISIOLÓGICO			
MODO FISIOLÓGICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
OXIGENAÇÃO	-Débito cardíaco diminuído;	-Orientar paciente sobre necessidade de mudanças nos hábitos alimentares (ingesta de sal), prática de atividades físicas, adesão ao uso da medicação e fatores de risco de complicações cardíacas; -Monitorar a tolerância do paciente a atividade.	
	-Perfusão tissular ineficaz;	-Avaliar edema e pulsos periféricos; -Monitorar o grau de desconforto ou dor; -Administrar medicação medicamentos antiplaquetários ou anticoagulantes, conforme apropriado;	

		<p>-Manter uma hidratação adequada para diminuir a viscosidade do sangue;</p> <p>-Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação.</p>	
<p>ATIVIDADE E REPOUSO</p>	<p>-Intolerância a atividade</p>	<p>-Avaliar o atual nível de exercícios do paciente e o que conhece da atividade/exercícios prescritos.</p> <p>-Orientar o paciente sobre como monitorar a tolerância à atividade/exercícios.</p> <p>-Observar o paciente executando a atividade/exercícios prescritos.</p>	
<p>MODO ADAPTATIVO DO AUTOCONCEITO</p>			
<p>AUTOCONCEITO</p>	<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)</p>	<p>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	<p>AVALIAÇÃO</p>
	<p>-Ansiedade;</p>	<p>-Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente</p>	

		<p>possa ter durante o procedimento;</p> <p>-Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida;</p> <p>-Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico;</p>	
	<p>-Autocontrole ineficaz da saúde;</p>	<p>-Levar em conta a idade do paciente para autocuidado independente;</p> <p>-Monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente;</p> <p>-Ajudar o paciente a aceitar as necessidades de dependência;</p> <p>-Estabelecer uma rotina para as atividades de autocuidado.</p>	
	<p>-Baixa autoestima situacional;</p>	<p>-Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes;</p> <p>-Reforçar os pontos positivos pessoais</p>	

		<p>identificados pelo paciente;</p> <p>-Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do paciente, conforme apropriado;</p> <p>-Evitar críticas negativas;</p>	
	-Distúrbio na imagem corporal.	<p>-Determinar as expectativas do paciente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento;</p> <p>-Usar orientação antecipada para preparar o paciente para mudanças previsíveis na imagem corporal;</p> <p>-Ajudar paciente a identificar ações que melhorem a aparência;</p> <p>-Facilitar o contato com pessoas com mudanças semelhantes na imagem corporal;</p>	

Considerações Finais

O estudo permitiu um conhecimento maior em relação a Teoria de Adaptação e das complicações no modo adaptativo fisiológico e modo adaptativo do autoconceito dos pacientes que apresentam insuficiência cardíaca.

A importância de uma assistência planejada e individualizada garante um cuidado melhorado, permitindo uma qualidade maior na maneira de lidar com a pessoa que apresenta a patologia.

Dentro do trabalho, fica claro, que o processo de enfermagem bem elaborado e sistematizado facilita a interação paciente/enfermagem.

Utilizar uma teoria como base da organização da assistência fundamenta sua ação e melhora a credibilidade da classe.

REFERENCIAS

ALFARO e LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

BARRETO & RAMIRES. **Insuficiência Cardíaca**; Arq.Bras.Cardiol volume 71, (nº 4), 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n4/a14v71n4.pdf>, acesso em: Junho/2015.

BRAGA, C; GIFFONI. **Teoria de Enfermagem**. 1ª Edição, São Paulo: Iatria, Uma Divisão da Editora Erica Ltda, 2014.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 12ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 30.

CAMBÃO, M. S; MOREIRA, A. F. L. **Fisiopatologia da insuficiência Cardíaca Crônica**. Rev.Port.Cardiol, Abril. Disponível em: <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/1060.pdf>, acesso em: Maio/2015.

DATASUS [Internet]. **Brasília: Ministério da Saúde (BR)** [cited 2009 mar 10]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>, acesso em: Janeiro/2015.

II DIRETRIZ Brasileira de **Insuficiência Cardíaca Aguda**, 2009. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ica_93supl03.pdf, acesso em: Maio/2015.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artmed; 1993.

GOVERN, P. G; JACOBS, B. R. JR; SHAHAR, E; ARNETT, D. K; FOLSOM, A. R; BLACKBURN, H. **Trends in acute coronary heart disease mortality**,

morbidity, and medical care from 1985 through 1997: the Minnesota heart survey. Circulation 2001; 104(1):19-24.

KUULASMAA, K; TUNSTALL-PEDOEH; DOBSON, A; FORTMANN, S; SANSS; TOLONEN, H. **Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations.** Lancet 2000; 26; 355(9205):675-87. Disponível em: Maio/2015.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem.** 7. Ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, c 2003. 1694 p.

RABELO, E. R; ALITI, G. B; DOMINGUES, F. B; RUSCHEL, K. B. **O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e porquê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca.** Rev Latino-am Enfermagem. 2007 [cited 2009 feb 16];15(1):165-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a24.pdf, acesso em: Janeiro/2015.

ROCHA, L. A; SILVA, L. F. **Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):484-93. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>, acesso em: Junho/2015.

SMITH, S. C; BLAIR, S. N; CRIQUI, M. H; FLETCHER, G. F; FUSTER, V; GERSCH, B. J. **Preventing heart attack and death in patients with coronary disease.** Circulation 1995; 92:2-4.

Teoria de Callista Roy. Artigo por Colunista. Portal da Educação, dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25161/teoria-de-callista-roy>, acesso em: Junho/2015.